

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：107/05/23

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10—106/12

核付截止日期：107/03/31

頁次：1

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 106年第4季調整後醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

=106年調整前各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)－106年第1~3季調整後醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

= 405,767,653,066－96,698,087,692－101,965,028,925－102,625,358,973

= 104,479,177,476 (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：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：107/05/23

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：2

(二) 106年調整前各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)

項目	104年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	103年各季 校正投保人口 數成長率差值	105年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	104年各季 校正投保人口 數成長率差值	106年 調整前各季 一般服務醫療 給付費用總額	106年品質 保證保留款 (說明2)	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
	(A1)	(B1)	(G0) =(A1+B1)× (1+5.022%)	(B2)	(G) =(G0+B2)× (1+4.585%)	(F1)	(G1) =(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4季門診透析服務預算

$$= 105年各季醫院門診透析服務預算 \times (1 + 2.975\%)$$

$$= 5,101,842,041 \times (1 + 2.975\%)$$

$$= 5,253,621,842$$

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算300百萬元。

$$= 300,000,000/4$$

$$= 75,000,000(C1)$$

※106年第4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：	80,954,718	第4季已支用點數：	146,586	第4季已支用點數：	81,101,304
全年已支用點數：	444,602,558	全年已支用點數：	787,319	全年已支用點數：	445,389,877

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：	352,806,590	第4季已支用點數：	800,544	第4季已支用點數：	353,607,134
全年已支用點數：	2,093,529,342	全年已支用點數：	4,798,800	全年已支用點數：	2,098,328,142

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：	433,761,308	第4季已支用點數：	947,130	第4季已支用點數：	434,708,438
全年已支用點數：	2,538,131,900	全年已支用點數：	5,586,119	全年已支用點數：	2,543,718,019

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

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,543,718,019 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年廠商負擔款}) \\ &= 2,655,000,000 - (2,543,718,019 - 10,206,192) \\ &= 2,655,000,000 - 2,533,511,827 \\ &= 121,488,173 \end{aligned}$$

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：	1,198,126,218	第4季已支用點數：	178,198,454	第4季已支用點數：	1,376,324,672
全年已支用點數：	4,719,152,838	全年已支用點數：	636,201,375	全年已支用點數：	5,355,354,213

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 5,355,354,213 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 435,645,787 \end{aligned}$$

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：	807,687,570	第4季已支用點數：	59,685,366	第4季已支用點數：	867,372,936
全年已支用點數：	3,221,405,497	全年已支用點數：	201,788,830	全年已支用點數：	3,423,194,327

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 3,423,194,327 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= -274,194,327 \text{ (預算不足, 由其他預算支應)} \end{aligned}$$

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：	773,052,356	第4季已支用點數：	517,397	第4季已支用點數：	773,569,753
全年已支用點數：	2,501,910,460	全年已支用點數：	2,029,279	全年已支用點數：	2,503,939,739

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,503,939,739 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 996,060,261 \end{aligned}$$

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：107/05/23

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

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：	280,000	第4季已支用點數：	280,000
全年已支用點數：	140,000	全年已支用點數：	3,220,000	全年已支用點數：	3,360,000

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 3,360,000 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 9,140,000 \end{aligned}$$

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：	2,778,866,144	第4季已支用點數：	238,681,217	第4季已支用點數：	3,017,547,361
全年已支用點數：	10,442,608,795	全年已支用點數：	843,239,484	全年已支用點數：	11,285,848,279

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 11,285,848,279 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{全年暫結金額} - \text{由其他預算支應金額}) \\ &= 12,452,500,000 - (11,285,848,279 - 274,194,327) \\ &= 1,440,846,048 \end{aligned}$$

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：	573,876,547	第4季已支用點數：	507,979,651	第4季已支用點數：	1,081,856,198
全年已支用點數：	2,243,086,903	全年已支用點數：	1,948,817,780	全年已支用點數：	4,191,904,683

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 4,191,904,683 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 23,795,317 \end{aligned}$$

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：107/05/23

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

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：	10,477,895	第4季已支用點數：	10,477,895
全年已支用點數：	291,161	全年已支用點數：	82,969,320	全年已支用點數：	83,260,481

