

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/03

107年第4季

結算主要費用年月起迄：107/10-107/12

核付截止日期：108/03/31

頁次：1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)107年第4季調整後中醫一般服務醫療給付費用總額

=107年全年中醫一般服務醫療給付費用總額預算-107年第1~3季調整後中醫一般部門服務醫療給付費用總額
= 24,303,559,913 - 5,630,400,621 - 6,174,349,046 - 6,170,196,783
= 6,328,613,463 (D1)

註：

- 依據106年11月16日「中醫門診總額研商議事會議」106年第4次會議決定，以101-105年(近五年)之各季核定點數平均占率做為107年各季預算重分配之依據。107年各季預算占率分別為：第1季：23.166979%，第2季：25.405122%，第3季：25.388037%，第4季：26.039862%。
- 107年全年地區一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G107合計)為24,303,559,913元，各季調整後預算如下：
107年第1季預算5,914,873,998元，調整後預算為5,630,400,621元 = $24,303,559,913 \times 23.166979\%(h_q1)$ 。
107年第2季預算6,057,047,786元，調整後預算為6,174,349,046元 = $24,303,559,913 \times 25.405122\%(h_q2)$ 。
107年第3季預算5,985,941,126元，調整後預算為6,170,196,783元 = $24,303,559,913 \times 25.388037\%(h_q3)$ 。
107年第4季預算6,345,697,003元，調整後預算為6,328,613,463元
= 107年全年預算 - 107年第1季預算 - 107年第2季預算 - 107年第3季預算
= 24,303,559,913元 - 5,630,400,621元 - 6,174,349,046元 - 6,170,196,783元
= 6,328,613,463元。

(二)107年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G107合計)

項目	105年各季 一般服務醫療 給付費用總額	104年各季校正 投保人口數 成長率差額	106年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	105年各季校正 投保人口數預估 成長率差值	107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	107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
	(Q105)	(PEOP104)	(Q106) =(Q105+PEOP104) ×(1+3.291%)	(PEOP105) =(Q106+PEOP105) ×(1+3.000%)	(Q107)	(C106)	(OPD_G107) =(Q107-C106)	B3
第1季	5,519,653,839	29,594,349	5,731,873,946	16,109,788	5,920,423,246	5,549,248	5,914,873,998	31,232,238
第2季	5,663,148,319	22,435,537	5,872,696,421	13,452,482	6,062,733,370	5,685,584	6,057,047,786	39,781,684
第3季	5,585,243,310	24,284,110	5,794,136,967	22,902,502	5,991,550,653	5,609,527	5,985,941,126	42,197,353
第4季	5,943,856,930	17,370,269	6,157,411,186	9,247,290	6,351,658,230	5,961,227	6,345,697,003	43,373,713
合計	22,711,902,398	93,684,265	23,556,118,520	61,712,062	24,326,365,499	22,805,586	24,303,559,913	156,584,988

註：

- 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%)
- 107年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q107)
= (106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q106)+105年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP105)) × (1+3.000%)。
※一般服務成長率為3.291%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.281%，協商因素成長率1.010%。
- 依據「107年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式計畫」，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依前開計畫進行預算分配。
- 106年品質保證保留款(C106)
= (105年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106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後106年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正「投保人口預估成長率」差值。

二、專款專用費用總額

(一) 醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 135,600,000

第1季:預算=135,600,000/4= 33,900,000

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 : 5,432,853(J1) (浮動點數 : 3,927,421 ; 非浮動點數 : 1,505,432)

(2) 獎勵開業保障給付收入 : 9,744,535(J2)

(3) 獎勵開業論次費用 : 72,800(J3)

(4) 小計已支用點數(J1+J3) : 5,505,653(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 9,817,335(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 : 1,511,602(J6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數 : 15,602,000(J7)

(3) 小計已支用點數 : 17,113,602(J8) 暫結金額= 1元/點× 17,113,602(J8)= 17,113,602(J9)

3. 合計:

已支用點數: 22,619,255(J4+J8)

暫結金額 : 26,930,937(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 33,900,000 - 26,930,937= 6,969,063

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 6,969,063= 40,869,063

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 : 6,286,998(K1) (浮動點數 : 4,790,626 ; 非浮動點數 : 1,496,372)

(2) 獎勵開業保障給付收入 : 10,243,066(K2)

