

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：108/08/02

108年第 1 季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁 次： 1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)108年第1季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

=108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_G108合計) × 各季預算占率(h_q1)

= 25,218,729,973 × 23.159753%(h_q1)

= 5,840,595,571 (D1)

註：

1. 依據107年11月15日「中醫門診總額研商議事會議」107年第4次會議決定，以102-106年(近五年)之各季核定點數平均占率做為108年各季預算重分配之依據。108年各季預算占率分別為：第1季：23.159753%，第2季：25.411420%，第3季：25.591955%，第4季：25.836872%。

2. 108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_G108合計)為25,218,729,973元，各季調整後預算如下：

108年第1季預算6,136,488,614元，調整後預算為5,840,595,571元 = 25,218,729,973 × 23.159753%(h_q1)。

108年第2季預算6,287,332,157元，調整後預算為6,408,437,392元 = 25,218,729,973 × 25.411420%(h_q2)。

108年第3季預算6,205,507,626元，調整後預算為6,453,966,026元 = 25,218,729,973 × 25.591955%(h_q3)。

108年第4季預算6,589,401,576元，調整後預算為6,515,730,984元

= 108年全年預算－ 108年第1季預算－ 108年第2季預算－ 108年第3季預算

= 25,218,729,973元－ 5,840,595,571元－ 6,408,437,392元－ 6,453,966,026元

= 6,515,730,984元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：108/08/02

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁 次： 2

(二)108年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G108合計)

項目	106年各季 一般服務醫療 給付費用總額	105年各季校正 投保人口數 成長率差額	107年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	106年各季校正 投保人口數預估 成長率差值	107年 違反特管辦法 之扣款(註2)	108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	108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
	(Q106)	(PEOP105)	(Q107) =(Q106+PEOP105) ×(1+3.000%)	(PEOP106)	(B2)	(Q108) =(Q107+PEOP106 +B2)×(1+3.457%)	(C106)	(OPD_G108) =(Q108-C106)	B3
第1季	5,731,873,946	16,109,788	5,920,423,246	12,990,477	3,388,873	6,142,037,862	5,549,248	6,136,488,614	38,836,404
第2季	5,872,696,421	13,452,482	6,062,733,370	16,615,262	3,388,873	6,293,017,741	5,685,584	6,287,332,157	0
第3季	5,794,136,967	22,902,502	5,991,550,653	8,634,087	3,388,873	6,211,117,153	5,609,527	6,205,507,626	0
第4季	6,157,411,186	9,247,290	6,351,658,230	19,932,649	3,388,874	6,595,362,803	5,961,227	6,589,401,576	0
合 計	23,556,118,520	61,712,062	24,326,365,499	58,172,475	13,555,493	25,241,535,559	22,805,586	25,218,729,973	38,836,404

註：

1. 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%)

2. 108年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q108)

= (107年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q107)+106年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP106)+107年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) × (1+3.457%)。

※一般服務成長率為3.457%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.365%，協商因素成長率2.092%。

※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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107年度中醫一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會107年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

※108年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 13,555,493元，按季均分。

3. 依據「108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。

4. 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%)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：108/08/02

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：3

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： 6,800,227(J1) (浮動點數： 5,196,499；非浮動點數： 1,603,728)

(2)獎勵開業保障給付收入： 10,738,482(J2)

(3)獎勵開業論次費用： 250,000(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3)： 7,050,227(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 10,988,482(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： 1,924,810(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 17,897,200(J7)

(3)小計已支用點數： 19,822,010(J8) 暫結金額= 1元/點× 19,822,010(J8)= 19,822,010(J9)

3. 合計:

已支用點數： 26,872,237(J4+J8)

暫結金額： 30,810,492(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 33,900,000 - 30,810,492= 3,089,508

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 3,089,508= 36,989,508

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(K1) (浮動點數： 0；非浮動點數： 0)

(2)獎勵開業保障給付收入： 0(K2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(K3)

(4)小計已支用點數(K1+K3)： 0(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 0(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： 0(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 0(K7)

(3)小計已支用點數： 0(K8) 暫結金額= 1元/點× 0(K8)= 0(K9)

3. 合計:

已支用點數： 0(K4+K8)

暫結金額： 0(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 36,989,508 - 0= 36,989,508

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：108/08/02

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：4

=====

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 36,989,508= 70,889,508

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x 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x		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=	70,889,508 - 0 = 70,889,508