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 83,260,481

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：	9,761,630	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	9,761,630
全年已支用點數：	35,183,350	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	35,183,350

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 35,183,350

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：	189,057,075	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	189,057,075(傳票日期:107/05/14前核付)
全年已支用點數：	537,350,483	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	537,350,483

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 537,350,483

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：	32,163,231	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	32,163,231
全年已支用點數：	50,218,784	全年已支用點數：	11,250	全年已支用點數：	50,230,034

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 50,230,034

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：107/05/23

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

頁次：8

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：	9,841,600	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	9,841,600
全年已支用點數：	27,760,721	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	27,760,721

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 27,760,721

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：	15,814,200	第4季已支用點數：	15,814,200
全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	66,942,450	全年已支用點數：	66,942,450

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 66,942,450

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：	794,000
全年已支用點數：	1,812,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,812,000

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：	2,682,650	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	2,682,650(傳票日期:107/05/14前核付)
全年已支用點數：	6,197,450	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	6,197,450

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 6,197,450

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：107/05/23

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

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：	244,300,186	第4季已支用點數：	26,292,095	第4季已支用點數：	270,592,281
全年已支用點數：	658,813,949	全年已支用點數：	149,923,020	全年已支用點數：	808,736,969

暫結金額 = 1元/點×已支用點數	未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 808,736,969	= 188,763,031

(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

$$\begin{aligned} \text{第1季暫結點值} &= \frac{[\text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_非浮動點數J1)]}{[\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_浮動點數J2 + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)J3]} \\ &= \frac{[15,000,000 - 16,459,800]}{[4,955,366 + 6,655,700]} = 0.87427511 \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned} \text{第2季暫結點值} &= \frac{[\text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_非浮動點數K1)]}{[\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_浮動點數K2 + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3]} \\ &= \frac{[15,000,000 - 17,237,360]}{[5,187,194 + 7,314,800]} = 0.82103975 \end{aligned}$$

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

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

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	5,159,940(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	5,578,934(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	7,663,900(M3)
(4)合計:		已支用點數	18,402,774(M9)
暫結金額= 1元/點×已支用點數=	18,402,774	未支用金額= 本季預算 - 暫結金額=	-3,402,774

$$\begin{aligned} \text{第4季暫結點值} &= [\text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_非浮動點數M1)] / [\text{醫院支援西醫醫療資源} \\ &\quad \text{不足地區(論量)}_浮動點數M2 + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3}] \\ &= \frac{[\text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times (M1)]}{[M2 + M3]} = 0.74304790 \end{aligned}$$

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	19,756,196(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	21,097,973(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	29,720,400(N3)
(4)合計:	已支用點數	70,574,569(N9)

預算不足 = 全年預算 - 1元/點 × 已支用點數 = -10,574,569 (預算不足, 由西醫基層總額同項專款移撥支應)

$$\begin{aligned} \text{全年點值} &= \frac{[\text{全年預算} + \text{西醫基層總額同項專款移撥 } 10,574,569 \text{元} - 1 \text{元/點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_非浮動點數N1)]}{[\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_浮動點數N2] + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)N3]} \\ &= \frac{[\text{全年預算} + \text{西醫基層總額同項專款移撥 } 10,574,569 \text{元} - 1 \text{元/點} \times (N1)]}{[N2 + N3]} = 1.00000000 \end{aligned}$$

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。

(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：	2,117,983	第4季已支用點數：	1,784,000	第4季已支用點數：	3,901,983
全年已支用點數：	9,443,775	全年已支用點數：	7,282,000	全年已支用點數：	16,725,775

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,725,775

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：	7,558,771	第4季已支用點數：	1,416,685	第4季已支用點數：	8,975,456
全年已支用點數：	30,318,034	全年已支用點數：	6,257,511	全年已支用點數：	36,575,545

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 36,575,545

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：	33,299,777	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	33,299,777(傳票日期:107/05/14前核付)
全年已支用點數：	33,299,777	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	33,299,777

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 33,299,777

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：	6,530,000	第4季已支用點數：	0	第4季已支用點數：	6,530,000
全年已支用點數：	6,530,000	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	6,530,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 6,530,000

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：107/05/23

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

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：	49,506,531	第4季已支用點數：	3,200,685	第4季已支用點數：	52,707,216
全年已支用點數：	79,591,586	全年已支用點數：	13,539,511	全年已支用點數：	93,131,097

