

副本

檔 號：

保存年限：

台北市中醫師公會

106.6.-7

收文第 1060233 號

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

承辦人及電話：歐舒欣(02)27065866轉2615

電子信箱：A110666@nhi.gov.tw

10041

台北市青島西路11號3樓

受文者：臺北市中醫師公會

發文日期：中華民國106年6月5日

發文字號：健保醫字第1060033342B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：105年第4季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認如附件，該資料可自本署全球資訊網
下載，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。」
- 二、按106年5月18日「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」106年第2次會議決定，略以：105年第4季中醫門診總額支付制度各區預算總額及每點支付金額，依前開規定進行點值公布、結算事宜。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自106年6月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核付，依105年第4季結算點值辦理，並於106年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國中醫師公會全國聯合會、
各縣市中醫師公會、財政部賦稅署、本署醫務管理組、本署資訊組、本署財務
組、本署主計室(均含附件)

衛生福利部中央
健康保險署投對章(4)

署長李伯璋

廣弘

06.09

歐舒欣

105Q4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)	28.9992%	12.0516%	27.2613%	14.9828%	16.7051%	-	100%
指標2占率(s2)	33.3551%	15.8834%	19.8042%	14.7224%	16.2349%	-	100%
指標3占率(s3)	29.9679%	13.6321%	26.3823%	14.4669%	15.5508%	-	100%
指標4占率(s4)	29.1750%	12.3902%	27.2533%	14.4364%	15.6828%	-	99%
指標5占率(s5)	29.2181%	12.1426%	27.4671%	14.3411%	16.8311%	-	100%
指標6占率(s6)	28.9992%	12.0516%	27.2613%	14.9828%	16.7051%	-	100%
預算(Ga)=GA*(s1)	1,194,167,332	496,276,691	1,122,601,792	616,981,513	687,904,655	-	4,117,931,983
預算(Gb)=GB*(s2)	152,615,592	72,674,179	90,613,721	67,362,046	74,282,460	-	457,547,998
預算(Gc)=GC*(s3)	154,257,217	70,170,076	135,800,646	74,467,138	80,046,421	-	514,741,498
預算(Gd)=GD*(s4)	83,554,270	34,723,890	78,546,979	41,010,885	48,131,475	-	285,967,499
預算(Ge)=GE*(s5)	83,111,878	34,424,768	77,445,146	43,152,496	47,833,211	-	285,967,499
預算(Gf)=GF*(s6)	12,647,077	5,255,921	11,889,148	6,534,271	7,285,398	-	43,611,815
各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc)+(Gd)+(Ge)+(Gf)	1,680,353,366	713,525,525	1,516,897,432	849,508,349	945,483,620	129,852,290	5,835,620,582
浮動點值	0.86302067	0.87338611	0.87369575	0.95100229	0.92597117	1.29390949	0.89612305
平均點值 (不含資源缺乏地區改善方案_論量計酬)	0.90643374	0.91855001	0.91396348	0.96869929	0.95181695	1.20000000	0.93078697

備註

1. 「105年第4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106年5月18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

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：106/05/04

105年第4季

結算主要費用年月起迄：105/10—105/12

核付截止日期：106/03/31

頁次：1

一、中醫一般部門服務醫療給付費用總額

(一)105年第4季調整後中醫一般部門服務醫療給付費用總額

＝105年全年中醫一般部門服務醫療給付費用總額預算－105年第1~3季調整後中醫一般部門服務醫療給付費用總額
 ＝ 22,689,937,521－ 5,328,025,035－ 5,712,215,595－ 5,773,581,439
 ＝ 5,876,115,452 (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。

(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	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	26,913,186
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	97,271,836

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

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：106/05/04

105年第4季

結算主要費用年月起迄：105/10-105/12

核付截止日期：106/03/31

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：12

(1)獎勵開業已支用點數	:	5,198,761(M1)	(浮動點數 : 3,559,280 ; 非浮動點數 : 1,639,481)
(2)獎勵開業保障給付收入	:	9,783,360(M2)	
(3)獎勵開業論次費用	:	0(M3)	
(4)小計已支用點數(M1+M3)	:	5,198,761(M4)	暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋1元/點×論次費用(M3)＝9,783,360(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	:	1,293,636(M6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	:	13,462,800(M7)	
(3)小計已支用點數	:	14,756,436(M8)	暫結金額＝1元/點×14,756,436(M8)＝14,756,436(M9)

