

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/02

106年第3季

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

頁次：1

=====

一、中醫一般部門服務醫療給付費用總額

(一)106年第3季調整後地區一般部門服務醫療給付費用總額

=106年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G106合計) × 各季預算占率(h_q3)

= 23,511,348,057 × 25.412425%(h_q3)

= 5,974,803,691 (D1)

註：

1. 依據105年11月17日「中醫門診總額研商議事會議」105年第4次會議決定，以100-104年(近五年)之各季核定點數平均占率做為106年各季預算重分配之依據。106年各季預算占率分別為：第1季：23.349456%，第2季：25.293199%，第3季：25.412425%，第4季：25.944920%。

2. 106年全年地區一般部門服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G106合計)為23,511,348,057元，各季調整後預算如下：

106年第1季預算5,720,986,593元，調整後預算為5,489,771,870元 = 23,511,348,057 × 23.349456%(h_q1)。

106年第2季預算5,861,533,957元，調整後預算為5,946,772,052元 = 23,511,348,057 × 25.293199%(h_q2)。

106年第3季預算5,783,125,903元，調整後預算為5,974,803,691元 = 23,511,348,057 × 25.412425%(h_q3)。

106年第4季預算6,145,701,604元，調整後預算為6,100,000,444元

= 106年全年預算 - 106年第1季預算 - 106年第2季預算 - 106年第3季預算

= 23,511,348,057元 - 5,489,771,870元 - 5,946,772,052元 - 5,974,803,691元

= 6,100,000,444元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/02

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07-106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：2

(二)106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G106合計)

項目	104年各季 一般服務醫療 給付費用總額	103年各季校正 投保人口數 成長率差額	105年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	104年各季校正 投保人口數 成長率差值	106年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	106年 品質保證 保留款	106年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額
	(Q104)	(PEOP103)	(Q105)	(PEOP104)	(Q106)	(C106)	(OPD_G106)	B3
		=(Q104+PEOP103) ×(1+3.401%)		=(Q105+PEOP104) ×(1+3.291%)	(詳說明4)	=(Q106-C106)		
第1季	5,324,921,216	13,183,676	5,519,653,839	29,594,349	5,731,873,946	10,887,353	5,720,986,593	26,866,132
第2季	5,457,205,702	19,673,940	5,663,148,319	22,435,537	5,872,696,421	11,162,464	5,861,533,957	33,091,350
第3季	5,381,087,547	20,449,488	5,585,243,310	24,284,110	5,794,136,967	11,011,064	5,783,125,903	33,538,032
第4季	5,724,631,860	23,723,504	5,943,856,930	17,370,269	6,157,411,186	11,709,582	6,145,701,604	0
合計	21,887,846,325	77,030,608	22,711,902,398	93,684,265	23,556,118,520	44,770,463	23,511,348,057	93,495,514

註：

- 105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q105)
= (104年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q104)+103年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP103)) × (1+3.401%)
- 106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q106)
= (105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q105)+104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104)) × (1+3.291%)。
※一般服務成長率為3.291%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.281%，協商因素成長率1.010%。
- 依據「106年中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式計畫」，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依前開計畫進行預算分配。
- 106年品質保證保留款(C106)
=105年編列之品質保證保留款預算+106年編列之品質保證保留款預算
= (104年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q104)+103年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP103)) ×105年品質保證保留款
醫療給付費用成長率(0.1%)+(105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q105)+104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104))
×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

※依據衛生福利部105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後105年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。另品質保證保留款以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。

二、專款項目費用

(一) 醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 121,500,000

第1季:預算=121,500,000/4= 30,375,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 10

(1)獎勵開業已支用點數 : 3,735,587(J1) (浮動點數 : 2,527,506 ; 非浮動點數 : 1,208,081)

(2)獎勵開業保障給付收入 : 8,335,012(J2)

(3)獎勵開業論次費用 : 0(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3) : 3,735,587(J4) 暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點× 論次費用(J3) = 8,335,012(J5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數 : 1,302,547(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 14,725,500(J7)

(3)小計已支用點數 : 16,028,047(J8) 暫結金額 = 1元/點× 16,028,047(J8) = 16,028,047(J9)

3. 合計:

已支用點數 : 19,763,634(J4+J8)

暫結金額 : 24,363,059(J10=J5+J9)

未支用金額 = 第1季預算 - 第1季暫結金額 = 30,375,000 - 24,363,059 = 6,011,941

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=121,500,000/4+ 6,011,941 = 36,386,941

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 11

(1)獎勵開業已支用點數 : 4,691,998(K1) (浮動點數 : 3,314,408 ; 非浮動點數 : 1,377,590)