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 93,131,097 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 66,868,903 \end{aligned}$$

(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：	209,474,279
全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：	10,959,716
合計已支用點數：	813,457,209

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{全年已支用點數} = 813,457,209$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = -13,457,209$$

$$\text{折付比例} = \text{全年預算} / \text{全年暫結金額} = 800,000,000 / 813,457,209 = 0.98345677$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{結算金額} = 0$$

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：
 - (1)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。
 - (2)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)。
 - (3)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。
 - (4)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。
 - (5)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	扣減新醫 療科技項 目未導入預算	106年支應扣減 金額後調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	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
	(G1)	(B4)	(G2) =(G1)-(B4)	(B)	(C1)	(D1) =(G2+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G2)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
季別							
第1季	97,035,827,991	0	97,035,827,991	4,959,475,070	0	56,097,416,684	40,938,411,307
第2季	104,037,340,014	0	104,037,340,014	5,317,852,954	0	60,145,356,132	43,891,983,882
第3季	101,838,298,373	0	101,838,298,373	5,193,027,857	0	58,867,229,427	42,971,068,946
第4季	102,856,186,688	248,000,000	102,608,186,688	5,253,621,842	0	59,323,994,692	43,284,191,996
合計	405,767,653,066	248,000,000	405,519,653,066	20,723,977,723	0	234,433,996,935	171,085,656,131

註：

- 扣減新醫療科技項目未導入預算(B4)：依據106年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，106年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。援例於未結算之季別扣減新特材未導入預算248,000,000元。
- 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。

(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	扣減新醫 療科技項 目未導入預算	106年支應扣減 金額後調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	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)	(B4)	(G3) =(D)-(B4)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
季別							
第1季	96,698,087,692	0	96,698,087,692	4,959,475,070	0	55,911,659,519	40,786,428,173
第2季	101,965,028,925	0	101,965,028,925	5,317,852,954	0	59,005,585,033	42,959,443,892
第3季	102,625,358,973	0	102,625,358,973	5,193,027,857	0	59,300,112,757	43,325,246,216
第4季	104,479,177,476	248,000,000	104,231,177,476	5,253,621,842	0	60,216,639,626	44,014,537,850
合計	405,767,653,066	248,000,000	405,519,653,066	20,723,977,723	0	234,433,996,935	171,085,656,131

註：

- 扣減新醫療科技項目未導入預算(B4)：依據106年全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，106年度新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)，若未於時程內導入，則扣減該額度。援例於未結算之季別扣減新特材未導入預算248,000,000元。
- 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	0.37224
	北區分區	0.14326	0.14377	0.14442	0.14506
	中區分區	0.17487	0.17492	0.17563	0.17506
	南區分區	0.14107	0.14074	0.13981	0.13834
	高屏分區	0.14597	0.14673	0.14521	0.14481
	東區分區	0.02498	0.02470	0.02437	0.02449
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	0.37451
	北區分區	0.12564	0.12553	0.12574	0.12681
	中區分區	0.17851	0.18040	0.18083	0.17926
	南區分區	0.14305	0.14210	0.14208	0.14276
	高屏分區	0.15267	0.15118	0.15219	0.15183
	東區分區	0.02389	0.02433	0.02441	0.02483
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34305	0.34345	0.34416	0.34456
	北區分區	0.15131	0.15167	0.15209	0.15244
	中區分區	0.18246	0.18255	0.18272	0.18277
	南區分區	0.14298	0.14257	0.14181	0.14150
	高屏分區	0.15524	0.15493	0.15450	0.15416
	東區分區	0.02496	0.02483	0.02472	0.02457
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	0.34114
	北區分區	0.12417	0.12540	0.12364	0.12464
	中區分區	0.18251	0.18198	0.18219	0.18328
	南區分區	0.15388	0.15291	0.15422	0.15197
	高屏分區	0.16045	0.15766	0.16149	0.16298
	東區分區	0.03563	0.03589	0.03593	0.03599

(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：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：107/05/23

