

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：105/11/09

105年第 2季

結算主要費用年月起迄:105/04-105/06

核付截止日期:105/09/30

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 2 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 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)

= 386,424,585,818 × 25.373921%

= 98,051,069,130 (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 $92,401,761,947=386,424,585,818 \times 23.911978\%$ 。
 - (2)105年第2季調整後預算 $98,051,069,130=386,424,585,818 \times 25.373921\%$ 。
 - (3)105年第3季調整後預算 $97,297,773,042=386,424,585,818 \times 25.178981\%$ 。
 - (4)105年第4季調整後預算 $=105\text{年全年預算數}-105\text{年第1季預算}-105\text{年第2季預算}-105\text{年第3季預算}=98,673,981,699$ 。
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：105/11/09

105年第 2季

結算主要費用年月起迄:105/04-105/06

核付截止日期:105/09/30

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2季門診透析服務預算

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

$$= 5,000,549,499 \times (1 + 3.273\%)$$

$$= 5,164,217,484$$

(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1,114百萬元，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：	956,049,318	第2季已支用點數：	148,238,218	第2季已支用點數：	1,104,287,536
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：	1,845,096,242	全年已支用點數：	287,849,552	全年已支用點數：	2,132,945,794

(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：	768,901,724	第2季已支用點數：	70,599,455	第2季已支用點數：	839,501,179
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：	1,536,485,057	全年已支用點數：	174,644,157	全年已支用點數：	1,711,129,214

(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：	1,724,951,042	第2季已支用點數：	218,837,673	第2季已支用點數：	1,943,788,715
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：	3,381,581,299	全年已支用點數：	462,493,709	全年已支用點數：	3,844,075,008

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 3,844,075,008

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 5,095,924,992

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：105/11/09

105年第2季

結算主要費用年月起迄：105/04-105/06

核付截止日期：105/09/30

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：	140,000	第2季已支用點數：	140,000
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：	140,000	全年已支用點數：	140,000

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 140,000 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 12,360,000 \end{aligned}$$

※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：	1,724,951,042	第2季已支用點數：	218,977,673	第2季已支用點數：	1,943,928,715
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：	3,381,581,299	全年已支用點數：	462,633,709	全年已支用點數：	3,844,215,008

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 3,844,215,008 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 5,108,284,992 \end{aligned}$$

(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：	511,806,590	第2季已支用點數：	415,066,604	第2季已支用點數：	926,873,194
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：	1,036,394,761	全年已支用點數：	804,851,214	全年已支用點數：	1,841,245,975

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} \\ &= 1,841,245,975 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 2,320,754,025 \end{aligned}$$

(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：	57,944,412	第2季已支用點數：	57,944,412
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：	61,327,860	全 年已支用點數：	61,327,860

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 61,327,860

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：	7,098,600	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	7,098,600
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：	13,976,400	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	13,976,400

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 13,976,400

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：	100,680,012	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	100,680,012
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：	198,634,662	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	198,634,662

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 198,634,662

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：	6,214,314	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	6,214,314
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：	11,871,553	全 年已支用點數：	0	全 年已支用點數：	11,871,553

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 11,871,553

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：105/11/09

105年第 2季

結算主要費用年月起迄:105/04-105/06

核付截止日期:105/09/30

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：	5,497,127	第2季已支用點數：	0	第2季已支用點數：	5,497,127
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：	10,868,927	全年已支用點數：	0	全年已支用點數：	10,868,927

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 10,868,927

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：	14,256,300	第2季已支用點數：	14,256,300
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：	28,643,520	全年已支用點數：	28,643,520

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：	191,000
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：	308,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 308,000

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：	119,681,053	第2季已支用點數：	72,200,712	第2季已支用點數：	191,881,765
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：	235,659,542	全年已支用點數：	89,971,380	全年已支用點數：	325,630,922

暫結金額 = 1元/點×已支用點數
= 325,630,922

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額
= 550,669,078

(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 4,781,809(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 5,249,944(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 8,117,900(K3)

(4)合計: 已支用點數 18,149,653(K9)