(2)獎勵開業保障給付收入 : 9,754,148(K2)

(3)獎勵開業論次費用 : 0(K3)

(4)小計已支用點數(K1+K3) : 4,691,998(K4) 暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點× 論次費用(K3) = 9,754,148(K5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數 : 1,626,949(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 16,599,000(K7)

(3)小計已支用點數 : 18,225,949(K8) 暫結金額 = 1元/點× 18,225,949(K8) = 18,225,949(K9)

3. 合計:

已支用點數 : 22,917,947(K4+K8)

暫結金額 : 27,980,097(K10=K5+K9)

未支用金額 = 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 36,386,941 - 27,980,097 = 8,406,844

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/02

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07-106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：4

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝121,500,000/4＋8,406,844＝38,781,844

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：12

(1) 獎勵開業已支用點數：5,215,384(L1) (浮動點數：3,940,752；非浮動點數：1,274,632)
 (2) 獎勵開業保障給付收入：10,353,117(L2)
 (3) 獎勵開業論次費用：0(L3)
 (4) 小計已支用點數(L1+L3)：5,215,384(L4) 暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋1元/點×論次費用(L3)＝10,353,117(L5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1) 中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數：1,654,257(L6)
 (2) 中醫巡迴論次費用已支用點數：16,912,700(L7)
 (3) 小計已支用點數：18,566,957(L8) 暫結金額＝1元/點×18,566,957(L8)＝18,566,957(L9)

3. 合計：

已支用點數：23,782,341(L4+L8)
 暫結金額：28,920,074(L10=L5+L9)
 未支用金額＝第3季預算－第3季暫結金額＝38,781,844－28,920,074＝9,861,770

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝121,500,000/4＋9,861,770＝40,236,770

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：0

(1) 獎勵開業已支用點數：0(M1) (浮動點數：0；非浮動點數：0)
 (2) 獎勵開業保障給付收入：0(M2)
 (3) 獎勵開業論次費用：0(M3)
 (4) 小計已支用點數(M1+M3)：0(M4) 暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋1元/點×論次費用(M3)＝0(M5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1) 中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數：0(M6)
 (2) 中醫巡迴論次費用已支用點數：0(M7)
 (3) 小計已支用點數：0(M8) 暫結金額＝1元/點×0(M8)＝0(M9)

3. 合計：

已支用點數：0(M4+M8)
 暫結金額：0(M10=M5+M9)
 未支用金額＝第4季預算－第4季暫結金額＝40,236,770－0＝40,236,770

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/02

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07—106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：5

全年合計：全年預算=121,500,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：13

(1) 獎勵開業已支用點數：13,642,969(N1) (浮動點數：9,782,666；非浮動點數：3,860,303)
 (2) 獎勵開業保障給付收入：28,442,277(N2)
 (3) 獎勵開業論次費用：0(N3)
 (4) 小計已支用點數(N1+N3)：13,642,969(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額=28,442,277(N5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1) 中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數：4,583,753(N6)
 (2) 中醫巡迴論次費用已支用點數：48,237,200(N7)
 (3) 小計已支用點數：52,820,953(N8) 結算金額=52,820,953(N9)
 (如當季暫結金額大於預算金額，則結算金額為當季預算)

3. 合計：

已支用點數：66,463,922(N4+N8)
 全年結算金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)：81,263,230
 全年未支用金額=全年預算-全年結算金額=121,500,000-81,263,230=40,236,770

註：依據「106年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」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，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=133,000,000

第1季:預算= 133,000,000/4= 33,250,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	27,195,777(V01)	25,703,834(VF01)	1,491,943(VN01)
(2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	8,431,168(V02)	6,914,140(VF02)	1,517,028(VN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,181,514(V03)	3,013,485(VF03)	168,029(VN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,486,754(V04)	1,403,157(VF04)	83,597(VN04)
(5)小計：	40,295,213(V05)	37,034,616(VF05)	3,260,597(VN05)

已支用點數= 40,295,213

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 40,295,213

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 33,250,000 - 40,295,213 = -7,045,213

浮動點值= (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (33,250,000 - 3,260,597) / 37,034,616 = 0.80976681

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 133,000,000/4+ 0= 33,250,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	29,606,990(W01)	28,127,041(WF01)	1,479,949(WN01)
(2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	10,218,502(W02)	8,509,323(WF02)	1,709,179(WN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,980,534(W03)	2,854,744(WF03)	125,790(WN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,300,393(W04)	1,227,534(WF04)	72,859(WN04)
(5)小計：	44,106,419(W05)	40,718,642(WF05)	3,387,777(WN05)