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 70,889,508= 104,789,508

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x 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x		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=	104,789,508 - 0 = 104,789,508

=====

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： 10

(1)獎勵開業已支用點數： 6,800,227(N1) (浮動點數： 5,196,499；非浮動點數： 1,603,728)

(2)獎勵開業保障給付收入： 10,738,482(N2)

(3)獎勵開業論次費用： 250,000(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3)： 7,050,227(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 10,988,482(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： 1,924,810(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 17,897,200(N7)

(3)小計已支用點數： 19,822,010(N8) 結算金額= 19,822,010(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： 26,872,237(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)： 30,810,492

全年未支用金額= 全年預算 - 全年結算金額=135,600,000 - 30,810,492=104,789,508

註：依據「108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=182,000,000

第1季:預算= 182,000,000/4= 45,500,000

	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：	33,843,935(V01)	32,151,036(VF01)	1,692,899(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,064,680(V02)	3,795,649(VF02)	269,031(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,768,748(V03)	1,675,736(VF03)	93,012(VN03)
(4)小計：	39,677,363(V04)	37,622,421(VF04)	2,054,942(VN04)

已支用點數= 39,677,363

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 39,677,363

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 45,500,000 - 39,677,363= 5,822,637

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 182,000,000/4+ 5,822,637= 51,322,637

	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(W01)	0(WF01)	0(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W02)	0(WF02)	0(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W03)	0(WF03)	0(WN03)
(4)小計：	0(W04)	0(WF04)	0(WN04)

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2季已支用點數= 51,322,637 - 0= 51,322,637

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R02

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：108/08/02

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：7

=====

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 182,000,000/4+ 51,322,637= 96,822,637

	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)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)小計：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)

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= 96,822,637 - 0= 96,822,637

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 182,000,000/4+ 96,822,637= 142,322,637

	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)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)小計：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)

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= 142,322,637 - 0= 142,322,637

全年合計:全年預算= 182,000,000

	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：	33,843,935(Z01)	32,151,036(ZF01)	1,692,899(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,064,680(Z02)	3,795,649(ZF02)	269,031(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,768,748(Z03)	1,675,736(ZF03)	93,012(ZN03)
(4)小計：	39,677,363(Z04)	37,622,421(ZF04)	2,054,942(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)= 39,677,363

未支用金額= 全年預算 - 第1-4季已暫結金額= 182,000,000 - 39,677,363= 142,322,637

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：108/08/02

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：8

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算 = 65,000,000

第1季:

預算 = 65,000,000/4 = 16,250,000

已支用點數 = 16,631,132

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 16,631,132

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 16,250,000 - 16,631,132 = -381,132

浮動點值 = (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (16,250,000 - 0) / 16,631,132 = 0.97708322

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 65,000,000/4 + 0 = 16,250,000

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2季已支用點數 = 16,250,000 - 0 = 16,250,000

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 65,000,000/4 + 16,250,000 = 32,500,000

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3季預算 - 1元/點 × 第3季已支用點數 = 32,500,000 - 0 = 32,500,000

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 65,000,000/4 + 32,500,000 = 48,750,000

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 = 48,750,000 - 0 = 48,750,000

全年合計:

全年預算 = 65,000,000

已支用點數 = 16,631,132

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) = 16,250,000

未支用金額 = 全年預算 - 第1-4季已暫結金額 = 65,000,000 - 16,250,000 = 48,750,000

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=166,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 166,000,000/4 = 41,500,000$$

	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:	13,064,956	11,118,853	1,946,103
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數:	10,243,581	10,243,581	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數:	1,353,962	1,353,962	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數:	2,742,682	2,742,682	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數:	2,505,519	2,505,519	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數:	2,502,825	2,300,710	202,115
(7)小計:	32,413,525	30,265,307	2,148,218

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 32,413,525$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 41,500,000 - 32,413,525 = 9,086,475$$

$$\text{第2季:預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 166,000,000/4 + 9,086,475 = 50,586,475$$

	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:	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數:	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數:	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數:	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數:	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數:	0	0	0
(7)小計:	0	0	0

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 50,586,475 - 0 = 50,586,475$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R02

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：108/08/02

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：10

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 166,000,000/4+ 50,586,475= 92,086,475

	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：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	0	0	0
(7)小計：	0	0	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= 92,086,475 - 0= 92,086,475

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 166,000,000/4+ 92,086,475= 133,586,475

