

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 107年調整後第 2 季各季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

=107年調整前第 2 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_q2)

= 421, 107, 922, 318 × 25. 104612%

= 105, 717, 509, 999 (D)

註：

1. 依據106年11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4次會議決定，107年醫院總額一般服務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23.884553%、第2季25.104612%、第3季25.245979%、第4季25.764856%。醫院總額一般服務各分區預算，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. 107年度全年醫院總額一般服務醫療給付費用總額預算(不含106年品質保證保留款)為421, 107, 922, 318元。
 - (1)107年第1季調整後預算100, 579, 744, 893=421, 107, 922, 318×23.884553%。
 - (2)107年第2季調整後預算105, 717, 509, 999=421, 107, 922, 318×25.104612%。
 - (3)107年第3季調整後預算106, 312, 817, 636=421, 107, 922, 318×25.245979%。
 - (4)107年第4季調整後預算=107年全年預算數-107年第1季預算-107年第2季預算-107年第3季預算=108, 497, 849, 790。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第2季

結算主要費用年月起迄：107/04-107/06

核付截止日期：107/09/30

頁次：2

(二) 107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	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	105年各季 校正投保人口 總額成長率差值	106年新特材 未導入預算	107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)	107年 其他醫療服務 利用及密集度 之改變(說明3)	107年調整前各季 一般服務醫療給付 費用總額分配至 分區預算合計
	(A1)	(B1)	(G0) =(A1+B1)× (1+4.585%)	(B2)	(B3)	(G) =(G0+B2- B3)× (1+3.576%)	(F1)	(E)	(G1) =(G)-(F1)-(E)
第1季	92,471,391,823	483,460,581	97,216,832,387	269,239,411	62,000,000	100,907,956,605	92,954,852	100,000,000	100,715,001,753
第2季	99,278,528,774	383,500,404	104,231,533,216	235,257,672	62,000,000	108,138,306,210	99,662,029	100,000,000	107,938,644,181
第3季	97,144,240,670	411,195,342	102,028,352,753	396,749,751	62,000,000	106,023,607,050	97,555,436	100,000,000	105,826,051,614
第4季	98,251,108,970	279,531,381	103,048,270,211	152,251,657	62,000,000	106,826,755,410	98,530,640	100,000,000	106,628,224,770
合計	387,145,270,237	1,557,687,708	406,524,988,567	1,053,498,491	248,000,000	421,896,625,275	388,702,957	400,000,000	421,107,922,318

註：

1. 107年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G)=(106年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0)+105年各季校正投保人口數成長率差值(B2))×(1+3.576%)。

※一般服務成長率為3.576%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.642%，協商因素成長率0.934%。

※依據衛生福利部107年2月13日衛部健字第1073360018號公告「107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106年度醫院一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

2. 106年品質保證保留款(F1)=(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%)。

3. 106年扣減新醫療科技項目未導入預算(B3)：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。106年新特材未於時程內導入之預算248,000,000，於一般服務每季扣減62,000,000元。

4. 107年其他醫療服務利用及密集度之改變(E)：因應醫院附設門診部回歸醫院，於107年醫院總額一般服務其他醫療服務及利用密集度之改變編列4億元，每季扣減100,000,000元，並依各分區實際已回歸原醫院之院所所需費用，回歸該季該分區一般服務預算。

=====

(三) 107年第2季門診透析服務預算

$$= 106\text{年醫院門診透析服務預算} \times (1 + 2.622\%)$$

$$= 5,317,852,954 \times (1 + 2.622\%)$$

$$= 5,457,287,058$$

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算1,088百萬元。

$$= 1,088,000,000 / 4$$

$$= 272,000,000 (C1)$$

※107年第2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1,088百萬元，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 = 4,528百萬元(本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用)

1. 既有C型肝炎(HCV)藥品

門診第1季已支用點數：	50,708,090	住診第1季已支用點數：	163,656	門住診合計第1季已支用點數：	50,871,746
第2季已支用點數：	31,853,048	第2季已支用點數：	191,375	第2季已支用點數：	32,044,423
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：	82,561,138	全年已支用點數：	355,031	全年已支用點數：	82,916,169

2. 全口服C肝新藥

門診第1季已支用點數：	1,411,685,688	住診第1季已支用點數：	3,803,274	門住診合計第1季已支用點數：	1,415,488,962
第2季已支用點數：	1,474,362,952	第2季已支用點數：	6,736,116	第2季已支用點數：	1,481,099,068
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：	2,886,048,640	全年已支用點數：	10,539,390	全年已支用點數：	2,896,588,030

3. 合計

門診第1季已支用點數：	1,462,393,778	住診第1季已支用點數：	3,966,930	門住診合計第1季已支用點數：	1,466,360,708
第2季已支用點數：	1,506,216,000	第2季已支用點數：	6,927,491	第2季已支用點數：	1,513,143,491
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：	2,968,609,778	全年已支用點數：	10,894,421	全年已支用點數：	2,979,504,199

