



106 年全民健康保險醫療給付費用
中醫門診總額研商議事會議
第 1 次會議資料

106 年 2 月 16 日 (星期四)

本署 18 樓大禮堂

106 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」

第 1 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」 及預訂討論議題	第 頁
二、歷次會議決定/決議事項辦理情形	第 頁
三、中醫門診總額執行概況報告	第 頁
四、105 年第 3 季點值結算結果報告。	第 頁

肆、討論事項

一、修訂支付標準第四部中醫通則九(草案)	第 頁
二、調升第四部中醫醫院門診診察費支付點數案	第 頁
三、一例一休政策致中醫院所假日開診成本增加，請協助爭取 106 年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」 項目以支應增加之人員成本費用	第 頁
四、106 年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算 分配計畫(草案)	第 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

「中醫門診總額研商議事會議」105 年第 4 次

會議紀錄

時間：105 年 11 月 17 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表惠玄	王惠玄	施代表純全	蔡三郎(代)
朱代表日僑	朱日僑	陳代表志超	陳志超
江代表瑞庭	江瑞庭	陳代表俊明	詹益能(代)
陳代表旺全	陳旺全	陳代表瑞瑛	陳瑞瑛
何代表紹彰	何紹彰	楊代表啟聖	楊啟聖
呂代表世明	呂世明	陳代表憲法	陳憲法
巫代表雲光	巫雲光	胡代表文龍	胡文龍
李代表永振	李永振	黃代表怡超	請假
許代表世源	許世源	黃代表偉堯	黃偉堯
許代表中華	劉佳祐(代)	張代表瑞麟	黃蘭嫻
林代表文德	請假	詹代表永兆	詹永兆
柯代表富揚	柯富揚	趙代表銘圓	趙銘圓
黃代表蘭嫻	黃蘭嫻	羅代表永達	羅永達
劉代表富村	劉富村	龐代表一鳴	請假

列席單位及人員：

衛生福利部	蘇芸蒂
全民健康保險會	陳燕鈴
台灣醫院協會	何佳儒
中華民國中醫師公會全國聯合會	傅世靜、王逸年、賴宛而
本署臺北業務組	馮震華、林照姬
本署北區業務組	楊淑娟

本署中區業務組	林淑惠
本署南區業務組	林財印
本署高屏業務組	施怡如
本署東區業務組	鄭翠君
本署醫審及藥材組	曾玫富、郎淑琮
本署資訊組	姜義國
本屬企劃組	何恭政
本署醫務管理組	陳玉敏、張溫溫、陳真慧、 林淑範、劉林義、谷祖棣、 廖敏欣、邵子川、吳柏彥、 洪于淇、楊秀文、黃曼青、 鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

參、報告案

第一案：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：除第一項「滿意度調查報告」及第五項「醫療資源不足地區每月乙實際看診日數定義文字不一致」案繼續列管外，其餘解除列管。

第二案：中醫門診總額執行概況報告案。

決定：報告資料日後請增加醫院中醫科增減之院所資料，餘洽悉。

第三案：105年第2季點值結算結果報告。

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表：

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.87297803	0.91273108
北區	0.87936392	0.92200824
中區	0.86379466	0.90669029
南區	0.92387885	0.95116636
高屏	0.93799719	0.95959088
東區	1.29390090	1.20000000
全區	0.89521460	0.92984081

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各總額部門各季之結算說明表，自 105 年度起於本署全球資訊網公開，請查閱參考。

第四案：106 年中醫門診總額一般服務預算四季分配暨點值保障項目

決定：

一、106 年點值保障項目通過，即藥費採每點 1 元支付，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點 1 元支付。

二、106 年各季預算按 100~104 年各季核定點數占率計算如下：第一季 23.349456%、第二季 25.293199%、第三季 25.412425%、第四季 25.944920%。

第五案：106 年中醫門診總額研商議事會議召開會議時程案

決定：會議時程如下，請代表預留。

次數	1	2	3	4	5
會議日期	02.16 星期四	05.18 星期四	08.17 星期四	11.16 星期四	11.30 星期四
會議名稱	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會

肆、討論案

第一案：修訂「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」案

決議：同意僅修訂年度餘同 105 年，將依程序辦理後續行政事宜。

第二案：修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」案

決議：本案保留至臨時會討論。

第三案：修訂「106 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」案

決議：

一、 修訂重點如下：

- (一) 計畫年度變更為 106 年度，預算金額全年經費為 121.5 百萬元。
- (二) 106 年度施行區域刪除已有中醫師進駐之雲林縣元長鄉、嘉義縣布袋鄉、高雄市永安區及台東縣卑南鄉，新增屏東縣琉球鄉及宜蘭縣冬山鄉，共 93 鄉鎮市區。
- (三) 巡迴醫療服務計畫巡迴次數由每週至多 2 次，放寬為每週至多 3 次。
- (四) 巡迴醫療報酬申請表除紙本郵寄至分區業務組外，新增電子化申報(資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN))。
- (五) 違規處理章節新增醫事人員違反特管辦法第 38 至 40 條停止執行方案規定，另載明停止日期為第一次處分函所載停約日。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第四案：增修訂「中醫門診總額支付標準」案

決議：

一、 修訂重點如下：

- (一) 通則六：專任醫師每月申報另開內服藥之針傷治療處置費，每月上限由 60 人次提高至 120 人次。
- (二) 第一章門診診察費第一階段每月看診日平均門診量在

三十人次以下部分(≤30)(編號 A01、A02、A11、A12)及山地離島地區診察費(編號 A09、A10、A19、A20)，每項點數增加 15 點。

(三) 第一章門診診察費註 1.有護理人員在場服務者之定義，由「每位中醫師至少聘護理人員一名以上」改為「每位中醫師看診時須有護理人員在場服務」並配合看診時段之 VPN 上傳作業。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第五案

案由：修訂「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」案

決議：

一、 修訂重點如下：

(一) 新增退場機制：當年度收案且結案患者前後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知文到日次月 1 日起，12 個月內不得承作本計畫。

(二) 修訂計畫支付標準通則七：本計畫之案件每週不得申報超過四次，每二週不得超過七次(原為每週限申報三次)。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第六案