暫結金額= 1元/點×已支用點數= 18,149,653 未支用金額= 本季預算 - 暫結金額= -3,140,695

$$\begin{aligned} \text{第2季暫結點值} &= \frac{[\text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times (\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_非浮動點數K1)]}{[\text{醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)}_浮動點數K2 + \text{醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)K3]} \\ &= \frac{[\text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times (K1)]}{[K2 + K3]} = 0.76505598 \end{aligned}$$

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 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= 15,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI11508R04

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：105/11/09

105年第 2季

結算主要費用年月起迄:105/04-105/06

核付截止日期:105/09/30

頁 次： 9

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 60,000,000/4 + 15,000,000 = 30,000,000$$

(1)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_非浮動點數M1:	已支用點數	0(M1)
(2)醫院支援西醫醫療資源不足地區(論量)_浮動點數M2:	已支用點數	0(M2)
(3)醫院支援西醫醫療資源不足地區之「論次給付」(論次)M3:	已支用點數	0(M3)
(4)合計:	已支用點數	0(M9)

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0 \quad \text{未支用金額} = \text{本季預算} - \text{暫結金額} = 30,008,958$$

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	9,209,188(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	9,520,007(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	14,411,500(N3)
(4)合計:	已支用點數	33,140,695(N9)

$$\text{暫結金額} = \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} = 30,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 30,000,000$$

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：	2,570,000	第2季已支用點數：	1,738,000	第2季已支用點數：	4,308,000
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：	5,364,000	全年已支用點數：	3,515,000	全年已支用點數：	8,879,000

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 8,879,000

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：	7,527,290	第2季已支用點數：	1,800,773	第2季已支用點數：	9,328,063
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：	14,340,290	全年已支用點數：	2,594,532	全年已支用點數：	16,934,822

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,934,822

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：RGI11508R04

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：105/11/09

105年第 2季

結算主要費用年月起迄:105/04-105/06

核付截止日期:105/09/30

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：	10,097,290	第2季已支用點數：	3,538,773	第2季已支用點數：	13,636,063
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：	19,704,290	全年已支用點數：	6,109,532	全年已支用點數：	25,813,822

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} \\ &= 25,813,822 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 134,186,178 \end{aligned}$$

(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：	160,790,229
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

$$\text{暫結金額} = 316,769,568 \quad \text{未支用金額} = 483,230,432$$

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
季別	(G1)	(B)	(C1)	(D1) =(G1+B)× 55%+(C1)	(D2) =(G1)+(B)+ (C1)-(D1) -(B)
第1季	92,299,165,615	4,816,193,319	0	53,413,447,414	38,885,718,201
第2季	99,093,725,902	5,164,217,484	0	57,341,868,862	41,751,857,040
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合計	191,392,891,517	9,980,410,803	0	110,755,316,276	80,637,575,241

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
	(D)	(B)	(C1)	(D3) =(D+B)× 55%+(C1)	(D4) =(D)+(B)+ (C1)-(D3) -(B)
季別					
第1季	92,401,761,947	4,816,193,319	0	53,469,875,396	38,931,886,551
第2季	98,051,069,130	5,164,217,484	0	56,768,407,638	41,282,661,492
第3季	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0
合計	190,452,831,077	9,980,410,803	0	110,238,283,034	80,214,548,043

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。

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	0.36827	0.36634		
	北區分區	0.14284	0.14317		
	中區分區	0.17480	0.17509		
	南區分區	0.14253	0.14284		
	高屏分區	0.14631	0.14732		
	東區分區	0.02525	0.02524		
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	0.34037	0.34082		
	北區分區	0.15240	0.15248		
	中區分區	0.18182	0.18176		
	南區分區	0.14482	0.14443		
	高屏分區	0.15510	0.15505		
	東區分區	0.02549	0.02546		
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)× 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	15,523,540,856			30,011,340,652
北區分區	5,193,265,437	5,579,901,883			10,773,167,320
中區分區	6,875,127,189	7,430,051,924			14,305,179,113
南區分區	5,553,300,525	5,947,151,218			11,500,451,743
高屏分區	5,822,918,541	6,237,911,150			12,060,829,691
東區分區	953,306,713	1,033,300,009			1,986,606,722
小 計	38,885,718,201	41,751,857,040			80,637,575,241