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：5

4. 廠商負擔款

門診第1季金額：	30,525,401	住診第1季金額：	0	門住診合計第1季金額：	30,525,401
門診第2季金額：	42,431,052	住診第2季金額：	1,052,016	門住診合計第2季金額：	43,483,068
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：	72,956,453	全年合計金額：	1,052,016	全年合計金額：	74,008,469

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,979,504,199 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - (\text{暫結金額} - \text{全年廠商負擔款}) \\ &= 4,528,000,000 - (2,979,504,199 - 74,008,469) \\ &= 4,528,000,000 - 2,905,495,730 \\ &= 1,622,504,270 \end{aligned}$$

註：

1. 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C型肝炎用藥專款，使更多病患使用C肝新藥。
2. 如預算不足，依據衛生福利部107年2月13日衛部健字第1073360018號公告「107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、血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材及器官移植專款不足之經費，及C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」項下支應。優先支應罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費。其中支應C型肝炎藥費專款不足之經費，以100百萬元為上限。

(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 = 13,960.5百萬元

1. 罕見疾病藥費

門診第1季已支用點數：	1,288,283,799	住診第1季已支用點數：	166,882,096	門住診合計第1季已支用點數：	1,455,165,895
第2季已支用點數：	1,216,964,315	第2季已支用點數：	193,319,938	第2季已支用點數：	1,410,284,253
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：	2,505,248,114	全年已支用點數：	360,202,034	全年已支用點數：	2,865,450,148

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,865,450,148 \end{aligned}$$

2. 血友病藥費

門診第1季已支用點數：	816,530,019	住診第1季已支用點數：	57,172,652	門住診合計第1季已支用點數：	873,702,671
第2季已支用點數：	855,849,126	第2季已支用點數：	86,954,112	第2季已支用點數：	942,803,238
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：	1,672,379,145	全年已支用點數：	144,126,764	全年已支用點數：	1,816,505,909

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,816,505,909 \end{aligned}$$

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費

門診第1季已支用點數：	789,766,899	住診第1季已支用點數：	453,939	門住診合計第1季已支用點數：	790,220,838
第2季已支用點數：	803,298,039	第2季已支用點數：	522,165	第2季已支用點數：	803,820,204
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：	1,593,064,938	全年已支用點數：	976,104	全年已支用點數：	1,594,041,042

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,594,041,042 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 7

4. 罕見疾病特材

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：	280,000	第2季已支用點數：	280,000
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：	280,000	全年已支用點數：	280,000

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 280,000 \end{aligned}$$

5. 合計

門診第1季已支用點數：	2,894,580,717	住診第1季已支用點數：	224,508,687	門住診合計第1季已支用點數：	3,119,089,404
第2季已支用點數：	2,876,111,480	第2季已支用點數：	281,076,215	第2季已支用點數：	3,157,187,695
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：	5,770,692,197	全年已支用點數：	505,584,902	全年已支用點數：	6,276,277,099

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 6,276,277,099 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 7,684,222,901 \end{aligned}$$

註：如預算不足，依據衛生福利部107年2月13日衛部健字第1073360018號公告「107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、血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材及器官移植專款不足之經費，及C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」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= 4,399.7百萬元

門診第1季已支用點數：	581,162,713	住診第1季已支用點數：	463,403,046	門住診合計第1季已支用點數：	1,044,565,759
第2季已支用點數：	565,406,176	第2季已支用點數：	533,009,875	第2季已支用點數：	1,098,416,051
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：	1,146,568,889	全年已支用點數：	996,412,921	全年已支用點數：	2,142,981,810

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 2,142,981,810 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 2,256,718,190 \end{aligned}$$

(四) 醫療給付改善方案 全年預算=1,187百萬元

1. 乳癌

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：	63,247,411	第2季已支用點數：	63,247,411
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：	63,247,411	全年已支用點數：	63,247,411

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 63,247,411

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	9,200,600	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	9,200,600
第2季已支用點數：	9,567,000	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	9,567,000
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：	18,767,600	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	18,767,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 18,767,600

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	125,645,848	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	125,645,848
第2季已支用點數：	129,585,500	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	129,585,500
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：	255,231,348	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	255,231,348

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 255,231,348

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,986,536	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,986,536
第2季已支用點數：	6,181,267	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,181,267
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：	12,167,803	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	12,167,803

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 12,167,803

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次： 9

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：	6,693,110	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	6,693,110
第2季已支用點數：	6,735,036	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,735,036
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：	13,428,146	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	13,428,146

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 13,428,146

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：	13,645,800	門住診合計第1季已支用點數：	13,645,800
第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	23,179,650	第2季已支用點數：	23,179,650
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：	36,825,450	全年已支用點數：	36,825,450

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 36,825,450

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	328,000
第2季已支用點數：	639,000
第3季已支用點數：	0
第4季已支用點數：	0
全年已支用點數：	967,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 967,000

