

105Q2中醫門診總額支付制度：一般服務部門之各區預算總額及每點支付金額表

項目/分區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
指標1占率(s1)	29.6315%	12.1341%	27.0722%	14.5909%	16.5713%	-	100%
指標2占率(s2)	33.3832%	15.8046%	19.7842%	14.7618%	16.2662%	-	100%
指標3占率(s3)	30.4196%	13.7137%	26.4074%	14.1442%	15.3151%	-	100%
指標4占率(s4)	29.8492%	12.2233%	27.2712%	13.9632%	16.6931%	-	100%
指標5占率(s5)	29.6510%	12.1763%	26.9237%	14.5861%	16.6629%	-	100%
指標6占率(s6)	29.6315%	12.1341%	27.0722%	14.5909%	16.5713%	-	100%
預算(Ga)=GA*(s1)	1,186,311,306	485,794,510	1,083,848,504	584,153,676	663,439,939	-	4,003,547,935
預算(Gb)=GB*(s2)	148,501,379	70,304,971	88,007,770	65,666,193	72,358,346	-	444,838,659
預算(Gc)=GC*(s3)	152,232,908	68,629,319	132,154,115	70,783,728	76,643,422	-	500,443,492
預算(Gd)=GD*(s4)	82,987,988	33,983,727	75,820,525	38,821,070	46,410,852	-	278,024,162
預算(Ge)=GE*(s5)	82,436,944	33,853,056	74,854,391	40,552,882	46,326,889	-	278,024,162
預算(Gf)=GF*(s6)	15,912,775	6,516,282	14,538,374	7,835,638	8,899,157	-	53,702,226
各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc)+(Gd)+(Ge)+(Gf)	1,668,383,300	699,081,865	1,469,223,679	807,813,187	914,078,605	126,245,375	5,684,826,011
浮動點值	0.87297803	0.87936392	0.86379466	0.92387885	0.93799719	1.29390090	0.89521460
平均點值 (不含資源缺乏地區改善方案_論量計酬)	0.91273108	0.92200824	0.90669029	0.95116636	0.95959088	1.20000000	0.93012255

備註

1. 「105年第2季中醫門診總額一般服務地區預算分配參數」，已於本署全球資訊網公布。
2. 本總額部門各分區浮動點值及平均點值，業經105年11月17日召開「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」確認在案

一、中醫一般部門服務醫療給付費用總額

(一)105 年第 2 季調整後地區一般部門服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 105 \text{ 年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G105 合計)} \times \text{各季預算占率}(h_{q2}) \\
 &= 22,689,937,521 \times 25.175105\%(h_{q2}) \\
 &= 5,712,215,595 (D1)
 \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned}
 &= 105 \text{ 年全年預算} - 105 \text{ 年第 1 季預算} - 105 \text{ 年第 2 季預算} - 105 \text{ 年第 3 季預算} \\
 &= 22,689,937,521 \text{ 元} - 5,328,025,035 \text{ 元} - 5,712,215,595 \text{ 元} - 5,773,581,439 \text{ 元} \\
 &= 5,876,115,452 \text{ 元}。
 \end{aligned}$$

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：105/10/27

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	102 年各季校正 投保人口數 成長率差額	104 年調整前 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 成長率差值	105 年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	105 年 品質保證 保留款	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	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額
	(Q103)	(PEOP102) =(Q103+PEOP102) ×(1+1.662%)	(Q104)	(PEOP103) =(Q104+PEOP103) ×(1+3.401%)	(Q105)	(C105) (詳說明 4)	(OPD_G105) =(Q105-C105)	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	0
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	45,646,449

說明：

- 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%)
- 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%。
- 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。
- 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。

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

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： 0

(1)獎勵開業已支用點數： 0(L1) (浮動點數： 0；非浮動點數： 0)
 (2)獎勵開業保障給付收入： 0(L2)
 (3)獎勵開業論次費用： 0(L3)
 (4)小計已支用點數(L1+L3)： 0(L4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+1元/點×論次費用(L3)= 0(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： 0(L6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 0(L7)
 (3)小計已支用點數： 0(L8) 暫結金額=1元/點× 0(L8)= 0(L9)

3. 合計:

暫結金額： 0(L10=L5+L9)
 未支用金額=第3季預算-第3季暫結金額=37,358,977-0=37,358,977

第 4 季:預算=當季預算+前一季未支用金額=106,500,000/4+ 37,358,977= 63,983,977

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=63,983,977-0=63,983,977

=====
 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： 11

(1)獎勵開業已支用點數： 7,341,401(N1) (浮動點數： 5,790,985；非浮動點數： 1,550,416)
 (2)獎勵開業保障給付收入： 15,392,273(N2)
 (3)獎勵開業論次費用： 0(N3)
 (4)小計已支用點數(N1+N3)： 7,341,401(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額=15,392,273(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： 2,199,350(N6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 24,924,400(N7)
 (3)小計已支用點數： 27,123,750(N8) 結算金額=27,123,750(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)： 42,516,023
 全年未支用金額=全年預算-全年結算金額=106,500,000-42,516,023=63,983,977

