

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1508R04

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：105/08/15

105年第1季

結算主要費用年月起迄:105/01—105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次：1

=====

一、醫院一般服務醫療給付費用總額

(一) 105年調整後第1季醫院非門診透析一般服務醫療給付費用總額

=105年調整前第1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_{q1})

= 386,424,585,818 × 23.911978%

= 92,401,761,947 (D)

註：

1. 105年3月2日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」105年第1次會議決定，105年醫院總額一般服務部門預算重分配：自99年起開始實施各季預算重新分配，即各季預算考量各年各季假日、非假日數調整日產能後之新占率計算，各季新占率：第1季23.911978%、第2季25.373921%、第3季25.178981%、第4季25.535120%。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. 105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105年品質保證保留款)為386,424,585,818元
 - (1)105年第1季調整後預算92,401,761,947=386,424,585,818×23.911978%。
 - (2)105年第2季調整後預算98,051,069,130=386,424,585,818×25.373921%。
 - (3)105年第3季調整後預算97,297,773,042=386,424,585,818×25.178981%。
 - (4)105年第4季調整後預算=105年全年預算數-105年第1季預算-105年第2季預算-105年第3季預算=98,673,981,699。
3. 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季調整後預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1508R04

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：105/08/15

105年第1季

結算主要費用年月起迄：105/01—105/03

核付截止日期：105/06/30

頁次：2

(二) 105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	103年調整前	102年各季	扣減103年	104年	103年各季	105年	105年品質	105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	新增診療項目未導入預算	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	保證保留款(說明3)	一般服務醫療給付費用總額分配至各分區預算合計
	(A1)	(B1)	(B3)	(G0)	(B2)	(G)	(F1)	(G1)
				= (A1+B1-B3) × (1+4.343%)		= (G0+B2) × (1+5.022%)		= (G) - (F1)
第1季	84,097,520,164	149,393,829	70,250,000	87,832,456,510	217,087,227	92,471,391,823	172,226,208	92,299,165,615
第2季	90,169,724,228	172,224,357	70,250,000	94,192,198,455	338,974,798	99,278,528,774	184,802,872	99,093,725,902
第3季	88,191,292,982	192,850,657	70,250,000	92,149,366,040	349,577,677	97,144,240,670	180,812,838	96,963,427,832
第4季	89,107,423,904	252,444,267	70,250,000	93,167,466,288	385,416,889	98,251,108,970	182,842,501	98,068,266,469
合計	351,565,961,278	766,913,110	281,000,000	367,341,487,293	1,291,056,591	387,145,270,237	720,684,419	386,424,585,818

說明：

1. 104年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0) = 【103年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1) + 102年各季校正投保人口數成長率差值(B1) - 扣減103年新增修療項目未導入預算2.81億元項目(B3)】 × (1 + 4.343%)。

2. 105年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G) = (104年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0) + 103年各季校正投保人口數成長率差值(B2)) × (1 + 5.022%)。

※一般服務成長率為5.022%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.395%，協商因素成長率0.627%。

3. 105年品質保證保留款(F1) = 104年編列之品質保證保留款預算 + 105年品質保證保留款預算 = (【103年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(A1) + 102年各季校正投保人口數成長率差值(B1) - 扣減103年新增修療項目未導入預算2.81億元項目(B3)】 × 104年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%) + (【104年調整前各季一般服務醫療給付費用總額(G0) + 103年各季校正投保人口數成長率差值(B2)】 × 105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104年12月31日衛部健字第1043360156號公告「105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104年第4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) 105年第1季門診透析服務預算

$$= 104\text{年各季醫院門診透析服務預算} \times (1 + 3.273\%)$$

$$= 4,663,555,159 \times (1 + 3.273\%)$$

$$= 4,816,193,319$$

(四) 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算：

全年預算1,114百萬元。

$$= 1,114,000,000 / 4$$

$$= 278,500,000 (C1)$$

※105年第1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1,114百萬元，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、專款項目費用