8. 慢性阻塞性肺疾病

門診第1季已支用點數：	3,255,600	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	3,255,600
第2季已支用點數：	4,393,200	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	4,393,200
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：	7,648,800	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	7,648,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,648,800

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：10

9. 提升醫院用藥安全與品質

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

10. 合計

門診第1季已支用點數：	151,109,694	住診第1季已支用點數：	13,645,800	門住診合計第1季已支用點數：	164,755,494
第2季已支用點數：	157,101,003	第2季已支用點數：	86,427,061	第2季已支用點數：	243,528,064
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：	308,210,697	全年已支用點數：	100,072,861	全年已支用點數：	408,283,558
暫結金額 = 1元/點×已支用點數	=	408,283,558	未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額	=	778,716,442

(五) 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 80百萬元(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 = 80,000,000/4 = 20,000,000

(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	5,136,627(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	5,394,225(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	7,262,400(J3)
(4) 合計:	已支用點數	17,793,252(J9)
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	17,793,252	未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 2,206,748

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 80,000,000/4 + 2,206,748 = 22,206,748

(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	4,684,705(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	5,332,583(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	8,046,000(K3)
(4) 合計:	已支用點數	18,063,288(K9)
暫結金額 = 1元/點×已支用點數 =	18,063,288	未支用金額 = 本季預算 - 暫結金額 = 4,143,460

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=	80,000,000/4+	4,143,460=	24,143,460
(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	0(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	0(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	0(L3)
(4)合計:		已支用點數	0(L9)
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= 24,143,460

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額=	80,000,000/4+	24,143,460=	44,143,460
(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= 44,143,460

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	9,821,332(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	10,726,808(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	15,308,400(N3)
(4)合計:	已支用點數	35,856,540(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)

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 44,143,460

註：依據「107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：	2,530,000	住診第1季已支用點數：	1,704,000	門住診合計第1季已支用點數：	4,234,000
第2季已支用點數：	2,648,000	第2季已支用點數：	1,746,000	第2季已支用點數：	4,394,000
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：	5,178,000	全年已支用點數：	3,450,000	全年已支用點數：	8,628,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 8,628,000

2. 轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	8,709,342	住診第1季已支用點數：	1,798,159	門住診合計第1季已支用點數：	10,507,501
第2季已支用點數：	8,699,000	第2季已支用點數：	1,841,925	第2季已支用點數：	10,540,925
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：	17,408,342	全年已支用點數：	3,640,084	全年已支用點數：	21,048,426

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 21,048,426

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：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：13

5. 合計:

門診第1季已支用點數：	11, 239, 342	住診第1季已支用點數：	3, 502, 159	門住診合計第1季已支用點數：	14, 741, 501
第2季已支用點數：	11, 347, 000	第2季已支用點數：	3, 587, 925	第2季已支用點數：	14, 934, 925
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：	22, 586, 342	全年已支用點數：	7, 090, 084	全年已支用點數：	29, 676, 426

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 29, 676, 426 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 130, 323, 574 \end{aligned}$$

(七) 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫

全年預算=950百萬元

第1季已支用點數：	196, 636, 027
第2季已支用點數：	205, 931, 324
第3季已支用點數：	0
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

合計已支用點數： 402, 567, 351

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{全年已支用點數} = 402, 567, 351$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 547, 432, 649$$

註：

1. 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。
2. 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)。

(八)鼓勵院所建議轉診之合作機制

全年預算=258百萬元

第1季:

預算=258,000,000/4= 64,500,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第1季預算 - 暫結金額
= 64,500,000

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 64,500,000=129,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第2季預算 - 暫結金額
= 129,000,000

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 129,000,000=193,500,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第3季預算 - 暫結金額
= 193,500,000

第4季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額=258,000,000/4+ 193,500,000=258,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 0

未支用金額 = 第4季預算 - 暫結金額
= 258,000,000

全年合計:

全年預算=258,000,000

門診已支用點數： 0 住診已支用點數： 0 門住診合計已支用點數： 0

暫結金額 = 第1~4季暫結金額 = 0+ 0+ 0+ 0= 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額=258,000,000- 0= 258,000,000

註：

1. 依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」項下支應。
2. 依據107年6月27日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」107年第2次會議決定，本項專款之各項支付項目，按季均分預算及結算，先以每點1元暫付，當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」(13.46億元)按季支應，每季最多支應3.365億元(13.46/4)，若預算仍不足，則採浮動點值支付；若醫院及西醫基層總額皆不足支應，支應額度按醫院及西醫基層總額當季轉診費用占率按比例分配。

(九)品質保證保留款(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+107年編列之品質保證保留款預算

= (105年1-4季醫院一般服務醫療給付費用總額+各季校正投保人口預估成長率差值) ×106年品質保證保留款成長率(0.10%) + 406,500,000

= (92,471,391,823 + 483,460,581) × 0.10% + (99,278,528,774 + 383,500,404) × 0.10% + (97,144,240,670 + 411,195,342) × 0.10%
+ (98,251,108,970 + 279,531,381) × 0.10% + 406,500,000