已支用點數= 44,106,419

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 44,106,419

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 33,250,000 - 44,106,419 = -10,856,419

浮動點值= (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (33,250,000 - 3,387,777) / 40,718,642 = 0.73337964

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/02

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07-106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：7

第3季：預算＝當季預算＋前一季度未支用金額＝ 133,000,000/4＋ 0＝ 33,250,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	29,295,926(X01)	27,781,560(XF01)	1,514,366(XN01)
(2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	11,236,657(X02)	9,386,349(XF02)	1,850,308(XN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,283,910(X03)	3,124,556(XF03)	159,354(XN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,524,196(X04)	1,443,373(XF04)	80,823(XN04)
(5)小計：	45,340,689(X05)	41,735,838(XF05)	3,604,851(XN05)

已支用點數＝ 45,340,689

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 45,340,689

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 33,250,000－ 45,340,689＝ -12,090,689

浮動點值＝ (第3季預算－ 非浮動點數)／ (浮動點數)＝ (33,250,000－ 3,604,851)／ 41,735,838＝ 0.71030439

第4季：預算＝當季預算＋前一季度未支用金額＝ 133,000,000/4＋ 0＝ 33,250,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)小計：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)

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－ 1元/點× 第4季已支用點數＝ 33,250,000－ 0＝ 33,250,000

全年合計：全年預算＝ 133,000,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	86,098,693(Z01)	81,612,435(ZF01)	4,486,258(ZN01)
(2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	29,886,327(Z02)	24,809,812(ZF02)	5,076,515(ZN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,445,958(Z03)	8,992,785(ZF03)	453,173(ZN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,311,343(Z04)	4,074,064(ZF04)	237,279(ZN04)
(5)小計：	129,742,321(Z05)	119,489,096(ZF05)	10,253,225(ZN05)

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)＝ 99,750,000

未支用金額＝ 全年預算－ 第1-4季已暫結金額＝ 133,000,000－ 99,750,000＝ 33,250,000

註：依據「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

=====

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算 = 47,700,000

第1季:

$$\text{預算} = 47,700,000 / 4 = 11,925,000$$

$$\text{已支用點數} = 15,102,843$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 15,102,843$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 11,925,000 - 15,102,843 = -3,177,843$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (11,925,000 - 0) / 15,102,843 = 0.78958644$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 47,700,000 / 4 + 0 = 11,925,000$$

$$\text{已支用點數} = 15,663,309$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 15,663,309$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 11,925,000 - 15,663,309 = -3,738,309$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (11,925,000 - 0) / 15,663,309 = 0.76133338$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 47,700,000 / 4 + 0 = 11,925,000$$

$$\text{已支用點數} = 16,459,879$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 16,459,879$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 11,925,000 - 16,459,879 = -4,534,879$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (11,925,000 - 0) / 16,459,879 = 0.72448892$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 47,700,000 / 4 + 0 = 11,925,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 11,925,000 - 0 = 11,925,000$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 47,700,000$$

$$\text{已支用點數} = 47,226,031$$

$$\text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} = 35,775,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{第1-4季已暫結金額} = 47,700,000 - 35,775,000 = 11,925,000$$

註：依據「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

=====

(四)乳癌、肝癌門診加強照護計畫 全年預算=25,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 25,000,000 / 4 = 6,250,000$$

- (1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 5,337,399
 (2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,168,519
 (3)小計： 6,505,918

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 6,505,918$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 6,250,000 - 6,505,918 = -255,918$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (6,250,000 - 0) / 6,505,918 = 0.96066381$$

$$\text{第2季:預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 25,000,000 / 4 + 0 = 6,250,000$$

- (1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 5,713,423
 (2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,003,937
 (3)小計： 6,717,360

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 6,717,360$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 6,250,000 - 6,717,360 = -467,360$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (6,250,000 - 0) / 6,717,360 = 0.93042505$$

$$\text{第3季:預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 25,000,000 / 4 + 0 = 6,250,000$$

- (1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 6,648,985
 (2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,107,968
 (3)小計： 7,756,953

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 7,756,953$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 6,250,000 - 7,756,953 = -1,506,953$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (6,250,000 - 0) / 7,756,953 = 0.80572874$$

$$\text{第4季:預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 25,000,000 / 4 + 0 = 6,250,000$$

- (1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 0
 (2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 0
 (3)小計： 0

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 6,250,000 - 0 = 6,250,000$$

全年合計:

全年預算 = 25,000,000

已支用點數 = 20,980,231

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)

= 6,250,000 + 6,250,000 + 6,250,000 + 0 = 18,750,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 25,000,000 - 18,750,000 = 6,250,000

註：依據「全民健康保險中醫乳癌、肝癌門診加強照護計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(五)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算 = 20,000,000

