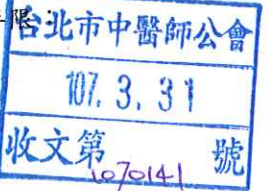


副本

檔 號：

保存年



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107年3月29日

發文字號：健保醫字第1070032913B號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：106年第3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107年3月8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」107年第1次會議決定，略以：106年第3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、為利結算時程，本署已先於107年3月2日以健保醫字第1070032814號函發開會通知單敘明由本署各分區業務組暫依本函點值辦理結算及暫付核定事宜，本次會議確認點值與前開函文所附議程點值一致。

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(2)

署長李伯璋

展弘

64.03

Just Zuo

衛生福利部中央健康保險署

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：106/10/30

106年第2季

結算主要費用年月起迄：106/04-106/06

核付截止日期：106/09/30

頁次：1

程式代號：RGBI1608R01

一、中醫一般部門服務醫療給付費用總額

(一)106年第2季調整後地區一般部門服務醫療給付費用總額

= 106年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G106合計) × 各季預算占率(h_q2)

= 23,511,348,057 × 25.293199%(h_q2)

= 5,946,772,052 (D1)

註：

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

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

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

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

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

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

= 106年全年預算 -

106年第1季預算 - 106年第2季預算 - 106年第3季預算

= 23,511,348,057元 -

5,489,771,870元 - 5,946,772,052元 -

= 6,100,000,444元。

5,974,803,691元

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

項目	104年各季 一般服務醫療 給付費用總額	103年各季校正 投保人口數 成長率差值	105年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	104年各季校正 投保人口數 成長率差值	106年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	106年 品質保證 保留款	106年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額
	(Q104)	(PEOP103)	(Q105)	(PEOP104)	(Q106)	(C106)	(OPD_G106)	B3
			= (Q104+PEOP103) ×(1+3.401%)		= (Q105+PEOP104) ×(1+3.291%)	(詳說明4)	= (Q106-C106)	
第1季	5,324,921,216	13,183,676	5,519,653,839	29,594,349	5,731,873,946	10,887,353	5,720,986,593	26,866,132
第2季	5,457,205,702	19,673,940	5,663,148,319	22,435,537	5,872,696,421	11,162,464	5,861,533,957	33,091,350
第3季	5,381,087,547	20,449,488	5,585,243,310	24,284,110	5,794,136,967	11,011,064	5,783,125,903	0
第4季	5,724,631,860	23,723,504	5,943,856,930	17,370,269	6,157,411,186	11,709,582	6,145,701,604	0
合計	21,887,846,325	77,030,608	22,711,902,398	93,684,265	23,556,118,520	44,770,463	23,511,348,057	59,957,482

註：

1. 105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q105)

= (104年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%)

2. 106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q106)

= (105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q105)+104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104)) × (1+3.291%)

※一般服務成長率為3.291%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.281%，協商因素成長率1.010%。

3. 依據「106年中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式計畫」，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依前開計畫進行預算分配。

4. 106年品質保證保留款(C106)

= 105年編列之品質保證保留款預算+106年編列之品質保證保留款預算

= (104年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q104)+103年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP103)) × 105年品質保證保留款
醫療給付費用成長率(0.1%)+(105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q105)+104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104))
× 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

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

程式代號：RGB11608R01

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：106/10/30

106年第2季

結算主要費用年月起迄：106/04—106/06

核付截止日期：106/09/30

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 = 121,500,000

第1季：預算 = 121,500,000/4 = 30,375,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：10

(1)獎勵開業已支用點數	：	3,735,587(J1)	(浮動點數	：	2,527,506	；非浮動點數：	1,208,081)
(2)獎勵開業保障給付收入	：	8,335,012(J2)					
(3)獎勵開業論次費用	：	0(J3)					
(4)小計已支用點數(J1+J3)	：	3,735,587(J4)	暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點× 論次費用(J3) =		8,335,012(J5)		

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數	：	1,302,547(J6)					
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	：	14,725,500(J7)					
(3)小計已支用點數	：	16,028,047(J8)	暫結金額 = 1元/點× 16,028,047(J8) =		16,028,047(J9)		