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：105/10/27

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

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：	0(X01)	0(XF01)	0(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：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)小計：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
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 3 季預算 - 1 元/點× 第 3 季已支用點數=	28,250,000 - 0=	28,250,000	

第 4 季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 113,000,000/4+ 28,250,000= 56,500,000

	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=	56,500,000 - 0=	56,500,000	

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：	50,225,552(Z01)	47,673,580(ZF01)	2,551,972(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：	13,781,132(Z02)	10,953,265(ZF02)	2,827,867(ZN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,386,570(Z03)	2,256,217(ZF03)	130,353(ZN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,126,398(Z04)	1,060,105(ZF04)	66,293(ZN04)
(5)小計：	67,519,652(Z05)	61,943,167(ZF05)	5,576,485(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)=	56,500,000		
未支用金額= 全年預算 - 第 1-4 季已暫結金額=	113,000,000 - 56,500,000=	56,500,000	

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:

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

$$\text{已支用點數} = 10,014,514$$

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

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

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

第 2 季:

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

$$\text{已支用點數} = 12,650,590$$

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

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

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

第 3 季:

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

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第 3 季預算} - 1 \text{ 元/點} \times \text{第 3 季已支用點數} = 8,000,000 - 0 = 8,000,000$$

第 4 季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 32,000,000 / 4 + 8,000,000 = 16,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第 4 季預算} - 1 \text{ 元/點} \times \text{第 4 季已支用點數} = 16,000,000 - 0 = 16,000,000$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 32,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 22,665,104$$

$$\text{第 1-4 季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} = 16,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{第 1-4 季已暫結金額} = 32,000,000 - 16,000,000 = 16,000,000$$

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： 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 3 季預算 - 1 元/點× 第 3 季已支用點數= 8,502,306 - 0 = 8,502,306

第 4 季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 14,900,000/4+ 8,502,306= 12,227,306

(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= 12,227,306 - 0 = 12,227,306

全年合計：

$$\text{全年預算} = 14,900,000$$

$$\text{已支用點數} = 2,672,694$$

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

$$= 0 + 2,672,694 + 0 + 0 = 2,672,694$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 14,900,000 - 2,672,694 = 12,227,306$$

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：

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

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

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

第 4 季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 5,000,000 + 15,000,000 = 20,000,000

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 1 季已支用點數 = 20,000,000 - 0 = 20,000,000

(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 0 暫結金額： 0

第 4 季：已支用點數 0 暫結金額： 0

暫結金額 = 117,688,717 (如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

未支用金額= 專款項目合計全年預算- 暫結金額
= 286,400,000 - 117,688,717
= 168,711,283

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 5,712,215,595 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 25,486,977 (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 5,686,728,618 (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	2,298,645	1,036,213	3,334,858
北區	3,305,259	1,417,941	4,723,200
中區	1,426,757	495,917	1,922,674
南區	2,523,427	1,109,657	3,633,084
高屏	3,914,623	1,534,411	5,449,034
東區	4,512,446	1,911,681	6,424,127
合計	17,981,157	7,505,820	25,486,977(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% = 5,686,728,618 × 2.22% = 126,245,375 (加總後四捨五入至整數位)

(三)其他5分區一般服務預算總額(D1_5) = (E) × 97.78% = 5,686,728,618(E) - 126,245,375(D6) = 5,560,483,243 (註3)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 72% = 5,560,483,243 × 72% = 4,003,547,935 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 8% = 5,560,483,243 × 8% = 444,838,659 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,560,483,243 × 9% = 500,443,492 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,560,483,243 × 5% = 278,024,162 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,560,483,243 × 5% = 278,024,162 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 5,560,483,243 - 4,003,547,935 - 444,838,659 - 500,443,492 - 278,024,162 - 278,024,162 = 55,604,833

(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	96Q2+97Q2+98Q2		104 年 5 月		104 年 4~6 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	4,045,672,564	29.6315%	7,645,003	33.3832%	997,249.366203		29.8734%	30.4196%
北區	1,656,701,975	12.1341%	3,619,364	15.8046%	449,575.138638		13.4674%	13.7137%
中區	3,696,250,352	27.0722%	4,530,737	19.7842%	865,714.057983		25.9332%	26.4074%
南區	1,992,139,000	14.5909%	3,380,567	14.7618%	463,688.871219		13.8902%	14.1442%
高屏	2,262,525,558	16.5713%	3,725,076	16.2662%	502,074.739616		15.0401%	15.3151%
東區					59,948.826170			
小計	13,653,289,449	100.0000%	22,900,747	100.0000%	3,338,250.999829	3,338,251	98.2043%	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