案由：修訂「中醫提升孕產照護品質計畫」案

決議：

一、 修訂重點如下：

(一) 新增結案條件：符合結案條件之患者當年度該院所不能再收案。

1、助孕：

(1)女性患者，自初次收案日起算六個月，基礎體溫未見高低溫雙相曲線、或雖有雙相曲線但高溫期

短於 10 天者。(病歷應登載基礎體溫均溫、高溫期天數)。

(2) 男性患者，自初次收案日起算六個月，精液檢查報告異常項目無進步者。(病歷應登載各次檢驗報告，未登載驗報告即應結案)。

2、保胎：妊娠滿 20 週即應結案。

(二) 訂定助孕成功率及保胎成功率之操作型定義。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第七案

案由：修訂「中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」案

決議：

一、 修訂重點如下：

(一) 修訂乳癌、肝癌適用範圍之 ICD-10-CM 碼。

(二) 編號 P56006 疾病管理照護費支付點數由 300 點調升為 550 點，限三個月申報 1 次並於病歷載明。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第八案

案由：新增「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」(草案)

決議：本案保留至臨時會討論。

伍、散會：17時10分

「中醫門診總額研商議事會議」105 年第 2 次

臨時會會議紀錄

時間：105 年 12 月 2 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表惠玄	請假	施代表純全	施純全
朱代表日僑	蘇芸蒂(代)	陳代表志超	請假
江代表瑞庭	請假	陳代表俊明	陳俊明
陳代表旺全	陳旺全	陳代表瑞瑛	請假
何代表紹彰	姜智文(代)	楊代表啟聖	楊啟聖
呂代表世明	請假	陳代表憲法	陳憲法
巫代表雲光	郭朝源(代)	胡代表文龍	陳俊良(代)
李代表永振	李永振	黃代表怡超	請假
許代表世源	許世源	黃代表偉堯	請假
許代表中華	劉佳祐(代)	張代表瑞麟	張瑞麟
林代表文德	林文德	詹代表永兆	古濱源(代)
柯代表富揚	請假	趙代表銘圓	趙銘圓
黃代表蘭嫻	黃蘭嫻	羅代表永達	羅永達
劉代表富村	劉富村	龐代表一鳴	請假

列席單位及人員：

衛生福利部	蘇芸蒂
全民健康保險會	劉于鳳
台灣醫院協會	何佳儒
本署臺北業務組	馮震華、林照姬
本署北區業務組	楊淑娟
本署中區業務組	林淑惠

本署南區業務組	林財印
本署高屏業務組	施怡如
本署東區業務組	鄭翠君
本署醫審及藥材組	請假
本署資訊組	姜義國
本屬企劃組	何恭政
本署醫務管理組	陳玉敏、張溫溫、陳真慧、 劉林義、谷祖棣、廖敏欣、 邵子川、鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

參、主席致詞(略)

肆、討論案

第一案：修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」案

決議：

一、修訂重點如下：

- (一) 參與品質保證保留款之各院所核算基礎=60% × [(該院所申報當年醫療服務點數-當年申報藥費與藥品調劑費) × 平均核付率(含部分負擔)] ± 本方案第捌點及第玖點增減點數
- (二) 配合政策新增「雲端藥歷查詢率」、「參加即時查詢病患就醫資訊方案」及「每月完成門診時間網路登錄」三項加計指標，權重分別為5%、5%、10%。
- (三) 減計指標維持4項，除中醫師繼續教育點數目標不變外，餘3項減計指標之目標值由90百分位上修為80百分位。

二、請中醫全聯會研議新增品質指標項目。

第二案：新增「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」(草案)

決議：

一、計畫重點如下：

(一) 收案條件：

1. 接受抗癌治療且出現副作用或後遺症嚴重，至少兩項症狀程度 CTCAE 評估表 grade 2 以上程度，經醫師評估須延長照護之癌症患者。
2. 不得與「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」或「全民健康保險中醫特定疾病輔助醫療計畫」重複收案，每月限收案兩次(含跨院)。

(二) 結案條件：患者中斷治療超過 3 天或所有症狀程度改善至 grade 1 者。

(三) 支付方式：

1. 論日支付項目：「門診延長照護費」1,380 點、「藥費」100 點、「調劑費」50 點、「針灸處置費」及「傷科處置費」各 500 點等 5 項。
2. 論次支付項目：「放化療副作用評估表(CTCAE)(含前後測)」1,000 點、「營養飲食指導」250 點、「護理衛教」300 點、「舌診儀檢查費」及「脈診儀檢查費」各 500 點；每一個案照護期間限申請一次。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

伍、散會：16 時 15 分

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」及預訂討論議題(詳附件 1)

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	105_2_報(2)_中醫門診總額執行概況報告	請於明年報告滿意度調查結果時，一併說明調查方法及題目之變動以利比較；另內容呈現方式以簡單易懂為原則。	本項將於 106 年報告滿意度調查結果時遵照辦理。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
2	105_3_討_中醫支付標準對醫療資源不足地區每月以實際看診日數定義文字不一致案	同意修訂第四部中醫支付標準通則 5 與門診診察費註 5 醫療資源不足地區內容為『中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之地區、山地離島地區、花蓮縣(市)及台東縣(市)，每月以實際看診日數計』，並依全民健康保險法第 41 條程序辦理後續事宜。	衛生福利部已公告，自 106 年 1 月 1 日起施行	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
3	105_4_報(3)_105 年第 2 季點值結算結果報告	依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。	業已併會議紀錄函請分區業務組配合辦理。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
4	105_4_討(1)_修訂「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」案	僅修訂年度，其餘內容同 105 年計畫，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容已於 1 月 18 日公告。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
5	105_4_討(3)_修訂「106 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容已於 1 月 18 日公告。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
6	105_4_討(4)_增修訂「中醫門診總額支付標準」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	衛生福利部已公告，自106年3月1日起施行	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
7	105_4_討(5)_修訂「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容已於1月18日公告。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
8	105_4_討(6)_修訂「中醫提升孕產照護品質計畫」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容已於1月18日公告。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
9	105_4_討(7)_修訂「中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容已於1月18日公告。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
10	105_臨 2_討(1)_修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容已於1月25日公告。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
11	105_臨 2_討(2)_新增「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」(草案)	同意新增計畫內容，將依程序辦理後續行政事宜。	已於支付標準共同擬訂會議報告，將提健保會報告後，依程序辦理後續事宜。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件2）

決定：

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：105年第3季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、105年第3季中醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、有關105年第3季結算結果說明如下（附件3）：