(一) 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 全年預算 = 8,952.5百萬元

1. 罕見疾病、血友病藥費 全年預算 = 8,940百萬元

(1) 罕見疾病藥費

門診第1季已支用點數：	889,046,924	住診第1季已支用點數：	139,611,334	門住診合計第1季已支用點數：	1,028,658,258
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：	889,046,924	全年已支用點數：	139,611,334	全年已支用點數：	1,028,658,258

(2) 血友病藥費

門診第1季已支用點數：	767,583,333	住診第1季已支用點數：	104,044,702	門住診合計第1季已支用點數：	871,628,035
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：	767,583,333	全年已支用點數：	104,044,702	全年已支用點數：	871,628,035

(3) 小計

門診第1季已支用點數：	1,656,630,257	住診第1季已支用點數：	243,656,036	門住診合計第1季已支用點數：	1,900,286,293
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：	1,656,630,257	全年已支用點數：	243,656,036	全年已支用點數：	1,900,286,293

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 1,900,286,293

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 7,039,713,707

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1508R04

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：105/08/15

105年第1季

結算主要費用年月起迄：105/01—105/03

核付截止日期：105/06/30

頁次：5

2. 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：	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

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 0 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 12,500,000 \end{aligned}$$

※依據105年5月25日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」105年第2次會議報告：罕病特材最高以每點1元支付，若預算不足時，改以浮動點值支付。

3. 合計

門診第1季已支用點數：	1,656,630,257	住診第1季已支用點數：	243,656,036	門住診合計第1季已支用點數：	1,900,286,293
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：	1,656,630,257	全年已支用點數：	243,656,036	全年已支用點數：	1,900,286,293

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,900,286,293 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 7,052,213,707 \end{aligned}$$

(二) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 全年預算 = 4,162百萬元

門診第1季已支用點數：	524,588,171	住診第1季已支用點數：	389,784,610	門住診合計第1季已支用點數：	914,372,781
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：	524,588,171	全年已支用點數：	389,784,610	全年已支用點數：	914,372,781

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 914,372,781 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 3,247,627,219 \end{aligned}$$

(三) 醫療給付改善方案 全年預算 = 876.3百萬元

1. 乳癌

門診第1季已支用點數：	0	住診第1季已支用點數：	3,383,448	門住診合計第1季已支用點數：	3,383,448
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：	3,383,448	全年已支用點數：	3,383,448

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,383,448

2. 氣喘

門診第1季已支用點數：	6,877,800	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	6,877,800
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：	6,877,800	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	6,877,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 6,877,800

3. 糖尿病

門診第1季已支用點數：	97,954,650	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	97,954,650
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：	97,954,650	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	97,954,650

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 97,954,650

4. 思覺失調症

門診第1季已支用點數：	5,657,239	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,657,239
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：	5,657,239	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	5,657,239

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,657,239

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1508R04

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：105/08/15

105年第 1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁 次： 7

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：	5,371,800	住診第1季已支用點數：	0	門住診合計第1季已支用點數：	5,371,800
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：	5,371,800	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	5,371,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 5,371,800

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：	14,387,220	門住診合計第1季已支用點數：	14,387,220
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：	14,387,220	全年已支用點數：	14,387,220

7. 早期療育門診

門診第1季已支用點數：	117,000
第2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
全年已支用點數：	117,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 117,000

8. 合計

門診第1季已支用點數：	115,978,489	住診第1季已支用點數：	17,770,668	門住診合計第1季已支用點數：	133,749,157
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：	115,978,489	全年已支用點數：	17,770,668	全年已支用點數：	133,749,157

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 133,749,157

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 742,550,843

=====

(四)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 4,427,379(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 4,270,063(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 6,293,600(J3)

(4)合計: 已支用點數 14,991,042(J9)

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 14,991,042 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= 8,958

第2季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 8,958= 15,008,958

(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 0(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 0(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 0(K3)

(4)合計: 已支用點數 0(K9)

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= 15,008,958

第3季:

預算=當季預算+ 前一季未支用金額= 60,000,000/4+ 15,008,958= 30,008,958

(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= 30,008,958

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 =	60,000,000/4 +	30,008,958 =	45,008,958
(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 =	45,008,958

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	4,427,379(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	4,270,063(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	6,293,600(N3)
(4) 合計:	已支用點數	14,991,042(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) =		14,991,042

