

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07—106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：1

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 106年調整後第3季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

=106年調整前第3季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)×各季預算占率(h_q3)

= 405,767,653,066 × 25.291656%

= 102,625,358,973 (D)

註：

1. 依據106年2月22日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」106年第1次會議決定，106年醫院總額一般服務部門預算四季重分配採近3年每季醫療申報點數的占率平均分配，重分配後之各季預算占率如下：第一季23.830901%、第二季25.128920%、第三季25.291656%、第四季25.748523%。醫院總額一般服務部門各分區預算，將援例依各分區當年各季相關參數進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。
2. 106年度全年醫院總額一般部門服務醫療給付費用總額預算(不含106年品質保證保留款)為405,767,653,066元。
 - (1)106年第1季調整後預算96,698,087,692=405,767,653,066×23.830901%。
 - (2)106年第2季調整後預算101,965,028,925=405,767,653,066×25.128920%。
 - (3)106年第3季調整後預算102,625,358,973=405,767,653,066×25.291656%。
 - (4)106年第4季調整後預算=106年全年預算數-106年第1季預算-106年第2季預算-106年第3季預算=104,479,177,476。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07-106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：2

(二) 106年調整前各季醫院非門診透折一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計(加總G1)

項目	104年調整前	103年各季	105年	104年各季	106年	106年品質 保證保留款 (說明2)	106年調整前各季
	各季一般服務醫 療給付費用總額	校正投保人口 數成長率差值	調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	校正投保人口 數成長率差值	調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額		一般服務醫療給付 費用總額分配至 各分區預算合計
	(A1)	(B1)	(G0)	(B2)	(G)	(F1)	(G1)
			=(A1+B1)× (1+5.022%)		=(G0+B2)× (1+4.585%)		=(G)-(F1)
第1季	87,832,456,510	217,087,227	92,471,391,823	483,460,581	97,216,832,387	181,004,396	97,035,827,991
第2季	94,192,198,455	338,974,798	99,278,528,774	383,500,404	104,231,533,216	194,193,202	104,037,340,014
第3季	92,149,366,040	349,577,677	97,144,240,670	411,195,342	102,028,352,753	190,054,380	101,838,298,373
第4季	93,167,466,288	385,416,889	98,251,108,970	279,531,381	103,048,270,211	192,083,523	102,856,186,688
合計	367,341,487,293	1,291,056,591	387,145,270,237	1,557,687,708	406,524,988,567	757,335,501	405,767,653,066

註：

1. 106年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+104年各季校正投保人口數成長率差值(B2))×(1+4.585%)。

※一般服務成長率為4.585%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.203%，協商因素成長率0.382%。

2. 106年品質保證保留款(F1)=105年編列之品質保證保留款預算+106年品質保證保留款預算=(【104年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1)+103年各季校正投保人口數成長率差值(B1)】×105年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)+(【105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+104年各季校正投保人口數成長率差值(B2)】×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%))。

※依據衛生福利部105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後105年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。另品質保證保留款以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。

=====

(三) 106年第3季門診透析服務預算

$$\begin{aligned} &= 105年各季醫院門診透析服務預算 \times (1+2.975\%) \\ &= 5,042,998,647 \times (1+2.975\%) \\ &= 5,193,027,857 \end{aligned}$$

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

$$\begin{aligned} &\text{全年預算}300\text{百萬元。} \\ &= 300,000,000/4 \\ &= 75,000,000(C1) \end{aligned}$$

※106年第3季DRGs尚未導入，本季預算= 0(C1)

註：鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)預算額度為300百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

二、專款專用費用總額

(一) C型肝炎用藥 全年預算 = 2,655百萬元

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	127,892,282	住診第1季已支用點數：	318,460	門住診合計第1季已支用點數：	128,210,742
第2季已支用點數：	124,447,682	第2季已支用點數：	150,396	第2季已支用點數：	124,598,078
第3季已支用點數：	111,307,876	第3季已支用點數：	171,877	第3季已支用點數：	111,479,753
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	363,647,840	全年已支用點數：	640,733	全年已支用點數：	364,288,573

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	253,049,280	住診第1季已支用點數：	349,680	門住診合計第1季已支用點數：	253,398,960
第2季已支用點數：	591,402,624	第2季已支用點數：	1,547,520	第2季已支用點數：	592,950,144
第3季已支用點數：	896,270,848	第3季已支用點數：	2,101,056	第3季已支用點數：	898,371,904
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,740,722,752	全年已支用點數：	3,998,256	全年已支用點數：	1,744,721,008

3. 合計

門診第1季已支用點數：	380,941,562	住診第1季已支用點數：	668,140	門住診合計第1季已支用點數：	381,609,702
第2季已支用點數：	715,850,306	第2季已支用點數：	1,697,916	第2季已支用點數：	717,548,222
第3季已支用點數：	1,007,578,724	第3季已支用點數：	2,272,933	第3季已支用點數：	1,009,851,657
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	2,104,370,592	全年已支用點數：	4,638,989	全年已支用點數：	2,109,009,581

4. 廠商負擔款

門診第1季金額：	2,139,744	住診第1季金額：	196,416	門住診合計第1季金額：	2,336,160
門診第2季金額：	7,148,352	住診第2季金額：	721,680	門住診合計第2季金額：	7,870,032
門診第3季金額：	0	住診第3季金額：	0	門住診合計第3季金額：	0
門診第4季金額：	0	住診第4季金額：	0	門住診合計第4季金額：	0
全年合計金額：	9,288,096	全年合計金額：	918,096	全年合計金額：	10,206,192

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數
= 2,109,009,581

未支用金額 = 全年預算 - (暫結金額 - 全年廠商負擔款)
= 2,655,000,000 - (2,109,009,581 - 10,206,192)
= 2,655,000,000 - 2,098,803,389
= 556,196,611