（一）本季總預算約為57.8億元，一般服務部門、專款專用等各項資料如下：

項目	預算(千元)
*一般服務醫療給付費用總額 A=B+D	5,778,983
品質保證保留款 B	5,402
地區一般服務 D	5,773,581
醫療資源不足地區改善方案_論量計酬 C	24,712
扣除資源缺乏地區之論量計酬後之一般部門預算 E=D-C	5,748,869
*專款專用：F=F1+F2+F3+F4+F5	71,600
醫療資源不足地區改善方案 F1	26,625
西醫住院病患中醫輔助醫療計畫 F2	28,250
提升孕產照護品質計畫 F3	8,000
乳癌、肝癌門診加強照護計畫 F4	3,725
兒童過敏性鼻炎試辦計畫 F5	5,000
總預算 A+F	5,850,583

（二）各區點值如下表：

結算季別	項目	台北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區點值
104年第3季	浮動點值	0.9167	0.9425	0.9109	0.9700	0.9899	1.2989	0.9428
	平均點值	0.9435	0.9631	0.9397	0.9811	0.9935	1.2000	0.9622
105年第2季	浮動點值	0.8730	0.8794	0.8638	0.9239	0.9380	1.2939	0.8952
	平均點值	0.9127	0.9220	0.9067	0.9512	0.9596	1.2000	0.9298
105年第3季	浮動點值	0.8769	0.8883	0.8778	0.9412	0.9592	1.2933	0.9062
	平均點值	0.9156	0.9277	0.9164	0.9624	0.9735	1.2000	0.9373

(三)專案計畫支用情形：

醫療試辦計畫	105年預算數 A	累計至當季支 用點數 D	累計至當季 預算執行率 (D/A)
1. 醫療資源不足地區改善方案	106,500,000	65,236,781	61%
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	113,000,000	107,368,175	95%
3. 提升孕產照護品質計畫	32,000,000	37,384,222	117%
4. 乳癌、肝癌門診加強照護計畫	14,900,000	7,811,365	52%
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	20,000,000	0	0%

三、擬俟會議確認後依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布及結算事宜。

決定：

=====

一、中醫一般部門服務醫療給付費用總額

(一)105年第3季調整後地區一般部門服務醫療給付費用總額

=105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_G105合計) × 各季預算占率(h_q3)

= 22,689,937,521 × 25.445559%(h_q3)

= 5,773,581,439 (D1)

註：

1. 依據105年2月25日「中醫門診總額研商議事會議」105年第1次會議決定，以99-103年(近五年)之各季核定點數平均占率做為105年各季預算重分配之依據。105年各季預算重分配之依據。

105年各季預算占率分別為：第1季：23.481885%，第2季：25.175105%，第3季：25.445559%，第4季：25.897451%。

2. 105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_G105合計)為22,689,937,521元，各季調整後預算如下：

105年第1季預算5,514,315,734元，調整後預算為5,328,025,035元 = 22,689,937,521 × 23.481885%(h_q1)。

105年第2季預算5,657,671,439元，調整後預算為5,712,215,595元 = 22,689,937,521 × 25.175105%(h_q2)。

105年第3季預算5,579,841,773元，調整後預算為5,773,581,439元 = 22,689,937,521 × 25.445559%(h_q3)。

105年第4季預算5,938,108,575元，調整後預算為5,876,115,452元

= 105年全年預算 - 105年第1季預算 - 105年第2季預算 - 105年第3季預算

= 22,689,937,521元 - 5,328,025,035元 - 5,712,215,595元 - 5,773,581,439元

= 5,876,115,452元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/23

105年第3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁次：2

(二)105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G105合計)

項目	103年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (Q103)	102年各季校正 投保人口數 成長率差額 (PEOP102) =(Q103+PEOP102) ×(1+1.662%)	104年調整前 各季一般服務醫 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年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q105) =(Q104+PEOP103) ×(1+3.401%)	105年 品質保證 保留款 (C105) (詳說明4)	105年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算 (OPD_G105) =(Q105-C105)	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額 B3
第1季	5,228,283,731	9,584,121	5,324,921,216	13,183,676	5,519,653,839	5,338,105	5,514,315,734	20,159,472
第2季	5,357,430,440	10,559,273	5,457,205,702	19,673,940	5,663,148,319	5,476,880	5,657,671,439	25,486,977
第3季	5,281,198,832	11,917,128	5,381,087,547	20,449,488	5,585,243,310	5,401,537	5,579,841,773	24,712,201
第4季	5,614,629,835	16,414,075	5,724,631,860	23,723,504	5,943,856,930	5,748,355	5,938,108,575	0
合計	21,481,542,838	48,474,597	21,887,846,325	77,030,608	22,711,902,398	21,964,877	22,689,937,521	70,358,650

說明：

1. 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年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q103)+102年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP102)) × (1+1.662%)

2. 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%)。

※一般服務成長率為3.401%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.207%，協商因素成長率0.194%。

3. 依據「105年中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫」，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。

4. 105年品質保證保留款(C105)

=104年編列之品質保證保留款預算+105年編列之品質保證保留款預算

= (103年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q103)+102年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP102)) ×104年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0%)+ (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%)。

※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104年度中醫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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/23

105年第3季

結算主要費用年月起迄：105/07-105/09

核付截止日期：105/12/31

頁次：3

二、專款項目費用

(一) 醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 106,500,000

第1季：預算 = 106,500,000 / 4 = 26,625,000

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： 2,957,029(J1) (浮動點數： 2,252,595；非浮動點數： 704,434)

(2) 獎勵開業保障給付收入： 7,309,694(J2)

(3) 獎勵開業論次費用： 0(J3)

(4) 小計已支用點數(J1+J3)： 2,957,029(J4) 暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點 × 論次費用(J3) = 7,309,694(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： 976,972(J6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數： 11,597,900(J7)

(3) 小計已支用點數： 12,574,872(J8) 暫結金額 = 1元/點 × 12,574,872(J8) = 12,574,872(J9)

3. 合計：

暫結金額： 19,884,566(J10 = J5 + J9)

未支用金額 = 第1季預算 - 第1季暫結金額 = 26,625,000 - 19,884,566 = 6,740,434

第2季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 106,500,000 / 4 + 6,740,434 = 33,365,434

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： 4,384,372(K1) (浮動點數： 3,538,390；非浮動點數： 845,982)

(2) 獎勵開業保障給付收入： 8,082,579(K2)

(3) 獎勵開業論次費用： 0(K3)

(4) 小計已支用點數(K1+K3)： 4,384,372(K4) 暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點 × 論次費用(K3) = 8,082,579(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： 1,222,378(K6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數： 13,326,500(K7)

(3) 小計已支用點數： 14,548,878(K8) 暫結金額 = 1元/點 × 14,548,878(K8) = 14,548,878(K9)

3. 合計：

暫結金額： 22,631,457(K10 = K5 + K9)