第1季:

預算 = 20,000,000/4 = 5,000,000

已支用點數 = 1,392,995

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,392,995

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 5,000,000 - 1,392,995 = 3,607,005

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,000,000 + 3,607,005 = 8,607,005

已支用點數 = 1,041,477

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 1,041,477

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 8,607,005 - 1,041,477 = 7,565,528

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,000,000 + 7,565,528 = 12,565,528

已支用點數 = 678,909

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 678,909

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 12,565,528 - 678,909 = 11,886,619

第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 11,886,619 = 16,886,619 \\ \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 16,886,619 - 0 = 16,886,619 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 20,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 3,113,381 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 1,392,995 + 1,041,477 + 678,909 + 0 = 3,113,381 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 3,113,381 = 16,886,619 \end{aligned}$$

註：依據「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(六)癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫 全年預算 = 30,000,000

第1季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= 30,000,000/4 = 7,500,000 \\ \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 7,500,000 - 0 = 7,500,000 \end{aligned}$$

第2季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 30,000,000/4 + 7,500,000 = 15,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 234,507 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 234,507 \\ \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 15,000,000 - 234,507 = 14,765,493 \end{aligned}$$

第3季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 30,000,000/4 + 14,765,493 = 22,265,493 \\ \text{已支用點數} &= 1,629,452 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 1,629,452 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 22,265,493 - 1,629,452 = 20,636,041 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/02

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07-106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：12

第4季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 30,000,000/4 + 20,636,041 = 28,136,041$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 28,136,041 - 0 = 28,136,041$$

全年合計：

$$\text{全年預算} = 30,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,863,959$$

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

$$= 0 + 234,507 + 1,629,452 + 0 = 1,863,959$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 30,000,000 - 1,863,959 = 28,136,041$$

註：依據「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(七)專款費用合計

$$\text{第1季：已支用點數} \quad 83,060,603 \quad \text{暫結金額：} \quad 77,181,054$$

$$\text{第2季：已支用點數} \quad 90,681,019 \quad \text{暫結金額：} \quad 80,681,081$$

$$\text{第3季：已支用點數} \quad 95,648,223 \quad \text{暫結金額：} \quad 82,653,435$$

$$\text{第4季：已支用點數} \quad 0 \quad \text{暫結金額：} \quad 0$$

$$\text{小計：已支用點數} \quad 269,389,845 \quad \text{暫結金額：} \quad 240,515,570$$

※如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算

$$\text{未支用金額} = \text{專款項目合計全年預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 377,200,000 - 240,515,570$$

$$= 136,684,430$$

三、一般服務費用總額(註1)

(一)扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般部門預算

調整後地區一般服務醫療給付費用總額 5,974,803,691 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 33,538,032 (B3)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般部門預算 5,941,265,659 (E)

各分區醫療資源不足地區改善方案_論量計酬：

就醫分區	浮動點數	非浮動點數	合 計	論量計酬結算金額
臺北	2,684,493	1,075,516	3,760,009	3,760,009
北區	4,510,427	1,836,334	6,346,761	6,346,761
中區	2,061,329	752,674	2,814,003	2,814,003
南區	3,427,285	1,277,549	4,704,834	4,704,834
高屏	5,550,028	2,109,830	7,659,858	7,659,858
東區	5,998,210	2,254,357	8,252,567	8,252,567
合計	24,231,772	9,306,260	33,538,032(B2)	33,538,032(B3)

※醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 = 每點1元×(浮動點數+非浮動點數)。

(二)東區分區一般服務預算總額(D6) = (E) × 2.22% = 5,941,265,659 × 2.22% = 131,896,098 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險基金(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = (E) × 97.78% - 10,000,000 = 5,799,369,561 (加總後四捨五入至整數位) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 69% = 5,799,369,561 × 69% = 4,001,564,997 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 11% = 5,799,369,561 × 11% = 637,930,652 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,799,369,561 × 9% = 521,943,260 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,799,369,561 × 5% = 289,968,478 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,799,369,561 × 5% = 289,968,478 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 5,799,369,561 - 4,001,564,997 - 637,930,652 - 521,943,260 - 289,968,478 - 289,968,478 = 57,993,696