= 92,954,852 + 99,662,029 + 97,555,436 + 98,530,640 + 406,500,000

= 795,202,957

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)與107年度之品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。

三、107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	107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	107年 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)	(B)	(C1)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
季別					
第1季	100,715,001,753	5,089,512,506	0	58,192,482,842	42,522,518,911
第2季	107,938,644,181	5,457,287,058	0	62,367,762,181	45,570,882,000
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合計	208,653,645,934	10,546,799,564	0	120,560,245,023	88,093,400,911

註：1. 107年各季門診透析服務預算(B)=106年各季門診透析服務×(1+2.622%)。

107年第1季門診透析服務預算(B)= 4,959,475,070×(1+2.622%)= 5,089,512,506。

107年第2季門診透析服務預算(B)= 5,317,852,954×(1+2.622%)= 5,457,287,058。

107年第3季門診透析服務預算(B)= 5,193,027,857×(1+2.622%)= 5,329,189,047。

107年第4季門診透析服務預算(B)= 5,253,621,842×(1+2.622%)= 5,391,371,807。

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1,088百萬元，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	107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	107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	100,579,744,893	5,089,512,506	0	58,118,091,569	42,461,653,324
第2季	105,717,509,999	5,457,287,058	0	61,146,138,381	44,571,371,618
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合計	206,297,254,892	10,546,799,564	0	119,264,229,950	87,033,024,942

註：1. 107年各季門診透析服務預算(B)=106年各季門診透析服務×(1+2.622%)。

107年第1季門診透析服務預算(B)=4,959,475,070×(1+2.622%)=5,089,512,506。

107年第2季門診透析服務預算(B)=5,317,852,954×(1+2.622%)=5,457,287,058。

107年第3季門診透析服務預算(B)=5,193,027,857×(1+2.622%)=5,329,189,047。

107年第4季門診透析服務預算(B)=5,253,621,842×(1+2.622%)=5,391,371,807。

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1,088百萬元，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。

3. 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	0.37111	0.36834		
	北區分區	0.14588	0.14593		
	中區分區	0.17502	0.17635		
	南區分區	0.13995	0.14044		
	高屏分區	0.14363	0.14463		
	東區分區	0.02441	0.02431		
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		
	北區分區	0.12564	0.12553		
	中區分區	0.17851	0.18040		
	南區分區	0.14305	0.14210		
	高屏分區	0.15267	0.15118		
	東區分區	0.02389	0.02433		
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34295	0.34324		
	北區分區	0.15432	0.15459		
	中區分區	0.18176	0.18183		
	南區分區	0.14265	0.14238		
	高屏分區	0.15353	0.15324		
	東區分區	0.02479	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		
	北區分區	0.12417	0.12540		
	中區分區	0.18251	0.18198		
	南區分區	0.15388	0.15291		
	高屏分區	0.16045	0.15766		
	東區分區	0.03563	0.03589		

(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)+其他醫療服務利用及密集度之改變(加總後四捨五入至整數位)

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)

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(醫院附設門診回歸)

分 區	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
臺北	15,400,000	47,500,000	47,900,000	49,500,000	160,300,000
高屏	-	100,000	100,000	200,000	400,000
東區	700,000	2,200,000	2,200,000	2,200,000	7,300,000

註：依據107年6月27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4次會議決定及107年7月27日全民健康保險會107年第6次委員會議決定。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R04

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：107/11/09

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04-107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 20

2. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=(D2)× 50%× (R)+ (D2)× 50%× (S)+其他醫療服務利用及密集度之改變

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	15,905,002,254	17,018,096,457			32,923,098,711
北區分區	5,772,857,167	6,185,335,814			11,958,192,981
中區分區	7,516,493,055	8,128,706,077			15,645,199,132
南區分區	6,016,936,426	6,437,798,500			12,454,734,926
高屏分區	6,299,711,177	6,740,261,302			13,039,972,479
東區分區	1,027,618,832	1,110,483,850			2,138,102,682
小 計	42,538,618,911	45,620,682,000			88,159,300,911

3. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=(D1)× 45%× (R)+ (D1)× 55%× (S)

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	19,970,234,396	21,507,273,317			41,477,507,713
北區分區	8,015,287,105	8,640,149,118			16,655,436,223
中區分區	10,601,070,081	11,345,475,538			21,946,545,619
南區分區	8,660,583,548	9,241,124,874			17,901,708,422
高屏分區	9,155,772,480	9,708,851,906			18,864,624,386
東區分區	1,789,535,232	1,924,887,428			3,714,422,660
小 計	58,192,482,842	62,367,762,181			120,560,245,023

(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)+其他醫療服務利用及密集度之改變(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)(加總後四捨五入至整數位)

1. 其他醫療服務利用及密集度之改變(詳頁次19)

2. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=(D4)× 50%× (R)+ (D4)× 50%× (S)+其他醫療服務利用及密集度之改變