未支用金額 = 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 33,365,434 - 22,631,457 = 10,733,977

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/23

105年第3季

結算主要費用年月起迄：105/07-105/09

核付截止日期：105/12/31

頁次：4

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝106,500,000/4＋ 10,733,977＝ 37,358,977

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： 4,219,812(L1) (浮動點數： 3,382,771；非浮動點數： 837,041)

(2) 獎勵開業保障給付收入： 8,589,288(L2)

(3) 獎勵開業論次費用： 0(L3)

(4) 小計已支用點數(L1+L3)： 4,219,812(L4) 暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋1元/點×論次費用(L3)＝ 8,589,288(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： 1,190,870(L6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數： 12,940,600(L7)

(3) 小計已支用點數： 14,131,470(L8) 暫結金額＝1元/點×14,131,470(L8)＝ 14,131,470(L9)

3. 合計：

暫結金額： 22,720,758(L10=L5+L9)

未支用金額＝第3季預算－第3季暫結金額＝37,358,977－22,720,758＝14,638,219

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝106,500,000/4＋ 14,638,219＝ 41,263,219

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：

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＝41,263,219－0＝41,263,219

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/23

105年第 3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁 次： 5

全年合計:全年預算=106,500,000

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： 11,561,213(N1) (浮動點數： 9,173,756；非浮動點數： 2,387,457)

(2)獎勵開業保障給付收入： 23,981,561(N2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3)： 11,561,213(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額=23,981,561(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： 3,390,220(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 37,865,000(N7)

(3)小計已支用點數： 41,255,220(N8) 結算金額=41,255,220(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:

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)： 65,236,781

全年未支用金額=全年預算-全年結算金額=106,500,000-65,236,781=41,263,219

註：依據「105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=113,000,000

第1季:預算= 113,000,000/4= 28,250,000

	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：	22,320,989(V01)	21,183,940(VF01)	1,137,049(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：	6,603,970(V02)	5,226,552(VF02)	1,377,418(VN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	560,399(V03)	538,343(VF03)	22,056(VN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	160,825(V04)	157,747(VF04)	3,078(VN04)
(5)小計：	29,646,183(V05)	27,106,582(VF05)	2,539,601(VN05)
已支用點數=	29,646,183		
暫結金額= 1元/點× 已支用點數=	29,646,183		
未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數=	28,250,000 - 29,646,183=		-1,396,183
浮動點值= (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)=	(28,250,000 - 2,539,601) /	27,106,582=	0.94849284

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 113,000,000/4+ 0= 28,250,000

	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：	27,904,563(W01)	26,489,640(WF01)	1,414,923(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：	7,177,162(W02)	5,726,713(WF02)	1,450,449(WN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,826,171(W03)	1,717,874(WF03)	108,297(WN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	965,573(W04)	902,358(WF04)	63,215(WN04)
(5)小計：	37,873,469(W05)	34,836,585(WF05)	3,036,884(WN05)
已支用點數=	37,873,469		
暫結金額= 1元/點× 已支用點數=	37,873,469		
未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數=	28,250,000 - 37,873,469=		-9,623,469
浮動點值= (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)=	(28,250,000 - 3,036,884) /	34,836,585=	0.72375395

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/23

105年第3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁次：7

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 113,000,000/4+ 0= 28,250,000

	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：	27,707,043(X01)	26,311,928(XF01)	1,395,115(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：	8,265,982(X02)	6,831,593(XF02)	1,434,389(XN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,160,194(X03)	2,031,055(XF03)	129,139(XN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,715,304(X04)	1,649,110(XF04)	66,194(XN04)
(5)小計：	39,848,523(X05)	36,823,686(XF05)	3,024,837(XN05)

已支用點數= 39,848,523

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 39,848,523

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 28,250,000 - 39,848,523= -11,598,523

浮動點值= (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (28,250,000 - 3,024,837) / 36,823,686 = 0.68502548

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 113,000,000/4+ 0= 28,250,000

	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= 28,250,000 - 0= 28,250,000

全年合計:全年預算= 113,000,000

	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：	77,932,595(Z01)	73,985,508(ZF01)	3,947,087(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：	22,047,114(Z02)	17,784,858(ZF02)	4,262,256(ZN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,546,764(Z03)	4,287,272(ZF03)	259,492(ZN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,841,702(Z04)	2,709,215(ZF04)	132,487(ZN04)
(5)小計：	107,368,175(Z05)	98,766,853(ZF05)	8,601,322(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)= 84,750,000

未支用金額= 全年預算 - 第1-4季已暫結金額= 113,000,000 - 84,750,000= 28,250,000

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 = 32,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 32,000,000/4 = 8,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 10,014,514$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 10,014,514$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 8,000,000 - 10,014,514 = -2,014,514$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (8,000,000 - 0) / 10,014,514 = 0.79884056$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 32,000,000/4 + 0 = 8,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 12,650,590$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 12,650,590$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 8,000,000 - 12,650,590 = -4,650,590$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (8,000,000 - 0) / 12,650,590 = 0.63238157$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 32,000,000/4 + 0 = 8,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 14,719,118$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 14,719,118$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 8,000,000 - 14,719,118 = -6,719,118$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (8,000,000 - 0) / 14,719,118 = 0.54351083$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 32,000,000/4 + 0 = 8,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 8,000,000 - 0 = 8,000,000$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 32,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 37,384,222$$

$$\text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} = 24,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{第1-4季已暫結金額} = 32,000,000 - 24,000,000 = 8,000,000$$

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,則留用至下季。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=14,900,000

第1季:預算= 14,900,000/4= 3,725,000

(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

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 3,725,000 - 0= 3,725,000

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 14,900,000/4+ 3,725,000= 7,450,000

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,881,090

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 791,604

(3)小計： 2,672,694

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 2,672,694

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 7,450,000 - 2,672,694= 4,777,306

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 14,900,000/4+ 4,777,306= 8,502,306

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 3,805,643

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,333,028

(3)小計： 5,138,671

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 5,138,671

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 8,502,306 - 5,138,671= 3,363,635

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 14,900,000/4+ 3,363,635= 7,088,635

(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

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= 7,088,635 - 0= 7,088,635

全年合計：

$$\text{全年預算} = 14,900,000$$

$$\text{已支用點數} = 7,811,365$$

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

$$= 0 + 2,672,694 + 5,138,671 + 0 = 7,811,365$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 14,900,000 - 7,811,365 = 7,088,635$$

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 = 20,000,000

第1季：

$$\text{預算} = 20,000,000/4 = 5,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 5,000,000 - 0 = 5,000,000$$