106年第4季

結算主要費用年月起迄：106/10-106/12

核付截止日期：107/03/31

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	16,161,235,187	63,809,420,122
北區分區	5,499,343,643	5,904,967,024	5,799,410,433	5,878,622,563	23,082,343,663
中區分區	7,233,407,894	7,797,849,856	7,658,733,618	7,668,227,454	30,358,218,822
南區分區	5,815,710,710	6,207,204,361	6,056,557,313	6,083,593,185	24,163,065,569
高屏分區	6,112,923,576	6,537,930,459	6,389,797,952	6,419,911,357	25,460,563,344
東區分區	1,005,155,838	1,081,100,591	1,053,185,932	1,072,602,250	4,212,044,611
小 計	40,938,411,307	43,891,983,882	42,971,068,946	43,284,191,996	171,085,656,131

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	20,329,087,177	80,536,411,005
北區分區	7,644,835,832	8,247,016,578	8,025,732,266	8,129,913,112	32,047,497,788
中區分區	10,237,077,327	10,960,679,193	10,739,060,364	10,859,286,890	42,796,103,774
南區分區	8,357,112,650	8,916,970,064	8,749,760,079	8,735,962,472	34,759,805,265
高屏分區	8,869,310,114	9,408,628,278	9,321,302,010	9,433,167,720	37,032,408,122
東區分區	1,735,297,358	1,865,492,802	1,824,403,500	1,836,577,321	7,261,770,981
小 計	56,097,416,684	60,145,356,132	58,867,229,427	59,323,994,692	234,433,996,935

(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	16,433,596,712	63,809,420,122
北區分區	5,478,909,511	5,779,400,514	5,847,252,699	5,976,780,939	23,082,343,663
中區分區	7,206,553,994	7,632,174,802	7,721,858,633	7,797,631,393	30,358,218,822
南區分區	5,794,119,986	6,075,324,555	6,106,476,828	6,187,144,200	24,163,065,569
高屏分區	6,090,229,455	6,399,023,965	6,442,464,112	6,528,845,812	25,460,563,344
東區分區	1,001,442,129	1,058,239,373	1,061,824,315	1,090,538,794	4,212,044,611
小計	40,786,428,173	42,959,443,892	43,325,246,216	44,014,537,850	171,085,656,131

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	20,637,403,010	80,536,411,005
北區分區	7,619,501,712	8,090,615,479	8,084,795,950	8,252,584,647	32,047,497,788
中區分區	10,203,178,966	10,752,971,297	10,818,030,620	11,021,922,891	42,796,103,774
南區分區	8,329,439,477	8,747,991,020	8,814,101,910	8,868,272,858	34,759,805,265
高屏分區	8,839,940,884	9,230,332,175	9,389,846,704	9,572,288,359	37,032,408,122
東區分區	1,729,570,744	1,830,259,058	1,837,773,318	1,864,167,861	7,261,770,981
小計	55,911,659,519	59,005,585,033	59,300,112,757	60,216,639,626	234,433,996,935

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：107/05/23

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

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	9,411,503,991(BF1)	0.87256646	-----	9,320,979,675	8,595,196
	2-北區分區	1,020,269,157	0.87256646	890,252,647	978,575,944	
	3-中區分區	411,708,867	0.87256646	359,243,349	401,510,578	
	4-南區分區	253,619,366	0.87256646	221,299,752	264,454,482	
	5-高屏分區	307,410,391	0.87256646	268,235,997	272,664,471	
	6-東區分區	77,554,968	0.87256646	67,671,864	77,088,362	
	7-合計	11,482,066,740(GF1)			1,806,703,609(AF1)	11,315,273,512(BG1)
2-北區分區	1-臺北分區	750,416,207	0.87256646	654,788,013	753,712,387	
	2-北區分區	2,940,102,008(BF1)	0.87256646	-----	2,713,083,703	3,368,415
	3-中區分區	260,525,947	0.87256646	227,326,203	256,540,054	
	4-南區分區	87,003,758	0.87256646	75,916,561	83,077,842	
	5-高屏分區	67,445,484	0.87256646	58,850,667	57,519,041	
	6-東區分區	17,248,648	0.87256646	15,050,592	17,140,376	
	7-合計	4,122,742,052(GF1)			1,031,932,036(AF1)	3,881,073,403(BG1)
3-中區分區	1-臺北分區	225,556,703	0.87256646	196,813,214	231,324,848	
	2-北區分區	96,264,578	0.87256646	83,997,242	93,285,565	
	3-中區分區	4,605,905,787(BF1)	0.87256646	-----	4,688,146,631	3,952,664
	4-南區分區	129,739,308	0.87256646	113,206,169	148,917,001	
	5-高屏分區	61,237,682	0.87256646	53,433,947	54,463,579	
	6-東區分區	12,677,525	0.87256646	11,061,983	12,217,786	
	7-合計	5,131,381,583(GF1)			458,512,555(AF1)	5,228,355,410(BG1)