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 45,008,958

註：依據「105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，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。

(五)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：	2,794,000	住診第1季已支用點數：	1,777,000	門住診合計第1季已支用點數：	4,571,000
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：	2,794,000	全年已支用點數：	1,777,000	全年已支用點數：	4,571,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,571,000

2. 轉診品質獎勵：

門診第1季已支用點數：	6,813,000	住診第1季已支用點數：	793,759	門住診合計第1季已支用點數：	7,606,759
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：	6,813,000	全年已支用點數：	793,759	全年已支用點數：	7,606,759

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,606,759

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：RGI1508R04

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：105/08/15

105年第1季

結算主要費用年月起迄：105/01—105/03

核付截止日期：105/06/30

頁次：11

5. 合計：

門診第1季已支用點數：	9,607,000	住診第1季已支用點數：	2,570,759	門住診合計第1季已支用點數：	12,177,759
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：	9,607,000	全年已支用點數：	2,570,759	全年已支用點數：	12,177,759

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 12,177,759 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 147,822,241 \end{aligned}$$

(六) 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：155,979,339

第2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

全年「核算各院所上下限額度」已支用點數：0

$$\text{暫結金額} = 155,979,339 \quad \text{未支用金額} = 644,020,661$$

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) 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)。

(2) 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。

(3) 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，每家醫院全年補助以500萬元為上限。

三、105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	105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	105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)	(B)	(C1)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
季別					
第1季	92,299,165,615	4,816,193,319	0	53,413,447,414	38,885,718,201
第2季	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合計	92,299,165,615	4,816,193,319	0	53,413,447,414	38,885,718,201

1. 105年各季門診透析服務預算(B)=104年各季門診透析服務×(1+3.273%)。

105年第1季門診透析服務預算(B)= 4,663,555,159×(1+3.273%)= 4,816,193,319。

105年第2季門診透析服務預算(B)= 5,000,549,499×(1+3.273%)= 5,164,217,484。

105年第3季門診透析服務預算(B)= 4,883,172,414×(1+3.273%)= 5,042,998,647。

105年第4季門診透析服務預算(B)= 4,940,150,902×(1+3.273%)= 5,101,842,041。

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1,114百萬元，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	105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	105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
季別	(D)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
第1季	92,401,761,947	4,816,193,319	0	53,469,875,396	38,931,886,551
第2季	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合計	92,401,761,947	4,816,193,319	0	53,469,875,396	38,931,886,551

- 105年各季門診透析服務預算(B)=104年各季門診透析服務×(1+3.273%)。
 105年第1季門診透析服務預算(B)= 4,663,555,159×(1+3.273%)= 4,816,193,319。
 105年第2季門診透析服務預算(B)= 5,000,549,499×(1+3.273%)= 5,164,217,484。
 105年第3季門診透析服務預算(B)= 4,883,172,414×(1+3.273%)= 5,042,998,647。
 105年第4季門診透析服務預算(B)= 4,940,150,902×(1+3.273%)= 5,101,842,041。
- 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)之各季預算(C1)：全年預算1,114百萬元，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	0.36827			
	北區分區	0.14284			
	中區分區	0.17480			
	南區分區	0.14253			
	高屏分區	0.14631			
	東區分區	0.02525			
2. 門診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.37624			
	北區分區	0.12564			
	中區分區	0.17851			
	南區分區	0.14305			
	高屏分區	0.15267			
	東區分區	0.02389			
3. 住診人口風險因子校正比例(R)	臺北分區	0.34037			
	北區分區	0.15240			
	中區分區	0.18182			
	南區分區	0.14482			
	高屏分區	0.15510			
	東區分區	0.02549			
4. 住診各季投保分區申報醫療費用占率(S)	臺北分區	0.34336			
	北區分區	0.12417			
	中區分區	0.18251			
	南區分區	0.15388			
	高屏分區	0.16045			
	東區分區	0.03563			

(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)× 46%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R)+
 (D2)× 54%× 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)
 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=(D1)× 41%× 人口風險因子校正比例(R)+
 (D1)× 59%× 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. 調整前分區門診一般服務預算總額(BD2)=(D2)× 46%× (R)+ (D2)× 54%× (S)