註：依據本署與C型肝炎全口服新藥供應廠商簽訂之給付協議書，由廠商負擔之金額，回歸106年度C型肝炎用藥專款，使更多病患使用C肝新藥。

(二) 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 12,452.5百萬元

1. 罕見疾病藥費 全年預算 = 5,791百萬元

門診第1季已支用點數：	1,126,640,101	住診第1季已支用點數：	144,645,710	門住診合計第1季已支用點數：	1,271,285,811
第2季已支用點數：	1,138,588,851	第2季已支用點數：	159,493,144	第2季已支用點數：	1,298,081,995
第3季已支用點數：	1,255,797,668	第3季已支用點數：	153,864,067	第3季已支用點數：	1,409,661,735
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	3,521,026,620	全年已支用點數：	458,002,921	全年已支用點數：	3,979,029,541

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 3,979,029,541 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 1,811,970,459 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費 全年預算 = 3,149百萬元

門診第1季已支用點數：	806,280,396	住診第1季已支用點數：	58,230,739	門住診合計第1季已支用點數：	864,511,135
第2季已支用點數：	808,534,342	第2季已支用點數：	42,411,199	第2季已支用點數：	850,945,541
第3季已支用點數：	798,903,189	第3季已支用點數：	41,461,526	第3季已支用點數：	840,364,715
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	2,413,717,927	全年已支用點數：	142,103,464	全年已支用點數：	2,555,821,391

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,555,821,391 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 593,178,609 \end{aligned}$$

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費 全年預算 = 3,500百萬元

門診第1季已支用點數：	282,654,207	住診第1季已支用點數：	190,832	門住診合計第1季已支用點數：	282,845,039
第2季已支用點數：	701,424,789	第2季已支用點數：	681,484	第2季已支用點數：	702,106,273
第3季已支用點數：	744,779,108	第3季已支用點數：	639,566	第3季已支用點數：	745,418,674
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,728,858,104	全年已支用點數：	1,511,882	全年已支用點數：	1,730,369,986

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,730,369,986 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 1,769,630,014 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07-106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：6

4. 罕見疾病特材 全年預算 = 12.5百萬元

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	840,000	門住診合計第1季已支用點數：	840,000
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	980,000	第2季已支用點數：	980,000
第3季已支用點數：	140,000	第3季已支用點數：	1,120,000	第3季已支用點數：	1,260,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	140,000	全年已支用點數：	2,940,000	全年已支用點數：	3,080,000

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 3,080,000 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 9,420,000 \end{aligned}$$

5. 合計

門診第1季已支用點數：	2,215,574,704	住診第1季已支用點數：	203,907,281	門住診合計第1季已支用點數：	2,419,481,985
第2季已支用點數：	2,648,547,982	第2季已支用點數：	203,565,827	第2季已支用點數：	2,852,113,809
第3季已支用點數：	2,799,619,965	第3季已支用點數：	197,085,159	第3季已支用點數：	2,996,705,124
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	7,663,742,651	全年已支用點數：	604,558,267	全年已支用點數：	8,268,300,918

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 8,268,300,918 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 4,184,199,082 \end{aligned}$$

註：如預算不足，依據衛生福利部105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，由其他預算「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」項下支應。

(三) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算 = 4,215.7百萬元

門診第1季已支用點數：	553,582,247	住診第1季已支用點數：	457,861,631	門住診合計第1季已支用點數：	1,011,443,878
第2季已支用點數：	546,802,313	第2季已支用點數：	468,912,922	第2季已支用點數：	1,015,715,235
第3季已支用點數：	568,825,796	第3季已支用點數：	514,063,576	第3季已支用點數：	1,082,889,372
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,669,210,356	全年已支用點數：	1,440,838,129	全年已支用點數：	3,110,048,485

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 3,110,048,485 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 1,105,651,515 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07-106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：7

(四) 醫療給付改善方案 全年預算 = 997.5百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	291,161	住診第1季已支用點數：	15,561,782	門住診合計第1季已支用點數：	15,852,943
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	3,371,176	第2季已支用點數：	3,371,176
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	53,558,467	第3季已支用點數：	53,558,467
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	291,161	全年已支用點數：	72,491,425	全年已支用點數：	72,782,586

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 72,782,586

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	8,110,200	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	8,110,200
第2季已支用點數：	8,615,120	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	8,615,120
第3季已支用點數：	8,696,400	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	8,696,400
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	25,421,720	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	25,421,720

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 25,421,720

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	110,801,708	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	110,801,708
第2季已支用點數：	116,292,600	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	116,292,600
第3季已支用點數：	121,199,100	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	121,199,100
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	348,293,408	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	348,293,408

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 348,293,408

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,776,628	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,776,628
第2季已支用點數：	6,023,674	第2季已支用點數：	11,250	第2季已支用點數：	6,034,924
第3季已支用點數：	6,255,251	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	6,255,251
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	18,055,553	全年已支用點數：	11,250	全年已支用點數：	18,066,803

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 18,066,803

5. B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

門診第1季已支用點數：	5,808,700	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,808,700
第2季已支用點數：	5,885,421	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,885,421
第3季已支用點數：	6,225,000	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	6,225,000
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	17,919,121	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	17,919,121

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 17,919,121

6. 孕產婦全程照護

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	14,388,900	門住診合計第1季已支用點數：	14,388,900
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	21,907,050	第2季已支用點數：	21,907,050
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	14,832,300	第3季已支用點數：	14,832,300
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	51,128,250	全年已支用點數：	51,128,250

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 51,128,250

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	332,000
第2季已支用點數：	327,000
第3季已支用點數：	359,000
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	1,018,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,018,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	1,200,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	1,200,200
第3季已支用點數：	2,314,600	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	2,314,600
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	3,514,800	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	3,514,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,514,800

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07-106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：9

9. 合計

門診第1季已支用點數：	131,120,397	住診第1季已支用點數：	29,950,682	門住診合計第1季已支用點數：	161,071,079
第2季已支用點數：	138,344,015	第2季已支用點數：	25,289,476	第2季已支用點數：	163,633,491
第3季已支用點數：	145,049,351	第3季已支用點數：	68,390,767	第3季已支用點數：	213,440,118
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	414,513,763	全年已支用點數：	123,630,925	全年已支用點數：	538,144,688