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	19,723,917,038			37,998,478,797
北區分區	7,250,571,030	7,827,325,657			15,077,896,687
中區分區	9,733,377,623	10,429,901,059			20,163,278,682
南區分區	8,020,851,696	8,568,778,958			16,589,630,654
高屏分區	8,453,025,241	8,979,157,511			17,432,182,752
東區分區	1,681,060,065	1,812,788,639			3,493,848,704
小 計	53,413,447,414	57,341,868,862			110,755,316,276

(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	15,349,091,700			29,854,092,613
北區分區	5,199,431,313	5,517,196,526			10,716,627,839
中區分區	6,883,289,911	7,346,555,104			14,229,845,015
南區分區	5,559,893,864	5,880,318,816			11,440,212,680
高屏分區	5,829,831,992	6,167,811,271			11,997,643,263
東區分區	954,438,558	1,021,688,075			1,976,126,633
小計	38,931,886,551	41,282,661,492			80,214,548,043

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	19,526,663,236			37,820,530,932
北區分區	7,258,230,807	7,749,046,594			15,007,277,401
中區分區	9,743,660,331	10,325,594,312			20,069,254,643
南區分區	8,029,325,227	8,483,084,812			16,512,410,039
高屏分區	8,461,955,336	8,889,359,275			17,351,314,611
東區分區	1,682,835,999	1,794,659,409			3,477,495,408
小計	53,469,875,396	56,768,407,638			110,238,283,034

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：105/11/09

105年第 2季

結算主要費用年月起迄:105/04-105/06

核付截止日期:105/09/30

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	8,692,916,901(BF1)	0.89625127	-----	8,367,946,330	10,175,489
	2-北區分區	979,801,245	0.89625127	878,148,110	878,901,551	
	3-中區分區	358,482,517	0.89625127	321,290,411	344,012,598	
	4-南區分區	224,227,163	0.89625127	200,963,880	231,845,448	
	5-高屏分區	271,266,613	0.89625127	243,123,046	227,265,866	
	6-東區分區	70,767,337	0.89625127	63,425,316	64,473,788	
	7-合計	10,597,461,776(GF1)		1,706,950,763(AF1)	10,114,445,581(BG1)	10,175,489(BJ1)
2-北區分區	1-臺北分區	682,252,676	0.89625127	611,469,827	659,948,240	
	2-北區分區	2,744,599,039(BF1)	0.89625127	-----	2,420,259,770	4,842,624
	3-中區分區	232,730,586	0.89625127	208,585,083	223,000,633	
	4-南區分區	78,988,106	0.89625127	70,793,190	74,078,701	
	5-高屏分區	60,285,542	0.89625127	54,030,994	51,746,590	
	6-東區分區	15,767,695	0.89625127	14,131,817	14,810,624	
	7-合計	3,814,623,644(GF1)		959,010,911(AF1)	3,443,844,558(BG1)	4,842,624(BJ1)
3-中區分區	1-臺北分區	207,212,605	0.89625127	185,714,560	215,824,401	
	2-北區分區	91,632,205	0.89625127	82,125,480	88,326,694	
	3-中區分區	4,268,887,920(BF1)	0.89625127	-----	4,254,862,595	3,959,695
	4-南區分區	117,286,388	0.89625127	105,118,074	136,238,536	
	5-高屏分區	57,132,596	0.89625127	51,205,162	48,546,017	
	6-東區分區	10,576,838	0.89625127	9,479,504	10,348,784	
	7-合計	4,752,728,552(GF1)		433,642,780(AF1)	4,754,147,027(BG1)	3,959,695(BJ1)