3. 合計：

已支用點數：	19,763,634(J4+J8)
暫結金額：	24,363,059(J10=J5+J9)
未支用金額 = 第1季預算 - 第1季暫結金額 =	30,375,000 - 24,363,059 = 6,011,941

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

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：11

(1)獎勵開業已支用點數	：	4,691,998(K1)	(浮動點數	：	3,314,408	；非浮動點數：	1,377,590)
(2)獎勵開業保障給付收入	：	9,754,148(K2)					
(3)獎勵開業論次費用	：	0(K3)					
(4)小計已支用點數(K1+K3)	：	4,691,998(K4)	暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點× 論次費用(K3) =		9,754,148(K5)		

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數	：	1,626,949(K6)					
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	：	16,599,000(K7)					
(3)小計已支用點數	：	18,225,949(K8)	暫結金額 = 1元/點× 18,225,949(K8) =		18,225,949(K9)		

3. 合計：

已支用點數：	22,917,947(K4+K8)
暫結金額：	27,980,097(K10=K5+K9)
未支用金額 = 第2季預算 - 第2季暫結金額 =	36,386,941 - 27,980,097 = 8,406,844

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

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數： 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：

已支用點數：	0(L4+L8)
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=	38,781,844 - 0= 38,781,844

第4季：預算=當季預算+前一季未支用金額=121,500,000/4+ 38,781,844= 69,156,844

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數： 0

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

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

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

3. 合計：

已支用點數：	0(M4+M8)
暫結金額：	0(M10=M5+M9)
未支用金額= 第4季預算 - 第4季暫結金額=	69,156,844 - 0= 69,156,844

程式代號：R0BI1608R01

106年第 2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

列印日期：106/10/30

核付截止日期：106/09/30

頁次：5

結算主要費用年月起迄：106/04—106/06

全年合計：全年預算=121,500,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：12

(1)獎勵開業已支用點數

(2)獎勵開業保障給付收入

(3)獎勵開業論次費用

(4)小計已支用點數(N1+N3)

：8,427,585(N1)

：18,089,160(N2)

：0(N3)

：8,427,585(N4)

(浮動點數：5,841,914；非浮動點數：2,585,671)

結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額=18,089,160(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：2,929,496(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數：31,324,500(N7)

(3)小計已支用點數：34,253,996(N8)

結算金額=34,253,996(N9)

(如當季暫結金額大於預算金額，則結算金額為當季預算)

3. 合計：

已支用點數：42,681,581(N4+N8)

全年結算金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)：52,343,156

全年未支用金額=全年預算-全年結算金額=121,500,000-52,343,156=69,156,844

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

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=133,000,000

第1季:預算=133,000,000/4=33,250,000

- (1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (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：
 (3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (5)小計：

已支用點數= 40,295,213

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 40,295,213

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

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

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=133,000,000/4+

0= 33,250,000

- (1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (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：
 (3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (5)小計：

已支用點數= 44,106,419

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 44,106,419

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

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

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
27,195,777(V01)	25,703,834(VF01)	1,491,943(VN01)
8,431,168(V02)	6,914,140(VF02)	1,517,028(VN02)
3,181,514(V03)	3,013,485(VF03)	168,029(VN03)
1,486,754(V04)	1,403,157(VF04)	83,597(VN04)
40,295,213(V05)	37,034,616(VF05)	3,260,597(VN05)

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
29,606,990(W01)	28,127,041(WF01)	1,479,949(WN01)
10,218,502(W02)	8,509,323(WF02)	1,709,179(WN02)
2,980,534(W03)	2,854,744(WF03)	125,790(WN03)
1,300,393(W04)	1,227,534(WF04)	72,859(WN04)
44,106,419(W05)	40,718,642(WF05)	3,387,777(WN05)

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

- (1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (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：
 (3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (5)小計：

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＝33,250,000－0＝33,250,000

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝133,000,000/4＋33,250,000＝66,500,000

- (1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (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：
 (3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (5)小計：

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＝66,500,000－0＝66,500,000

全年合計：全年預算＝133,000,000

- (1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (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：
 (3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：
 (5)小計：

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)＝66,500,000

未支用金額＝全年預算－第1-4季已暫結金額＝133,000,000－66,500,000＝66,500,000

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
0(X01)	0(XF01)	0(XN01)
0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
0(X05)	0(XF05)	0(XN05)