(3) 獎勵開業論次費用 : 193,280(K3)

(4) 小計已支用點數(K1+K3) : 6,480,278(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 10,436,346(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 : 1,924,637(K6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數 : 18,154,537(K7)

(3) 小計已支用點數 : 20,079,174(K8) 暫結金額= 1元/點× 20,079,174(K8)= 20,079,174(K9)

3. 合計:

已支用點數: 26,559,452(K4+K8)

暫結金額 : 30,515,520(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 40,869,063 - 30,515,520= 10,353,543

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/03

107年第4季

結算主要費用年月起迄：107/10—107/12

核付截止日期：108/03/31

頁次：4

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝135,600,000/4＋10,353,543＝44,253,543

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：6,658,974(L1) (浮動點數：4,883,201；非浮動點數：1,775,773)
 (2) 獎勵開業保障給付收入：10,622,661(L2)
 (3) 獎勵開業論次費用：-38,480(L3)
 (4) 小計已支用點數(L1+L3)：6,620,494(L4) 暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋1元/點×論次費用(L3)＝10,584,181(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：2,040,170(L6)
 (2) 中醫巡迴論次費用已支用點數：18,679,860(L7)
 (3) 小計已支用點數：20,720,030(L8) 暫結金額＝1元/點×20,720,030(L8)＝20,720,030(L9)

3. 合計：

已支用點數：27,340,524(L4+L8)
 暫結金額：31,304,211(L10=L5+L9)
 未支用金額＝第3季預算－第3季暫結金額＝44,253,543－31,304,211＝12,949,332

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝135,600,000/4＋12,949,332＝46,849,332

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：13

(1) 獎勵開業已支用點數：8,335,382(M1) (浮動點數：6,226,109；非浮動點數：2,109,273)
 (2) 獎勵開業保障給付收入：13,430,052(M2)
 (3) 獎勵開業論次費用：34,800(M3)
 (4) 小計已支用點數(M1+M3)：8,370,182(M4) 暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋1元/點×論次費用(M3)＝13,464,852(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：2,102,241(M6)
 (2) 中醫巡迴論次費用已支用點數：19,129,760(M7)
 (3) 小計已支用點數：21,232,001(M8) 暫結金額＝1元/點×21,232,001(M8)＝21,232,001(M9)

3. 合計：

已支用點數：29,602,183(M4+M8)
 暫結金額：34,696,853(M10=M5+M9)
 未支用金額＝第4季預算－第4季暫結金額＝46,849,332－34,696,853＝12,152,479

=====

全年合計:全年預算=135,600,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 14

(1) 獎勵開業已支用點數 : 26,714,207(N1) (浮動點數 : 19,827,357 ; 非浮動點數 : 6,886,850)

(2) 獎勵開業保障給付收入 : 44,040,314(N2)

(3) 獎勵開業論次費用 : 262,400(N3)

(4) 小計已支用點數(N1+N3) : 26,976,607(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 44,302,714(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 : 7,578,650(N6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數 : 71,566,157(N7)

(3) 小計已支用點數 : 79,144,807(N8)

結算金額= 79,144,807(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: 106,121,414(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): 123,447,521

全年未支用金額= 全年預算 - 全年結算金額=135,600,000-123,447,521= 12,152,479

註:依據「107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=130,000,000

第1季:預算= 130,000,000/4= 32,500,000

	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：	29,842,253(V01)	28,298,399(VF01)	1,543,854(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,974,036(V02)	3,803,534(VF02)	170,502(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,592,239(V03)	1,526,714(VF03)	65,525(VN03)
(4)小計：	35,408,528(V04)	33,628,647(VF04)	1,779,881(VN04)
已支用點數=	35,408,528		
暫結金額= 1元/點× 已支用點數=	35,408,528		
未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數=	32,500,000 - 35,408,528=		-2,908,528
浮動點值= (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)=	(32,500,000 - 1,779,881) /	33,628,647=	0.91351041

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 130,000,000/4+ 0= 32,500,000