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：105/11/09

105年第 2季

結算主要費用年月起迄:105/04-105/06

核付截止日期:105/09/30

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	210,797,589	0.89625127	188,927,607	229,194,528	
	2-北區分區	74,107,118	0.89625127	66,418,599	76,605,528	
	3-中區分區	179,601,507	0.89625127	160,968,079	192,585,484	
	4-南區分區	3,082,518,486(BF1)	0.89625127	-----	3,617,881,383	2,923,614
	5-高屏分區	166,997,372	0.89625127	149,671,607	161,576,093	
	6-東區分區	7,655,590	0.89625127	6,861,332	7,354,735	
	7-合計	3,721,677,662(GF1)		572,847,224(AF1)	4,285,197,751(BG1)	2,923,614(BJ1)
5-高屏分區	1-臺北分區	119,716,441	0.89625127	107,296,012	117,888,070	
	2-北區分區	42,444,490	0.89625127	38,040,928	37,562,788	
	3-中區分區	67,833,186	0.89625127	60,795,579	62,366,693	
	4-南區分區	198,582,858	0.89625127	177,980,139	198,262,515	
	5-高屏分區	3,576,642,978(BF1)	0.89625127	-----	3,369,161,218	3,171,472
	6-東區分區	14,434,346	0.89625127	12,936,801	12,423,409	
	7-合計	4,019,654,299(GF1)		397,049,459(AF1)	3,797,664,693(BG1)	3,171,472(BJ1)
6-東區分區	1-臺北分區	61,528,266	0.89625127	55,144,787	59,966,911	
	2-北區分區	24,034,406	0.89625127	21,540,867	19,408,019	
	3-中區分區	13,871,125	0.89625127	12,432,013	12,970,005	
	4-南區分區	8,906,796	0.89625127	7,982,727	7,365,732	
	5-高屏分區	22,407,795	0.89625127	20,083,015	21,227,969	
	6-東區分區	591,623,583(BF1)	0.89625127	-----	605,192,627	426,122
	7-合計	722,371,971(GF1)		117,183,409(AF1)	726,131,263(BG1)	426,122(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	42,126,621(BF2)	0.92355066	38,906,069	49,832,454
	2-北區分區	2,211,594(BF2)	0.94653981	2,093,362	2,351,504
	3-中區分區	9,346,169(BF2)	0.94758400	8,856,280	8,662,198
	4-南區分區	0(BF2)	0.93808795	0	0
	5-高屏分區	1,229,644(BF2)	0.96178464	1,182,653	704,230
	6-東區分區	0(BF2)	0.94757861	0	0
	7-合計	54,914,028(GF2)		51,038,364(AF2)	61,550,386(BG2)
2-北區分區	1-臺北分區	903,640(BF2)	0.92355066	834,557	809,419
	2-北區分區	20,464,774(BF2)	0.94653981	19,370,723	19,627,302
	3-中區分區	2,772,258(BF2)	0.94758400	2,626,947	3,041,716
	4-南區分區	0(BF2)	0.93808795	0	0
	5-高屏分區	371,715(BF2)	0.96178464	357,510	218,482
	6-東區分區	0(BF2)	0.94757861	0	0
	7-合計	24,512,387(GF2)		23,189,737(AF2)	23,696,919(BG2)
3-中區分區	1-臺北分區	441,429(BF2)	0.92355066	407,682	669,098
	2-北區分區	177,610(BF2)	0.94653981	168,115	186,734
	3-中區分區	150,243,026(BF2)	0.94758400	142,367,888	142,456,295
	4-南區分區	0(BF2)	0.93808795	0	0
	5-高屏分區	437,753(BF2)	0.96178464	421,024	316,476
	6-東區分區	0(BF2)	0.94757861	0	0
	7-合計	151,299,818(GF2)		143,364,709(AF2)	143,628,603(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：105/11/09