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)

已支用點數	浮動點數	非浮動點數
56,802,767(Z01)	53,830,875(ZF01)	2,971,892(ZN01)
18,649,670(Z02)	15,423,463(ZF02)	3,226,207(ZN02)
6,162,048(Z03)	5,868,229(ZF03)	293,819(ZN03)
2,787,147(Z04)	2,630,691(ZF04)	156,456(ZN04)
84,401,632(Z05)	77,753,258(ZF05)	6,648,374(ZN05)

註：依據「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。

當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算 = 47,700,000

第1季：

預算 = 47,700,000/4 = 11,925,000
 已支用點數 = 15,102,843
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 15,102,843
 未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 11,925,000 - 15,102,843 = -3,177,843
 浮動點值 = (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (11,925,000 - 0) / 15,102,843 = 0.78958644

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 47,700,000/4 + 0 = 11,925,000
 已支用點數 = 15,663,309
 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 15,663,309
 未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 11,925,000 - 15,663,309 = -3,738,309
 浮動點值 = (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (11,925,000 - 0) / 15,663,309 = 0.76133338

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 47,700,000/4 + 0 = 11,925,000
 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3季已支用點數 = 11,925,000 - 0 = 11,925,000

第4季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 47,700,000/4 + 11,925,000 = 23,850,000
 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4季已支用點數 = 23,850,000 - 0 = 23,850,000

全年合計：

全年預算 = 47,700,000
 已支用點數 = 30,766,152
 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) = 23,850,000
 未支用金額 = 全年預算 - 第1-4季已暫結金額 = 47,700,000 - 23,850,000 = 23,850,000

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 全年預算=25,000,000

第1季：

預算 = 25,000,000/4 = 6,250,000

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

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 6,505,918

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 6,250,000 - 6,505,918 = -255,918

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

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

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

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 6,717,360

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 6,250,000 - 6,717,360 = -467,360

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

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

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

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 = 6,250,000 - 0 = 6,250,000

第4季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 25,000,000/4 + 6,250,000 = 12,500,000

- (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4季預算 - 1元/點 × 第4季已支用點數 = 12,500,000 - 0 = 12,500,000

全年合計：

全年預算 = 25,000,000

已支用點數 = 13,223,278

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

= 6,250,000 + 6,250,000 + 0 + 0 = 12,500,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 25,000,000 - 12,500,000 = 12,500,000

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

(五)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算 = 20,000,000

第1季：

預算 = 20,000,000/4 = 5,000,000

已支用點數 = 1,392,995

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 1,392,995

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

第2季：

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

已支用點數 = 1,041,477

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 1,041,477

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

第3季：

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

已支用點數 = 0

暫結金額 = 1元/點x已支用點數 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點x 第1季已支用點數 = 12,565,528 - 0 = 12,565,528

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

程式代號：RGB11608R01

106年第2季 結算主要費用年月起迄：106/04—106/06 核付截止日期：106/09/30

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 5,000,000 + 12,565,528 = 17,565,528
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＝ 17,565,528－0＝ 17,565,528

全年合計：

全年預算＝ 20,000,000
已支用點數＝ 2,434,472
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)
＝ 1,392,995 + 1,041,477 + 0 + 2,434,472
未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 20,000,000－2,434,472＝ 17,565,528

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

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

第1季：

預算＝ 30,000,000/4＝ 7,500,000
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＝ 7,500,000－0＝ 7,500,000

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 30,000,000/4 + 7,500,000 = 15,000,000
已支用點數＝ 234,507
暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 234,507
未支用金額＝ 第2季預算－1元/點×第1季已支用點數＝ 15,000,000－234,507＝ 14,765,493

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 30,000,000/4 + 14,765,493 = 22,265,493
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＝ 22,265,493－0＝ 22,265,493

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11608R01

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：106/10/30

106年第2季

結算主要費用年月起迄：106/04—106/06

核付截止日期：106/09/30

頁次：12

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額= 30,000,000/4 + 22,265,493 = 29,765,493
 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 = 29,765,493 - 0 = 29,765,493