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	14,487,799,796				14,487,799,796
北區分區	5,193,265,437				5,193,265,437
中區分區	6,875,127,189				6,875,127,189
南區分區	5,553,300,525				5,553,300,525
高屏分區	5,822,918,541				5,822,918,541
東區分區	953,306,713				953,306,713
小 計	38,885,718,201				38,885,718,201

2. 調整前分區住診一般服務預算總額(BD1)=(D1)× 41%× (R)+ (D1)× 59%× (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	18,274,561,759				18,274,561,759
北區分區	7,250,571,030				7,250,571,030
中區分區	9,733,377,623				9,733,377,623
南區分區	8,020,851,696				8,020,851,696
高屏分區	8,453,025,241				8,453,025,241
東區分區	1,681,060,065				1,681,060,065
小 計	53,413,447,414				53,413,447,414

(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)× 46%× 人口風險因子及轉診型態校正比例(R) + (D4)× 54%× 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)

調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=(D3)× 41%× 人口風險因子校正比例(R) + (D3)× 59%× 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. 調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)=(D4)× 46%× (R) + (D4)× 54%× (S)

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	14,505,000,913				14,505,000,913
北區分區	5,199,431,313				5,199,431,313
中區分區	6,883,289,911				6,883,289,911
南區分區	5,559,893,864				5,559,893,864
高屏分區	5,829,831,992				5,829,831,992
東區分區	954,438,558				954,438,558
小 計	38,931,886,551				38,931,886,551

2. 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)=(D3)× 41%× (R) + (D3)× 59%× (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	18,293,867,696				18,293,867,696
北區分區	7,258,230,807				7,258,230,807
中區分區	9,743,660,331				9,743,660,331
南區分區	8,029,325,227				8,029,325,227
高屏分區	8,461,955,336				8,461,955,336
東區分區	1,682,835,999				1,682,835,999
小 計	53,469,875,396				53,469,875,396

說明：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：RGBI1508R04

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：105/08/15

105年第 1 季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次： 17

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	7,867,875,967(BF1)	0.88299023	-----	8,366,675,621	10,603,869
	2-北區分區	891,540,109	0.88299023	787,221,206	870,376,964	
	3-中區分區	338,267,358	0.88299023	298,686,772	340,529,363	
	4-南區分區	204,399,574	0.88299023	180,482,827	232,250,559	
	5-高屏分區	250,401,472	0.88299023	221,102,053	215,114,269	
	6-東區分區	62,899,960	0.88299023	55,540,050	63,444,427	
	7-合計	9,615,384,440(GF1)			1,543,032,908(AF1)	10,088,391,203(BG1)
2-北區分區	1-臺北分區	601,509,152	0.88299023	531,126,704	659,669,694	
	2-北區分區	2,471,636,306(BF1)	0.88299023	-----	2,388,576,884	4,193,157
	3-中區分區	215,514,496	0.88299023	190,297,194	223,608,762	
	4-南區分區	71,846,194	0.88299023	63,439,487	74,729,097	
	5-高屏分區	56,169,659	0.88299023	49,597,260	50,282,912	
	6-東區分區	14,586,206	0.88299023	12,879,477	15,786,728	
	7-合計	3,431,262,013(GF1)			847,340,122(AF1)	3,412,654,077(BG1)
3-中區分區	1-臺北分區	188,714,929	0.88299023	166,633,439	210,489,969	
	2-北區分區	84,441,667	0.88299023	74,561,167	86,767,667	
	3-中區分區	3,944,301,594(BF1)	0.88299023	-----	4,269,181,125	4,390,696
	4-南區分區	107,307,904	0.88299023	94,751,831	134,357,555	
	5-高屏分區	53,791,701	0.88299023	47,497,546	47,081,773	
	6-東區分區	10,549,467	0.88299023	9,315,076	10,215,086	
	7-合計	4,389,107,262(GF1)			392,759,059(AF1)	4,758,093,175(BG1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1508R04