105年第 2季

結算主要費用年月起迄:105/04-105/06

核付截止日期:105/09/30

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	201,874(BF2)	0.92355066	186,441	417,974
	2-北區分區	273,393(BF2)	0.94653981	258,777	243,661
	3-中區分區	5,608,717(BF2)	0.94758400	5,314,730	4,414,831
	4-南區分區	0(BF2)	0.93808795	0	0
	5-高屏分區	491,015(BF2)	0.96178464	472,251	365,892
	6-東區分區	0(BF2)	0.94757861	0	0
7-合計	6,574,999(GF2)		6,232,199(AF2)	5,442,358(BG2)	
5-高屏分區	1-臺北分區	617,511(BF2)	0.92355066	570,303	1,136,760
	2-北區分區	102,393(BF2)	0.94653981	96,919	185,926
	3-中區分區	1,706,775(BF2)	0.94758400	1,617,313	1,815,864
	4-南區分區	0(BF2)	0.93808795	0	0
	5-高屏分區	22,419,929(BF2)	0.96178464	21,563,143	13,516,311
	6-東區分區	0(BF2)	0.94757861	0	0
7-合計	24,846,608(GF2)		23,847,678(AF2)	16,654,861(BG2)	
6-東區分區	1-臺北分區	90,633(BF2)	0.92355066	83,704	148,341
	2-北區分區	69,539(BF2)	0.94653981	65,821	99,824
	3-中區分區	293,824(BF2)	0.94758400	278,423	396,132
	4-南區分區	0(BF2)	0.93808795	0	0
	5-高屏分區	63,720(BF2)	0.96178464	61,285	48,444
	6-東區分區	0(BF2)	0.94757861	0	0
7-合計	517,716(GF2)		489,233(AF2)	692,741(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	9,271,058,445(BF3)	0.89625127	-----	4,020,890,522	28,182,456
	2-北區分區	1,051,764,897	0.89625127	942,645,625	510,113,770	
	3-中區分區	400,927,438	0.89625127	359,331,725	181,761,440	
	4-南區分區	275,897,925	0.89625127	247,273,866	115,498,290	
	5-高屏分區	307,886,665	0.89625127	275,943,815	135,545,820	
	6-東區分區	115,273,054	0.89625127	103,313,621	38,462,433	
	7-合計	11,422,808,424(GF3)		1,928,508,652(AF3)	5,002,272,275(BG3)	
2-北區分區	1-臺北分區	900,892,102	0.89625127	807,425,691	423,220,476	8,705,949
	2-北區分區	3,241,058,301(BF3)	0.89625127	-----	1,327,277,313	
	3-中區分區	316,181,596	0.89625127	283,378,157	148,281,894	
	4-南區分區	92,568,134	0.89625127	82,964,308	41,992,512	
	5-高屏分區	75,134,443	0.89625127	67,339,340	34,960,190	
	6-東區分區	32,468,785	0.89625127	29,100,190	10,397,341	
	7-合計	4,658,303,361(GF3)		1,270,207,686(AF3)	1,986,129,726(BG3)	
3-中區分區	1-臺北分區	299,570,902	0.89625127	268,490,801	144,318,222	7,342,758
	2-北區分區	125,603,140	0.89625127	112,571,974	59,392,166	
	3-中區分區	5,324,256,187(BF3)	0.89625127	-----	2,238,240,823	
	4-南區分區	167,811,821	0.89625127	150,401,558	69,598,640	
	5-高屏分區	75,340,251	0.89625127	67,523,796	32,180,127	
	6-東區分區	25,726,224	0.89625127	23,057,161	7,588,725	
	7-合計	6,018,308,525(GF3)		622,045,290(AF3)	2,551,318,703(BG3)	