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 538,144,688

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 459,355,312

(五)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 60百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

第1季:

預算 = 60,000,000/4 = 15,000,000

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數J1： 已支用點數 4,848,734(J1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數J2： 已支用點數 4,955,366(J2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3： 已支用點數 6,655,700(J3)

(4)合計： 已支用點數 16,459,800(J9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,459,800 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = -1,459,800

$$\begin{aligned} \text{第1季暫結點值} &= \frac{[\text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_非浮動點數J1)]}{[\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_浮動點數J2 + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3]} \\ &= \frac{[15,000,000 - 1 \times 4,848,734]}{[4,955,366 + 6,655,700]} = 0.87427511 \end{aligned}$$

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 60,000,000/4 + 0 = 15,000,000

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數K1： 已支用點數 4,735,366(K1)

(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數K2： 已支用點數 5,187,194(K2)

(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3： 已支用點數 7,314,800(K3)

(4)合計： 已支用點數 17,237,360(K9)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 17,237,360 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = -2,237,360

$$\begin{aligned} \text{第2季暫結點值} &= \frac{[\text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_非浮動點數K1)]}{[\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_浮動點數K2 + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3]} \\ &= \frac{[15,000,000 - 1 \times 4,735,366]}{[5,187,194 + 7,314,800]} = 0.82103975 \end{aligned}$$

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =	60,000,000/4 +	0 =	15,000,000
(1) 醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數L1：		已支用點數	5,012,156(L1)
(2) 醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數L2：		已支用點數	5,376,479(L2)
(3) 醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3：		已支用點數	8,086,000(L3)
(4) 合計：		已支用點數	18,474,635(L9)
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =		18,474,635 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 =	
		-3,474,635	

$$\begin{aligned} \text{第3季暫結點值} &= \frac{[\text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_非浮動點數L1)]}{[\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_浮動點數L2 + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)L3]} \\ &= \frac{[\text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times (L1)]}{[L2 + L3]} = 0.74190229 \end{aligned}$$

第4季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =	60,000,000/4 +	0 =	15,000,000
(1) 醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數M1：		已支用點數	0(M1)
(2) 醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數M2：		已支用點數	0(M2)
(3) 醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3：		已支用點數	0(M3)
(4) 合計：		已支用點數	0(M9)
暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 =		0 未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 =	
		15,000,000	

=====

合計:

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數N1:	已支用點數	14,596,256(N1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數N2:	已支用點數	15,519,039(N2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)N3:	已支用點數	22,056,500(N3)
(4)合計:	已支用點數	52,171,795(N9)
暫結金額 = 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)=		45,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 15,000,000

註：依據「106年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，本方案依部門別預算按季均分，醫院部門先扣除診察費加成、藥費及藥事服務費，其餘項目以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07-106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：12

(六)急診品質提升方案 全年預算= 160百萬元

1. 急診重大疾病照護品質：

門診第1季已支用點數：	2,325,888	住診第1季已支用點數：	1,776,000	門住診合計第1季已支用點數：	4,101,888
第2季已支用點數：	2,461,964	第2季已支用點數：	1,904,000	第2季已支用點數：	4,365,964
第3季已支用點數：	2,537,940	第3季已支用點數：	1,818,000	第3季已支用點數：	4,355,940
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	7,325,792	全年已支用點數：	5,498,000	全年已支用點數：	12,823,792

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,823,792

2. 轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	6,992,992	住診第1季已支用點數：	1,505,670	門住診合計第1季已支用點數：	8,498,662
第2季已支用點數：	7,645,500	第2季已支用點數：	1,758,430	第2季已支用點數：	9,403,930
第3季已支用點數：	8,120,771	第3季已支用點數：	1,576,726	第3季已支用點數：	9,697,497
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	22,759,263	全年已支用點數：	4,840,826	全年已支用點數：	27,600,089

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 27,600,089

3. 急診處置效率品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

4. 補助急診專科醫師人力：

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	0
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	0
第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0	第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07-106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：13

5. 合計：

門診第1季已支用點數：	9,318,880	住診第1季已支用點數：	3,281,670	門住診合計第1季已支用點數：	12,600,550
第2季已支用點數：	10,107,464	第2季已支用點數：	3,662,430	第2季已支用點數：	13,769,894
第3季已支用點數：	10,658,711	第3季已支用點數：	3,394,726	第3季已支用點數：	14,053,437
第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	30,085,055	全年已支用點數：	10,338,826	全年已支用點數：	40,423,881

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 40,423,881 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 119,576,119 \end{aligned}$$

(七) 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=800百萬元

第1季已支用點數：188,956,628

第2季已支用點數：195,141,469

第3季已支用點數：208,925,117

第4季已支用點數：0

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

$$\text{暫結金額} = 593,023,214 \quad \text{未支用金額} = 206,976,786$$

註：

- 依據「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」辦理。
- 全年「核算各院所上下限額度」係指全年依不同服務型態，核算各醫院保障額度上下限之差額：
 - 符合計畫規定且經審查通過之醫院，其醫院總額一般服務部門(不含門診透析)自保障月起，扣除住診呼吸器及門住診精神科案件，納入當年結算之核定浮動點數，浮動點值每點支付金額最高補至1元。
 - 有提供24小時急診服務者，每家醫院全年最高以1,500萬元為上限，最低補助900萬元，惟醫院如依該計畫伍之二規定，選擇四科以下科別提供醫療服務者，其最低補助金額應予遞減(未滿四科，每減少一科，減少100萬元)。
 - 若無提供24小時急診服務者，每家醫院每年每科最高補助100萬元，4科補助400萬元。上述款項於計畫期間，依預算年度之實施月份比例核算。
 - 若以「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院參與本計畫，只補助經急診檢傷分類第1及第2級之當次住院之前10天(含)申報案件，自保障月起，納入當年結算之核定浮動點數者，浮動點值每點支付金額最高補至1元，每家醫院全年補助以500萬元為上限。
 - 全年預算不足時，實際補助金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=預算/Σ各院補助金額)。