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	15,882,258,306	16,645,878,791			32,528,137,097
北區分區	5,764,594,055	6,049,672,270			11,814,266,325
中區分區	7,505,734,150	7,950,418,412			15,456,152,562
南區分區	6,008,323,945	6,296,597,668			12,304,921,613
高屏分區	6,290,693,940	6,592,428,719			12,883,122,659
東區分區	1,026,148,928	1,086,175,758			2,112,324,686
小計	42,477,753,324	44,621,171,618			87,098,924,942

3. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=(D3)× 45%× (R)+ (D3)× 55%× (S)

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	19,944,705,133	21,086,001,236			41,030,706,369
北區分區	8,005,040,637	8,470,910,854			16,475,951,491
中區分區	10,587,518,036	11,123,246,898			21,710,764,934
南區分區	8,649,512,155	9,060,115,043			17,709,627,198
高屏分區	9,144,068,055	9,518,680,508			18,662,748,563
東區分區	1,787,247,553	1,887,183,842			3,674,431,395
小計	58,118,091,569	61,146,138,381			119,264,229,950

註：

- 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。
- 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。

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	9,710,549,946(BF1)	0.85914565	-----	9,321,985,655	5,925,586
	2-北區分區	1,054,878,343	0.85914565	906,294,140	1,007,018,713	
	3-中區分區	426,999,875	0.85914565	366,855,085	403,408,391	
	4-南區分區	250,665,018	0.85914565	215,357,760	266,292,738	
	5-高屏分區	317,312,572	0.85914565	272,617,716	281,677,472	
	6-東區分區	78,916,471	0.85914565	67,800,743	75,184,760	
	7-合計	11,839,322,225(GF1)		1,828,925,444(AF1)	11,355,567,729(BG1)	
2-北區分區	1-臺北分區	761,370,661	0.85914565	654,128,291	763,271,411	2,678,690
	2-北區分區	3,041,390,082(BF1)	0.85914565	-----	2,795,742,012	
	3-中區分區	268,928,289	0.85914565	231,048,570	260,465,370	
	4-南區分區	87,983,951	0.85914565	75,591,029	87,083,677	
	5-高屏分區	70,407,596	0.85914565	60,490,380	60,689,073	
	6-東區分區	17,432,691	0.85914565	14,977,221	16,942,090	
	7-合計	4,247,513,270(GF1)		1,036,235,491(AF1)	3,984,193,633(BG1)	
3-中區分區	1-臺北分區	226,680,477	0.85914565	194,751,546	230,380,918	2,530,888
	2-北區分區	98,692,462	0.85914565	84,791,199	98,609,228	
	3-中區分區	4,726,396,730(BF1)	0.85914565	-----	4,681,394,793	
	4-南區分區	126,450,839	0.85914565	108,639,688	146,600,813	
	5-高屏分區	61,765,571	0.85914565	53,065,622	56,126,425	
	6-東區分區	11,942,933	0.85914565	10,260,719	11,774,611	
	7-合計	5,251,929,012(GF1)		451,508,774(AF1)	5,224,886,788(BG1)	

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	235,617,440	0.85914565	202,429,699	255,312,267	
	2-北區分區	87,069,610	0.85914565	74,805,477	87,702,477	
	3-中區分區	199,803,480	0.85914565	171,660,291	208,401,193	
	4-南區分區	3,212,891,257(BF1)	0.85914565	-----	3,823,759,695	2,048,428
	5-高屏分區	175,884,883	0.85914565	151,110,732	178,055,528	
	6-東區分區	9,368,473	0.85914565	8,048,883	8,607,676	
	7-合計	3,920,635,143(GF1)		608,055,082(AF1)	4,561,838,836(BG1)	2,048,428(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	127,503,676	0.85914565	109,544,229	135,119,615	
	2-北區分區	45,589,779	0.85914565	39,168,260	45,530,803	
	3-中區分區	77,675,661	0.85914565	66,734,706	75,124,583	
	4-南區分區	209,334,128	0.85914565	179,848,505	218,545,918	
	5-高屏分區	3,869,030,340(BF1)	0.85914565	-----	3,710,158,685	1,420,035
	6-東區分區	17,001,673	0.85914565	14,606,913	14,224,118	
	7-合計	4,346,135,257(GF1)		409,902,613(AF1)	4,198,703,722(BG1)	1,420,035(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	67,511,290	0.85914565	58,002,031	69,247,870	
	2-北區分區	25,192,727	0.85914565	21,644,222	24,029,416	
	3-中區分區	17,338,959	0.85914565	14,896,691	17,005,679	
	4-南區分區	8,463,795	0.85914565	7,271,633	8,099,178	
	5-高屏分區	23,860,472	0.85914565	20,499,621	23,751,802	
	6-東區分區	641,110,411(BF1)	0.85914565	-----	657,195,976	345,069
	7-合計	783,477,654(GF1)		122,314,198(AF1)	799,329,921(BG1)	345,069(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	69,965,043(BF2)	0.90037565	62,994,821	69,296,606
	2-北區分區	4,675,676(BF2)	0.92946614	4,345,883	2,133,789
	3-中區分區	12,355,313(BF2)	0.91663046	11,325,256	12,783,493
	4-南區分區	5,440,963(BF2)	0.92405142	5,027,730	3,479,471
	5-高屏分區	780,871(BF2)	0.94503337	737,949	279,903
	6-東區分區	0(BF2)	0.92241304	0	0
	7-合計	93,217,866(GF2)		84,431,639(AF2)	87,973,262(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	1,549,522(BF2)	0.90037565	1,395,152	1,286,158
	2-北區分區	34,173,884(BF2)	0.92946614	31,763,468	19,228,431
	3-中區分區	3,594,897(BF2)	0.91663046	3,295,192	4,036,211
	4-南區分區	1,520,264(BF2)	0.92405142	1,404,802	976,682
	5-高屏分區	97,662(BF2)	0.94503337	92,294	73,211
	6-東區分區	0(BF2)	0.92241304	0	0
	7-合計	40,936,229(GF2)		37,950,908(AF2)	25,600,693(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	708,982(BF2)	0.90037565	638,350	748,657
	2-北區分區	470,798(BF2)	0.92946614	437,591	195,730
	3-中區分區	198,026,816(BF2)	0.91663046	181,517,411	211,071,896
	4-南區分區	1,790,855(BF2)	0.92405142	1,654,842	930,544
	5-高屏分區	222,590(BF2)	0.94503337	210,355	181,735
	6-東區分區	0(BF2)	0.92241304	0	0
	7-合計	201,220,041(GF2)		184,458,549(AF2)	213,128,562(BG2)