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q3+97Q3+98Q3		105年8月		105年7~9月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 =(Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	各區就醫 次數比率加總 (a)	全區 就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後 指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	4,067,660,394	29.9898%	7,648,226	33.3059%	992,996.355963		30.2847%	30.8194%
北區	1,666,787,981	12.2888%	3,675,078	16.0040%	448,684.863513		13.6841%	13.9257%
中區	3,666,236,032	27.0302%	4,553,011	19.8271%	845,681.726949		25.7918%	26.2472%
南區	1,942,046,149	14.3182%	3,368,823	14.6703%	450,459.427147		13.7382%	13.9808%
高屏	2,220,761,046	16.3730%	3,718,424	16.1927%	484,166.589345		14.7663%	15.0269%
東區					56,883.036871			
小計	13,563,491,602	100.0000%	22,963,562	100.0000%	3,278,871.999788	3,278,872	98.2651%	100.0000%

指標4(註7)(S4)

指標	去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差							
計算期間	105年7-9月							
分區	人數利用率成長率(p)	醫療費用成長率(r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算(Ai1) (註4)	各分區各季經指標4加權後之預算(Ai4) =(Ai1)×(1+指標4權值)	指標4占率 =(Ai4/ΣAi4)
臺北	0.007974	0.067248	-0.059274	2	0.00	4,067,660,394	4,067,660,394	30.2373%
北區	0.009379	0.077637	-0.068258	4	0.00	1,666,787,981	1,666,787,981	12.3902%
中區	-0.007666	0.058419	-0.066085	3	0.00	3,666,236,032	3,666,236,032	27.2533%
南區	-0.002535	0.055940	-0.058475	1	0.00	1,942,046,149	1,942,046,149	14.4364%
高屏	-0.015133	0.057606	-0.072739	5	-0.05	2,220,761,046	2,109,722,994	15.6828%
小計						13,563,491,602	13,452,453,550	100.0000%

指標5(註8)(S5)

指標	當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率			
計算期間	106年5月			
分區	指標5權值和(Σdr_peop)	各分區各季總預算(Ai1)	各分區各季經指標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)	指標5占率(Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	0.013700	4,067,660,394	4,123,387,341	30.2709%
北區	0.007345	1,666,787,981	1,679,030,539	12.3262%
中區	-0.005203	3,666,236,032	3,647,160,606	26.7748%
南區	-0.000077	1,942,046,149	1,941,896,611	14.2560%
高屏	0.004218	2,220,761,046	2,230,128,216	16.3721%
小計		13,563,491,602	13,621,603,313	100.0000%

(五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	29.9898%	33.3059%	30.8194%	30.2373%	30.2709%
北區	12.2888%	16.0040%	13.9257%	12.3902%	12.3262%
中區	27.0302%	19.8271%	26.2472%	27.2533%	26.7748%
南區	14.3182%	14.6703%	13.9808%	14.4364%	14.2560%
高屏	16.3730%	16.1927%	15.0269%	15.6828%	16.3721%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註9)：

$$\begin{aligned}
 \text{第3季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 57,993,696 - 11,161,552 \\
 &= 46,832,144
 \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	偏鄉院所當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.92779632	34,356,709	2,480,681
北區	0.91940994	18,390,582	1,482,096
中區	0.89603813	34,634,175	3,600,628
南區	0.95208946	47,530,130	2,277,197
高屏	0.94006864	22,041,138	1,320,950
小計		156,952,734	11,161,552(M1)

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 10,000,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\
 &= 10,000,000 - 422,657 \\
 &= 9,577,343 \text{ (Gh)}
 \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	風險基金撥付院所 當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.92779632	0	0
北區	0.91940994	0	0
中區	0.89603813	0	0
南區	0.95208946	6,024,202	288,623
高屏	0.94006864	2,236,470	134,034
小計		8,260,672	422,657(R1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/02

106年第3季

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

頁次：18

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD2)=第3季預算Ga+ 第3季預算Gb+ 第3季預算Gc+ 第3季預算Gd+ 第3季預算Ge+ 第3季預算Gf+第1季就醫率最高分區之風險基金分配款Gh。

分區	預算(Ga) =GA×指標1占率	預算(Gb) =GB×指標2占率	預算(Gc) =GC×指標3占率	預算(Gd) =GD×指標4占率	預算(Ge) =GE×指標5占率	預算(Gf) =Nx指標1占率	就醫率最高 分區之風險 基金分配款 (Gh)	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,200,061,339	212,468,545	160,859,781	87,678,639	87,776,068	14,044,866	0	1,762,889,238
北區	491,744,319	102,094,422	72,684,253	35,927,674	35,742,095	5,755,109	0	743,947,872
中區	1,081,631,022	126,483,148	136,995,491	79,025,979	77,638,480	12,658,822	9,577,343	1,524,010,285
南區	572,952,079	93,586,340	72,971,843	41,861,009	41,337,906	6,705,520	0	829,414,697
高屏	655,176,238	103,298,197	78,431,892	45,475,177	47,473,929	7,667,827	0	937,523,260
小計	4,001,564,997	637,930,652	521,943,260	289,968,478	289,968,478	46,832,144	9,577,343	5,797,785,352