全年合計：

全年預算 = 30,000,000
 已支用點數 = 234,507
 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 + 234,507 + 0 = 234,507
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 30,000,000 - 234,507 = 29,765,493

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

(七)專款費用合計

第1季：已支用點數 83,060,603 暫結金額： 77,181,054
 第2季：已支用點數 90,681,019 暫結金額： 80,681,081
 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
 小計：已支用點數 173,741,622 暫結金額： 157,862,135
 ※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
 = 377,200,000 - 157,862,135
 = 219,337,865

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 5,946,772,052 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 33,091,350 (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 5,913,680,702 (E)

各分區醫療資源不足地區改善方案_論量計酬：

就醫分區	浮動點數	非浮動點數	合 計	論量計酬結算金額
臺北	2,524,224	1,052,876	3,577,100	3,577,100
北區	4,351,510	1,791,107	6,142,617	6,142,617
中區	1,960,777	718,738	2,679,515	2,679,515
南區	3,300,473	1,190,453	4,490,926	4,490,926
高屏	5,605,879	2,167,087	7,772,966	7,772,966
東區	6,090,838	2,337,388	8,428,226	8,428,226
合計	23,833,701	9,257,649	33,091,350(B2)	33,091,350(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% = 5,913,680,702 × 2.22% = 131,283,712 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險基金(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = (E) × 97.78% - 10,000,000 = 5,772,396,990 (加總後四捨五入至整數位)(註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 69% = 5,772,396,990 × 69% = 3,982,953,923 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 11% = 5,772,396,990 × 11% = 634,963,669 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,772,396,990 × 9% = 519,515,729 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,772,396,990 × 5% = 288,619,850 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,772,396,990 × 5% = 288,619,850 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 5,772,396,990 - 3,982,953,923 - 634,963,669 - 519,515,729 - 288,619,850 = 57,723,969

(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	105年5月	105年4~6月		
分區	各分區 各季總預算 (Ai1)	各區 戶籍人口數 (Ai2)	各區就醫 次數比率加總 (a)		
	指標1占率 =(Ai1/ΣAi1)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	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	7,650,290	989,265.678279	29.8447%	30.3801%
北區	1,656,701,975	3,661,746	449,375.589613	13.5570%	13.8002%
中區	3,696,250,352	4,548,610	857,642.620986	25.8739%	26.3380%
南區	1,992,139,000	3,370,510	462,941.633999	13.9663%	14.2168%
高屏	2,262,525,558	3,719,181	497,069.782085	14.9959%	15.2649%
東區			58,412.694823		
小計	13,653,289,449	22,950,337	3,314,707.999785	98.2378%	100.0000%

指標		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				各分區各季經指 標4加權後之預算 (Ai4) =(Ai1)×(1+指標4權值) =(Ai1/ΣAi4)		指標4占率	
計算期間		105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)			
臺北	-0.007685	0.052712	-0.060397	2	0.00	4,045,672,564	4,045,672,564	29.8791%	
北區	0.000183	0.063475	-0.063292	4	0.00	1,656,701,975	1,656,701,975	12.2355%	
中區	-0.009118	0.052506	-0.061624	3	0.00	3,696,250,352	3,696,250,352	27.2984%	
南區	-0.001430	0.054096	-0.055526	1	0.00	1,992,139,000	1,992,139,000	14.7128%	
高屏	-0.009514	0.057360	-0.066874	5	-0.05	2,262,525,558	2,149,399,280	15.8742%	
小計						13,653,289,449	13,540,163,171	100.0000%	

指標		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				各分區各季經指 標5加權後之預算 (Ai5) =(Ai1)×(1+指標5權值和) =(Ai5/ΣAi5)		指標5占率	
計算期間		106年2月							
分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)							
臺北	0.000157	4,045,672,564				4,046,307,735	29.6044%		
北區	-0.001991	1,656,701,975				1,653,403,481	12.0970%		
中區	-0.005929	3,696,250,352				3,674,335,284	26.8829%		
南區	0.013858	1,992,139,000				2,019,746,062	14.7773%		
高屏	0.005125	2,262,525,558				2,274,121,001	16.6384%		
小計		13,653,289,449				13,667,913,563	100.0000%		