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	474,209(BF2)	0.90037565	426,966	608,615
	2-北區分區	504,267(BF2)	0.92946614	468,699	221,559
	3-中區分區	7,918,453(BF2)	0.91663046	7,258,295	8,400,935
	4-南區分區	96,585,984(BF2)	0.92405142	89,250,416	72,468,037
	5-高屏分區	255,112(BF2)	0.94503337	241,089	165,557
	6-東區分區	0(BF2)	0.92241304	0	0
	7-合計	105,738,025(GF2)		97,645,465(AF2)	81,864,703(BG2)
5-高屏分區	1-臺北分區	758,598(BF2)	0.90037565	683,023	1,039,928
	2-北區分區	280,341(BF2)	0.92946614	260,567	199,165
	3-中區分區	2,235,731(BF2)	0.91663046	2,049,339	2,747,336
	4-南區分區	2,678,167(BF2)	0.92405142	2,474,764	1,866,914
	5-高屏分區	13,264,019(BF2)	0.94503337	12,534,941	7,082,011
	6-東區分區	0(BF2)	0.92241304	0	0
	7-合計	19,216,856(GF2)		18,002,634(AF2)	12,935,354(BG2)
6-東區分區	1-臺北分區	214,049(BF2)	0.90037565	192,725	296,981
	2-北區分區	137,295(BF2)	0.92946614	127,611	58,363
	3-中區分區	466,287(BF2)	0.91663046	427,413	444,582
	4-南區分區	145,108(BF2)	0.92405142	134,087	102,607
	5-高屏分區	21,674(BF2)	0.94503337	20,483	27,064
	6-東區分區	0(BF2)	0.92241304	0	0
	7-合計	984,413(GF2)		902,319(AF2)	929,597(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	10,103,058,713(BF3)	0.85914565	-----	4,622,704,454	18,729,892
	2-北區分區	1,084,350,762	0.85914565	931,615,240	543,818,980	
	3-中區分區	415,296,948	0.85914565	356,800,566	211,388,765	
	4-南區分區	294,318,931	0.85914565	252,862,829	133,780,539	
	5-高屏分區	351,358,171	0.85914565	301,867,844	170,599,818	
	6-東區分區	122,853,216	0.85914565	105,548,806	47,779,104	
	7-合計	12,371,236,741(GF3)		1,948,695,285(AF3)	5,730,071,660(BG3)	18,729,892(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	930,790,687	0.85914565	799,684,770	479,533,908	
	2-北區分區	3,485,995,568(BF3)	0.85914565	-----	1,535,654,784	7,274,017
	3-中區分區	345,096,362	0.85914565	296,488,038	172,124,470	
	4-南區分區	98,621,207	0.85914565	84,729,981	47,859,995	
	5-高屏分區	74,894,576	0.85914565	64,345,349	37,291,151	
	6-東區分區	33,994,723	0.85914565	29,206,418	11,418,679	
	7-合計	4,969,393,123(GF3)		1,274,454,556(AF3)	2,283,882,987(BG3)	7,274,017(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	294,963,526	0.85914565	253,416,630	152,648,187	
	2-北區分區	122,765,146	0.85914565	105,473,141	63,879,878	
	3-中區分區	5,640,545,913(BF3)	0.85914565	-----	2,496,669,408	6,079,016
	4-南區分區	159,003,928	0.85914565	136,607,533	70,372,623	
	5-高屏分區	73,616,389	0.85914565	63,247,200	37,038,282	
	6-東區分區	27,626,285	0.85914565	23,735,003	9,215,510	
	7-合計	6,318,521,187(GF3)		582,479,507(AF3)	2,829,823,888(BG3)	6,079,016(BJ3)