	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：	34,619,781(W01)	32,928,479(WF01)	1,691,302(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,643,219(W02)	4,447,752(WF02)	195,467(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,860,531(W03)	1,746,708(WF03)	113,823(WN03)
(4)小計：	41,123,531(W04)	39,122,939(WF04)	2,000,592(WN04)
已支用點數=	41,123,531		
暫結金額= 1元/點× 已支用點數=	41,123,531		
未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數=	32,500,000 - 41,123,531=		-8,623,531
浮動點值= (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)=	(32,500,000 - 2,000,592) /	39,122,939=	0.77957865

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R01

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：108/05/03

107年第4季

結算主要費用年月起迄：107/10-107/12

核付截止日期：108/03/31

頁次：7

第3季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 130,000,000/4+ 0= 32,500,000

	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：	34,692,348(X01)	33,057,611(XF01)	1,634,737(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,642,653(X02)	4,448,379(XF02)	194,274(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,624,527(X03)	1,546,362(XF03)	78,165(XN03)
(4)小計：	40,959,528(X04)	39,052,352(XF04)	1,907,176(XN04)

已支用點數= 40,959,528

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 40,959,528

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 32,500,000 - 40,959,528 = -8,459,528

浮動點值= (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (32,500,000 - 1,907,176) / 39,052,352 = 0.78337981

第4季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 130,000,000/4+ 0= 32,500,000

	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：	37,269,480(Y01)	35,458,365(YF01)	1,811,115(YN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,573,074(Y02)	4,370,862(YF02)	202,212(YN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,251,407(Y03)	2,152,868(YF03)	98,539(YN03)
(4)小計：	44,093,961(Y04)	41,982,095(YF04)	2,111,866(YN04)

已支用點數= 44,093,961

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 44,093,961

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 32,500,000 - 44,093,961 = -11,593,961

浮動點值= (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (32,500,000 - 2,111,866) / 41,982,095 = 0.72383558

全年合計：全年預算= 130,000,000

	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：	136,423,862(Z01)	129,742,854(ZF01)	6,681,008(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	17,832,982(Z02)	17,070,527(ZF02)	762,455(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	7,328,704(Z03)	6,972,652(ZF03)	356,052(ZN03)
(4)小計：	161,585,548(Z04)	153,786,033(ZF04)	7,799,515(ZN04)

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)= 130,000,000

未支用金額= 全年預算 - 第1-4季已暫結金額= 130,000,000 - 130,000,000 = 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 = 60,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 60,000,000 / 4 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 14,091,202$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 14,091,202$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 15,000,000 - 14,091,202 = 908,798$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 60,000,000 / 4 + 908,798 = 15,908,798$$

$$\text{已支用點數} = 17,040,472$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 17,040,472$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 15,908,798 - 17,040,472 = -1,131,674$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (15,908,798 - 0) / 17,040,472 = 0.93358905$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 60,000,000 / 4 + 0 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 18,026,930$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 18,026,930$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 15,000,000 - 18,026,930 = -3,026,930$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (15,000,000 - 0) / 18,026,930 = 0.83208844$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 60,000,000 / 4 + 0 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 18,737,255$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 18,737,255$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 15,000,000 - 18,737,255 = -3,737,255$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (15,000,000 - 0) / 18,737,255 = 0.80054416$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 60,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 67,895,859$$

$$\text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} = 60,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{第1-4季已暫結金額} = 60,000,000 - 60,000,000 = 0$$

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

=====

(四)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=103,000,000

第1季:

預算 = 103,000,000/4 = 25,750,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數:	12,010,166	10,189,107	1,821,059
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數:	8,048,562	8,048,562	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數:	1,210,679	1,210,679	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數:	894,814	894,814	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數:	725,545	725,545	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數:	1,514,255	1,412,149	102,106
(7)小計:	24,404,021	22,480,856	1,923,165

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 24,404,021

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 25,750,000 - 24,404,021 = 1,345,979

第2季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 103,000,000/4 + 1,345,979 = 27,095,979

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數:	12,088,412	10,238,657	1,849,755
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數:	9,160,709	9,160,709	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數:	1,148,166	1,148,166	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數:	1,999,080	1,999,080	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數:	1,707,190	1,707,190	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數:	1,935,474	1,792,409	143,065
(7)小計:	28,039,031	26,046,211	1,992,820

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 28,039,031

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 27,095,979 - 28,039,031 = -943,052

浮動點值 = (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (27,095,979 - 1,992,820) / 26,046,211 = 0.96379312