程式代號: RGB11608R01

(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%	33.3341%	30.3801%	29.8791%	29.6044%
北區	12.1341%	15.9551%	13.8002%	12.2355%	12.0970%
中區	27.0722%	19.8194%	26.3380%	27.2984%	26.8829%
南區	14.5909%	14.6861%	14.2168%	14.7128%	14.7773%
高屏	16.5713%	16.2053%	15.2649%	15.8742%	16.6384%
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):

第2季指標6分配後剩餘預算(N) =	指標6預算(GF) - 第一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)
=	57,723,969 - 11,360,787
=	46,363,182

分區	第一季浮動點值	偏鄉院所當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.91121611	33,372,071	2,962,908
北區	0.91231593	19,522,167	1,711,785
中區	0.89548160	31,694,759	3,312,688
南區	0.96097416	47,768,824	1,864,216
高屏	0.93065101	21,762,302	1,509,190
小計		154,120,123	11,360,787(M1)

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh) = 10,000,000 - 前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)
 = 10,000,000 - 608,930
 = 9,391,070 (Gh)

分區	前一季浮動點值	風險基金撥付院所 當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北區	0.91121611	2,474,690	219,713
中區	0.91231593	0	0
南區	0.89548160	0	0
高屏	0.96097416	5,918,651	230,980
	0.93065101	2,281,756	158,237
小計		10,675,097	608,930(R1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGB11608R01

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：106/10/30

106年第2季

結算主要費用年月起迄：106/04—106/06

核付截止日期：106/09/30

頁次：18

(八)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+第1季就醫率最高分區之風險基金分配款Gh。

分區	預算(Ga) =GA×指標1占率	預算(Gb) =GB×指標2占率	預算(Gc) =GC×指標3占率	預算(Gd) =GD×指標4占率	預算(Ge) =GE×指標5占率	預算(Gf) =Nx指標1占率	就醫率最高 分區之風險 基金分配款 (Gh)	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北區	1,180,208,992	211,659,424	157,829,398	86,237,014	85,444,175	13,738,106	0	1,735,117,109
北區	483,295,612	101,309,088	71,694,210	35,314,082	34,914,343	5,625,755	0	732,153,090
中區	1,078,273,252	125,845,989	136,830,053	78,788,601	77,589,386	12,551,533	9,391,070	1,519,269,884
南區	581,148,824	93,251,399	73,858,512	42,464,061	42,650,221	6,764,806	0	840,137,823
高屏	660,027,243	102,897,769	79,303,556	45,816,092	48,021,725	7,682,982	0	943,749,367
小計	3,982,953,923	634,963,669	519,515,729	288,619,850	288,619,850	46,363,182	9,391,070	5,770,427,273

(九)全年各季各分區預算

季別	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	合計
105年 第1季	1,518,463,662	639,890,550	1,374,355,079	779,440,611	866,967,557	5,179,117,459
第2季	1,668,383,300	699,081,865	1,469,223,679	807,813,187	914,078,605	5,558,580,636
第3季	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
106年 第1季	1,565,580,021	664,203,291	1,407,405,538	800,923,253	887,902,842	5,326,014,945
第2季	1,735,117,109	732,153,090	1,519,269,884	840,137,823	943,749,367	5,770,427,273
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_106)	3,300,697,130	1,396,356,381	2,926,675,422	1,641,061,076	1,831,652,209	11,096,442,218
預算成長率	3.57%	4.29%	2.92%	3.39%	2.84%	3.34%

※：預算成長率 = (106年全年分區預算(BD_106) / 105年全年分區預算(BD_105) - 1) × 100%。

註：

- 依據「106年中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式計畫」辦理。
- 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
- 為避免東區分區及其他5分區一般服務預算總額加總後與調整後地區一般部門服務醫療給付費用總額(D1)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = 調整後地區一般部門服務醫療給付費用總額(D1) - 東區分區一般服務預算總額(D6)。
- 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
(1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
(2)條件說明：105年第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；105年第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；105年第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；105年第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
- 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
(1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：Σ各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣAi2)。
(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： $\sum$ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總($\sum Ai3$)。