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	324,495,894	0.85914565	278,789,236	151,970,455	
	2-北區分區	114,346,988	0.85914565	98,240,717	58,120,438	
	3-中區分區	287,324,717	0.85914565	246,853,781	132,298,248	
	4-南區分區	4,395,379,739(BF3)	0.85914565	-----	1,857,247,380	4,803,509
	5-高屏分區	242,123,009	0.85914565	208,018,930	116,196,190	
	6-東區分區	22,529,110	0.85914565	19,355,787	7,297,830	
	7-合計	5,386,199,457(GF3)		851,258,451(AF3)	2,323,130,541(BG3)	4,803,509(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	176,549,040	0.85914565	151,681,340	85,670,767	
	2-北區分區	57,783,357	0.85914565	49,644,320	25,469,590	
	3-中區分區	91,218,194	0.85914565	78,369,715	43,331,821	
	4-南區分區	286,114,363	0.85914565	245,813,910	127,574,974	
	5-高屏分區	5,285,631,841(BF3)	0.85914565	-----	2,232,798,341	4,107,387
	6-東區分區	32,348,342	0.85914565	27,791,937	11,204,506	
	7-合計	5,929,645,137(GF3)		553,301,222(AF3)	2,526,049,999(BG3)	4,107,387(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	122,455,475	0.85914565	105,207,089	55,871,704	
	2-北區分區	39,734,083	0.85914565	34,137,365	17,920,956	
	3-中區分區	25,184,885	0.85914565	21,637,484	12,592,844	
	4-南區分區	12,928,152	0.85914565	11,107,166	5,896,483	
	5-高屏分區	40,965,564	0.85914565	35,195,386	22,263,349	
	6-東區分區	915,160,499(BF3)	0.85914565	-----	393,205,142	617,301
	7-合計	1,156,428,658(GF3)		207,284,490(AF3)	507,750,478(BG3)	617,301(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	108,721,263(BF4)	0.90037565	97,889,978	25,708,727
	2-北區分區	3,161,221(BF4)	0.92946614	2,938,248	462,005
	3-中區分區	11,548,958(BF4)	0.91663046	10,586,127	5,255,388
	4-南區分區	5,978,968(BF4)	0.92405142	5,524,874	2,125,893
	5-高屏分區	2,605,013(BF4)	0.94503337	2,461,824	402,333
	6-東區分區	0(BF4)	0.92241304	0	0
	7-合計	132,015,423(GF4)		119,401,051(AF4)	33,954,346(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	3,675,555(BF4)	0.90037565	3,309,380	691,822
	2-北區分區	27,491,473(BF4)	0.92946614	25,552,393	5,813,621
	3-中區分區	2,510,226(BF4)	0.91663046	2,300,950	1,408,847
	4-南區分區	1,978,934(BF4)	0.92405142	1,828,637	734,383
	5-高屏分區	635,322(BF4)	0.94503337	600,400	47,409
	6-東區分區	0(BF4)	0.92241304	0	0
	7-合計	36,291,510(GF4)		33,591,760(AF4)	8,696,082(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	1,295,525(BF4)	0.90037565	1,166,459	306,101
	2-北區分區	255,683(BF4)	0.92946614	237,649	73,353
	3-中區分區	210,806,309(BF4)	0.91663046	193,231,484	75,126,531
	4-南區分區	3,243,459(BF4)	0.92405142	2,997,123	721,347
	5-高屏分區	372,493(BF4)	0.94503337	352,018	35,967
	6-東區分區	0(BF4)	0.92241304	0	0
	7-合計	215,973,469(GF4)		197,984,733(AF4)	76,263,299(BG4)

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	1,143,556(BF4)	0.90037565	1,029,630	169,775
	2-北區分區	444,974(BF4)	0.92946614	413,588	34,681
	3-中區分區	8,365,003(BF4)	0.91663046	7,667,617	3,257,754
	4-南區分區	114,770,244(BF4)	0.92405142	106,053,607	42,116,185
	5-高屏分區	2,439,904(BF4)	0.94503337	2,305,791	231,717
	6-東區分區	0(BF4)	0.92241304	0	0
	7-合計	127,163,681(GF4)		117,470,233(AF4)	45,810,112(BG4)
5-高屏分區	1-臺北分區	1,204,362(BF4)	0.90037565	1,084,378	467,089
	2-北區分區	90,210(BF4)	0.92946614	83,847	55,389
	3-中區分區	1,902,210(BF4)	0.91663046	1,743,624	759,079
	4-南區分區	5,195,951(BF4)	0.92405142	4,801,326	1,527,663
	5-高屏分區	72,553,753(BF4)	0.94503337	68,565,718	6,913,824
	6-東區分區	0(BF4)	0.92241304	0	0
	7-合計	80,946,486(GF4)		76,278,893(AF4)	9,723,044(BG4)
6-東區分區	1-臺北分區	566,797(BF4)	0.90037565	510,330	81,767
	2-北區分區	88,485(BF4)	0.92946614	82,244	42,469
	3-中區分區	682,023(BF4)	0.91663046	625,163	359,475
	4-南區分區	284,869(BF4)	0.92405142	263,234	213,479
	5-高屏分區	152,646(BF4)	0.94503337	144,256	27,860
	6-東區分區	0(BF4)	0.92241304	0	0
	7-合計	1,774,820(GF4)		1,625,227(AF4)	725,050(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) - 藥品價量協議)