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R01

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：108/05/03

107年第4季

結算主要費用年月起迄：107/10-107/12

核付截止日期：108/03/31

頁次：10

第3季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 103,000,000/4+ 0= 25,750,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：	12,376,403	10,601,418	1,774,985
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	9,311,052	9,311,052	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	1,158,005	1,158,005	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,275,279	2,275,279	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,164,775	2,164,775	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	2,628,448	2,465,309	163,139
(7)小計：	29,913,962	27,975,838	1,938,124

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 29,913,962

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 25,750,000 - 29,913,962= -4,163,962

浮動點值= (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (25,750,000 - 1,938,124) / 27,975,838 = 0.85115863

第4季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 103,000,000/4+ 0= 25,750,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：	13,987,245	12,076,899	1,910,346
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	10,012,292	10,012,292	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	1,247,171	1,247,171	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,559,644	2,559,644	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,334,844	2,334,844	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	2,688,805	2,495,188	193,617
(7)小計：	32,830,001	30,726,038	2,103,963

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 32,830,001

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 25,750,000 - 32,830,001= -7,080,001

浮動點值= (第4季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (25,750,000 - 2,103,963) / 30,726,038 = 0.76957651

全年合計：

全年預算= 103,000,000

已支用點數= 115,187,015

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)

= 24,404,021 + 27,095,979 + 25,750,000 + 25,750,000 = 103,000,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 103,000,000 - 103,000,000 = 0

註：依據「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合計畫」，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 = 1,501,677 (浮動點數: 1,085,979 非浮動點數: 415,698)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,501,677

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 5,000,000 - 1,501,677 = 3,498,323

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,000,000 + 3,498,323 = 8,498,323

已支用點數 = 2,125,989 (浮動點數: 1,502,578 非浮動點數: 623,411)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,125,989

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 8,498,323 - 2,125,989 = 6,372,334

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,000,000 + 6,372,334 = 11,372,334

已支用點數 = 3,034,650 (浮動點數: 2,151,807 非浮動點數: 882,843)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,034,650

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 11,372,334 - 3,034,650 = 8,337,684

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,000,000 + 8,337,684 = 13,337,684

已支用點數 = 3,009,851 (浮動點數: 2,133,694 非浮動點數: 876,157)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,009,851

未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 13,337,684 - 3,009,851 = 10,327,833

全年合計:

全年預算 = 20,000,000

已支用點數 = 9,672,167

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)

= 1,501,677 + 2,125,989 + 3,034,650 + 3,009,851 = 9,672,167

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 20,000,000 - 9,672,167 = 10,327,833

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

=====

(六)中醫急症處置計畫 全年預算= 20,000,000

第1季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= 20,000,000/4 = 5,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 5,000,000 - 0 = 5,000,000 \end{aligned}$$

第2季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 5,000,000 = 10,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 11,966 \quad (\text{浮動點數}: 11,768 \quad \text{非浮動點數}: 198) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 11,966 \\ \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 10,000,000 - 11,966 = 9,988,034 \end{aligned}$$

第3季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 9,988,034 = 14,988,034 \\ \text{已支用點數} &= 191,796 \quad (\text{浮動點數}: 190,775 \quad \text{非浮動點數}: 1,021) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 191,796 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 14,988,034 - 191,796 = 14,796,238 \end{aligned}$$

第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 14,796,238 = 19,796,238 \\ \text{已支用點數} &= 210,049 \quad (\text{浮動點數}: 208,696 \quad \text{非浮動點數}: 1,353) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 210,049 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 19,796,238 - 210,049 = 19,586,189 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 20,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 413,811 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 0 + 11,966 + 191,796 + 210,049 = 413,811 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 413,811 = 19,586,189 \end{aligned}$$

註：依據「全民健康保險中醫急症處置計畫」，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)品質保證保留款:(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+107年編列之品質保證保留款預算

=(105年第1-4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%)+23,600,000

=(5,519,653,839+29,594,349)×0.10%+(5,663,148,319+22,435,537)×0.10%+(5,585,243,310+24,284,110)×0.10%

+(5,943,856,930+17,370,269)×0.10%+23,600,000

=5,549,248+5,685,584+5,609,527+5,961,227+23,600,000

=46,405,586

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)與107年度之品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用(計46.4百萬元)。