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：105/08/15

105年第 1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次： 18

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	190,654,396	0.88299023	168,345,969	225,565,280	
	2-北區分區	65,222,070	0.88299023	57,590,451	71,445,953	
	3-中區分區	173,334,502	0.88299023	153,052,672	191,109,226	
	4-南區分區	2,759,646,972(BF1)	0.88299023	-----	3,586,430,246	2,803,338
	5-高屏分區	148,933,939	0.88299023	131,507,213	164,399,097	
	6-東區分區	7,014,853	0.88299023	6,194,047	7,202,864	
	7-合計	3,344,806,732(GF1)		516,690,352(AF1)	4,246,152,666(BG1)	2,803,338(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	106,429,708	0.88299023	93,976,392	116,483,367	
	2-北區分區	36,448,790	0.88299023	32,183,925	36,015,979	
	3-中區分區	61,663,005	0.88299023	54,447,831	62,158,621	
	4-南區分區	178,990,493	0.88299023	158,046,857	198,083,891	
	5-高屏分區	3,240,971,866(BF1)	0.88299023	-----	3,234,754,171	3,818,915
	6-東區分區	12,770,981	0.88299023	11,276,651	12,289,549	
	7-合計	3,637,274,843(GF1)		349,931,656(AF1)	3,659,785,578(BG1)	3,818,915(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	55,181,637	0.88299023	48,724,846	60,817,865	
	2-北區分區	21,907,425	0.88299023	19,344,042	19,565,044	
	3-中區分區	13,811,905	0.88299023	12,195,777	13,879,607	
	4-南區分區	6,429,793	0.88299023	5,677,444	7,424,803	
	5-高屏分區	20,635,805	0.88299023	18,221,214	20,182,431	
	6-東區分區	534,045,103(BF1)	0.88299023	-----	595,598,885	468,961
	7-合計	652,011,668(GF1)		104,163,323(AF1)	717,468,635(BG1)	468,961(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	32,838,671(BF2)	0.91610167	30,083,561	46,747,362
	2-北區分區	1,625,574(BF2)	0.93558767	1,520,867	2,156,415
	3-中區分區	8,903,376(BF2)	0.94479665	8,411,880	7,740,171
	4-南區分區	0(BF2)	0.93005045	0	0
	5-高屏分區	1,008,118(BF2)	0.94784688	955,542	859,355
	6-東區分區	0(BF2)	0.93226225	0	0
	7-合計		44,375,739(GF2)		40,971,850(AF2)
2-北區分區	1-臺北分區	664,454(BF2)	0.91610167	608,707	760,061
	2-北區分區	16,390,426(BF2)	0.93558767	15,334,680	18,748,336
	3-中區分區	2,975,283(BF2)	0.94479665	2,811,037	2,375,717
	4-南區分區	0(BF2)	0.93005045	0	0
	5-高屏分區	360,343(BF2)	0.94784688	341,550	313,915
	6-東區分區	0(BF2)	0.93226225	0	0
	7-合計		20,390,506(GF2)		19,095,974(AF2)
3-中區分區	1-臺北分區	279,534(BF2)	0.91610167	256,082	594,545
	2-北區分區	140,324(BF2)	0.93558767	131,285	200,561
	3-中區分區	137,749,629(BF2)	0.94479665	130,145,388	123,498,615
	4-南區分區	0(BF2)	0.93005045	0	0
	5-高屏分區	343,795(BF2)	0.94784688	325,865	369,616
	6-東區分區	0(BF2)	0.93226225	0	0
	7-合計		138,513,282(GF2)		130,858,620(AF2)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1508R04