三、106年醫院門住診一般服務費用總額(不含門診透析)

(一)一般門住診服務費用總額

項目	106年調整前各季 一般服務醫療給 付費用總額分配 至各分區預算合計	106年門診 透析服務預算	鼓勵繼續 推動住院診斷 關聯群(DRGs) 之各季預算	調整前一般住 診服務費用總額	調整前一般門 診服務費用總額
季別	(G1)	(B)	(C1)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
第1季	97,035,827,991	4,959,475,070	0	56,097,416,684	40,938,411,307
第2季	104,037,340,014	5,317,852,954	0	60,145,356,132	43,891,983,882
第3季	101,838,298,373	5,193,027,857	0	58,867,229,427	42,971,068,946
第4季	0	0	0	0	0
合計	302,911,466,378	15,470,355,881	0	175,110,002,243	127,801,464,135

註：

1. 106年各季門診透析服務預算(B)=105年各季門診透析服務×(1+2.975%)。

106年第1季門診透析服務預算(B)= 4,816,193,319×(1+2.975%)= 4,959,475,070。

106年第2季門診透析服務預算(B)= 5,164,217,484×(1+2.975%)= 5,317,852,954。

106年第3季門診透析服務預算(B)= 5,042,998,647×(1+2.975%)= 5,193,027,857。

106年第4季門診透析服務預算(B)= 5,101,842,041×(1+2.975%)= 5,253,621,842。

2. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算300百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。

(二)調整後一般門住診服務費用總額

項目	106年調整後各季 一般服務醫療給 付費用總額分配 至各分區預算合計	106年門診 門診透析服務	鼓勵繼續 推動住院診斷 關聯群(DRGs) 之各季預算	調整後一般住 診服務費用總額	調整後一般門 診服務費用總額
	(D)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
季別					
第1季	96,698,087,692	4,959,475,070	0	55,911,659,519	40,786,428,173
第2季	101,965,028,925	5,317,852,954	0	59,005,585,033	42,959,443,892
第3季	102,625,358,973	5,193,027,857	0	59,300,112,757	43,325,246,216
第4季	0	0	0	0	0
合計	301,288,475,590	15,470,355,881	0	174,217,357,309	127,071,118,281

註：

- 106年各季門診透析服務預算(B)=105年各季門診透析服務×(1+2.975%)。
 106年第1季門診透析服務預算(B)= 4,816,193,319×(1+2.975%)= 4,959,475,070。
 106年第2季門診透析服務預算(B)= 5,164,217,484×(1+2.975%)= 5,317,852,954。
 106年第3季門診透析服務預算(B)= 5,042,998,647×(1+2.975%)= 5,193,027,857。
 106年第4季門診透析服務預算(B)= 5,101,842,041×(1+2.975%)= 5,253,621,842。
- 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算300百萬元，本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務預算結算。
- 調整後第4季一般住診/門診服務費用總額(D3、D4)=調整前全年一般住診/門診服務費用總額(加總D1、D2)減去調整後第1-3季調整後一般住診/門診服務費用總額。

(三) 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)及各季投保分區申報醫療費用占率(S)

項目	分區	第1季	第2季	第3季	第4季
1. 門診人口風險因子及轉診型態校正比例(R)	臺北分區	0.36985	0.36914	0.37056	
	北區分區	0.14326	0.14377	0.14442	
	中區分區	0.17487	0.17492	0.17563	
	南區分區	0.14107	0.14074	0.13981	
	高屏分區	0.14597	0.14673	0.14521	
	東區分區	0.02498	0.02470	0.02437	
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624	0.37646	0.37475	
	北區分區	0.12564	0.12553	0.12574	
	中區分區	0.17851	0.18040	0.18083	
	南區分區	0.14305	0.14210	0.14208	
	高屏分區	0.15267	0.15118	0.15219	
	東區分區	0.02389	0.02433	0.02441	
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34305	0.34345	0.34416	
	北區分區	0.15131	0.15167	0.15209	
	中區分區	0.18246	0.18255	0.18272	
	南區分區	0.14298	0.14257	0.14181	
	高屏分區	0.15524	0.15493	0.15450	
	東區分區	0.02496	0.02483	0.02472	
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336	0.34616	0.34253	
	北區分區	0.12417	0.12540	0.12364	
	中區分區	0.18251	0.18198	0.18219	
	南區分區	0.15388	0.15291	0.15422	
	高屏分區	0.16045	0.15766	0.16149	
	東區分區	0.03563	0.03589	0.03593	

(四)調整前分區門住診一般服務費用總額

調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=(D2)× 50%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+
(D2)× 50%× 醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)-風險基金移撥款(北區)(RS_0)
+風險基金分配款(東區)(RS_0)

調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=(D1)× 45%× 人口風險因子校正比例(R)+
(D1)× 55%× 醫院住診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)(加總後四捨五入至整數位)-風險基金移撥款(北區)(RS_I)
+風險基金分配款(東區)(RS_I) (加總後四捨五入至整數位)

1. 風險基金移撥/分配款：

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 四季重分配占率(H)	0.23830901	0.25128920	0.25291656	0.25748523	1.00000000
2. 風險基金移撥/分配款 RS=0.45億×H	10,723,905	11,308,014	11,381,245	11,586,836	45,000,000
3. 風險基金移撥/分配款-住診 RS_0=55%×RS	5,898,148	6,219,408	6,259,685	6,372,760	24,750,001
4. 風險基金移撥/分配款-門診 RS_I=RS-RS_0	4,825,757	5,088,606	5,121,560	5,214,076	20,249,999

註：依據106年4月11日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」106年第1次臨時會議決定略以，北區移撥0.45億元(全年)，做為東區風險調整基金。北區移撥0.45億元(全年)，依106年醫院總額一般服務部門預算四季重分配採近3年醫療申報點數平均占率分配按季移撥予東區。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第3季

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

頁次：18

2. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=(D2)× 50%× (R)+ (D2)× 50%× (S)－風險基金移撥款(北區)(RS_0)+風險基金分配款(東區)(RS_0)