3. 合計：

暫結金額：24,539,796(M10＝M5+M9)

未支用金額＝第4季預算－第4季暫結金額＝41,263,219－24,539,796＝16,723,423

=====

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	: 16,759,974(N1)	(浮動點數 : 12,733,036 ; 非浮動點數: 4,026,938)
(2)獎勵開業保障給付收入	: 33,764,921(N2)	
(3)獎勵開業論次費用	: 0(N3)	
(4)小計已支用點數(N1+N3)	: 16,759,974(N4)	結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 33,764,921(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:	4,683,856(N6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	: 51,327,800(N7)	
(3)小計已支用點數	: 56,011,656(N8)	結算金額= 56,011,656(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): 89,776,577

全年未支用金額= 全年預算 - 全年結算金額=106,500,000 - 89,776,577= 16,723,423

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：106/05/04

105年第4季

結算主要費用年月起迄：105/10—105/12

核付截止日期：106/03/31

頁次：7

第3季：預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 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：	29,017,060(Y01)	27,532,868(YF01)	1,484,192(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：	8,055,224(Y02)	6,539,612(YF02)	1,515,612(YN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,818,953(Y03)	2,658,857(YF03)	160,096(YN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,667,146(Y04)	1,554,376(YF04)	112,770(YN04)
(5)小計：	41,558,383(Y05)	38,285,713(YF05)	3,272,670(YN05)

已支用點數＝ 41,558,383

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 41,558,383

未支用金額＝ 第4季預算－ 1元/點× 第4季已支用點數＝ 28,250,000－ 41,558,383＝ -13,308,383

浮動點值＝ (第3季預算－ 非浮動點數)／ (浮動點數)＝ (28,250,000－ 3,272,670)／ 38,285,713＝ 0.65239297

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：	106,949,655(Z01)	101,518,376(ZF01)	5,431,279(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：	30,102,338(Z02)	24,324,470(ZF02)	5,777,868(ZN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	7,365,717(Z03)	6,946,129(ZF03)	419,588(ZN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,508,848(Z04)	4,263,591(ZF04)	245,257(ZN04)
(5)小計：	148,926,558(Z05)	137,052,566(ZF05)	11,873,992(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)＝ 113,000,000

未支用金額＝ 全年預算－ 第1-4季已暫結金額＝ 113,000,000－ 113,000,000＝ 0

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:

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

$$\text{已支用點數} = 14,719,118$$

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

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

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

第4季:

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

$$\text{已支用點數} = 17,132,942$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 17,132,942$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 8,000,000 - 17,132,942 = -9,132,942$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (8,000,000 - 0) / 17,132,942 = 0.46693674$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 32,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 54,517,164$$

$$\text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} = 32,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{第1-4季已暫結金額} = 32,000,000 - 32,000,000 = 0$$

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： 5,113,622

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,514,161

(3)小計： 6,627,783

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 6,627,783

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 7,088,635 - 6,627,783 = 460,852

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：106/05/04

105年第4季

結算主要費用年月起迄：105/10-105/12

核付截止日期：106/03/31

頁次：10

=====

全年合計：

全年預算 = 14,900,000

已支用點數 = 14,439,148

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)

= 0 + 2,672,694 + 5,138,671 + 6,627,783 = 14,439,148

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 14,900,000 - 14,439,148 = 460,852

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：

預算 = 20,000,000/4 = 5,000,000

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1季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 5,000,000 - 0 = 5,000,000

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,000,000 + 5,000,000 = 10,000,000

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2季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 10,000,000 - 0 = 10,000,000

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,000,000 + 10,000,000 = 15,000,000

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3季預算 - 1元/點×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 = 3,057,776

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,057,776

未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 20,000,000 - 3,057,776 = 16,942,224

全年合計:

全年預算 = 20,000,000

已支用點數 = 3,057,776

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)

= 0 + 0 + 0 + 3,057,776 = 3,057,776

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 20,000,000 - 3,057,776 = 16,942,224