104年4-6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	-0.005119	0.019258	-0.024377	3	0.00	4,045,672,564	4,045,672,564	29.8492%
北區	-0.013074	0.008044	-0.021118	2	0.00	1,656,701,975	1,656,701,975	12.2233%
中區	-0.019054	0.000960	-0.020014	1	0.00	3,696,250,352	3,696,250,352	27.2712%
南區	-0.032287	0.000776	-0.033063	5	-0.05	1,992,139,000	1,892,532,050	13.9632%
高屏	-0.033266	-0.001723	-0.031543	4	0.00	2,262,525,558	2,262,525,558	16.6931%
小計						13,653,289,449	13,553,682,499	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

105年2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	-0.003355	4,045,672,564	4,032,099,333	29.6510%
北區	-0.000543	1,656,701,975	1,655,802,386	12.1763%
中區	-0.009476	3,696,250,352	3,661,224,684	26.9237%
南區	-0.004341	1,992,139,000	1,983,491,125	14.5861%
高屏	0.001503	2,262,525,558	2,265,926,134	16.6629%
小計		13,653,289,449	13,598,543,662	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	29.6315%	33.3832%	30.4196%	29.8492%	29.6510%
北區	12.1341%	15.8046%	13.7137%	12.2233%	12.1763%
中區	27.0722%	19.7842%	26.4074%	27.2712%	26.9237%
南區	14.5909%	14.7618%	14.1442%	13.9632%	14.5861%
高屏	16.5713%	16.2662%	15.3151%	16.6931%	16.6629%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第 2 季指標 6 分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標 6 預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點 1 元所需預算(M1)} \\
 &= 55,604,833 - 1,902,607 \\
 &= 53,702,226
 \end{aligned}$$

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	0.97422404	33,764,854	870,321
北區	0.99085238	20,482,732	187,365
中區	0.97286248	31,134,851	844,921
南區	1.05126502	0	0
高屏	1.05409843	0	0
小計		85,382,437	1,902,607(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：105/10/27

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：16

(七)其他 5 分區一般預算服務總額(BD2)=第 2 季預算 Ga+ 第 2 季預算 Gb+ 第 2 季預算 Gc+ 第 2 季預算 Gd+ 第 2 季預算 Ge+ 第 2 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	1,186,311,306	148,501,379	152,232,908	82,987,988	82,436,944	15,912,775	1,668,383,300
北區	485,794,510	70,304,971	68,629,319	33,983,727	33,853,056	6,516,282	699,081,865
中區	1,083,848,504	88,007,770	132,154,115	75,820,525	74,854,391	14,538,374	1,469,223,679
南區	584,153,676	65,666,193	70,783,728	38,821,070	40,552,882	7,835,638	807,813,187
高屏	663,439,939	72,358,346	76,643,422	46,410,852	46,326,889	8,899,157	914,078,605
小計	4,003,547,935	444,838,659	500,443,492	278,024,162	278,024,162	53,702,226	5,558,580,636

(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	0	0	0	0	0	0
第 4 季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_104)	3,057,102,130	1,284,060,863	2,746,223,599	1,532,268,724	1,717,330,685	10,336,986,001
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	0	0	0	0	0	0
第 4 季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_105)	3,186,846,962	1,338,972,415	2,843,578,758	1,587,253,798	1,781,046,162	10,737,698,095
預算成長率	4.24%	4.28%	3.55%	3.59%	3.71%	3.88%

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：當前前一季「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 ≥ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)
= -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/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 ≤ 全國平均值：

※該鄉鎮市區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)
= +5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/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。

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	1,255,838,374(BF)	571,752,976(BG)	311,010(BJ)
2-北區分區	490,190,339(BF)	267,965,806(BG)	60,362(BJ)
3-中區分區	1,110,098,908(BF)	510,187,930(BG)	138,242(BJ)
4-南區分區	544,839,077(BF)	304,342,807(BG)	105,081(BJ)
5-高屏分區	620,819,571(BF)	331,722,557(BG)	29,037(BJ)
6-東區分區	71,226,274(BF)	33,415,982(BG)	25,072(BJ)
7-合計	4,093,012,543(GF)	2,019,388,058(GG)	668,804(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	= [1,668,383,300	- 571,752,976-	311,010] /	1,255,838,374 =	0.87297803
北區分區	= [699,081,865	- 267,965,806-	60,362] /	490,190,339 =	0.87936392
中區分區	= [1,469,223,679	- 510,187,930-	138,242] /	1,110,098,908 =	0.86379466
南區分區	= [807,813,187	- 304,342,807-	105,081] /	544,839,077 =	0.92387885
高屏分區	= [914,078,605	- 331,722,557-	29,037] /	620,819,571 =	0.93799719
東區分區	= [126,245,375	- 33,415,982-	25,072] /	71,226,274 =	1.30295066