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：107/05/23

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

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	226,405,715	0.87256646	197,554,033	256,249,763	
	2-北區分區	84,561,629	0.87256646	73,785,641	89,252,989	
	3-中區分區	200,336,707	0.87256646	174,807,091	207,551,571	
	4-南區分區	3,222,560,943(BF1)	0.87256646	-----	3,844,585,547	2,016,665
	5-高屏分區	171,618,908	0.87256646	149,748,903	173,638,781	
	6-東區分區	9,230,089	0.87256646	8,053,866	8,213,722	
	7-合計	3,914,713,991(GF1)		603,949,534(AF1)	4,579,492,373(BG1)	2,016,665(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	131,807,320	0.87256646	115,010,647	134,346,139	
	2-北區分區	45,580,867	0.87256646	39,772,336	40,196,464	
	3-中區分區	73,704,066	0.87256646	64,311,696	75,338,235	
	4-南區分區	209,034,631	0.87256646	182,396,608	215,767,727	
	5-高屏分區	3,776,941,414(BF1)	0.87256646	-----	3,648,085,733	1,705,130
	6-東區分區	15,056,181	0.87256646	13,137,519	13,796,220	
	7-合計	4,252,124,479(GF1)		414,628,806(AF1)	4,127,530,518(BG1)	1,705,130(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	66,913,977	0.87256646	58,386,892	71,263,620	
	2-北區分區	22,904,979	0.87256646	19,986,116	22,008,031	
	3-中區分區	15,980,793	0.87256646	13,944,304	16,539,791	
	4-南區分區	7,670,571	0.87256646	6,693,083	8,044,302	
	5-高屏分區	24,207,125	0.87256646	21,122,325	23,254,736	
	6-東區分區	630,102,287(BF1)	0.87256646	-----	645,869,975	464,694
	7-合計	767,779,732(GF1)		120,132,720(AF1)	786,980,455(BG1)	464,694(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	50,209,059(BF2)	0.90862067	45,620,989	48,368,405
	2-北區分區	0(BF2)	0.92986637	0	0
	3-中區分區	12,334,352(BF2)	0.93712563	11,558,837	13,026,850
	4-南區分區	0(BF2)	0.92016607	0	0
	5-高屏分區	715,994(BF2)	0.94377641	675,738	344,114
	6-東區分區	0(BF2)	0.93344581	0	0
	7-合計	63,259,405(GF2)		57,855,564(AF2)	61,739,369(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,026,777(BF2)	0.90862067	932,951	833,470
	2-北區分區	0(BF2)	0.92986637	0	0
	3-中區分區	3,713,250(BF2)	0.93712563	3,479,782	3,712,501
	4-南區分區	0(BF2)	0.92016607	0	0
	5-高屏分區	174,857(BF2)	0.94377641	165,026	122,889
	6-東區分區	0(BF2)	0.93344581	0	0
	7-合計	4,914,884(GF2)		4,577,759(AF2)	4,668,860(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	555,521(BF2)	0.90862067	504,758	631,051
	2-北區分區	0(BF2)	0.92986637	0	0
	3-中區分區	194,241,513(BF2)	0.93712563	182,028,700	209,284,057
	4-南區分區	0(BF2)	0.92016607	0	0
	5-高屏分區	180,378(BF2)	0.94377641	170,237	150,953
	6-東區分區	0(BF2)	0.93344581	0	0
	7-合計	194,977,412(GF2)		182,703,695(AF2)	210,066,061(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：107/05/23

