

門、住診調整因子：

額度調整項目	公式及定義	調整額度上限	計算方式
門診急重症醫療費用成長點數	$g=G1-G2$ $G1$ ：當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月合計急重症 ^(*) 費用點數 $G2$ ：去年同季之急重病費用點數	$f \times 50\%$	於整體調整額度上限內，依實際增加數 g 及 k 加計；超過上限時，則依各院實際增加數占率進行分配，門、住診調整結果為 h_o 、 h_i
住診急重症醫療費用成長點數	$k=K1-K2$ $K1$ ：當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月合計急重症 ^(*) 費用點數 $K2$ ：去年同季之急重病費用點數		
非精神科門診病人成長數	$i=I1-I2$ $I1$ ：當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月申報之非科別 13 病人數 $I2$ ：去年同季申報之非科別 13 病人數	$f \times 50\%$	於整體調整額度上限內依實際增加數 $i \times m$ 及 $n \times o \times p$ 加計；超過上限時，則依各院實際增加數占率進行分配，門、住診調整結果為 q_o 、 q_i
非精神科門診每人費用	$m = \text{門診(非精神科結算收入 BASE 點數} + \text{支付標準調整校正)} / I2$		
非精神科住院病人成長數	$n=N1-N2$ $N1$ ：當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月申報之非科別 13 病人數 $N2$ ：去年同季申報之非科別 13 病人數		
非精神科住診每人費用	$o = \text{住診(非精神科結算收入 BASE 點數} + \text{支付標準調整校正)} / N2$		
住診 CMI 值 【指標代碼 902】	$P=(P1-P2)/P2$ $P1$ ：當季第 1 個月及前一季第 2、3 個月之 CMI 值 $P2$ ：去年同季之 CMI 值		

註：

*：急重症費用之定義依方案執行內容之門、住診急重症定義計算。

**：病人數以排除代辦案件分類之人數計算。

***：各院依門、住診調整因子計算結果，急重症負成長者不扣回額度，正成長醫院按成長數比率分配各院可成長額度；另依人數增減計算非精神科成長額度部分，負成長醫院採 8 成計算扣減額度，但負成長醫院總扣除額以正成長醫院總成長額度為上限。