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服務預算

調整後地區一般服務醫療給付費用總額 6,328,613,463 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 43,373,713 (B3)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算 6,285,239,750 (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	3,589,845	1,474,456	5,064,301	5,064,301
北區	5,693,382	2,533,029	8,226,411	8,226,411
中區	2,424,917	918,619	3,343,536	3,343,536
南區	2,972,142	1,129,922	4,102,064	4,102,064
高屏	7,971,910	3,221,064	11,192,974	11,192,974
東區	8,398,873	3,045,554	11,444,427	11,444,427
合計	31,051,069	12,322,644	43,373,713(B2)	43,373,713(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% = 6,285,239,750 × 2.22% = 139,532,322 (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% - 9,000,000 = 6,136,707,428 (加總後四捨五入至整數位) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 69% = 6,136,707,428 × 69% = 4,234,328,125 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 11% = 6,136,707,428 × 11% = 675,037,817 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 6,136,707,428 × 9% = 552,303,669 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 6,136,707,428 × 5% = 306,835,371 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 6,136,707,428 × 5% = 306,835,371 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 6,136,707,428 - 4,234,328,125 - 675,037,817 - 552,303,669 - 306,835,371 - 306,835,371 = 61,367,075

(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		106年11月		106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)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後指標3占率 = (Ai3/ΣAi3)
臺北	4,025,382,379	28.9992%	7,647,956	33.2262%	915,872.747326		29.2763%	29.8135%
北區	1,672,890,030	12.0516%	3,731,455	16.2111%	417,010.488896		13.3299%	13.5745%
中區	3,784,142,258	27.2613%	4,569,302	19.8511%	807,005.231533		25.7963%	26.2696%
南區	2,079,771,210	14.9828%	3,357,985	14.5886%	443,953.588267		14.1912%	14.4516%
高屏	2,318,827,170	16.7051%	3,711,154	16.1230%	488,166.233125		15.6045%	15.8908%
東區					56,364.710699			
小計	13,881,013,047	100.0000%	23,017,852	100.0000%	3,128,372.999846	3,128,373	98.1982%	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	106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	-0.049499	-0.020950	-0.028549	1	0.00	4,025,382,379	4,025,382,379	29.2181%
北區	-0.050919	-0.016386	-0.034533	4	0.00	1,672,890,030	1,672,890,030	12.1426%
中區	-0.042597	-0.009644	-0.032953	2	0.00	3,784,142,258	3,784,142,258	27.4671%
南區	-0.035692	0.005653	-0.041345	5	-0.05	2,079,771,210	1,975,782,650	14.3411%
高屏	-0.022451	0.011028	-0.033479	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	107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	0.000545	4,025,382,379	4,027,576,212	29.0186%
北區	0.003738	1,672,890,030	1,679,143,293	12.0982%
中區	-0.008760	3,784,142,258	3,750,993,172	27.0258%
南區	0.006447	2,079,771,210	2,093,179,495	15.0813%
高屏	0.004127	2,318,827,170	2,328,396,970	16.7761%
小計		13,881,013,047	13,879,289,142	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%	33.2262%	29.8135%	29.2181%	29.0186%
北區	12.0516%	16.2111%	13.5745%	12.1426%	12.0982%
中區	27.2613%	19.8511%	26.2696%	27.4671%	27.0258%
南區	14.9828%	14.5886%	14.4516%	14.3411%	15.0813%
高屏	16.7051%	16.1230%	15.8908%	16.8311%	16.7761%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第4季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 61,367,075 - 13,713,352 \\
 &= 47,653,723
 \end{aligned}$$

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	0.85331614	34,374,429	5,042,169
北區	0.91146031	13,184,706	1,167,372
中區	0.85738393	26,328,419	3,754,852
南區	0.96134263	44,261,404	1,711,036
高屏	0.90206057	20,807,950	2,037,923
小計		138,956,908	13,713,352(M1)

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 9,000,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\
 &= 9,000,000 - 322,525 \\
 &= 8,677,475 \text{ (Gh)}
 \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	風險基金撥付院所 當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.85331614	0	0
北區	0.91146031	0	0
中區	0.85738393	0	0
南區	0.96134263	2,699,977	104,374
高屏	0.90206057	2,227,412	218,151
小計		4,927,389	322,525(R1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/03