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

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	245,255(BF2)	0.90862067	222,844	437,419
	2-北區分區	0(BF2)	0.92986637	0	0
	3-中區分區	7,465,303(BF2)	0.93712563	6,995,927	8,332,699
	4-南區分區	0(BF2)	0.92016607	0	0
	5-高屏分區	252,430(BF2)	0.94377641	238,237	181,823
	6-東區分區	0(BF2)	0.93344581	0	0
7-合計	7,962,988(GF2)		7,457,008(AF2)	8,951,941(BG2)	
5-高屏分區	1-臺北分區	620,851(BF2)	0.90862067	564,118	895,270
	2-北區分區	0(BF2)	0.92986637	0	0
	3-中區分區	2,136,982(BF2)	0.93712563	2,002,621	2,569,049
	4-南區分區	0(BF2)	0.92016607	0	0
	5-高屏分區	13,619,644(BF2)	0.94377641	12,853,899	7,107,085
	6-東區分區	0(BF2)	0.93344581	0	0
7-合計	16,377,477(GF2)		15,420,638(AF2)	10,571,404(BG2)	
6-東區分區	1-臺北分區	107,219(BF2)	0.90862067	97,421	109,546
	2-北區分區	0(BF2)	0.92986637	0	0
	3-中區分區	524,425(BF2)	0.93712563	491,452	616,599
	4-南區分區	0(BF2)	0.92016607	0	0
	5-高屏分區	16,683(BF2)	0.94377641	15,745	33,927
	6-東區分區	0(BF2)	0.93344581	0	0
7-合計	648,327(GF2)		604,618(AF2)	760,072(BG2)	

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	9,903,998,137(BF3)	0.87256646	-----	4,591,005,458	20,108,360
	2-北區分區	1,091,373,909	0.87256646	952,296,268	546,761,550	
	3-中區分區	420,792,858	0.87256646	367,169,734	217,099,761	
	4-南區分區	289,623,034	0.87256646	252,715,346	137,560,712	
	5-高屏分區	346,103,759	0.87256646	301,998,532	179,398,710	
	6-東區分區	123,326,219	0.87256646	107,610,322	47,764,006	
	7-合計	12,175,217,916(GF3)			1,981,790,202(AF3)	5,719,590,197(BG3)
2-北區分區	1-臺北分區	938,676,480	0.87256646	819,057,613	480,694,047	
	2-北區分區	3,438,813,397(BF3)	0.87256646	-----	1,525,145,499	8,181,358
	3-中區分區	319,624,020	0.87256646	278,893,200	163,786,925	
	4-南區分區	110,219,444	0.87256646	96,173,790	54,463,485	
	5-高屏分區	85,746,382	0.87256646	74,819,417	38,912,219	
	6-東區分區	33,519,680	0.87256646	29,248,149	12,131,659	
	7-合計	4,926,599,403(GF3)			1,298,192,169(AF3)	2,275,133,834(BG3)
3-中區分區	1-臺北分區	288,692,501	0.87256646	251,903,394	143,125,654	
	2-北區分區	119,851,647	0.87256646	104,578,527	58,999,448	
	3-中區分區	5,572,461,246(BF3)	0.87256646	-----	2,525,150,921	6,739,326
	4-南區分區	166,092,189	0.87256646	144,926,473	79,185,984	
	5-高屏分區	81,553,486	0.87256646	71,160,837	38,208,434	
	6-東區分區	28,493,165	0.87256646	24,862,180	8,928,560	
	7-合計	6,257,144,234(GF3)			597,431,411(AF3)	2,853,599,001(BG3)