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：105/08/15

105年第 1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁 次： 20

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	156,391(BF2)	0.91610167	143,270	401,523
	2-北區分區	159,188(BF2)	0.93558767	148,934	142,987
	3-中區分區	4,415,358(BF2)	0.94479665	4,171,615	4,211,425
	4-南區分區	0(BF2)	0.93005045	0	0
	5-高屏分區	421,527(BF2)	0.94784688	399,543	352,807
	6-東區分區	0(BF2)	0.93226225	0	0
7-合計	5,152,464(GF2)		4,863,362(AF2)	5,108,742(BG2)	
5-高屏分區	1-臺北分區	493,155(BF2)	0.91610167	451,780	887,533
	2-北區分區	105,592(BF2)	0.93558767	98,791	184,501
	3-中區分區	1,629,434(BF2)	0.94479665	1,539,484	1,396,533
	4-南區分區	0(BF2)	0.93005045	0	0
	5-高屏分區	19,951,769(BF2)	0.94784688	18,911,222	14,422,939
	6-東區分區	0(BF2)	0.93226225	0	0
7-合計	22,179,950(GF2)		21,001,277(AF2)	16,891,506(BG2)	
6-東區分區	1-臺北分區	76,261(BF2)	0.91610167	69,863	190,852
	2-北區分區	45,148(BF2)	0.93558767	42,240	82,759
	3-中區分區	353,730(BF2)	0.94479665	334,203	314,341
	4-南區分區	0(BF2)	0.93005045	0	0
	5-高屏分區	59,640(BF2)	0.94784688	56,530	50,863
	6-東區分區	0(BF2)	0.93226225	0	0
7-合計	534,779(GF2)		502,836(AF2)	638,815(BG2)	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1508R04

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：105/08/15

105年第 1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

頁次： 21

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	8,738,769,750(BF3)	0.88299023	-----	3,867,542,884	25,422,166
	2-北區分區	953,103,706	0.88299023	841,581,261	473,114,187	
	3-中區分區	376,505,542	0.88299023	332,450,715	172,957,955	
	4-南區分區	249,440,991	0.88299023	220,253,958	109,906,861	
	5-高屏分區	302,775,113	0.88299023	267,347,467	138,804,963	
	6-東區分區	109,337,696	0.88299023	96,544,117	38,684,122	
	7-合計	10,729,932,798(GF3)		1,758,177,518(AF3)	4,801,010,972(BG3)	25,422,166(BJ3)
2-北區分區	1-臺北分區	803,403,352	0.88299023	709,397,311	384,037,154	
	2-北區分區	3,030,279,425(BF3)	0.88299023	-----	1,289,605,955	9,286,362
	3-中區分區	309,599,451	0.88299023	273,373,290	145,337,365	
	4-南區分區	86,025,025	0.88299023	75,959,257	39,650,539	
	5-高屏分區	73,274,452	0.88299023	64,700,625	34,904,966	
	6-東區分區	30,137,004	0.88299023	26,610,680	10,772,447	
	7-合計	4,332,718,709(GF3)		1,150,041,163(AF3)	1,904,308,426(BG3)	9,286,362(BJ3)
3-中區分區	1-臺北分區	272,343,508	0.88299023	240,476,657	126,735,209	
	2-北區分區	108,947,521	0.88299023	96,199,597	52,683,997	
	3-中區分區	4,904,898,242(BF3)	0.88299023	-----	2,082,607,843	9,088,295
	4-南區分區	151,498,548	0.88299023	133,771,738	64,720,637	
	5-高屏分區	70,504,077	0.88299023	62,254,411	30,761,349	
	6-東區分區	28,282,295	0.88299023	24,972,990	10,563,290	
	7-合計	5,536,474,191(GF3)		557,675,393(AF3)	2,368,072,325(BG3)	9,088,295(BJ3)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1508R04