107年第4季

結算主要費用年月起迄：107/10-107/12

核付截止日期：108/03/31

頁次：19

(八)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+臺北、北區風險基金分配款Gh。

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	第4季預算(Gf) =Nx指標1占率	臺北、北區 風險基金分 配款 (Gh)	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,227,921,282	224,289,415	164,661,054	89,651,466	89,039,329	13,819,198	4,772,611	1,814,154,355
北區	510,304,288	109,431,056	74,972,462	37,257,792	37,121,557	5,743,036	3,904,864	778,735,055
中區	1,154,332,893	134,002,432	145,087,965	84,278,778	82,924,714	12,991,024		1,613,617,806
南區	634,420,914	98,478,567	79,816,717	44,003,567	46,274,763	7,139,862		910,134,390
高屏	707,348,748	108,836,347	87,765,471	51,643,768	51,475,008	7,960,603		1,015,029,945
小計	4,234,328,125	675,037,817	552,303,669	306,835,371	306,835,371	47,653,723	8,677,475	6,131,671,551

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/05/03

107年第4季

結算主要費用年月起迄：107/10—107/12

核付截止日期：108/03/31

頁次：20

(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
106年 第1季	1,565,580,021	664,203,291	1,407,405,538	800,923,253	887,902,842	5,326,014,945
第2季	1,735,117,109	732,153,090	1,519,269,884	840,137,823	943,749,367	5,770,427,273
第3季	1,762,889,238	743,947,872	1,524,010,285	829,414,697	937,523,260	5,797,785,352
第4季	1,746,417,760	747,013,221	1,565,376,008	879,868,934	975,017,840	5,913,693,763
合計(BD_106)	6,810,004,128	2,887,317,474	6,016,061,715	3,350,344,707	3,744,193,309	22,807,921,333
107年 第1季	1,613,601,972	687,482,800	1,435,923,737	822,004,700	910,478,734	5,469,491,943
第2季	1,803,812,347	764,886,947	1,565,710,114	868,125,382	982,288,893	5,984,823,683
第3季	1,821,184,345	772,350,444	1,561,197,916	852,811,994	971,107,003	5,978,651,702
第4季	1,814,154,355	778,735,055	1,613,617,806	910,134,390	1,015,029,945	6,131,671,551
合計(BD_107)	7,052,753,019	3,003,455,246	6,176,449,573	3,453,076,466	3,878,904,575	23,564,638,879
預算成長率	3.56%	4.02%	2.67%	3.07%	3.60%	3.32%

※預算成長率 = $\left[\frac{107\text{年全年分區預算}(BD_{107})}{106\text{年全年分區預算}(BD_{106})} - 1 \right] \times 100\%$ 。

※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：

- 依據「107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」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服務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) = 調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1) - 東區分區一般服務預算總額(D6)。
- 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
 (1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母： \sum 各分區各季總預算加總($\sum Ai1$)
 (2)條件說明：105年第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；105年第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；
 105年第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；105年第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
- 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
 (1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母： \sum 各分區去年同期戶籍人口數加總($\sum Ai2$)。
 (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。

6. 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

(1)分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(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)/ \sum 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 \sum 每位病患於各區就醫次數比率($\sum a\%$)，〈5〉計算各區每人就醫次數之權值(K1)=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($\sum K1$)。

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

(1)保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。

(2)人數利用率成長率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(106年該季/105年同期)-1。

(3)醫療費用點數成長率(r)：(106年該季申報醫療費用點數/105年同期申報醫療費用點數)-1。

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

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

8. 指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

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

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

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

(3)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數=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)。

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

= 各分區 \sum 各鄉鎮市區權值(dr_peop)。

※成長率之計算係與前季季中比較。

9. 指標6:「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

(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) 107年度自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,600萬元,每季900萬元。

(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) 當季撥付風險基金院所後之剩餘款餘額,55%分配予臺北分區,45%分配予北區分區。

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,其操作定義及撥補程序如下:

(1) 操作定義:

a. 各分區全年預算 $Ty = \sum$ 該區各季 $Ts + \sum$ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

b. 成長率 $= (107年該區yT / 106年該區yT) - 1$ 。

c. 各分區撥補比例 $= (分母各區Ty) / \sum (成長率大於0之分區Ty)$ 。

(2) 撥補程序

a. 於107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 Ty 負成長之分區補至零成長。

b. 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	1,340,222,841(BF)	671,272,914(BG)	62,944(BJ)
2-北區分區	520,223,575(BF)	310,097,951(BG)	15,570(BJ)
3-中區分區	1,190,704,238(BF)	592,927,577(BG)	65,534(BJ)
4-南區分區	601,185,472(BF)	356,737,993(BG)	13,998(BJ)
5-高屏分區	704,555,096(BF)	386,211,644(BG)	3,336(BJ)
6-東區分區	80,450,570(BF)	38,485,354(BG)	6,039(BJ)
7-合計	4,437,341,792(GF)	2,355,733,433(GG)	167,421(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107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

結算主要費用年月起迄:107/10-107/12

核付截止日期:108/03/31

列印日期：108/05/03

頁 次： 24

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, 814, 154, 355	- 671, 272, 914-	62, 944] /	1, 340, 222, 841 =	0. 85270782
北區分區	= [778, 735, 055	- 310, 097, 951-	15, 570] /	520, 223, 575 =	0. 90080795
中區分區	= [1, 613, 617, 806	- 592, 927, 577-	65, 534] /	1, 190, 704, 238 =	0. 85716055
南區分區	= [910, 134, 390	- 356, 737, 993-	13, 998] /	601, 185, 472 =	0. 92048532
高屏分區	= [1, 015, 029, 945	- 386, 211, 644-	3, 336] /	704, 555, 096 =	0. 89249935
東區分區	= [139, 532, 322	- 38, 485, 354-	6, 039] /	80, 450, 570 =	1. 25593801

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)

= [6, 271, 203, 873 - 2, 355, 733, 433- 167, 421] / 4, 437, 341, 792 = 0. 88235327

4. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

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

臺北分區	= [1,814,154,355]	÷ [1,340,222,841 + 671,272,914 + 62,944]	= 0.90186498
北區分區	= [778,735,055]	÷ [520,223,575 + 310,097,951 + 15,570]	= 0.93785411
中區分區	= [1,613,617,806]	÷ [1,190,704,238 + 592,927,577 + 65,534]	= 0.90464776
南區分區	= [910,134,390]	÷ [601,185,472 + 356,737,993 + 13,998]	= 0.95009792
高屏分區	= [1,015,029,945]	÷ [704,555,096 + 386,211,644 + 3,336]	= 0.93056270
東區分區	= [139,532,322]	÷ [80,450,570 + 38,485,354 + 6,039]	= 1.17311265

5. 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)

$$= [6,271,203,873] \div [4,437,341,792 + 2,355,733,433 + 167,421] = 0.92315323$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(BG)} + \text{加總分區自墊核退點數(BJ)} + \\ \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B3)}]$$

$$= [6,271,203,873 + 122,768,150 + 43,373,713] \div [4,437,341,792 + 2,355,733,433 + 167,421 + 140,084,697 + 43,373,713] \\ = 0.92269193$$

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 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額(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) + 品質保證保留款預算(全年預算總金額/4)

$$= 34,696,853 + 32,500,000 + 15,000,000 + 25,750,000 + 3,009,851 + 210,049 + 11,601,397 \\ = 122,768,150$$

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月107/09(含)以前：於108/01/01~108/03/31期間核付者。

費用年月107/10~107/12：於107/10/01~108/03/31期間核付者。

程式代號：RGBI0718R01

衛生福利部中央健康保險署
中醫門診總額保留款分配統計表

印表日期：108/05/06

結算年：107年

結算主要費用年月起迄：107/01-107/12

核付截止日期：108/03/31

頁次：1

一、分區累計保留款(T2) =

分區第一季保留款(T2_1) + 分區第二季保留款(T2_2) + 分區第三季保留款(T2_3) + 分區第四季保留款(T2_4)

臺北分區累計保留款(T2-T) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
北區分區累計保留款(T2-N) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
中區分區累計保留款(T2-C) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
南區分區累計保留款(T2-S) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
高屏分區累計保留款(T2-K) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
東區分區累計保留款(T2-E) =	2,061,672(T2_1) +	731,168(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	2,792,840

二、保留款分配

(一)分區保留款分配—東區分區

1. 東區分區累計保留款： 2,792,840(T2-E)