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：107/05/23

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

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	315,887,057	0.87256646	275,632,451	152,701,706	
	2-北區分區	106,812,343	0.87256646	93,200,868	55,898,472	
	3-中區分區	272,970,274	0.87256646	238,184,706	128,815,186	
	4-南區分區	4,451,642,760(BF3)	0.87256646	-----	1,910,598,244	4,312,417
	5-高屏分區	244,801,817	0.87256646	213,605,855	120,051,038	
	6-東區分區	25,010,090	0.87256646	21,822,966	6,801,059	
	7-合計	5,417,124,341(GF3)		842,446,846(AF3)	2,374,865,705(BG3)	4,312,417(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	177,499,445	0.87256646	154,880,062	87,849,590	
	2-北區分區	57,384,282	0.87256646	50,071,600	24,051,544	
	3-中區分區	86,594,998	0.87256646	75,559,891	44,323,791	
	4-南區分區	296,170,859	0.87256646	258,428,758	139,765,218	
	5-高屏分區	5,262,582,895(BF3)	0.87256646	-----	2,251,542,366	3,335,826
	6-東區分區	35,563,772	0.87256646	31,031,755	9,968,548	
	7-合計	5,915,796,251(GF3)		569,972,066(AF3)	2,557,501,057(BG3)	3,335,826(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	114,359,258	0.87256646	99,786,053	56,182,179	
	2-北區分區	41,574,992	0.87256646	36,276,944	20,251,771	
	3-中區分區	22,950,353	0.87256646	20,025,708	12,872,845	
	4-南區分區	11,841,611	0.87256646	10,332,593	4,956,532	
	5-高屏分區	41,217,362	0.87256646	35,964,888	21,280,140	
	6-東區分區	893,694,503(BF3)	0.87256646	-----	385,998,129	721,277
	7-合計	1,125,638,079(GF3)		202,386,186(AF3)	501,541,596(BG3)	721,277(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	102,927,224(BF4)	0.90862067	93,521,803	24,646,663
	2-北區分區	0(BF4)	0.92986637	0	0
	3-中區分區	10,558,574(BF4)	0.93712563	9,894,710	3,998,457
	4-南區分區	0(BF4)	0.92016607	0	0
	5-高屏分區	2,083,081(BF4)	0.94377641	1,965,963	200,321
	6-東區分區	0(BF4)	0.93344581	0	0
	7-合計	115,568,879(GF4)		105,382,476(AF4)	28,845,441(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	3,095,402(BF4)	0.90862067	2,812,546	538,916
	2-北區分區	0(BF4)	0.92986637	0	0
	3-中區分區	2,482,455(BF4)	0.93712563	2,326,372	903,063
	4-南區分區	0(BF4)	0.92016607	0	0
	5-高屏分區	819,721(BF4)	0.94377641	773,633	66,019
	6-東區分區	0(BF4)	0.93344581	0	0
	7-合計	6,397,578(GF4)		5,912,551(AF4)	1,507,998(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,347,409(BF4)	0.90862067	1,224,284	317,216
	2-北區分區	0(BF4)	0.92986637	0	0
	3-中區分區	203,825,579(BF4)	0.93712563	191,010,174	74,044,384
	4-南區分區	0(BF4)	0.92016607	0	0
	5-高屏分區	320,167(BF4)	0.94377641	302,166	32,278
	6-東區分區	0(BF4)	0.93344581	0	0
	7-合計	205,493,155(GF4)		192,536,624(AF4)	74,393,878(BG4)

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：107/05/23

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

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	1,220,493(BF4)	0.90862067	1,108,965	244,968
	2-北區分區	0(BF4)	0.92986637	0	0
	3-中區分區	8,478,538(BF4)	0.93712563	7,945,455	3,079,992
	4-南區分區	0(BF4)	0.92016607	0	0
	5-高屏分區	2,749,227(BF4)	0.94377641	2,594,656	252,169
	6-東區分區	0(BF4)	0.93344581	0	0
7-合計	12,448,258(GF4)		11,649,076(AF4)	3,577,129(BG4)	
5-高屏分區	1-臺北分區	1,612,606(BF4)	0.90862067	1,465,247	589,289
	2-北區分區	0(BF4)	0.92986637	0	0
	3-中區分區	1,823,900(BF4)	0.93712563	1,709,223	749,897
	4-南區分區	0(BF4)	0.92016607	0	0
	5-高屏分區	74,152,922(BF4)	0.94377641	69,983,779	6,909,937
	6-東區分區	0(BF4)	0.93344581	0	0
7-合計	77,589,428(GF4)		73,158,249(AF4)	8,249,123(BG4)	
6-東區分區	1-臺北分區	342,712(BF4)	0.90862067	311,395	122,712
	2-北區分區	0(BF4)	0.92986637	0	0
	3-中區分區	474,170(BF4)	0.93712563	444,357	213,717
	4-南區分區	0(BF4)	0.92016607	0	0
	5-高屏分區	646,409(BF4)	0.94377641	610,066	117,541
	6-東區分區	0(BF4)	0.93344581	0	0
7-合計	1,463,291(GF4)		1,365,818(AF4)	453,970(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)