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：105/08/15

105年第 1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

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	277,850,620	0.88299023	245,339,383	128,825,474	
	2-北區分區	93,433,254	0.88299023	82,500,650	44,682,308	
	3-中區分區	244,923,915	0.88299023	216,265,424	110,224,569	
	4-南區分區	3,961,992,243(BF3)	0.88299023	-----	1,657,327,643	3,976,539
	5-高屏分區	220,889,516	0.88299023	195,043,285	100,886,267	
	6-東區分區	20,745,686	0.88299023	18,318,238	5,905,301	
	7-合計	4,819,835,234(GF3)		757,466,980(AF3)	2,047,851,562(BG3)	3,976,539(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	155,276,946	0.88299023	137,108,026	67,414,500	
	2-北區分區	56,825,462	0.88299023	50,176,328	26,270,616	
	3-中區分區	83,021,596	0.88299023	73,307,258	36,919,091	
	4-南區分區	263,003,785	0.88299023	232,229,773	113,571,543	
	5-高屏分區	4,662,801,343(BF3)	0.88299023	-----	1,930,085,056	5,699,263
	6-東區分區	30,941,565	0.88299023	27,321,100	10,037,242	
	7-合計	5,251,870,697(GF3)		520,142,485(AF3)	2,184,298,048(BG3)	5,699,263(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	100,584,240	0.88299023	88,814,901	44,796,522	
	2-北區分區	32,245,301	0.88299023	28,472,286	14,553,315	
	3-中區分區	19,985,168	0.88299023	17,646,708	9,809,883	
	4-南區分區	10,649,561	0.88299023	9,403,458	4,256,868	
	5-高屏分區	34,278,621	0.88299023	30,267,687	16,467,730	
	6-東區分區	795,718,292(BF3)	0.88299023	-----	327,270,331	542,772
	7-合計	993,461,183(GF3)		174,605,040(AF3)	417,154,649(BG3)	542,772(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	100,156,307(BF4)	0.91610167	91,753,360	23,920,532
	2-北區分區	1,745,330(BF4)	0.93558767	1,632,909	211,228
	3-中區分區	9,618,654(BF4)	0.94479665	9,087,672	3,223,997
	4-南區分區	0(BF4)	0.93005045	0	0
	5-高屏分區	2,165,827(BF4)	0.94784688	2,052,872	214,975
	6-東區分區	0(BF4)	0.93226225	0	0
	7-合計	113,686,118(GF4)		104,526,813(AF4)	27,570,732(BG4)
2-北區分區	1-臺北分區	2,569,990(BF4)	0.91610167	2,354,372	559,691
	2-北區分區	13,667,671(BF4)	0.93558767	12,787,304	2,753,268
	3-中區分區	2,547,507(BF4)	0.94479665	2,406,876	948,143
	4-南區分區	0(BF4)	0.93005045	0	0
	5-高屏分區	1,091,281(BF4)	0.94784688	1,034,367	117,067
	6-東區分區	0(BF4)	0.93226225	0	0
	7-合計	19,876,449(GF4)		18,582,919(AF4)	4,378,169(BG4)
3-中區分區	1-臺北分區	917,053(BF4)	0.91610167	840,114	348,852
	2-北區分區	147,750(BF4)	0.93558767	138,233	25,483
	3-中區分區	160,071,247(BF4)	0.94479665	151,234,778	56,223,629
	4-南區分區	0(BF4)	0.93005045	0	0
	5-高屏分區	531,013(BF4)	0.94784688	503,319	9,281
	6-東區分區	0(BF4)	0.93226225	0	0
	7-合計	161,667,063(GF4)		152,716,444(AF4)	56,607,245(BG4)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1508R04

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：105/08/15

105年第 1季

結算主要費用年月起迄:105/01-105/03

核付截止日期:105/06/30

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	478,109(BF4)	0.91610167	437,996	149,175
	2-北區分區	351,736(BF4)	0.93558767	329,080	58,777
	3-中區分區	5,330,169(BF4)	0.94479665	5,035,926	1,540,710
	4-南區分區	0(BF4)	0.93005045	0	0
	5-高屏分區	2,279,411(BF4)	0.94784688	2,160,533	206,777
	6-東區分區	0(BF4)	0.93226225	0	0
7-合計	8,439,425(GF4)		7,963,535(AF4)	1,955,439(BG4)	
5-高屏分區	1-臺北分區	1,125,111(BF4)	0.91610167	1,030,716	363,224
	2-北區分區	130,551(BF4)	0.93558767	122,142	20,220
	3-中區分區	1,100,133(BF4)	0.94479665	1,039,402	523,949
	4-南區分區	0(BF4)	0.93005045	0	0
	5-高屏分區	68,216,223(BF4)	0.94784688	64,658,534	6,356,137
	6-東區分區	0(BF4)	0.93226225	0	0
7-合計	70,572,018(GF4)		66,850,794(AF4)	7,263,530(BG4)	
6-東區分區	1-臺北分區	366,591(BF4)	0.91610167	335,835	73,413
	2-北區分區	23,003(BF4)	0.93558767	21,521	3,249
	3-中區分區	244,973(BF4)	0.94479665	231,450	157,478
	4-南區分區	0(BF4)	0.93005045	0	0
	5-高屏分區	19,918(BF4)	0.94784688	18,879	2,239
	6-東區分區	0(BF4)	0.93226225	0	0
7-合計	654,485(GF4)		607,685(AF4)	236,379(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)