(1)第1階段分配—該分區每季結算平均點值小於1元時，由分區保留款補助該季分區預算，最高補助至平均點值1.0元為限。

107年第1季分配：	分配金額：	0
107年第2季分配：	分配金額：	0
107年第3季分配：	分配金額：	0
107年第4季分配：	分配金額：	0

第1階段已分配金額： 0 尚未分配金額： 0

(2)第2階段分配—列入該分區「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件獎勵，最高獎勵至浮動點值每點1.5元。若該保留款不足支應，則依該類案件之補助金額，按比例分配。

107年第1季分配：	補助後點值:1.5元所需金額：	3,199,893	實際分配金額：	571,663
107年第2季分配：	補助後點值:1.5元所需金額：	4,087,673	實際分配金額：	730,259
107年第3季分配：	補助後點值:1.5元所需金額：	4,145,613	實際分配金額：	740,614
107年第4季分配：	補助後點值:1.5元所需金額：	4,199,496	實際分配金額：	750,239

第2階段已分配金額： 2,792,775 尚未分配金額： 65，四捨五入之差值，無保留款餘額。

(3)第3階段分配—列入該區「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務基本承作(論次)費用之獎勵，加計兩成支付。若該保留款不足支應，則依該補助金額，按比例分配。

107年第1季分配：	基本承作(論次)費用：	0	分配金額：	0
107年第2季分配：	基本承作(論次)費用：	0	分配金額：	0
107年第3季分配：	基本承作(論次)費用：	0	分配金額：	0
107年第4季分配：	基本承作(論次)費用：	0	分配金額：	0

第3階段-加成部分已分配金額： 0 尚未分配金額： 0

(4)第4階段分配—列入其他區「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件獎勵，最高獎勵至浮動點值每點1.2元。若該保留款不足支應，則依該類案件之補助金額，按比例分配。

107年第1季分配：	補助後點值:1.2元	分配金額：	0		
臺北分區＝	0	北區分區＝	0	中區分區＝	0
南區分區＝	0	高屏分區＝	0	東區分區＝	0
107年第2季分配：	補助後點值:1.2元	分配金額：	0		
臺北分區＝	0	北區分區＝	0	中區分區＝	0
南區分區＝	0	高屏分區＝	0	東區分區＝	0
107年第3季分配：	補助後點值:1.2元	分配金額：	0		
臺北分區＝	0	北區分區＝	0	中區分區＝	0
南區分區＝	0	高屏分區＝	0	東區分區＝	0
107年第4季分配：	補助後點值:1.2元	分配金額：	0		
臺北分區＝	0	北區分區＝	0	中區分區＝	0
南區分區＝	0	高屏分區＝	0	東區分區＝	0
第4階段已分配金額：	0	尚未分配金額：	0		
臺北分區＝	0	北區分區＝	0	中區分區＝	0
南區分區＝	0	高屏分區＝	0	東區分區＝	0

三、保留款分配後餘額：經第1至4階段分配後，如有餘額，則回歸該分區次年第一季該區之保留款。

東區分區保留款分配後餘額為 0元。

【說明】：

- 一、依據「中醫門診總額保留款機制作業方案」辦理。
- 二、第1階段分配之分配金額，係指啟動保留款機制之分區，該分區平均點值小於1之補助款。其每家院所補助金額(E)=核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)-補助前點值(B))。
- 三、第2階段分配之分配金額，係指啟動保留款機制之分區，該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件，其核定浮動點數(含部分負擔)最高以每點點值1.5元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依該類案件之補助金額，按比例分配。其每家院所補助金額(E)=核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)-補助前點值(B))。
- 四、第3階段分配之分配金額，係指前項分配後之餘款，列入啟動保留款機制之分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務基本承作(論次)費用之鼓勵，加計2成支付，如保留款不足時，則該類案件之補助金額，按比例分配。其補助金額(E)=核定醫療費用點數(A)×論次加計成數(D)。
- 五、第4階段分配之分配金額，係指前項分配後之餘款，列入其他未啟動保留款機制之分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件，其核定浮動點數(含部分負擔)最高以每點點值1.2元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依該類案件之補助金額，按比例分配。
 - (1)預算足夠時，補助金額(G)=核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)-補助前點值(B))。
 - (2)預算不足時，補助金額(G)=前項分配後之餘款×補助至點值1.2所需金額占率。