分 區	調整前第1季 (BD2_q1)	調整前第2季 (BD2_q2)	調整前第3季 (BD2_q3)	調整前第4季 (BD2_q4)	合計(加總BD2)
臺北分區	15,271,869,646	16,362,931,591	16,013,383,698		47,648,184,935
北區分區	5,499,343,643	5,904,967,024	5,799,410,433		17,203,721,100
中區分區	7,233,407,894	7,797,849,856	7,658,733,618		22,689,991,368
南區分區	5,815,710,710	6,207,204,361	6,056,557,313		18,079,472,384
高屏分區	6,112,923,576	6,537,930,459	6,389,797,952		19,040,651,987
東區分區	1,005,155,838	1,081,100,591	1,053,185,932		3,139,442,361
小 計	40,938,411,307	43,891,983,882	42,971,068,946		127,801,464,135

3. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=(D1)× 45%× (R)+ (D1)× 55%× (S)－風險基金移撥款(北區)(RS_I)+風險基金分配款(東區)(RS_I)

分 區	調整前第1季 (BD1_q1)	調整前第2季 (BD1_q2)	調整前第3季 (BD1_q3)	調整前第4季 (BD1_q4)	合計(加總BD1)
臺北分區	19,253,783,403	20,746,569,217	20,206,971,208		60,207,323,828
北區分區	7,644,835,832	8,247,016,578	8,025,732,266		23,917,584,676
中區分區	10,237,077,327	10,960,679,193	10,739,060,364		31,936,816,884
南區分區	8,357,112,650	8,916,970,064	8,749,760,079		26,023,842,793
高屏分區	8,869,310,114	9,408,628,278	9,321,302,010		27,599,240,402
東區分區	1,735,297,358	1,865,492,802	1,824,403,500		5,425,193,660
小 計	56,097,416,684	60,145,356,132	58,867,229,427		175,110,002,243

(五)調整後分區門住診一般服務費用總額

調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=(D4)× 50%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+
 (D4)× 50%× 醫院門診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)-風險基金移撥款(北區)(RS_0)
 +風險基金分配款(東區)(RS_0)(加總後四捨五入至整數位)

調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=(D3)× 45%× 人口風險因子校正比例(R)+
 (D3)× 55%× 醫院住診91年各季投保分區申報醫療費用占率(S)-風險基金移撥款(北區)(RS_I)
 +風險基金分配款(東區)(RS_I)(加總後四捨五入至整數位)

1. 風險基金移撥/分配款：(詳頁次17)

2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=(D4)× 50%× (R)+ (D4)× 50%× (S)-風險基金移撥款(北區)(RS_0)+風險基金分配款(東區)(RS_0)

分 區	調整後第1季 (BD4_q1)	調整後第2季 (BD4_q2)	調整後第3季 (BD4_q3)	調整後第4季 (BD4_q4)(說明2)	合計(加總BD4)
臺北分區	15,215,173,098	16,015,280,683	16,145,369,629		47,375,823,410
北區分區	5,478,909,511	5,779,400,514	5,847,252,699		17,105,562,724
中區分區	7,206,553,994	7,632,174,802	7,721,858,633		22,560,587,429
南區分區	5,794,119,986	6,075,324,555	6,106,476,828		17,975,921,369
高屏分區	6,090,229,455	6,399,023,965	6,442,464,112		18,931,717,532
東區分區	1,001,442,129	1,058,239,373	1,061,824,315		3,121,505,817
小 計	40,786,428,173	42,959,443,892	43,325,246,216		127,071,118,281

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=(D3)× 45%× (R)+ (D3)× 55%× (S)-風險基金移撥款(北區)(RS_I)+風險基金分配款(東區)(RS_I)

分 區	調整後第1季 (BD3_q1)	調整後第2季 (BD3_q2)	調整後第3季 (BD3_q3)	調整後第4季 (BD3_q4)(說明2)	合計(加總BD3)
臺北分區	19,190,027,736	20,353,416,004	20,355,564,255		59,899,007,995
北區分區	7,619,501,712	8,090,615,479	8,084,795,950		23,794,913,141
中區分區	10,203,178,966	10,752,971,297	10,818,030,620		31,774,180,883
南區分區	8,329,439,477	8,747,991,020	8,814,101,910		25,891,532,407
高屏分區	8,839,940,884	9,230,332,175	9,389,846,704		27,460,119,763
東區分區	1,729,570,744	1,830,259,058	1,837,773,318		5,397,603,120
小 計	55,911,659,519	59,005,585,033	59,300,112,757		174,217,357,309

註：

1. 為避免各分區地區一般服務預算總額個別加總後與地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)所產生之數元誤差,故東區分區地區一般服務預算總額 = 地區一般服務預算總額(D1、D2、D3、D4)減去前五分區地區一般服務預算總額。
2. 各分區第1-3季預算：以前述調整後季預算數乘各區當季R、S值。各分區第4季預算：則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數。調整後第4季各分區門診一般服務預算總額(BD4_q4)=調整前全年各分區門診一般服務預算總額(加總BD2)減去調整後第1-3季各分區門診一般服務預算總額(BD4_q1、BD4_q2、BD4_q3)= 加總BD2 - BD4_q1 - BD4_q2 - BD4_q3；調整後第4季各分區住診一般服務預算總額(BD3_q4)=調整前全年各分區住診一般服務預算總額(加總BD1)減去調整後第1-3季各分區住診一般服務預算總額(BD3_q1、BD3_q2、BD3_q3)= 加總BD1 - BD3_q1 - BD3_q2 - BD3_q3。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