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/02

106年第3季

結算主要費用年月起迄：106/07—106/09

核付截止日期：106/12/31

頁次：19

(九)全年各季各分區預算

季別	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	合計
105年 第1季	1,518,463,662	639,890,550	1,374,355,079	779,440,611	866,967,557	5,179,117,459
第2季	1,668,383,300	699,081,865	1,469,223,679	807,813,187	914,078,605	5,558,580,636
第3季	1,700,028,983	713,059,617	1,479,644,468	803,346,483	909,521,141	5,605,600,692
第4季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_105)	4,886,875,945	2,052,032,032	4,323,223,226	2,390,600,281	2,690,567,303	16,343,298,787
106年 第1季	1,565,580,021	664,203,291	1,407,405,538	800,923,253	887,902,842	5,326,014,945
第2季	1,735,117,109	732,153,090	1,519,269,884	840,137,823	943,749,367	5,770,427,273
第3季	1,762,889,238	743,947,872	1,524,010,285	829,414,697	937,523,260	5,797,785,352
第4季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_106)	5,063,586,368	2,140,304,253	4,450,685,707	2,470,475,773	2,769,175,469	16,894,227,570
預算成長率	3.62%	4.30%	2.95%	3.34%	2.92%	3.37%

※：預算成長率 = $(106\text{年全年分區預算}(BD_{106}) / 105\text{年全年分區預算}(BD_{105}) - 1) \times 100\%$ 。

註：

- 依據「106年中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式計畫」辦理。
- 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
- 為避免東區分區及其他5分區一般服務預算總額加總後與調整後地區一般部門服務醫療給付費用總額(D1)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = 調整後地區一般部門服務醫療給付費用總額(D1) - 東區分區一般服務預算總額(D6)。
- 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
 (1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母： \sum 各分區各季總預算加總($\sum Ai1$)
 (2)條件說明：105年第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；105年第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；
 105年第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；105年第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
- 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
 (1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母： \sum 各分區去年同期戶籍人口數加總($\sum Ai2$)。
 (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。

6. 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

(1) 分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(A_i3)；分母： \sum 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總($\sum A_i3$)。

(2) 條件說明：保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人；資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害（案件分類B6）案件）及中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】案件，該費用年月次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。

(3) 計算步驟：〈1〉計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，〈2〉計算每位病患於各區就醫次數(a)，〈3〉計算每位病患於各區就醫次數比率($a\%$)= $\frac{\text{每位病患於各區就醫次數}(a)}{\sum \text{每位病患於各區就醫次數}(a)}$ ，〈4〉各區每位病患之就醫次數比率(T)= $\frac{\text{各區}\sum \text{每位病患於各區就醫次數比率}(\sum a\%)}$ ，〈5〉計算各區每人就醫次數之權值($K1$)= $\frac{\text{各區每位病患之就醫次數比率}(T)}{\text{全國就醫人數}(p)}$ ，〈6〉扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值($K2$)= $\frac{\text{各區每人就醫次數之權值}(K1)}{\text{加總五區每人就醫次數之權值}(\sum K1)}$ 。

7. 指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

(1) 保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。

(2) 人數利用率成長率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(105年該季/104年同期)-1。

(3) 醫療費用點數成長率(r)：(105年該季申報醫療費用點數/104年同期申報醫療費用點數)-1。

(4) 各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害(案件分類B6)案件、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。

(5) 本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。 $(p-r)$ 產生的最大值中，其值需大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5%； $(p-r)$ 產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

8. 指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

(1) 分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母： \sum 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。

(2) 條件說明：「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」，採用季中數值。

「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計，採用季中數值。

(3) 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數= $\frac{\text{各分區各鄉鎮市區中醫師數}}{(\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數}\div 10,000)}$ 。

(4) 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 \geq 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)

= $-5\%(m)*(\text{各鄉鎮市區戶籍人口數}/\text{該分區戶籍人口數小計})$ 。

※該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 \leq 全國平均值：

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 \geq 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)

= $+5\%(m)*(\text{各鄉鎮市區戶籍人口數}/\text{該分區戶籍人口數小計})$ 。

※該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

c. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和($\sum dr_peop$)

= 各分區 \sum 各鄉鎮市區權值(dr_peop)。

※成長率之計算係與前季季中比較。

9. 指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

(1) 每季結算時，「偏鄉」之中醫醫療院所，當季結算之醫療點數，除依一般部門結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，若分區前一當季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。