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：105/11/09

105年第 2季

結算主要費用年月起迄:105/04-105/06

核付截止日期:105/09/30

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	312,562,129	0.89625127	280,134,205	141,393,081	
	2-北區分區	105,548,579	0.89625127	94,598,048	49,445,007	
	3-中區分區	272,058,076	0.89625127	243,832,396	118,647,628	
	4-南區分區	4,354,397,278(BF3)	0.89625127	-----	1,772,487,778	6,391,701
	5-高屏分區	230,883,183	0.89625127	206,929,346	107,227,783	
	6-東區分區	21,819,358	0.89625127	19,555,627	5,674,866	
	7-合計	5,297,268,603(GF3)		845,049,622(AF3)	2,194,876,143(BG3)	6,391,701(BJ3)
5-高屏分區	1-臺北分區	183,798,217	0.89625127	164,729,385	82,798,438	
	2-北區分區	51,749,232	0.89625127	46,380,315	21,973,779	
	3-中區分區	89,391,501	0.89625127	80,117,246	40,672,015	
	4-南區分區	288,915,810	0.89625127	258,941,162	125,013,100	
	5-高屏分區	5,001,185,382(BF3)	0.89625127	-----	2,025,487,926	5,546,394
	6-東區分區	32,268,439	0.89625127	28,920,629	10,268,250	
	7-合計	5,647,308,581(GF3)		579,088,737(AF3)	2,306,213,508(BG3)	5,546,394(BJ3)
6-東區分區	1-臺北分區	108,460,663	0.89625127	97,208,007	51,739,118	
	2-北區分區	37,793,552	0.89625127	33,872,519	18,716,091	
	3-中區分區	22,520,280	0.89625127	20,183,830	10,217,704	
	4-南區分區	13,697,883	0.89625127	12,276,745	6,536,533	
	5-高屏分區	42,738,934	0.89625127	38,304,824	20,658,795	
	6-東區分區	846,484,223(BF3)	0.89625127	-----	339,174,462	548,291
	7-合計	1,071,695,535(GF3)		201,845,925(AF3)	447,042,703(BG3)	548,291(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	105,927,030(BF4)	0.92355066	97,828,978	25,379,646
	2-北區分區	1,848,468(BF4)	0.94653981	1,749,649	469,527
	3-中區分區	9,704,882(BF4)	0.94758400	9,196,191	3,083,058
	4-南區分區	0(BF4)	0.93808795	0	0
	5-高屏分區	1,824,368(BF4)	0.96178464	1,754,649	240,037
	6-東區分區	0(BF4)	0.94757861	0	0
	7-合計		119,304,748(GF4)		110,529,467(AF4)
2-北區分區	1-臺北分區	3,326,250(BF4)	0.92355066	3,071,960	620,463
	2-北區分區	16,815,444(BF4)	0.94653981	15,916,487	2,831,623
	3-中區分區	3,153,089(BF4)	0.94758400	2,987,817	1,230,823
	4-南區分區	0(BF4)	0.93808795	0	0
	5-高屏分區	753,065(BF4)	0.96178464	724,286	29,675
	6-東區分區	0(BF4)	0.94757861	0	0
	7-合計		24,047,848(GF4)		22,700,550(AF4)
3-中區分區	1-臺北分區	957,628(BF4)	0.92355066	884,418	235,658
	2-北區分區	202,566(BF4)	0.94653981	191,737	51,016
	3-中區分區	173,600,016(BF4)	0.94758400	164,500,598	58,228,985
	4-南區分區	0(BF4)	0.93808795	0	0
	5-高屏分區	615,189(BF4)	0.96178464	591,679	45,338
	6-東區分區	0(BF4)	0.94757861	0	0
	7-合計		175,375,399(GF4)		166,168,432(AF4)

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：105/11/09

105年第 2季

結算主要費用年月起迄:105/04-105/06

核付截止日期:105/09/30

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	664,227(BF4)	0.92355066	613,447	137,644
	2-北區分區	216,605(BF4)	0.94653981	205,025	35,450
	3-中區分區	7,286,182(BF4)	0.94758400	6,904,269	1,854,475
	4-南區分區	0(BF4)	0.93808795	0	0
	5-高屏分區	1,920,195(BF4)	0.96178464	1,846,814	186,008
	6-東區分區	0(BF4)	0.94757861	0	0
7-合計	10,087,209(GF4)		9,569,555(AF4)	2,213,577(BG4)	
5-高屏分區	1-臺北分區	893,563(BF4)	0.92355066	825,251	260,190
	2-北區分區	138,109(BF4)	0.94653981	130,726	33,401
	3-中區分區	2,156,636(BF4)	0.94758400	2,043,594	811,847
	4-南區分區	0(BF4)	0.93808795	0	0
	5-高屏分區	73,417,149(BF4)	0.96178464	70,611,486	7,285,661
	6-東區分區	0(BF4)	0.94757861	0	0
7-合計	76,605,457(GF4)		73,611,057(AF4)	8,391,099(BG4)	
6-東區分區	1-臺北分區	212,873(BF4)	0.92355066	196,599	29,392
	2-北區分區	88,286(BF4)	0.94653981	83,566	8,808
	3-中區分區	333,918(BF4)	0.94758400	316,415	320,815
	4-南區分區	0(BF4)	0.93808795	0	0
	5-高屏分區	150,641(BF4)	0.96178464	144,884	4,061
	6-東區分區	0(BF4)	0.94757861	0	0
7-合計	785,718(GF4)		741,464(AF4)	363,076(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)