(六)專款費用合計

第1季: 已支用點數 58,250,374 暫結金額: 59,192,342

第2季: 已支用點數 75,187,779 暫結金額: 64,611,927

第3季: 已支用點數 81,115,370 暫結金額: 67,167,205

第4季: 已支用點數 88,332,081 暫結金額: 70,475,355

暫結金額 = 261,446,829 (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 - 261,446,829

= 24,953,171

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 5,876,115,452 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 26,913,186 (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 5,849,202,266 (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	2,210,207	1,035,959	3,246,166
北區	3,254,520	1,353,991	4,608,511
中區	1,463,557	520,653	1,984,210
南區	3,024,105	1,222,827	4,246,932
高屏	4,468,669	1,769,421	6,238,090
東區	4,675,696	1,913,581	6,589,277
合計	19,096,754	7,816,432	26,913,186(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% = 5,849,202,266 × 2.22% = 129,852,290 (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% = 5,849,202,266(E) - 129,852,290(D6) = 5,719,349,976 (註3)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 72% = 5,719,349,976 × 72% = 4,117,931,983 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 8% = 5,719,349,976 × 8% = 457,547,998 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,719,349,976 × 9% = 514,741,498 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,719,349,976 × 5% = 285,967,499 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,719,349,976 × 5% = 285,967,499 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 5,719,349,976 - 4,117,931,983 - 457,547,998 - 514,741,498 - 285,967,499 - 285,967,499 = 57,193,499

(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	95Q4+96Q4+97Q4		104年11月		104年10~12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)	調整後 指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	4,025,382,379	28.9992%	7,648,038	33.3551%	972,041.415127		29.4395%
北區	1,672,890,030	12.0516%	3,641,925	15.8834%	442,171.617816		13.3917%
中區	3,784,142,258	27.2613%	4,540,937	19.8042%	855,739.264310		25.9171%
南區	2,079,771,210	14.9828%	3,375,717	14.7224%	469,249.906937		14.2118%
高屏 東區	2,318,827,170	16.7051%	3,722,498	16.2349%	504,410.948051 58,218.847587		15.2767%
小計	13,881,013,047	100.0000%	22,929,115	100.0000%	3,301,831.999828	3,301,832	98.2368%

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：106/05/04

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 14

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10~12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	0.009335	0.024595	-0.015260	2	0.00	4,025,382,379	4,025,382,379	29.2181%
北區	0.014606	0.031972	-0.017366	4	0.00	1,672,890,030	1,672,890,030	12.1426%
中區	-0.000470	0.010086	-0.010556	1	0.00	3,784,142,258	3,784,142,258	27.4671%
南區	-0.007201	0.010414	-0.017615	5	-0.05	2,079,771,210	1,975,782,650	14.3411%
高屏	-0.009169	0.008036	-0.017205	3	0.00	2,318,827,170	2,318,827,170	16.8311%
小計						13,881,013,047	13,777,024,487	100.0000%

指標5(註8)(S5)

指標
當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

計算期間

105年8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	-0.002639	4,025,382,379	4,014,759,395	29.0634%
北區	-0.005966	1,672,890,030	1,662,909,568	12.0380%
中區	-0.011394	3,784,142,258	3,741,025,741	27.0818%
南區	0.002278	2,079,771,210	2,084,508,929	15.0900%
高屏	-0.003544	2,318,827,170	2,310,609,247	16.7268%
小計		13,881,013,047	13,813,812,880	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	28.9992%	33.3551%	29.9679%	29.2181%	29.0634%
北區	12.0516%	15.8834%	13.6321%	12.1426%	12.0380%
中區	27.2613%	19.8042%	26.3823%	27.4671%	27.0818%
南區	14.9828%	14.7224%	14.4669%	14.3411%	15.0900%
高屏	16.7051%	16.2349%	15.5508%	16.8311%	16.7268%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第4季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 57,193,499 - 13,581,684 \\
 &= 43,611,815
 \end{aligned}$$

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	0.87687205	29,705,376	3,657,563
北區	0.88828419	21,501,764	2,402,086
中區	0.87774258	29,499,134	3,606,486
南區	0.94122118	51,950,201	3,053,571
高屏	0.95919133	21,122,373	861,978
小計		153,778,848	13,581,684(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：106/05/04