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

$$\text{臺北分區} = [16,645,878,791 + 21,086,001,236 - 3,777,620,729 - (17,085,639,389 - 180,720,900) - 203,832,690 - 121,927,608 - 24,655,478] / 19,813,608,659 = 0.84280079$$

$$\text{北區分區} = [6,049,672,270 + 8,470,910,854 - 2,310,690,047 - (6,268,076,620 - 60,617,525) - 71,542,668 - 34,296,775 - 9,952,707] / 6,527,385,650 = 0.90183760$$

$$\text{中區分區} = [7,950,418,412 + 11,123,246,898 - 1,033,988,281 - (8,054,710,676 - 94,709,542) - 382,443,282 - 289,391,861 - 8,609,904] / 10,366,942,643 = 0.90665408$$

$$\text{南區分區} = [6,296,597,668 + 9,060,115,043 - 1,459,313,533 - (6,884,969,377 - 61,476,736) - 215,115,698 - 127,674,815 - 6,851,937] / 7,608,270,996 = 0.88380975$$

$$\text{高屏分區} = [6,592,428,719 + 9,518,680,508 - 963,203,835 - (6,724,753,721 - 64,925,709) - 94,281,527 - 22,658,398 - 5,527,422] / 9,154,662,181 = 0.91380871$$

$$\text{東區分區} = [1,086,175,758 + 1,887,183,842 - 329,598,688 - (1,307,080,399 - 10,913,000) - 2,527,546 - 1,654,647 - 962,370] / 1,556,270,910 = 0.86260621$$

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) - 藥品價量協議)

- 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)

$$= [44,621,171,618 + 61,146,138,381 - (46,922,834,286 - 473,363,412) - 56,559,818] / 67,575,915,683 = 0.87695858$$

註：藥品價量協議回收金額回歸總額，依據衛生福利部107年6月8日1070035141號簽核定。

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值 = [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(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)
 + 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品價量協議
 + 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區 = [16,645,878,791 + 21,086,001,236] ÷ [24,435,792,255 + 17,207,566,997 - 180,720,900 + 24,655,478] = 0.90948039

北區分區 = [6,049,672,270 + 8,470,910,854] ÷ [9,294,134,132 + 6,302,373,395 - 60,617,525 + 9,952,707] = 0.93404928

中區分區 = [7,950,418,412 + 11,123,246,898] ÷ [11,987,643,709 + 8,344,102,537 - 94,709,542 + 8,609,904] = 0.94211194

南區分區 = [6,296,597,668 + 9,060,115,043] ÷ [9,539,736,306 + 7,012,644,192 - 61,476,736 + 6,851,937] = 0.93083647

高屏分區 = [6,592,428,719 + 9,518,680,508] ÷ [10,375,943,736 + 6,747,412,119 - 64,925,709 + 5,527,422] = 0.94416018

東區分區 = [1,086,175,758 + 1,887,183,842] ÷ [1,942,665,545 + 1,308,735,046 - 10,913,000 + 962,370] = 0.91729307

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [44,621,171,618 + 61,146,138,381] ÷ [67,575,915,683 + 46,922,834,286 - 473,363,412 + 56,559,818] = 0.92711698

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

= 加總[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) + 專款專用暫結金額]

÷ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品價量協議 + 自墊核退點數(BJ)

+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)]

= [44,621,171,618 + 61,146,138,381 + 6,406,522,509]

÷ [67,575,915,683 + 46,922,834,286 - 473,363,412 + 56,559,818 + 6,406,522,509]

= 0.93099226

註：

1. 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 + 鼓勵院所建議轉診之合作機制暫結金額 + 品質保證保留款預算(全年預算總金額/4)

= 1,469,660,423 + 3,157,187,695 + 1,098,416,051 + 243,528,064 + 18,063,288 + 14,934,925 + 205,931,324 + 0 + 198,800,739

= 6,406,522,509

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月107/03(含)以前：於107/07/01~107/09/30期間核付者。

費用年月107/04~107/06：於107/04/01~107/09/30期間核付者。

2. 當地就醫分區未跨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。