$$\text{臺北分區} = [16,433,596,712 + 20,637,403,010 - 3,788,493,811 - 17,034,863,709 \\ - 163,238,040 - 90,584,810 - 28,703,556] / 19,315,502,128 = 0.82654418$$

$$\text{北區分區} = [5,976,780,939 + 8,252,584,647 - 2,330,124,205 - 6,156,207,237 \\ - 10,490,310 - 6,176,858 - 11,549,773] / 6,378,915,405 = 0.89589167$$

$$\text{中區分區} = [7,797,631,393 + 11,021,922,891 - 1,055,943,966 - 8,081,954,411 \\ - 375,240,319 - 284,459,939 - 10,691,990] / 10,178,367,033 = 0.88533491$$

$$\text{南區分區} = [6,187,144,200 + 8,868,272,858 - 1,446,396,380 - 6,954,358,078 \\ - 19,106,084 - 12,529,070 - 6,329,082] / 7,674,203,703 = 0.86219999$$

$$\text{高屏分區} = [6,528,845,812 + 9,572,288,359 - 984,600,872 - 6,685,031,575 \\ - 88,578,887 - 18,820,527 - 5,040,956] / 9,039,524,309 = 0.92029858$$

$$\text{東區分區} = [1,090,538,794 + 1,864,167,861 - 322,518,906 - 1,288,522,051 \\ - 1,970,436 - 1,214,042 - 1,185,971] / 1,523,796,790 = 0.87891985$$

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)

$$= [44,014,537,850 + 60,216,639,626 - 46,614,722,307 - 63,501,328] / 66,195,429,883 = 0.86943999$$

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

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [16,433,596,712 + 20,637,403,010] / [23,836,112,940 + 17,125,448,519 + 28,703,556] = 0.90438546 \\ \text{北區分區} &= [5,976,780,939 + 8,252,584,647] / [9,060,653,917 + 6,162,384,095 + 11,549,773] = 0.93401711 \\ \text{中區分區} &= [7,797,631,393 + 11,021,922,891] / [11,788,996,384 + 8,366,414,350 + 10,691,990] = 0.93322714 \\ \text{南區分區} &= [6,187,144,200 + 8,868,272,858] / [9,352,249,578 + 6,966,887,148 + 6,329,082] = 0.92220444 \\ \text{高屏分區} &= [6,528,845,812 + 9,572,288,359] / [10,261,887,635 + 6,703,852,102 + 5,040,956] = 0.94875625 \\ \text{東區分區} &= [1,090,538,794 + 1,864,167,861] / [1,895,529,429 + 1,289,736,093 + 1,185,971] = 0.92727181 \end{aligned}$$

$$8. \text{非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值} = [44,014,537,850 + 60,216,639,626] / [66,195,429,883 + 46,614,722,307 + 63,501,328] = 0.92343230$$

$$\begin{aligned} 9. \text{醫院非門診透析醫療給付費用總額平均點值} &= \frac{[\text{加總}[\text{調整後分區門診一般服務預算總額}(BD4) + \text{調整後分區住診一般服務預算總額}(BD3) + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款}]]}{[\text{一般服務核定浮動點數}(GF) + \text{核定非浮動點數}(BG) + \text{自墊核退點數}(BJ) + \text{專款專用已支用點數}]} \\ &= [44,014,537,850 + 60,216,639,626 + 5,081,885,773 + 192,083,523] \\ &\quad / [66,195,429,883 + 46,614,722,307 + 63,501,328 + 5,085,288,547] \\ &= 0.92833273 \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned} &+ \text{鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額} + \text{醫療給付改善方案暫結金額} \\ &+ \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額} + \text{急診品質提升方案暫結金額} \\ &+ \text{醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額} \\ &= 434,708,438 + 3,017,547,361 + 1,081,856,198 + 270,592,281 + 15,000,000 + 52,707,216 + 209,474,279 \\ &= 5,081,885,773 \end{aligned}$$

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 - 費用年月106/09(含)以前：於107/01/01~107/03/31期間核付者。
 - 費用年月106/10~106/12：於106/10/01~107/03/31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。