第2季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 5,000,000 = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 10,000,000 - 0 = 10,000,000$$

第3季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 10,000,000 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 15,000,000 - 0 = 15,000,000$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/23

105年第 3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁 次： 11

第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 15,000,000 = 20,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 20,000,000 - 0 = 20,000,000 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 20,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 0 + 0 + 0 + 0 = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 0 = 20,000,000 \end{aligned}$$

(六)專款費用合計

第1季：已支用點數	55,192,598	暫結金額：	56,134,566
第2季：已支用點數	72,130,003	暫結金額：	61,554,151
第3季：已支用點數	78,057,594	暫結金額：	64,109,429
第4季：已支用點數	0	暫結金額：	0

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= 181,798,146 \text{ (如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ \text{未支用金額} &= \text{專款項目合計全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 286,400,000 - 181,798,146 \\ &= 104,601,854 \end{aligned}$$

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 5,773,581,439 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 24,712,201 (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 5,748,869,238 (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	論量計酬 結算金額
臺北	2,132,361	1,008,980	3,141,341
北區	3,081,006	1,308,496	4,389,502
中區	1,548,461	555,374	2,103,835
南區	2,703,401	1,093,612	3,797,013
高屏	3,931,247	1,528,151	5,459,398
東區	4,133,497	1,687,615	5,821,112
合計	17,529,973	7,182,228	24,712,201(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% = 5,748,869,238 × 2.22% = 127,624,897 (加總後四捨五入至整數位)

(三)其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = (E) × 97.78% = 5,748,869,238(E) - 127,624,897(D6) = 5,621,244,341 (註3)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 72% = 5,621,244,341 × 72% = 4,047,295,926 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 8% = 5,621,244,341 × 8% = 449,699,547 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,621,244,341 × 9% = 505,911,991 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,621,244,341 × 5% = 281,062,217 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,621,244,341 × 5% = 281,062,217 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 5,621,244,341 - 4,047,295,926 - 449,699,547 - 505,911,991 - 281,062,217 - 281,062,217 = 56,212,443

(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		104年8月		104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%	7,642,706	33.3598%	985,612.213601		30.0044%	30.5448%
北區	1,666,787,981	12.2888%	3,631,116	15.8495%	444,971.754000		13.5460%	13.7900%
中區	3,666,236,032	27.0302%	4,535,974	19.7991%	852,384.528360		25.9486%	26.4160%
南區	1,942,046,149	14.3182%	3,377,491	14.7425%	451,950.125260		13.7584%	14.0062%
高屏 東區	2,220,761,046	16.3730%	3,722,658	16.2491%	491,859.607189 58,114.771396		14.9734%	15.2430%
小計	13,563,491,602	100.0000%	22,909,945	100.0000%	3,284,892.999806	3,284,893	98.2308%	100.0000%

指標4(註7)(S4)

去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差								
104年7~9月								
指標	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	-0.034096	-0.015071	-0.019025	3	0.00	4,067,660,394	4,067,660,394	30.2373%
北區	-0.030518	-0.012909	-0.017609	2	0.00	1,666,787,981	1,666,787,981	12.3902%
中區	-0.023676	-0.010636	-0.013040	1	0.00	3,666,236,032	3,666,236,032	27.2533%
南區	-0.035599	-0.010894	-0.024705	4	0.00	1,942,046,149	1,942,046,149	14.4364%
高屏	-0.023674	0.002267	-0.025941	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)

當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率				
105年5月				
指標	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	0.006761	4,067,660,394	4,095,161,846	30.0831%
北區	0.012542	1,666,787,981	1,687,692,836	12.3978%
中區	-0.003788	3,666,236,032	3,652,348,330	26.8302%
南區	0.005223	1,942,046,149	1,952,189,456	14.3408%
高屏	0.002099	2,220,761,046	2,225,422,423	16.3481%
小計		13,563,491,602	13,612,814,891	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/23

105年第3季

結算主要費用年月起迄：105/07-105/09

核付截止日期：105/12/31

頁次：15

(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%	33.3598%	30.5448%	30.2373%	30.0831%
北區	12.2888%	15.8495%	13.7900%	12.3902%	12.3978%
中區	27.0302%	19.7991%	26.4160%	27.2533%	26.8302%
南區	14.3182%	14.7425%	14.0062%	14.4364%	14.3408%
高屏	16.3730%	16.2491%	15.2430%	15.6828%	16.3481%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第3季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 56,212,443 - 15,586,796 \\
 &= 40,625,647
 \end{aligned}$$

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	0.87297803	29,999,509	3,810,597
北區	0.87936392	19,567,776	2,360,580
中區	0.86379466	30,171,336	4,109,502
南區	0.92387885	51,261,278	3,902,071
高屏	0.93799719	22,644,970	1,404,046
小計		153,644,869	15,586,796(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/23

105年第3季

結算主要費用年月起迄：105/07-105/09

核付截止日期：105/12/31

頁次：16

(七)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。

分區	預算(Ga) =GAx指標1占率	預算(Gb) =GBx指標2占率	預算(Gc) =GCx指標3占率	預算(Gd) =GDx指標4占率	預算(Ge) =GEx指標5占率	預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,213,775,954	150,018,869	154,529,806	84,985,626	84,552,228	12,183,550	1,700,046,033
北區	497,364,102	71,275,130	69,765,264	34,824,171	34,845,532	4,992,405	713,066,604
中區	1,093,992,183	89,036,463	133,641,712	76,598,729	75,409,555	10,981,194	1,479,659,836
南區	579,499,925	66,296,956	70,859,045	40,575,266	40,306,570	5,816,861	803,354,623
高屏	662,663,762	73,072,129	77,116,164	44,078,425	45,948,332	6,651,637	909,530,449
小計	4,047,295,926	449,699,547	505,911,991	281,062,217	281,062,217	40,625,647	5,605,657,545

(八)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
104年 第1季	1,454,244,098	613,915,100	1,327,556,548	753,201,176	835,478,369	4,984,395,291
第2季	1,602,858,032	670,145,763	1,418,667,051	779,067,548	881,852,316	5,352,590,710
第3季	1,638,160,664	686,798,517	1,433,465,944	777,104,914	881,349,931	5,416,879,970
第4季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_104)	4,695,262,794	1,970,859,380	4,179,689,543	2,309,373,638	2,598,680,616	15,753,865,971
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	1,700,046,033	713,066,604	1,479,659,836	803,354,623	909,530,449	5,605,657,545
第4季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_105)	4,886,892,995	2,052,039,019	4,323,238,594	2,390,608,421	2,690,576,611	16,343,355,640
預算成長率	4.08%	4.12%	3.43%	3.52%	3.54%	3.74%