(2) 依上述方式補付後，若該季預算尚有結餘，則餘額按指標1「95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率」分配予五分區，併同指標1至指標5之預算進行當季結算。

(3) 條件說明：

a. 偏鄉定義為每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之院所須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)104年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

b. 同時符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之院所僅能擇一方案辦理。

10. 風險基金提撥及分配：

(1) 106年度自五分區之一般服務預算項下全年移撥4,000萬元，每季1,000萬元。

(2) 院所資格：除東區外之五分區鄉鎮市區，該地區當月月底僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，但排除符合指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」者或屬中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫者。

(3) 各季就醫率最高分區之一般服務預算另加回當季撥付風險基金院所後之剩餘款。

11. 若五分區全年預算與前一年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長，撥補程序如下：

(1) 於105年第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算負成長之分區補至零成長。

(2) 依上述方式撥補後，如仍有分區呈現負成長，其不足額度繼續由「成長率大於0之分區」按比例撥補，直至各區預算成長率均不小於0為止。

四、一般服務各分區浮動點值之計算

1. 一般服務各區就醫核定浮動及非浮動點數_不含資源不足地區改善方案_論量計酬

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1,342,897,349(BF)	601,398,021(BG)	213,570(BJ)
2-北區分區	526,485,298(BF)	282,230,366(BG)	65,371(BJ)
3-中區分區	1,166,993,634(BF)	530,057,289(BG)	99,888(BJ)
4-南區分區	571,912,400(BF)	312,907,235(BG)	125,945(BJ)
5-高屏分區	663,903,046(BF)	342,977,646(BG)	80,815(BJ)
6-東區分區	74,375,148(BF)	33,524,446(BG)	18,099(BJ)
7-合計	4,346,566,875(GF)	2,103,095,003(GG)	603,688(GJ)

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

— 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)

— 各分區自墊核退點數(BJ)]

／ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [1,762,889,238	— 601,398,021—	213,570]	／ 1,342,897,349=	0.86475534
北區分區	= [743,947,872	— 282,230,366—	65,371]	／ 526,485,298=	0.87685665
中區分區	= [1,524,010,285	— 530,057,289—	99,888]	／ 1,166,993,634=	0.85163542
南區分區	= [829,414,697	— 312,907,235—	125,945]	／ 571,912,400=	0.90290317
高屏分區	= [937,523,260	— 342,977,646—	80,815]	／ 663,903,046=	0.89540905
東區分區	= [131,896,098	— 33,524,446—	18,099]	／ 74,375,148=	1.32239808

3. 全區浮動每點支付金額 = [加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)

— 加總核定非浮動點數(BG)

— 加總自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(BF)

= [5,929,681,450 — 2,103,095,003— 603,688] / 4,346,566,875 = 0.88023097

4. 一般服務浮動分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(BF)} \\ + \text{該分區核定非浮動點數(BG)} \\ + \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}]]$$

臺北分區	= [1,762,889,238]	÷ [1,342,897,349 + 601,398,021 + 213,570]	= 0.90659868
北區分區	= [743,947,872]	÷ [526,485,298 + 282,230,366 + 65,371]	= 0.91983842
中區分區	= [1,524,010,285]	÷ [1,166,993,634 + 530,057,289 + 99,888]	= 0.89798165
南區分區	= [829,414,697]	÷ [571,912,400 + 312,907,235 + 125,945]	= 0.93724938
高屏分區	= [937,523,260]	÷ [663,903,046 + 342,977,646 + 80,815]	= 0.93104181
東區分區	= [131,896,098]	÷ [74,375,148 + 33,524,446 + 18,099]	= 1.22219160

5. 一般服務浮動全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [5,929,681,450] \div [4,346,566,875 + 2,103,095,003 + 603,688] = 0.91929261$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(BG)} + \text{加總分區自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數} \\ + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B2)}]$$

$$= [5,929,681,450 + 82,653,435 + 11,011,064 + 33,538,032] \div [4,346,566,875 + 2,103,095,003 + 603,688 + 95,648,223 + 33,538,032] \\ = 0.92057578$$

註：專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 乳癌、肝癌門診加強照護計畫暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫暫結金額(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

$$= 28,920,074 + 33,250,000 + 11,925,000 + 6,250,000 + 678,909 + 1,629,452 \\ = 82,653,435$$

五、啟動該分區保留款方案，修正後一般服務費用總額

(一)分區一般服務預算總額 (BD2)

臺北分區一般服務預算總額(BD2)	=	1,762,889,238
北區分區一般服務預算總額(BD2)	=	743,947,872
中區分區一般服務預算總額(BD2)	=	1,524,010,285
南區分區一般服務預算總額(BD2)	=	829,414,697
高屏分區一般服務預算總額(BD2)	=	937,523,260
東區分區一般服務預算總額(BD2)	=	131,896,098