頁 次： 21

四、門住診一般服務各分區浮動及平均點值之計算

1. 門診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	9,435,427,811(BF1)	0.89837842	-----	9,032,212,204	11,349,434
	2-北區分區	1,020,950,949	0.89837842	917,200,300	946,739,733	
	3-中區分區	409,201,630	0.89837842	367,617,914	383,639,369	
	4-南區分區	250,973,067	0.89837842	225,468,787	255,772,032	
	5-高屏分區	301,762,709	0.89837842	271,097,106	263,109,750	
	6-東區分區	76,285,473	0.89837842	68,533,223	72,075,707	
	7-合計	11,494,601,639(GF1)		1,849,917,330(AF1)	10,953,548,795(BG1)	11,349,434(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	755,783,909	0.89837842	678,979,954	724,154,281	
	2-北區分區	2,982,040,198(BF1)	0.89837842	-----	2,622,637,196	4,165,270
	3-中區分區	253,021,669	0.89837842	227,309,207	248,844,920	
	4-南區分區	86,768,945	0.89837842	77,951,348	80,534,217	
	5-高屏分區	66,258,416	0.89837842	59,525,131	55,395,417	
	6-東區分區	17,478,493	0.89837842	15,702,301	16,871,800	
	7-合計	4,161,351,630(GF1)		1,059,467,941(AF1)	3,748,437,831(BG1)	4,165,270(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	221,485,887	0.89837842	198,978,141	224,066,895	
	2-北區分區	98,818,187	0.89837842	88,776,127	92,452,258	
	3-中區分區	4,629,605,390(BF1)	0.89837842	-----	4,537,891,148	4,444,102
	4-南區分區	130,577,655	0.89837842	117,308,147	144,039,831	
	5-高屏分區	61,828,913	0.89837842	55,545,761	53,385,173	
	6-東區分區	12,480,253	0.89837842	11,211,990	11,274,187	
	7-合計	5,154,796,285(GF1)		471,820,166(AF1)	5,063,109,492(BG1)	4,444,102(BJ1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

頁 次： 22

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	231,392,932	0.89837842	207,878,417	254,023,923	
	2-北區分區	83,697,753	0.89837842	75,192,255	84,239,339	
	3-中區分區	197,424,529	0.89837842	177,361,936	206,056,612	
	4-南區分區	3,278,425,297(BF1)	0.89837842	-----	3,772,507,033	3,472,753
	5-高屏分區	170,103,916	0.89837842	152,817,687	168,454,176	
	6-東區分區	8,775,028	0.89837842	7,883,296	7,620,355	
	7-合計	3,969,819,455(GF1)		621,133,591(AF1)	4,492,901,438(BG1)	3,472,753(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	127,463,762	0.89837842	114,510,693	130,114,043	
	2-北區分區	44,943,494	0.89837842	40,376,265	38,525,523	
	3-中區分區	73,861,757	0.89837842	66,355,809	69,610,648	
	4-南區分區	213,004,313	0.89837842	191,358,478	213,175,233	
	5-高屏分區	3,768,781,480(BF1)	0.89837842	-----	3,574,650,737	2,599,185
	6-東區分區	14,903,412	0.89837842	13,388,904	13,367,930	
	7-合計	4,242,958,218(GF1)		425,990,149(AF1)	4,039,444,114(BG1)	2,599,185(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	68,953,645	0.89837842	61,946,467	69,330,638	
	2-北區分區	23,342,090	0.89837842	20,970,030	23,117,804	
	3-中區分區	16,288,430	0.89837842	14,633,174	15,661,157	
	4-南區分區	8,323,063	0.89837842	7,477,260	7,972,366	
	5-高屏分區	24,113,193	0.89837842	21,662,772	23,045,774	
	6-東區分區	628,525,699(BF1)	0.89837842	-----	618,159,711	473,811
	7-合計	769,546,120(GF1)		126,689,703(AF1)	757,287,450(BG1)	473,811(BJ1)

2. 門診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	49,116,040(BF2)	0.93220761	45,786,346	46,254,074
	2-北區分區	0(BF2)	0.94039148	0	0
	3-中區分區	11,659,385(BF2)	0.95219991	11,102,065	13,342,922
	4-南區分區	0(BF2)	0.92302830	0	0
	5-高屏分區	599,544(BF2)	0.95677900	573,631	312,902
	6-東區分區	0(BF2)	0.94225333	0	0
	7-合計	61,374,969(GF2)		57,462,042(AF2)	59,909,898(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	951,367(BF2)	0.93220761	886,872	879,417
	2-北區分區	0(BF2)	0.94039148	0	0
	3-中區分區	3,882,816(BF2)	0.95219991	3,697,217	3,715,439
	4-南區分區	0(BF2)	0.92302830	0	0
	5-高屏分區	129,767(BF2)	0.95677900	124,158	113,000
	6-東區分區	0(BF2)	0.94225333	0	0
	7-合計	4,963,950(GF2)		4,708,247(AF2)	4,707,856(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	532,198(BF2)	0.93220761	496,119	694,506
	2-北區分區	0(BF2)	0.94039148	0	0
	3-中區分區	188,527,964(BF2)	0.95219991	179,516,310	208,622,810
	4-南區分區	0(BF2)	0.92302830	0	0
	5-高屏分區	169,048(BF2)	0.95677900	161,742	154,503
	6-東區分區	0(BF2)	0.94225333	0	0
	7-合計	189,229,210(GF2)		180,174,171(AF2)	209,471,819(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

頁 次： 24

就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數	
4-南區分區	1-臺北分區	294,641(BF2)	0.93220761	274,667	378,481
	2-北區分區	0(BF2)	0.94039148	0	0
	3-中區分區	7,150,230(BF2)	0.95219991	6,808,448	7,995,398
	4-南區分區	0(BF2)	0.92302830	0	0
	5-高屏分區	267,603(BF2)	0.95677900	256,037	187,799
	6-東區分區	0(BF2)	0.94225333	0	0
	7-合計	7,712,474(GF2)		7,339,152(AF2)	8,561,678(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	658,675(BF2)	0.93220761	614,022	998,689
	2-北區分區	0(BF2)	0.94039148	0	0
	3-中區分區	2,217,557(BF2)	0.95219991	2,111,558	2,478,652
	4-南區分區	0(BF2)	0.92302830	0	0
	5-高屏分區	12,933,966(BF2)	0.95677900	12,374,947	7,189,414
	6-東區分區	0(BF2)	0.94225333	0	0
	7-合計	15,810,198(GF2)		15,100,527(AF2)	10,666,755(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	129,412(BF2)	0.93220761	120,639	138,187
	2-北區分區	0(BF2)	0.94039148	0	0
	3-中區分區	380,647(BF2)	0.95219991	362,452	453,159
	4-南區分區	0(BF2)	0.92302830	0	0
	5-高屏分區	19,827(BF2)	0.95677900	18,970	19,550
	6-東區分區	0(BF2)	0.94225333	0	0
	7-合計	529,886(GF2)		502,061(AF2)	610,896(BG2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