註：預算成長率=〔105年全年分區預算(BD_105)/104年全年分區預算(BD_104)-1〕×100%。

註：

1. 依據「105年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫」辦理。
2. 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。
3. 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)。
4. 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： Σ 各分區各季總預算加總($\Sigma Ai1$)
 - (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。
5. 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： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總($\Sigma Ai2$)。
 - (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(Ai3)；分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總($\Sigma Ai3$)。
 - (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%) = 每位病患於各區就醫次數(a) / Σ 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) = 各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)，<5>計算各區每人就醫次數之權值(K1) = 各區每位病患之就醫次數比率(T) / 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) = 各區每人就醫次數之權值(K1) / 加總五區每人就醫次數之權值($\Sigma K1$)。
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(104年該季/103年同期)-1。
 - (3)醫療費用點數成長率(r)：(104年該季申報醫療費用點數/103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： Σ 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 = 各分區各鄉鎮市區中醫師數 ÷ (各分區各鄉鎮市區戶籍人口數 ÷ 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

<1>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。

<2>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。

<3>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. 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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/23

105年第 3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁 次： 19

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	1,272,675,458(BF)	583,799,305(BG)	256,136(BJ)
2-北區分區	497,690,565(BF)	270,900,429(BG)	68,526(BJ)
3-中區分區	1,104,739,187(BF)	509,880,233(BG)	87,607(BJ)
4-南區分區	533,710,071(BF)	300,940,745(BG)	66,515(BJ)
5-高屏分區	606,272,656(BF)	327,974,294(BG)	15,372(BJ)
6-東區分區	69,300,377(BF)	32,305,636(BG)	33,209(BJ)
7-合計	4,084,388,314(GF)	2,025,800,642(GG)	527,365(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/23

105年第 3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁 次： 20

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	= [1,700,046,033	- 583,799,305	- 256,136] /	1,272,675,458 = 0.87688545
北區分區	= [713,066,604	- 270,900,429	- 68,526] /	497,690,565 = 0.88829823
中區分區	= [1,479,659,836	- 509,880,233	- 87,607] /	1,104,739,187 = 0.87775649
南區分區	= [803,354,623	- 300,940,745	- 66,515] /	533,710,071 = 0.94123643
高屏分區	= [909,530,449	- 327,974,294	- 15,372] /	606,272,656 = 0.95920668
東區分區	= [127,624,897	- 32,305,636	- 33,209] /	69,300,377 = 1.37497163

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)

= [5,733,282,442 - 2,025,800,642 - 527,365] / 4,084,388,314 = 0.90759109

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/23

105年第 3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁 次： 21

4. 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	= [1,700,046,033] <td>1,272,675,458+</td> <td>583,799,305+</td> <td>256,136</td> <td>]= 0.91561251</td>	1,272,675,458+	583,799,305+	256,136]= 0.91561251
北區分區	= [713,066,604] <td>497,690,565+</td> <td>270,900,429+</td> <td>68,526</td> <td>]= 0.92767550</td>	497,690,565+	270,900,429+	68,526]= 0.92767550
中區分區	= [1,479,659,836] <td>1,104,739,187+</td> <td>509,880,233+</td> <td>87,607</td> <td>]= 0.91636428</td>	1,104,739,187+	509,880,233+	87,607]= 0.91636428
南區分區	= [803,354,623] <td>533,710,071+</td> <td>300,940,745+</td> <td>66,515</td> <td>]= 0.96242715</td>	533,710,071+	300,940,745+	66,515]= 0.96242715
高屏分區	= [909,530,449] <td>606,272,656+</td> <td>327,974,294+</td> <td>15,372</td> <td>]= 0.97352791</td>	606,272,656+	327,974,294+	15,372]= 0.97352791
東區分區	= [127,624,897] <td>69,300,377+</td> <td>32,305,636+</td> <td>33,209</td> <td>]= 1.25566582</td>	69,300,377+	32,305,636+	33,209]= 1.25566582

5. 全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [5,733,282,442 \div [4,084,388,314 + 2,025,800,642 + 527,365]] = 0.93823410$$

6. 中醫門診總額平均點值

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

$$= [5,733,282,442 + 62,695,758 + 5,401,537 + 24,712,201] \div [4,084,388,314 + 2,025,800,642 + 527,365 + 78,057,594 + 24,712,201] \\ = 0.93765268$$

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(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)

$$= 22,720,758 + 28,250,000 + 8,000,000 + 3,725,000 + 0$$

$$= 62,695,758$$

=====

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)	=	1,700,046,033
北區分區一般服務預算總額(BD2)	=	713,066,604
中區分區一般服務預算總額(BD2)	=	1,479,659,836
南區分區一般服務預算總額(BD2)	=	803,354,623
高屏分區一般服務預算總額(BD2)	=	909,530,449
東區分區一般服務預算總額(BD2)	=	127,624,897

總計		5,733,282,442
----	--	---------------

(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)= [127,624,897]-[69,300,377+ 32,305,636+ 33,209] × 1.2= 5,657,831

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/01/23

105年第 3季

結算主要費用年月起迄:105/07-105/09

核付截止日期:105/12/31

頁次：23

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	8,155,208(P) + 當季保留款	5,657,831(T1) =	13,813,039

(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 =	1,700,046,033(BD2) -	0 =	1,700,046,033
修正後北區分區一般服務預算總額 =	713,066,604(BD2) -	0 =	713,066,604
修正後中區分區一般服務預算總額 =	1,479,659,836(BD2) -	0 =	1,479,659,836
修正後南區分區一般服務預算總額 =	803,354,623(BD2) -	0 =	803,354,623
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	909,530,449(BD2) -	0 =	909,530,449
修正後東區分區一般服務預算總額 =	127,624,897(BD2) -	5,657,831 =	121,967,066

總計 5,727,624,611

說明: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	= [1,700,046,033	- 583,799,305 -	256,136] /	1,272,675,458 = 0.87688545
北區分區	= [713,066,604	- 270,900,429 -	68,526] /	497,690,565 = 0.88829823
中區分區	= [1,479,659,836	- 509,880,233 -	87,607] /	1,104,739,187 = 0.87775649
南區分區	= [803,354,623	- 300,940,745 -	66,515] /	533,710,071 = 0.94123643
高屏分區	= [909,530,449	- 327,974,294 -	15,372] /	606,272,656 = 0.95920668
東區分區	= [121,967,066	- 32,305,636 -	33,209] /	69,300,377 = 1.29332949