	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：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	0	0	0
(7)小計：	0	0	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= 133,586,475 - 0= 133,586,475

全年合計：

全年預算= 166,000,000

	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：	13,064,956	11,118,853	1,946,103
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	10,243,581	10,243,581	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	1,353,962	1,353,962	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,742,682	2,742,682	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,505,519	2,505,519	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	2,502,825	2,300,710	202,115
(7)小計：	32,413,525	30,265,307	2,148,218

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)

= 32,413,525+ 0+ 0+ 0= 32,413,525

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 166,000,000 - 32,413,525= 133,586,475

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：108/08/02

108年第 1 季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁 次： 11

(五)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算＝ 10,000,000

第1季:

預算＝ 10,000,000/4＝ 2,500,000
 已支用點數＝ 2,233,744 (浮動點數： 1,584,157 非浮動點數： 649,587)
 暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 2,233,744
 未支用金額＝ 第1季預算－1元/點× 第1季已支用點數＝ 2,500,000－2,233,744＝ 266,256

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 2,500,000＋266,256＝ 2,766,256
 已支用點數＝ 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 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＝ 2,766,256－0＝ 2,766,256

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 2,500,000＋2,766,256＝ 5,266,256
 已支用點數＝ 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 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＝ 5,266,256－0＝ 5,266,256

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 2,500,000＋5,266,256＝ 7,766,256
 已支用點數＝ 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 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＝ 7,766,256－0＝ 7,766,256

全年合計:

全年預算＝ 10,000,000
 已支用點數＝ 2,233,744
 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)
 ＝ 2,233,744＋0＋0＋0＝ 2,233,744
 未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 10,000,000－2,233,744＝ 7,766,256

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:

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

$$\text{已支用點數} = 159,927 \quad (\text{浮動點數}: 159,281 \quad \text{非浮動點數}: 646)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 159,927$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 5,000,000 - 159,927 = 4,840,073$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 4,840,073 = 9,840,073$$

$$\text{已支用點數} = 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 9,840,073 - 0 = 9,840,073$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 9,840,073 = 14,840,073$$

$$\text{已支用點數} = 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 14,840,073 - 0 = 14,840,073$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 14,840,073 = 19,840,073$$

$$\text{已支用點數} = 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 19,840,073 - 0 = 19,840,073$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 20,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 159,927$$

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

$$= 159,927 + 0 + 0 + 0 = 159,927$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 159,927 = 19,840,073$$

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1808R02

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：108/08/02

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁 次： 13

(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+108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107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」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108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)。

(八)網路頻寬補助費用 全年預算= 74,000,000

第1季已支用點數： 15,223,827

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 15,223,827

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 15,223,827

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 74,000,000 - 15,223,827 = 58,776,173

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 5,840,595,571 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 38,836,404 (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 5,801,759,167 (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	2,814,823	1,248,039	4,062,862	4,062,862
北區	5,265,445	2,486,010	7,751,455	7,751,455
中區	2,357,114	958,269	3,315,383	3,315,383
南區	3,143,815	-773,761	2,370,054	2,370,054
高屏	7,461,414	3,171,635	10,633,049	10,633,049
東區	7,733,555	2,970,046	10,703,601	10,703,601
合計	28,776,166	10,060,238	38,836,404(B2)	38,836,404(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% = 5,801,759,167 × 2.22% = 128,799,054 (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% - 8,000,000 = 5,664,960,113 (加總後四捨五入至整數位)(註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 67% = 5,664,960,113 × 67% = 3,795,523,276 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 13% = 5,664,960,113 × 13% = 736,444,815 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,664,960,113 × 9% = 509,846,410 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,664,960,113 × 5% = 283,248,006 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,664,960,113 × 5% = 283,248,006 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 5,664,960,113 - 3,795,523,276 - 736,444,815 - 509,846,410 - 283,248,006 - 283,248,006 = 56,649,600

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
指標	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	96Q1+97Q1+98Q1		107年2月		107年1~3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	3,748,499,441	28.8812%	7,645,866	33.2095%	902,538.308019		29.3466%	29.8860%
北區	1,545,478,864	11.9075%	3,740,210	16.2455%	409,135.667132		13.3033%	13.5478%
中區	3,528,900,120	27.1892%	4,572,134	19.8589%	789,681.985610		25.6770%	26.1490%
南區	1,966,439,444	15.1509%	3,355,362	14.5739%	436,679.106540		14.1989%	14.4599%
高屏 東區	2,189,713,132	16.8712%	3,709,547	16.1122%	481,897.422229		15.6692%	15.9573%
					55,509.510299			
小計	12,979,031,001	100.0000%	23,023,119	100.0000%	3,075,441.999829	3,075,442	98.1950%	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