頁 次： 25

3. 住診非偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	9,801,716,716(BF3)	0.89837842	-----	4,385,406,187	21,943,953
	2-北區分區	1,059,271,617	0.89837842	951,626,762	522,793,163	
	3-中區分區	409,704,377	0.89837842	368,069,571	202,685,615	
	4-南區分區	276,155,468	0.89837842	248,092,113	119,538,265	
	5-高屏分區	326,615,138	0.89837842	293,423,992	151,841,085	
	6-東區分區	125,501,584	0.89837842	112,747,915	45,236,138	
	7-合計	11,998,964,900(GF3)		1,973,960,353(AF3)	5,427,500,453(BG3)	21,943,953(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	932,172,370	0.89837842	837,443,541	458,734,975	
	2-北區分區	3,405,986,588(BF3)	0.89837842	-----	1,439,577,897	8,855,369
	3-中區分區	333,944,304	0.89837842	300,008,356	161,457,569	
	4-南區分區	98,355,965	0.89837842	88,360,876	44,194,341	
	5-高屏分區	80,563,189	0.89837842	72,376,230	36,033,143	
	6-東區分區	38,215,671	0.89837842	34,332,134	12,577,465	
	7-合計	4,889,238,087(GF3)		1,332,521,137(AF3)	2,152,575,390(BG3)	8,855,369(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	299,267,226	0.89837842	268,855,218	147,312,970	
	2-北區分區	130,362,083	0.89837842	117,114,482	64,075,083	
	3-中區分區	5,485,218,442(BF3)	0.89837842	-----	2,369,484,121	8,801,700
	4-南區分區	156,777,827	0.89837842	140,845,817	69,284,627	
	5-高屏分區	81,693,866	0.89837842	73,392,006	36,842,665	
	6-東區分區	28,889,616	0.89837842	25,953,808	7,843,668	
	7-合計	6,182,209,060(GF3)		626,161,331(AF3)	2,694,843,134(BG3)	8,801,700(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

頁次：26

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	前季全區 浮動點值	核定浮動點數 ×前季全區浮動點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	331,528,892	0.89837842	297,838,402	156,115,232	
	2-北區分區	114,539,769	0.89837842	102,900,057	53,431,859	
	3-中區分區	282,370,716	0.89837842	253,675,758	129,608,019	
	4-南區分區	4,444,649,606(BF3)	0.89837842	-----	1,837,024,738	4,093,703
	5-高屏分區	225,560,665	0.89837842	202,638,834	106,429,885	
	6-東區分區	23,901,960	0.89837842	21,473,005	6,423,071	
	7-合計	5,422,551,608(GF3)		878,526,056(AF3)	2,289,032,804(BG3)	4,093,703(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	180,051,673	0.89837842	161,754,538	88,133,390	
	2-北區分區	60,252,340	0.89837842	54,129,402	25,853,741	
	3-中區分區	88,139,316	0.89837842	79,182,459	43,610,439	
	4-南區分區	291,761,323	0.89837842	262,112,076	126,399,929	
	5-高屏分區	5,253,360,384(BF3)	0.89837842	-----	2,171,745,686	5,846,814
	6-東區分區	34,476,412	0.89837842	30,972,865	10,950,950	
	7-合計	5,908,041,448(GF3)		588,151,340(AF3)	2,466,694,135(BG3)	5,846,814(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	115,932,291	0.89837842	104,151,068	51,714,211	
	2-北區分區	36,276,393	0.89837842	32,589,929	17,839,568	
	3-中區分區	22,386,021	0.89837842	20,111,118	11,220,658	
	4-南區分區	13,848,674	0.89837842	12,441,350	5,752,170	
	5-高屏分區	37,216,461	0.89837842	33,434,465	17,508,576	
	6-東區分區	883,346,936(BF3)	0.89837842	-----	362,313,779	946,502
	7-合計	1,109,006,776(GF3)		202,727,930(AF3)	466,348,962(BG3)	946,502(BJ3)

4. 住診偏遠地區一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

	就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	100,578,761(BF4)	0.93220761	93,760,286	23,630,401
	2-北區分區	0(BF4)	0.94039148	0	0
	3-中區分區	12,217,372(BF4)	0.95219991	11,633,381	4,456,849
	4-南區分區	0(BF4)	0.92302830	0	0
	5-高屏分區	1,600,168(BF4)	0.95677900	1,531,007	129,227
	6-東區分區	0(BF4)	0.94225333	0	0
	7-合計	114,396,301(GF4)			106,924,674(AF4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,279,778(BF4)	0.93220761	2,125,226	569,612
	2-北區分區	0(BF4)	0.94039148	0	0
	3-中區分區	2,908,349(BF4)	0.95219991	2,769,330	1,469,510
	4-南區分區	0(BF4)	0.92302830	0	0
	5-高屏分區	1,217,541(BF4)	0.95677900	1,164,918	110,228
	6-東區分區	0(BF4)	0.94225333	0	0
	7-合計	6,405,668(GF4)			6,059,474(AF4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,164,226(BF4)	0.93220761	1,085,300	494,596
	2-北區分區	0(BF4)	0.94039148	0	0
	3-中區分區	202,167,983(BF4)	0.95219991	192,504,335	72,783,488
	4-南區分區	0(BF4)	0.92302830	0	0
	5-高屏分區	242,174(BF4)	0.95677900	231,707	24,738
	6-東區分區	0(BF4)	0.94225333	0	0
	7-合計	203,574,383(GF4)			193,821,342(AF4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/12