2. 修正後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)

$$= [5,727,624,611 \quad - 2,025,800,642 - \quad 527,365] / 4,084,388,314 = 0.90620585$$

3. 修正後分區平均點值(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	= [1,700,046,033]	÷ [1,272,675,458 + 583,799,305 + 256,136]	= 0.91561251
北區分區	= [713,066,604]	÷ [497,690,565 + 270,900,429 + 68,526]	= 0.92767550
中區分區	= [1,479,659,836]	÷ [1,104,739,187 + 509,880,233 + 87,607]	= 0.91636428
南區分區	= [803,354,623]	÷ [533,710,071 + 300,940,745 + 66,515]	= 0.96242715
高屏分區	= [909,530,449]	÷ [606,272,656 + 327,974,294 + 15,372]	= 0.97352791
東區分區	= [121,967,066]	÷ [69,300,377 + 32,305,636 + 33,209]	= 1.20000000

4. 修正後全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [5,727,624,611] \div [4,084,388,314 + 2,025,800,642 + 527,365] = 0.93730822$$

5. 修正後中醫門診總額平均點值

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

$$= [5,727,624,611 + 62,695,758 + 5,401,537 + 24,712,201] \div [4,084,388,314 + 2,025,800,642 + 527,365 + 78,057,594 + 24,712,201] \\ = 0.93674211$$

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(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)

$$= 22,720,758 + 28,250,000 + 8,000,000 + 3,725,000 + 0$$

$$= 62,695,758$$

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月105/06(含)以前:於105/10/01~105/12/31期間核付者。

費用年月105/07~105/09:於105/07/01~105/12/31期間核付者。

肆、討論事項

第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂支付標準第四部中醫通則九案，提請討論。

說明：

- 一、依據 106 年 1 月 22 日中醫門診醫療服務審查執行會第二十二次會議決議辦理。
- 二、為落實鼓勵生產及照護孕婦，若院所該月份仍有其他專任醫師看診則不適用，健保署美意則會大打折，建議修改支付標準第四部中醫通則九條文如下：

原條文	建議修訂條文
九、中醫醫療院所該月份 <u>所有</u> 專任醫師因產假期間 <u>均未</u> 看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。	九、中醫醫療院所該月份 <u>所有</u> 專任醫師因產假期間 <u>均</u> 未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。

健保署意見：**本署意見於會上提供。**

決議：

第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：有關調升第四部中醫醫院門診診察費支付點數案，提請討論。

說明：

- 一、依據 105 年 12 月 18 日中醫門診醫療服務審查執行會第二十一一次會議決議辦理。
- 二、因一般部門第一階段之診察費調整 15 點，建議醫院診察費支付標準依比例比照調整第一階段每件多 10 點，人數範圍不調動。
- 三、預估費用：醫院部門第一階段以 104 年申請 899,531 件推估費用約需 9 百萬點。

健保署意見：**本署意見於會上提供。**

決議：

第三案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，導致中醫院所假日開診成本增加，建請 貴署協助本會爭取 106 年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，以支應增加之人員成本費用，提請討論。

說明：

- 一、依據 106 年 1 月 22 日中醫門診醫療服務審查執行會第二十二次會議決議辦理。。
- 二、為配合健保會委員要求服務民眾，院所能於假日提供服務，為提高基層診所假日開診意願，院所的成本比平常日更高，本會原研擬調高假日門診診察費以作為成本增加之費用，惟因一例一休所增加成本，如以工資 1 小時 150 元計，休息日加班 8 小時，除支付原薪資 1,200 元以外，另需支付加班費 1,900 元，使假日開診成本大幅增加，本會 106 年非協商項目已不足以支應中醫基層院所假日開診所需的成本。
- 三、查一例一休政策確實屬於總額協商結束後所發布之國家重大勞動政策，爰依 103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序規定，符合適用範圍(一)屬「其他預期政策改變」：1. 其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，本案所需費用依實際增加費用支應，爰請貴會准予辦理。
- 四、請健保署協助向全民健康保險會提案，將中醫院所假日看診配合一例一休政策納入「非預期政策改變」適用範圍提撥費用，或另起 106 年度總額協商。

決議：

第四案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：檢送「106年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)」(附件4)，提請討論。

說明：依據106年1月22日中醫門診醫療服務審查執行會第二十二次會議決議辦理。

健保署意見：尊重全聯會意見，執行細節修訂部分於會上提供。

決議：

106年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫 (草案)

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。

參、計畫期間：106年1月1日起至106年12月31日止。

肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算（不含品質保證保留款），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，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，其餘五分區（以下稱五分區）預算占率97.78%。

二、提撥風險調整基金5000萬於五分區「中醫資源不足地區」、「中醫就醫率最高地區」

(一)按季先行提撥申請點數每點 0.03 元于「中醫資源不足地區」。

(二)扣除(1)之部分，按季提撥於就醫率最高地區。

註：1. 「中醫資源不足地區」為各鄉鎮區中醫診所數為1及無醫鄉開業者。（不含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）。

2. 就醫率=(就醫人口數/戶籍人口數)

三、五分區各季預算分配方式如下（操作型定義詳附件1）：

(一) 69%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配。

(二) 11%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

(三) 9%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。

(四) 5%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。

(五) 5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。

(六) 1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫醫療院所，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算

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，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 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。
2. 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。
3. 104年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = Σ 104年各院所每月申報醫療費用點數 / Σ 104年每月月底特約中醫醫療院所家數。申報醫療費用點數為特約中醫醫療院所每月之申請點數+部分負擔點數。
4. 105年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以104年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

四、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

- 一、中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。
- 二、中醫全聯會與全民健康保險保險人(以下稱保險人)成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

柒、監控與檢討

- 一、監控各分區預估點值：五分區預估平均點值低於0.9元時，請中醫全聯會立即進行檢討，提出改善對策。
- 二、保險人與中醫全聯會按季對醫療費用、品質與醫療資源分布及共管機制進行監控與檢討。

捌、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

附件 1：指標之操作型定義

※各項指標計算過程結果，四捨五入取至小數點以下第6位（如：
99.9905%≈0.999905）※計算時程：每季

指標：

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

分子：各分區各季總預算(Ai1)

分母： Σ 各分區各季總預算加總(Σ Ai1)

條件說明：

一、105年第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總

二、105年第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總

三、105年第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總

四、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

分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總(Ai2)