$$\text{臺北分區} = [15,349,091,700 + 19,526,663,236 - 3,635,459,415 - 15,116,717,856 \\ - 161,567,831 - 90,722,654 - 38,357,945] / 17,963,975,346 = 0.88137113$$

$$\text{北區分區} = [5,517,196,526 + 7,749,046,594 - 2,229,218,597 - 5,429,974,284 \\ - 45,890,287 - 28,409,503 - 13,548,573] / 5,985,657,340 = 0.92207114$$

$$\text{中區分區} = [7,346,555,104 + 10,325,594,312 - 1,055,688,070 - 7,305,465,730 \\ - 309,533,141 - 202,189,600 - 11,302,453] / 9,593,144,107 = 0.91606780$$

$$\text{南區分區} = [5,880,318,816 + 8,483,084,812 - 1,417,896,846 - 6,480,073,894 \\ - 15,801,754 - 7,655,935 - 9,315,315] / 7,436,915,764 = 0.86496339$$

$$\text{高屏分區} = [6,167,811,271 + 8,889,359,275 - 976,138,196 - 6,103,878,201 \\ - 97,458,735 - 25,045,960 - 8,717,866] / 8,577,828,360 = 0.91467575$$

$$\text{東區分區} = [1,021,688,075 + 1,794,659,409 - 319,029,334 - 1,173,173,966 \\ - 1,230,697 - 1,055,817 - 974,413] / 1,438,107,806 = 0.91848695$$

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)

$$= [41,282,661,492 + 56,768,407,638 - 41,964,363,400 - 82,216,565] / 62,413,082,868 = 0.89731971$$

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

臺北分區	= [15,349,091,700 + 19,526,663,236] / [22,194,488,976 + 15,207,440,510 + 38,357,945] = 0.93150340
北區分區	= [5,517,196,526 + 7,749,046,594] / [8,521,487,240 + 5,458,383,787 + 13,548,573] = 0.94803440
中區分區	= [7,346,555,104 + 10,325,594,312] / [11,097,712,294 + 7,507,655,330 + 11,302,453] = 0.94926479
南區分區	= [5,880,318,816 + 8,483,084,812] / [9,035,608,473 + 6,487,729,829 + 9,315,315] = 0.92472310
高屏分區	= [6,167,811,271 + 8,889,359,275] / [9,768,414,945 + 6,128,924,161 + 8,717,866] = 0.94663125
東區分區	= [1,021,688,075 + 1,794,659,409] / [1,795,370,940 + 1,174,229,783 + 974,413] = 0.94808155

$$8. \text{全區平均點值} = \frac{41,282,661,492 + 56,768,407,638}{62,413,082,868 + 41,964,363,400 + 82,216,565} = 0.93865006$$

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

$$= \frac{41,282,661,492 + 56,768,407,638 + 3,252,118,924 + 184,802,872}{62,413,082,868 + 41,964,363,400 + 82,216,565 + 3,255,259,619} = 0.94219063$$

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

$$= 1,943,928,715 + 926,873,194 + 191,881,765 + 15,008,958 + 13,636,063 + 160,790,229 = 3,252,118,924$$

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月105/03(含)以前：於105/07/01~105/09/30期間核付者。
費用年月105/04~105/06：於105/04/01~105/09/30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。