(2)條件說明：保險對象：身分證號碼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】及中醫醫療照費試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】案件，該費用年次月次月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： $\langle 1 \rangle$ 計算去年同期全國就醫人數(T)； $\langle 2 \rangle$ 計算每位病患於各區就醫次數(a)， $\langle 3 \rangle$ 計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)= $\text{每位病患於各區就醫次數} / \sum \text{每位病患於各區就醫次數}$ ； $\langle 4 \rangle$ 各區每位病患之就醫次數比率(T)=各區 $\sum$ 每位病患於各區就醫次數比率(a%)， $\langle 5 \rangle$ 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)， $\langle 6 \rangle$ 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($\sum K1$)。

7. 指標4：去年同期每人利用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碼相同者計一人。

(2)人數利用成長率(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、中醫醫療照費試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。

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

8. 指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

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

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

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

(3)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數=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

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 >= 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)。

※各鄉鎮市區每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 <= 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)。

※各鄉鎮市區每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

= 各分區 Σ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)。

※成長率之計算係與前季季中比較。

9. 指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

(3) 條件說明：

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

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

10. 風險基金提撥及分配：

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

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

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

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

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

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

四、一般服務各分區浮動點值之計算

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

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1, 267, 455, 637(BF)	558, 944, 999(BG)	231, 440(BJ)
2-北區分區	500, 820, 732(BF)	271, 581, 946(BG)	111, 584(BJ)
3-中區分區	1, 123, 614, 273(BF)	512, 401, 734(BG)	66, 923(BJ)
4-南區分區	560, 377, 378(BF)	306, 536, 570(BG)	71, 855(BJ)
5-高屏分區	647, 299, 798(BF)	335, 180, 078(BG)	63, 045(BJ)
6-東區分區	72, 720, 005(BF)	33, 154, 314(BG)	5, 896(BJ)
7-合計	4, 172, 287, 823(GF)	2, 017, 799, 641(GG)	550, 743(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)
 - 各分區自墊核定點數(BJ)]
 / 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區 = [1,735,117,109	-	558,944,999-	231,440] /	1,267,455,637 =	0.92779632
北區分區 = [732,153,090	-	271,581,946-	111,584] /	500,820,732 =	0.91940994
中區分區 = [1,519,269,884	-	512,401,734-	66,923] /	1,123,614,273 =	0.89603813
南區分區 = [840,137,823	-	306,536,570-	71,855] /	560,377,378 =	0.95208946
高屏分區 = [943,749,367	-	335,180,078-	63,045] /	647,299,798 =	0.94006864
東區分區 = [131,283,712	-	33,154,314-	5,896] /	72,720,005 =	1.34933299

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)
 - 加總自墊核定點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(BF)

= [5,901,710,985
 - 2,017,799,641 -
 550,743] / 4,172,287,823 = 0.93075089

4. 一般服務浮動分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [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, 735, 117, 109	]/ [1, 267, 455, 637 +	558, 944, 999 +	231, 440]	= 0. 94989962
北區分區	= [732, 153, 090	]/ [500, 820, 732 +	271, 581, 946 +	111, 584]	= 0. 94775349
中區分區	= [1, 519, 269, 884	]/ [1, 123, 614, 273 +	512, 401, 734 +	66, 923]	= 0. 92860200
南區分區	= [840, 137, 823	]/ [560, 377, 378 +	306, 536, 570 +	71, 855]	= 0. 96903296
高屏分區	= [943, 749, 367	]/ [647, 299, 798 +	335, 180, 078 +	63, 045]	= 0. 96051719
東區分區	= [131, 283, 712	]/ [72, 720, 005 +	33, 154, 314 +	5, 896]	= 1. 23992676

5. 一般服務浮動全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [5, 901, 710, 985

]/ [4, 172, 287, 823 +

2, 017, 799, 641 +

550, 743]

= 0. 95332836

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, 901, 710, 985 + 80, 681, 081 + 11, 162, 464 + 33, 091, 350] / [4, 172, 287, 823 + 2, 017, 799, 641 + 550, 743 + 90, 681, 019 + 33, 091, 350]

= 0. 95442731

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

= 27, 980, 097 + 33, 250, 000 + 11, 925, 000 + 6, 250, 000 + 1, 041, 477 + 234, 507