總計		5,929,681,450
----	--	---------------

(二)保留款：

1. 分區當季保留款(T1)=依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- [一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)] × 1.2

臺北分區當季保留款(T1)= 0

北區分區當季保留款(T1)= 0

中區分區當季保留款(T1)= 0

南區分區當季保留款(T1)= 0

高屏分區當季保留款(T1)= 0

東區分區當季保留款(T1)= [131,896,098] - [74,375,148 + 33,524,446 + 18,099] × 1.2 = 2,394,866

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：107/02/02

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

頁次： 26

2. 分區累計保留款 (T2) = 分區前季累計保留款(P)+分區當季保留款(T1)

臺北分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
北區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
中區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
南區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
高屏分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
東區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	10,057,092(P) + 當季保留款	2,394,866(T1) =	12,451,958

(三) 修正後分區一般服務預算總額(BD3) = 調整後分區一般服務預算總額(BD2) (四捨五入至整數位) - 分區當季保留款(T1)

修正後臺北分區一般服務預算總額 =	1,762,889,238(BD2) -	0 =	1,762,889,238
修正後北區分區一般服務預算總額 =	743,947,872(BD2) -	0 =	743,947,872
修正後中區分區一般服務預算總額 =	1,524,010,285(BD2) -	0 =	1,524,010,285
修正後南區分區一般服務預算總額 =	829,414,697(BD2) -	0 =	829,414,697
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	937,523,260(BD2) -	0 =	937,523,260
修正後東區分區一般服務預算總額 =	131,896,098(BD2) -	2,394,866 =	129,501,232

總計 5,927,286,584

註：保留款之運用係依據全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案辦理。

六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額 = [修正後分區一般服務預算總額(BD3)
 - 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)
 - 各分區自墊核退點數(BJ)]
 / 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [1,762,889,238	- 601,398,021-	213,570] /	1,342,897,349 =	0.86475534
北區分區	= [743,947,872	- 282,230,366-	65,371] /	526,485,298 =	0.87685665
中區分區	= [1,524,010,285	- 530,057,289-	99,888] /	1,166,993,634 =	0.85163542
南區分區	= [829,414,697	- 312,907,235-	125,945] /	571,912,400 =	0.90290317
高屏分區	= [937,523,260	- 342,977,646-	80,815] /	663,903,046 =	0.89540905
東區分區	= [129,501,232	- 33,524,446-	18,099] /	74,375,148 =	1.29019827

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = [加總修正後分區一般服務預算總額(BD3)
 - 加總核定非浮動點數(BG)
 - 加總自墊核退點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(BF)

= [5,927,286,584 - 2,103,095,003- 603,688] / 4,346,566,875 = 0.87967999

3. 修正後一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [\text{修正後分區一般服務預算總額(BD3)} \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(BF)} \\ + \text{分區核定非浮動點數(BG)} \\ + \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}]]$$

臺北分區	= [1,762,889,238]	÷ [1,342,897,349 + 601,398,021 + 213,570]	= 0.90659868
北區分區	= [743,947,872]	÷ [526,485,298 + 282,230,366 + 65,371]	= 0.91983842
中區分區	= [1,524,010,285]	÷ [1,166,993,634 + 530,057,289 + 99,888]	= 0.89798165
南區分區	= [829,414,697]	÷ [571,912,400 + 312,907,235 + 125,945]	= 0.93724938
高屏分區	= [937,523,260]	÷ [663,903,046 + 342,977,646 + 80,815]	= 0.93104181
東區分區	= [129,501,232]	÷ [74,375,148 + 33,524,446 + 18,099]	= 1.20000000

4. 修正後一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [5,927,286,584] \div [4,346,566,875 + 2,103,095,003 + 603,688] = 0.91892133$$

5. 修正後中醫門診總額平均點值

$$= [\text{修正後分區一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(BG)} + \text{加總分區自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數} \\ + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B2)}]$$

$$= [5,927,286,584 + 82,653,435 + 11,011,064 + 33,538,032] \div [4,346,566,875 + 2,103,095,003 + 603,688 + 95,648,223 + 33,538,032] \\ = 0.92021179$$

註：專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 乳癌、肝癌門診加強照護計畫暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫暫結金額(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

$$= 28,920,074 + 33,250,000 + 11,925,000 + 6,250,000 + 678,909 + 1,629,452 \\ = 82,653,435$$

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月106/06(含)以前：於106/10/01~106/12/31期間核付者。

費用年月106/07~106/09：於106/07/01~106/12/31期間核付者。