$$\text{臺北分區} = [14,505,000,913 + 18,293,867,696 - 3,301,210,426 - 14,889,402,175 \\ - 145,498,663 - 85,074,035 - 36,026,035] / 16,606,645,717 = 0.86360952$$

$$\text{北區分區} = [5,199,431,313 + 7,258,230,807 - 1,997,381,285 - 5,316,962,503 \\ - 37,678,893 - 26,576,198 - 13,479,519] / 5,501,915,731 = 0.92069453$$

$$\text{中區分區} = [6,883,289,911 + 9,743,660,331 - 950,434,452 - 7,126,165,500 \\ - 283,575,064 - 181,270,582 - 13,478,991] / 8,849,199,836 = 0.91217577$$

$$\text{南區分區} = [5,559,893,864 + 8,029,325,227 - 1,274,157,332 - 6,294,004,228 \\ - 12,826,897 - 7,064,181 - 6,779,877] / 6,721,639,215 = 0.89180427$$

$$\text{高屏分區} = [5,829,831,992 + 8,461,955,336 - 870,074,141 - 5,844,083,626 \\ - 87,852,071 - 24,155,036 - 9,518,178] / 7,903,773,209 = 0.94336010$$

$$\text{東區分區} = [954,438,558 + 1,682,835,999 - 278,768,363 - 1,134,623,284 \\ - 1,110,521 - 875,194 - 1,011,733] / 1,329,763,395 = 0.91812233$$

6. 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)

$$= [38,931,886,551 + 53,469,875,396 - 40,930,256,542 - 80,294,333] / 57,340,182,048 = 0.89625127$$

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

臺北分區	= [14,505,000,913 + 18,293,867,696] / [20,503,379,095 + 14,974,476,210 + 36,026,035] = 0.92355066
北區分區	= [5,199,431,313 + 7,258,230,807] / [7,804,247,677 + 5,343,538,701 + 13,479,519] = 0.94653981
中區分區	= [6,883,289,911 + 9,743,660,331] / [10,225,761,798 + 7,307,436,082 + 13,478,991] = 0.94758400
南區分區	= [5,559,893,864 + 8,029,325,227] / [8,178,233,855 + 6,301,068,409 + 6,779,877] = 0.93808795
高屏分區	= [5,829,831,992 + 8,461,955,336] / [8,981,897,508 + 5,868,238,662 + 9,518,178] = 0.96178464
東區分區	= [954,438,558 + 1,682,835,999] / [1,646,662,115 + 1,135,498,478 + 1,011,733] = 0.94757861

$$8. \text{全區平均點值} = \frac{38,931,886,551 + 53,469,875,396}{57,340,182,048 + 40,930,256,542 + 80,294,333} = 0.93951269$$

$$9. \text{醫院非門診透析醫療給付費用總額平均點值} = \frac{\text{加總[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4)} + \text{調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款}]}{\text{一般服務核定浮動點數 (GF)} + \text{核定非浮動點數 (BG)} + \text{自墊核退點數 (BJ)} + \text{專款專用已支用點數}}$$

$$= \frac{38,931,886,551 + 53,469,875,396 + 3,131,565,329 + 172,226,208}{57,340,182,048 + 40,930,256,542 + 80,294,333 + 3,131,556,371} = 0.94307641$$

註：專款專用暫結金額 = 罕見疾病、血友病藥費、罕病特材暫結金額 + 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

$$= 1,900,286,293 + 914,372,781 + 133,749,157 + 15,000,000 + 12,177,759 + 155,979,339 = 3,131,565,329$$

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月104/12(含)以前：於105/04/01~105/06/30期間核付者。
費用年月105/01~105/03：於105/01/01~105/06/30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。