頁次：16

=====

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	107年1~3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	0.004639	0.051871	-0.047232	3	0.00	3,748,499,441	3,748,499,441	29.1269%
北區	-0.002659	0.040705	-0.043364	1	0.00	1,545,478,864	1,545,478,864	12.0088%
中區	-0.011593	0.034938	-0.046531	2	0.00	3,528,900,120	3,528,900,120	27.4206%
南區	-0.013358	0.039085	-0.052443	4	0.00	1,966,439,444	1,966,439,444	15.2798%
高屏	-0.000357	0.054950	-0.055307	5	-0.05	2,189,713,132	2,080,227,475	16.1639%
小計						12,979,031,001	12,869,545,344	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11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	0.000197	3,748,499,441	3,749,237,895	29.0215%
北區	0.003391	1,545,478,864	1,550,719,583	12.0035%
中區	-0.011216	3,528,900,120	3,489,319,976	27.0095%
南區	-0.008983	1,966,439,444	1,948,774,918	15.0847%
高屏	-0.004075	2,189,713,132	2,180,790,051	16.8808%
小計		12,979,031,001	12,918,842,423	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：108/08/02

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁 次： 17

(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	28.8812%	33.2095%	29.8860%	29.1269%	29.0215%
北區	11.9075%	16.2455%	13.5478%	12.0088%	12.0035%
中區	27.1892%	19.8589%	26.1490%	27.4206%	27.0095%
南區	15.1509%	14.5739%	14.4599%	15.2798%	15.0847%
高屏	16.8712%	16.1122%	15.9573%	16.1639%	16.8808%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第1季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 56,649,600 - 15,952,532 \\
 &= 40,697,068
 \end{aligned}$$

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	0.85270782	24,548,730	3,615,835
北區	0.90080795	12,096,580	1,199,888
中區	0.85716055	30,028,583	4,289,263
南區	0.92048532	49,966,731	3,973,090
高屏	0.89249935	26,738,932	2,874,456
小計		143,379,556	15,952,532(M1)

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 8,000,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\
 &= 8,000,000 - 432,452 \\
 &= 7,567,548 \text{ (Gh)}
 \end{aligned}$$

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	0.85270782	0	0
北區	0.90080795	0	0
中區	0.85716055	0	0
南區	0.92048532	2,489,540	197,955
高屏	0.89249935	2,181,353	234,497
小計		4,670,893	432,452(R1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：108/08/02

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

頁次：19

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD2)=第1季預算Ga+ 第1季預算Gb+ 第1季預算Gc+ 第1季預算Gd+ 第1季預算Ge+ 第1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) =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1季預算(Gf) =Nx指標1占率	各季就醫率 最高分區風 險基金分配款 (Gh)	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,096,192,668	244,569,641	152,372,698	82,501,363	82,202,820	11,753,802		1,669,592,992
北區	451,951,934	119,639,142	69,072,972	34,014,687	33,999,674	4,846,003		713,524,412
中區	1,031,972,415	146,249,839	133,319,738	77,668,303	76,503,870	11,065,207	7,567,548	1,484,346,920
南區	575,055,936	107,328,731	73,723,281	43,279,729	42,727,112	6,165,972		848,280,761
高屏	640,350,323	118,657,462	81,357,721	45,783,924	47,814,530	6,866,084		940,830,044
小計	3,795,523,276	736,444,815	509,846,410	283,248,006	283,248,006	40,697,068	7,567,548	5,656,575,129

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：108/08/02

108年第 1季

結算主要費用年月起迄:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

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
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	0	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_107)	1,613,601,972	687,482,800	1,435,923,737	822,004,700	910,478,734	5,469,491,943
108年 第1季	1,669,592,992	713,524,412	1,484,346,920	848,280,761	940,830,044	5,656,575,129
第2季	0	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_108)	1,669,592,992	713,524,412	1,484,346,920	848,280,761	940,830,044	5,656,575,129
預算成長率	3.47%	3.79%	3.37%	3.20%	3.33%	3.42%