105年第4季

結算主要費用年月起迄：105/10—105/12

核付截止日期：106/03/31

頁次：16

(七)其他5分區一般預算服務總額(BD2)=第4季預算Ga+ 第4季預算Gb+ 第4季預算Gc+ 第4季預算Gd+ 第4季預算Ge+ 第4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	1,194,167,332	152,615,592	154,257,217	83,554,270	83,111,878	12,647,077	1,680,353,366
北區	496,276,691	72,674,179	70,170,076	34,723,890	34,424,768	5,255,921	713,525,525
中區	1,122,601,792	90,613,721	135,800,646	78,546,979	77,445,146	11,889,148	1,516,897,432
南區	616,981,513	67,362,046	74,467,138	41,010,885	43,152,496	6,534,271	849,508,349
高屏	687,904,655	74,282,460	80,046,421	48,131,475	47,833,211	7,285,398	945,483,620
小計	4,117,931,983	457,547,998	514,741,498	285,967,499	285,967,499	43,611,815	5,705,768,292

(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	1,612,899,974	681,160,913	1,464,278,423	820,551,779	911,093,888	5,489,984,977
合 計(BD_104)	6,308,162,768	2,652,020,293	5,643,967,966	3,129,925,417	3,509,774,504	21,243,850,948
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	1,680,353,366	713,525,525	1,516,897,432	849,508,349	945,483,620	5,705,768,292
合 計(BD_105)	6,567,229,311	2,765,557,557	5,840,120,658	3,240,108,630	3,636,050,923	22,049,067,079
預算成長率	4.11%	4.28%	3.48%	3.52%	3.60%	3.79%

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%。

※各分區預算全年成長率皆未小於0，各分區預算不須撥補。

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($\sum dr_peop$)

$= \text{各分區} \sum \text{各鄉鎮市區權值}(dr_peop)$ 。

※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：106/05/04

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10—105/12

核付截止日期:106/03/31

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	1,266,277,245(BF)	587,242,896(BG)	287,030(BJ)
2-北區分區	499,708,074(BF)	276,997,537(BG)	89,898(BJ)
3-中區分區	1,130,556,405(BF)	529,021,376(BG)	113,725(BJ)
4-南區分區	560,217,962(BF)	316,598,478(BG)	141,305(BJ)
5-高屏分區	646,537,966(BF)	346,784,857(BG)	23,245(BJ)
6-東區分區	71,876,962(BF)	33,739,329(BG)	10,312(BJ)
7-合計	4,175,174,614(GF)	2,090,384,473(GG)	665,515(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 = [1,680,353,366	— 587,242,896—	287,030] / 1,266,277,245 = 0.86302067
北區分區 = [713,525,525	— 276,997,537—	89,898] / 499,708,074 = 0.87338611
中區分區 = [1,516,897,432	— 529,021,376—	113,725] / 1,130,556,405 = 0.87369575
南區分區 = [849,508,349	— 316,598,478—	141,305] / 560,217,962 = 0.95100229
高屏分區 = [945,483,620	— 346,784,857—	23,245] / 646,537,966 = 0.92597117
東區分區 = [129,852,290	— 33,739,329—	10,312] / 71,876,962 = 1.33704384

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)

= [5,835,620,582 — 2,090,384,473— 665,515] / 4,175,174,614 = 0.89686563

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)

= [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

/[一般服務核定浮動點數(BF)

+ 該分區核定非浮動點數(BG)

+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [1,680,353,366	]/ [1,266,277,245 + 587,242,896 + 287,030]	= 0.90643374
北區分區	= [713,525,525	]/ [499,708,074 + 276,997,537 + 89,898]	= 0.91855001
中區分區	= [1,516,897,432	]/ [1,130,556,405 + 529,021,376 + 113,725]	= 0.91396348
南區分區	= [849,508,349	]/ [560,217,962 + 316,598,478 + 141,305]	= 0.96869929
高屏分區	= [945,483,620	]/ [646,537,966 + 346,784,857 + 23,245]	= 0.95181695
東區分區	= [129,852,290	]/ [71,876,962 + 33,739,329 + 10,312]	= 1.22935214

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)

= [5,835,620,582] / [4,175,174,614 + 2,090,384,473 + 665,515] = 0.93128175

6. 中醫門診總額平均點值

= [加總調整後分區一般服務預算總額(BD2) + 專款專用暫結金額 + 品質保證保留款 + 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)]