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

頁次： 28

就醫分區	核定浮動點數	前季就醫分區 平均點值	核定浮動點數 ×前季就醫分區點值	核定非浮動點數	
4-南區分區	1-臺北分區	1,160,892(BF4)	0.93220761	1,082,192	271,227
	2-北區分區	0(BF4)	0.94039148	0	0
	3-中區分區	9,285,951(BF4)	0.95219991	8,842,082	3,805,397
	4-南區分區	0(BF4)	0.92302830	0	0
	5-高屏分區	2,189,969(BF4)	0.95677900	2,095,316	234,047
	6-東區分區	0(BF4)	0.94225333	0	0
7-合計	12,636,812(GF4)		12,019,590(AF4)	4,310,671(BG4)	
5-高屏分區	1-臺北分區	1,135,638(BF4)	0.93220761	1,058,650	375,727
	2-北區分區	0(BF4)	0.94039148	0	0
	3-中區分區	2,054,137(BF4)	0.95219991	1,955,949	843,552
	4-南區分區	0(BF4)	0.92302830	0	0
	5-高屏分區	71,153,766(BF4)	0.95677900	68,078,429	7,865,322
	6-東區分區	0(BF4)	0.94225333	0	0
7-合計	74,343,541(GF4)		71,093,028(AF4)	9,084,601(BG4)	
6-東區分區	1-臺北分區	302,544(BF4)	0.93220761	282,034	73,252
	2-北區分區	0(BF4)	0.94039148	0	0
	3-中區分區	599,866(BF4)	0.95219991	571,192	351,348
	4-南區分區	0(BF4)	0.92302830	0	0
	5-高屏分區	221,675(BF4)	0.95677900	212,094	38,325
	6-東區分區	0(BF4)	0.94225333	0	0
7-合計	1,124,085(GF4)		1,065,320(AF4)	462,925(BG4)	

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)

- 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)

- 加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3)

- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 就醫分區前季平均點值)(AF2+AF4)

- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

- 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

/ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

$$\text{臺北分區} = [16,145,369,629 + 20,355,564,255 - 3,823,877,683 - 16,381,049,248 \\ - 164,386,716 - 88,126,375 - 33,293,387] / 19,237,144,527 = 0.83225452$$

$$\text{北區分區} = [5,847,252,699 + 8,084,795,950 - 2,391,989,078 - 5,901,013,221 \\ - 10,767,721 - 6,857,206 - 13,020,639] / 6,388,026,786 = 0.87795511$$

$$\text{中區分區} = [7,721,858,633 + 10,818,030,620 - 1,097,981,497 - 7,757,952,626 \\ - 373,995,513 - 282,774,641 - 13,245,802] / 10,114,823,832 = 0.89116126$$

$$\text{南區分區} = [6,106,476,828 + 8,814,101,910 - 1,499,659,647 - 6,781,934,242 \\ - 19,358,742 - 12,872,349 - 7,566,456] / 7,723,074,903 = 0.85447667$$

$$\text{高屏分區} = [6,442,464,112 + 9,389,846,704 - 1,014,141,489 - 6,506,138,249 \\ - 86,193,555 - 19,751,356 - 8,445,999] / 9,022,141,864 = 0.90861353$$

$$\text{東區分區} = [1,061,824,315 + 1,837,773,318 - 329,417,633 - 1,223,636,412 \\ - 1,567,381 - 1,073,821 - 1,420,313] / 1,511,872,635 = 0.88795977$$

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額(D4) + 調整後住診一般服務預算總額(D3)

- 加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)

- 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

/ 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

$$= [43,325,246,216 + 59,300,112,757 - 44,963,179,746 - 76,992,596] / 65,995,186,703 = 0.87256646$$

$$7. \text{非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值} = [\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)} \\ \div [\text{加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)} \\ + \text{加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)} \\ + \text{加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)}]$$

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [16,145,369,629 + 20,355,564,255] \div [23,669,337,809 + 16,469,175,623 + 33,293,387] = 0.90862067 \\ \text{北區分區} &= [5,847,252,699 + 8,084,795,950] \div [9,061,959,335 + 5,907,870,427 + 13,020,639] = 0.92986637 \\ \text{中區分區} &= [7,721,858,633 + 10,818,030,620] \div [11,729,808,938 + 8,040,727,267 + 13,245,802] = 0.93712563 \\ \text{南區分區} &= [6,106,476,828 + 8,814,101,910] \div [9,412,720,349 + 6,794,806,591 + 7,566,456] = 0.92016607 \\ \text{高屏分區} &= [6,442,464,112 + 9,389,846,704] \div [10,241,153,405 + 6,525,889,605 + 8,445,999] = 0.94377641 \\ \text{東區分區} &= [1,061,824,315 + 1,837,773,318] \div [1,880,206,867 + 1,224,710,233 + 1,420,313] = 0.93344581 \end{aligned}$$

$$8. \text{非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值} \\ = [43,325,246,216 + 59,300,112,757] \div [65,995,186,703 + 44,963,179,746 + 76,992,596] = 0.92425836$$

$$9. \text{醫院非門診透析醫療給付費用總額平均點值} \\ = \text{加總}[\text{調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款}] \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數}] \\ = [43,325,246,216 + 59,300,112,757 + 5,540,864,825 + 190,054,380] \\ \div [65,995,186,703 + 44,963,179,746 + 76,992,596 + 5,544,339,460] \\ = 0.92946096$$

註：專款專用暫結金額=C型肝炎用藥暫結金額+罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材暫結金額
+ 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+ 醫療給付改善方案暫結金額
+ 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額+ 急診品質提升方案暫結金額
+ 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額

$$= 1,009,851,657 + 2,996,705,124 + 1,082,889,372 + 213,440,118 + 15,000,000 + 14,053,437 + 208,925,117 \\ = 5,540,864,825$$

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月106/06(含)以前：於106/10/01~106/12/31期間核付者。
費用年月106/07~106/09：於106/07/01~106/12/31期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。