※預算成長率＝〔108年全年分區預算(BD_108)/107年全年分區預算(BD_107)－1〕×100%。

註：

- 依據「108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：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
(2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；
第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；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： 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($a\%$)= $\frac{\text{每位病患於各區就醫次數}(a)}{\Sigma \text{每位病患於各區就醫次數}(a)}$ ，〈4〉各區每位病患之就醫次數比率(T)= $\frac{\text{各區}\Sigma \text{每位病患於各區就醫次數比率}(\Sigma a\%)}{\Sigma \text{每位病患於各區就醫次數比率}(\Sigma a\%)}$ ，〈5〉計算各區每人就醫次數之權值($K1$)= $\frac{\text{各區每位病患之就醫次數比率}(T)}{\text{全國就醫人數}(p)}$ ，〈6〉扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值($K2$)= $\frac{\text{各區每人就醫次數之權值}(K1)}{\text{加總五區每人就醫次數之權值}(\Sigma K1)}$ 。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(107年該季/106年同期)-1。(3) 醫療費用點數成長率(r)：(107年該季申報醫療費用點數/106同期申報醫療費用點數)-1。

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

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

8. 指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

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

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

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

(3) 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)。

(4) 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

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)107年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

b. 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中醫門診特約醫事服務機構不予補付。

10. 風險基金提撥及分配：

(1) 108年度自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,200萬元，每季800萬元。

(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，全數撥予當季就醫率最高之分區。

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 $= (108\text{年該區}yT / 107\text{年該區}yT) - 1$ 。

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

(2) 撥補程序

a. 於108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	1,220,818,963(BF)	658,011,944(BG)	80,560(BJ)
2-北區分區	485,075,149(BF)	306,958,975(BG)	29,360(BJ)
3-中區分區	1,088,810,647(BF)	577,227,060(BG)	115,472(BJ)
4-南區分區	554,004,567(BF)	346,111,769(BG)	31,745(BJ)
5-高屏分區	648,293,837(BF)	379,217,055(BG)	24,103(BJ)
6-東區分區	75,659,830(BF)	38,846,115(BG)	14,122(BJ)
7-合計	4,072,662,993(GF)	2,306,372,918(GG)	295,362(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	= [1,669,592,992	— 658,011,944—	80,560] /	1,220,818,963 = 0.82854258
北區分區	= [713,524,412	— 306,958,975—	29,360] /	485,075,149 = 0.83808886
中區分區	= [1,484,346,920	— 577,227,060—	115,472] /	1,088,810,647 = 0.83302307
南區分區	= [848,280,761	— 346,111,769—	31,745] /	554,004,567 = 0.90637745
高屏分區	= [940,830,044	— 379,217,055—	24,103] /	648,293,837 = 0.86625671
東區分區	= [128,799,054	— 38,846,115—	14,122] /	75,659,830 = 1.18872613

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)

= [5,785,374,183 — 2,306,372,918— 295,362] / 4,072,662,993 = 0.85416002

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	= [1,669,592,992]	÷ [1,220,818,963 + 658,011,944 + 80,560]	= 0.88859588
北區分區	= [713,524,412]	÷ [485,075,149 + 306,958,975 + 29,360]	= 0.90084245
中區分區	= [1,484,346,920]	÷ [1,088,810,647 + 577,227,060 + 115,472]	= 0.89088263
南區分區	= [848,280,761]	÷ [554,004,567 + 346,111,769 + 31,745]	= 0.94237913
高屏分區	= [940,830,044]	÷ [648,293,837 + 379,217,055 + 24,103]	= 0.91561849
東區分區	= [128,799,054]	÷ [75,659,830 + 38,846,115 + 14,122]	= 1.12468546

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)

$$= [5,785,374,183] \div [4,072,662,993 + 2,306,372,918 + 295,362] = 0.90689352$$

6. 中醫門診總額平均點值

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

$$= [5,785,374,183 + 148,218,126 + 38,836,404] \div [4,072,662,993 + 2,306,372,918 + 295,362 + 144,661,003 + 38,836,404] \\ = 0.91003880$$

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) + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算

$$= 30,810,492 + 39,677,363 + 16,250,000 + 32,413,525 + 2,233,744 + 159,927 + 15,223,827 + 11,449,248 \\ = 148,218,126$$

- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 108年品質保證保留款預算 / 4

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月107/12(含)以前:於108/04/01~108/06/30期間核付者。

費用年月108/01~108/03:於108/01/01~108/06/30期間核付者。