= 80, 681, 081

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)	=	1,735,117,109
北區分區一般服務預算總額(BD2)	=	732,153,090
中區分區一般服務預算總額(BD2)	=	1,519,269,884
南區分區一般服務預算總額(BD2)	=	840,137,823
高屏分區一般服務預算總額(BD2)	=	943,749,367
東區分區一般服務預算總額(BD2)	=	131,283,712

總計

5,901,710,985

(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(BG) + 核定非浮動點數(BJ)] × 1.2

臺北分區當季保留款(T1)=	0
北區分區當季保留款(T1)=	0
中區分區當季保留款(T1)=	0
南區分區當季保留款(T1)=	0
高屏分區當季保留款(T1)=	0
東區分區當季保留款(T1)=	[131,283,712] - [72,720,005 + 33,154,314 + 5,896] × 1.2 = 4,227,454

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
北區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(T1) = 0
中區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(T1) = 0
南區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(T1) = 0
高屏分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(T1) = 0
東區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款	0(T1) = 0
	5,829,638(P) + 當季保留款
	4,227,454(T1) = 10,057,092

(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	=	1,735,117,109(BD2) -	0 =	1,735,117,109
修正後北區分區一般服務預算總額	=	732,153,090(BD2) -	0 =	732,153,090
修正後中區分區一般服務預算總額	=	1,519,269,884(BD2) -	0 =	1,519,269,884
修正後南區分區一般服務預算總額	=	840,137,823(BD2) -	0 =	840,137,823
修正後高屏分區一般服務預算總額	=	943,749,367(BD2) -	0 =	943,749,367
修正後東區分區一般服務預算總額	=	131,283,712(BD2) -	4,227,454 =	127,056,258

總計

5,897,483,531

註：保留款之運用係依據全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案辦理。

六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額

= [修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

- 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)

- 各分區自墊核退點數(BJ)]

/ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區 = [1,735,117,109
北區分區 = [732,153,090
中區分區 = [1,519,269,884
南區分區 = [840,137,823
高屏分區 = [943,749,367
東區分區 = [127,056,258

- 558,944,999 - 231,440] / 1,267,455,637 = 0.92779632
- 271,581,946 - 111,584] / 500,820,732 = 0.91940994
- 512,401,734 - 66,923] / 1,123,614,273 = 0.89603813
- 306,536,570 - 71,855] / 560,377,378 = 0.95208946
- 335,180,078 - 63,045] / 647,299,798 = 0.94006864
- 33,154,314 - 5,896] / 72,720,005 = 1.29119969

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = [加總修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

- 加總核定非浮動點數(BG)

- 加總自墊核退點數(BJ)]

/ 加總一般服務浮動核定點數(BF)

= [5,897,483,531

- 2,017,799,641 - 550,743] / 4,172,287,823 = 0.92973767

3. 修正後一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [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	= [1,735,117,109	]/ [	1,267,455,637 +	558,944,999 +	231,440]	= 0.94989962
北區分區	= [732,153,090	]/ [	500,820,732 +	271,581,946 +	111,584]	= 0.94775349
中區分區	= [1,519,269,884	]/ [	1,123,614,273 +	512,401,734 +	66,923]	= 0.92860200
南區分區	= [840,137,823	]/ [	560,377,378 +	306,536,570 +	71,855]	= 0.96903296
高屏分區	= [943,749,367	]/ [	647,299,798 +	335,180,078 +	63,045]	= 0.96051719
東區分區	= [127,056,258	]/ [	72,720,005 +	33,154,314 +	5,896]	= 1.20000000

4. 修正後一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [5,897,483,531

]/ [

4,172,287,823 + 2,017,799,641 +

550,743]

= 0.95264548

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)]

= [5,897,483,531 + 80,681,081 + 11,162,464 + 33,091,350] / [4,172,287,823 + 2,017,799,641 + 550,743 + 90,681,019 + 33,091,350]

= 0.95375781

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

= 27,980,097 + 33,250,000 + 11,925,000 + 6,250,000 + 1,041,477 + 234,507

= 80,681,081

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月106/03(含)以前：於106/07/01~106/09/30期間核付者。

費用年月106/04~106/06：於106/04/01~106/09/30期間核付者。