/[加總分區一般服務核定浮動點數(GF) + 加總分區核定非浮動點數(BG) + 加總分區自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數

+ 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))]

= [5,835,620,582 + 70,475,355 + 5,748,355 + 26,913,186] / [4,175,174,614 + 2,090,384,473 + 665,515 + 88,332,081 + 26,913,186]

= 0.93062533

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)

= 24,539,796 + 28,250,000 + 8,000,000 + 6,627,783 + 3,057,776

= 70,475,355

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)	=	1,680,353,366
北區分區一般服務預算總額(BD2)	=	713,525,525
中區分區一般服務預算總額(BD2)	=	1,516,897,432
南區分區一般服務預算總額(BD2)	=	849,508,349
高屏分區一般服務預算總額(BD2)	=	945,483,620
東區分區一般服務預算總額(BD2)	=	129,852,290

總計		5,835,620,582
----	--	---------------

(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)= [129,852,290]—[71,876,962+ 33,739,329+ 10,312] × 1.2= 3,100,366

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：106/05/04

105年第 4季

結算主要費用年月起迄：105/10—105/12

核付截止日期：106/03/31

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	13,813,039(P) + 當季保留款	3,100,366(T1) =	16,913,405

(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 =	1,680,353,366(BD2) -	0 =	1,680,353,366
修正後北區分區一般服務預算總額 =	713,525,525(BD2) -	0 =	713,525,525
修正後中區分區一般服務預算總額 =	1,516,897,432(BD2) -	0 =	1,516,897,432
修正後南區分區一般服務預算總額 =	849,508,349(BD2) -	0 =	849,508,349
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	945,483,620(BD2) -	0 =	945,483,620
修正後東區分區一般服務預算總額 =	129,852,290(BD2) - 3,100,366 =		126,751,924

總計

5,832,520,216

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 = [1,680,353,366	— 587,242,896—	287,030] / 1,266,277,245 = 0.86302067
北區分區 = [713,525,525	— 276,997,537—	89,898] / 499,708,074 = 0.87338611
中區分區 = [1,516,897,432	— 529,021,376—	113,725] / 1,130,556,405 = 0.87369575
南區分區 = [849,508,349	— 316,598,478—	141,305] / 560,217,962 = 0.95100229
高屏分區 = [945,483,620	— 346,784,857—	23,245] / 646,537,966 = 0.92597117
東區分區 = [126,751,924	— 33,739,329—	10,312] / 71,876,962 = 1.29390949

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)

= [5,832,520,216 — 2,090,384,473— 665,515] / 4,175,174,614 = 0.89612305

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)

= [修正後分區一般服務預算總額(BD3)

/[一般服務核定浮動點數(BF)

+ 分區核定非浮動點數(BG)

+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [1,680,353,366	]/ [1,266,277,245 + 587,242,896 + 287,030]	= 0.90643374
北區分區	= [713,525,525	]/ [499,708,074 + 276,997,537 + 89,898]	= 0.91855001
中區分區	= [1,516,897,432	]/ [1,130,556,405 + 529,021,376 + 113,725]	= 0.91396348
南區分區	= [849,508,349	]/ [560,217,962 + 316,598,478 + 141,305]	= 0.96869929
高屏分區	= [945,483,620	]/ [646,537,966 + 346,784,857 + 23,245]	= 0.95181695
東區分區	= [126,751,924	]/ [71,876,962 + 33,739,329 + 10,312]	= 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)

= [5,832,520,216] / [4,175,174,614 + 2,090,384,473 + 665,515] = 0.93078697

5. 修正後中醫門診總額平均點值

= [修正後分區一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額 + 品質保證保留款 + 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)]

/[加總分區一般服務核定浮動點數(GF) + 加總分區核定非浮動點數(BG) + 加總分區自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數

+ 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))]

= [5,832,520,216 + 70,475,355 + 5,748,355 + 26,913,186] / [4,175,174,614 + 2,090,384,473 + 665,515 + 88,332,081 + 26,913,186]

= 0.93013949

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)

= 24,539,796 + 28,250,000 + 8,000,000 + 6,627,783 + 3,057,776

= 70,475,355

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月105/09(含)以前：於106/01/01~106/03/31期間核付者。

費用年月105/10~105/12：於105/10/01~106/03/31期間核付者。