條件說明：

一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）

http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346（首頁 > 人口資料庫 > 人口統計資料 > 近期各月人口資料 > 03鄉鎮戶數及人口數）

二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標 3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)

分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(Ai3)

條件說明：

一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。

二、資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害案件（案件分類 B6）、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次次月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。

三、計算步驟：

- (一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)
- (二)計算每位病患於各區就醫次數(a)
- (三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)
=每位病患於各區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(a)
- (四)各區每位病患之就醫次數比率(T)
=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率(Σ a%)
- (五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)
=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)
- (六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)
=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值(Σ K1)

四、舉例說明：

- (一)本季全國中醫就診病患有4人(p)
- (二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	病患a1 就醫次數	於各區就醫次數 比率(a1%)	病患a2 就醫次數	於各區就醫次 數比率(a2%)	病患a3 就醫次數	於各區就醫次數 比率(a3%)	病患a4 就醫次數	於各區就醫次 數比率(a4%)	各區每位病患 之就醫次數比 率 T =(a1%+a2%+a3% +a4%)
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.0000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%	0.916667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.66667%	1.024603
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%	0.391270
全局	18	100.0000%	28	100.0000%	40	100.0000%	12	100.0000%	4.000000

(三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數 (p) 1_p)	各區每位病患之 就醫次數比率(T)	權值(K1) =T/P	扣除東區分局	權值(K2)
台北	3	0.838095	0.209524	0.209524	0.232241
北區	3	0.428968	0.107242	0.107242	0.118870
中區	2	0.916667	0.229167	0.229167	0.254014
南區	4	1.024603	0.256151	0.256151	0.283923
高屏	3	0.400397	0.100099	0.100099	0.110952
東區	3	0.391270	0.097817	-	-
全局	4		1.000000	0.902183	1.000000

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)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 $(105\text{年該季}/104\text{年同期}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(105\text{年該季申報醫療費用點數}/104\text{年同期申報醫療費用點數}) - 1$ 。
- 四、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(案件分類 B6)、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於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。

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

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

- 一、「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」。
- 二、「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。
- 三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。
- 五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數
 $= \text{各分區各鄉鎮市區中醫師數} \div (\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數} \div 10,000)$
- 六、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
(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 $>$ 全國平均值：
 $\text{*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率} \geq \text{全國每萬人口中醫師數成長率}$ ，各鄉鎮市區權值(dr_peop)
 $= -5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$
 $\text{*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率} < \text{全國每萬人口中醫師數成長率}$ ，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。

(二)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。

(三)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和(Σ dr_peop)

$=$ 各分區 Σ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

一、 每季結算時，「偏鄉」之中醫醫療院所，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，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。

二、 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」分配予各分區，併同指標1至指標5之預算進行當季結算。

條件說明：

一、 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)105年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

二、 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。

三、 105年全國每月申報醫療費用點數之平均值 $= \Sigma$ 105年每月申報醫療費用 / Σ 105年每月月底特約中醫醫療院所家數。申報醫療費用點數為特約中醫醫療院所每月之申請點數+部分負擔點數。

四、 106年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以105年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

※五分區預算分配之計算操作型定義

一、 當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)
= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算 GF+
預算(東區)+ **風險調整基金**

指標1預算 GA= (T) * 97.78% * 69 %

指標2預算 GB= (T) * 97.78% * 11 %

指標3預算 GC= (T) * 97.78% * 9 %

指標4預算 GD= (T) * 97.78% * 5%

指標5預算 GE= (T) * 97.78% * 5%

指標6預算 GF= (T) * 97.78% * 1%

二、 各分區各季預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

= 各季預算 GA * 指標1占率 (Ai1 / ΣAi1)。

指標1占率 (Ai1 / ΣAi1)
= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 (Ai1) / Σ95年第4
季至98年第3季之各區各季預算 (ΣAi1)。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(二) 各分區各季預算 Gb

= 各季預算 GB * 指標2占率 (Ai2 / ΣAi2)。

指標2占率 (Ai2 / ΣAi2)

= 去年同期各分區戶籍人口數 (Ai2) / Σ 去年同期各分區戶籍人
口數 (ΣAi2)。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

$$= \text{各季預算 GC} * \text{指標3占率} (A_{i3} / \sum A_{i3})。$$

指標3占率 $(A_{i3} / \sum A_{i3})$

= 各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值 $(A_{i3}) / \sum$ 去年同期每人於各分區就醫次數之權值 $(\sum A_{i3})。$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

$$= \text{各季預算 GD} * \text{指標4加權後之預算占率} (A_{i4} / \sum A_{i4})。$$

※各分區指標4權值 = 各分區人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

※各分區各季經指標4加權後之預算 (A_{i4})

= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 $(A_{i1}) * (1 + \text{指標4權值 K2})$

※各分區各季經指標4加權後之預算占率 $(A_{i4} / \sum A_{i4})$

= 各分區各季經指標4加權後之預算 $(A_{i4}) / \sum$ 各分區各季經指標4加權後之預算 $(\sum A_{i4})$

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

$$= \text{預算 GE} * \text{指標5加權後之預算占率} (A_{i5} / \sum A_{i5})。$$

※各分區指標5權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 (A_{i5})

= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 $(A_{i1}) * \text{【}1 + \text{指標5權值和} (\sum dr_peop)\text{】}$

※各分區各季經指標5加權後之預算占率 $(A_{i5} / \sum A_{i5})$

= 各分區各季經指標5加權後之預算 $(A_{i5}) / \sum$ 各分區各季經指標5加權後之預算 $(\sum A_{i5})$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 Gf

$$=(\text{預算 GF} - \Sigma \text{ 指標6各區各季補至每點1元所需預算}) * \text{指標1占率} \\ (\text{Ai1} / \Sigma \text{Ai1})。$$

三、 各分區各季預算 $T_s = \text{該區當季預算 Ga} + \text{該區當季預算 Gb} + \text{該區當季預算 Gc} + \text{該區當季預算 Gd} + \text{該區當季預算 Ge} + \text{該區當季預算 Gf}。$

四、 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，其操作定義及撥補程序如下：

(一) 操作定義

1. 各分區全年預算 $T_y = \Sigma \text{ 該區各季 } T_s + \Sigma \text{ 指標6各區各季補至每點1元所需預算}。$

2. 成長率 $= (\text{105年該區 } y_T / \text{104年該區 } y_T) - 1。$

3. 各分區撥補比例 $= (\text{分母各區 } T_y) / \Sigma (\text{成長率大於0之分區 } T_y)。$

(二) 撥補程序

1. 於106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 T_y 負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

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。