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)

= [5,684,826,011 - 2,019,388,058 - 668,804] / 4,093,012,543 = 0.89537208

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	= [1,668,383,300]	÷ [1,255,838,374 + 571,752,976 + 311,010]	= 0.91273108
北區分區	= [699,081,865]	÷ [490,190,339 + 267,965,806 + 60,362]	= 0.92200824
中區分區	= [1,469,223,679]	÷ [1,110,098,908 + 510,187,930 + 138,242]	= 0.90669029
南區分區	= [807,813,187]	÷ [544,839,077 + 304,342,807 + 105,081]	= 0.95116636
高屏分區	= [914,078,605]	÷ [620,819,571 + 331,722,557 + 29,037]	= 0.95959088
東區分區	= [126,245,375]	÷ [71,226,274 + 33,415,982 + 25,072]	= 1.20615838

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)

$$= [5,684,826,011] \div [4,093,012,543 + 2,019,388,058 + 668,804] = 0.92994626$$

6. 中醫門診總額平均點值

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

$$= [5,684,826,011 + 61,554,151 + 5,476,880 + 25,486,977] \div [4,093,012,543 + 2,019,388,058 + 668,804 + 72,130,003 + 25,486,977] \\ = 0.93022633$$

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)

$$= 22,631,457 + 28,250,000 + 8,000,000 + 2,672,694 + 0 \\ = 61,554,151$$

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)	=	1,668,383,300
北區分區一般服務預算總額(BD2)	=	699,081,865
中區分區一般服務預算總額(BD2)	=	1,469,223,679
南區分區一般服務預算總額(BD2)	=	807,813,187
高屏分區一般服務預算總額(BD2)	=	914,078,605
東區分區一般服務預算總額(BD2)	=	126,245,375

總計		5,684,826,011
----	--	---------------

(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)= [126,245,375] - [71,226,274 + 33,415,982 + 25,072] × 1.2 = 644,581

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：105/10/27

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：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	7,510,627(P) + 當季保留款	644,581(T1) =	8,155,208

(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 =	1,668,383,300(BD2) -	0 =	1,668,383,300
修正後北區分區一般服務預算總額 =	699,081,865(BD2) -	0 =	699,081,865
修正後中區分區一般服務預算總額 =	1,469,223,679(BD2) -	0 =	1,469,223,679
修正後南區分區一般服務預算總額 =	807,813,187(BD2) -	0 =	807,813,187
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	914,078,605(BD2) -	0 =	914,078,605
修正後東區分區一般服務預算總額 =	126,245,375(BD2) -	644,581 =	125,600,794

總計 5,684,181,430

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	= [1,668,383,300	- 571,752,976-	311,010] /	1,255,838,374 =	0.87297803
北區分區	= [699,081,865	- 267,965,806-	60,362] /	490,190,339 =	0.87936392
中區分區	= [1,469,223,679	- 510,187,930-	138,242] /	1,110,098,908 =	0.86379466
南區分區	= [807,813,187	- 304,342,807-	105,081] /	544,839,077 =	0.92387885
高屏分區	= [914,078,605	- 331,722,557-	29,037] /	620,819,571 =	0.93799719
東區分區	= [125,600,794	- 33,415,982-	25,072] /	71,226,274 =	1.29390090

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)

= [5,684,181,430 - 2,019,388,058 - 668,804] / 4,093,012,543 = 0.89521460

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	= [1,668,383,300]	÷ [1,255,838,374 + 571,752,976 + 311,010]	= 0.91273108
北區分區	= [699,081,865]	÷ [490,190,339 + 267,965,806 + 60,362]	= 0.92200824
中區分區	= [1,469,223,679]	÷ [1,110,098,908 + 510,187,930 + 138,242]	= 0.90669029
南區分區	= [807,813,187]	÷ [544,839,077 + 304,342,807 + 105,081]	= 0.95116636
高屏分區	= [914,078,605]	÷ [620,819,571 + 331,722,557 + 29,037]	= 0.95959088
東區分區	= [125,600,794]	÷ [71,226,274 + 33,415,982 + 25,072]	= 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)

$$= [5,684,181,430] \div [4,093,012,543 + 2,019,388,058 + 668,804] = 0.92984081$$

5. 修正後中醫門診總額平均點值

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

$$= [5,684,181,430 + 61,554,151 + 5,476,880 + 25,486,977] \div [4,093,012,543 + 2,019,388,058 + 668,804 + 72,130,003 + 25,486,977] \\ = 0.93012255$$

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)

$$= 22,631,457 + 28,250,000 + 8,000,000 + 2,672,694 + 0$$

$$= 61,554,151$$

七、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。