

=====

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)110年第3季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$= 110\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G110合計)} \times \text{各季預算占率}(h_q3)$$

$$= 27,569,167,928 \times 25.684291\%(h_q3)$$

$$= 7,080,945,317 (D1)$$

註：

1. 依據109年11月19日「中醫門診總額研商議事會議」109年第4次會議決定，以104-108年(近五年)之各季核定點數平均占率做為110年各季預算重分配之依據。110年各季預算占率分別為：第1季：23.000553%，第2季：25.315451%，第3季：25.684291%，第4季：25.999705%。

2. 110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_G110合計)為27,569,167,928元，各季調整後預算如下：

110年第1季預算6,715,924,232元，調整後預算為6,341,061,081元 = 27,569,167,928 × 23.000553%(h_q1)。

110年第2季預算6,872,823,174元，調整後預算為6,979,259,198元 = 27,569,167,928 × 25.315451%(h_q2)。

110年第3季預算6,778,239,088元，調整後預算為7,080,945,317元 = 27,569,167,928 × 25.684291%(h_q3)。

110年第4季預算7,202,181,434元，調整後預算為7,167,902,332元

$$= \text{110年全年預算} - \text{110年第1季預算} - \text{110年第2季預算} - \text{110年第3季預算}$$

$$= 27,569,167,928\text{元} - 6,341,061,081\text{元} - 6,979,259,198\text{元} - 7,080,945,317\text{元}$$

$$= 7,167,902,332\text{元。}$$

(二)110年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G110合計)

項目	108年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (Q108)	107年各季校正 投保人口預估 成長率差值 (PEOP107)	108年 違反特管辦法 之扣款(註1) (B2)	109年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q109) =(Q108+PEOP107 +B2)×(1+4.696%)	108年各季校正 投保人口預估 成長率差值 (PEOP108)	109年 違反特管辦法 之扣款(註2) (B3)	110年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q110) =(Q109+PEOP108 +B3)×(1+4.260%)	106年 品質保證 保留款(註3) (C106)	110年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算 (OPD_G110) =(Q110-C106)	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額 (B4)
第1季	6,142,037,862	14,957,785	1,060,634	6,447,238,604	-7,665,531	7,265,101	6,721,473,480	5,549,248	6,715,924,232	51,519,071
第2季	6,293,017,741	10,132,122	1,060,634	6,600,256,222	-10,064,237	7,265,101	6,878,508,758	5,685,584	6,872,823,174	42,799,060
第3季	6,211,117,153	6,907,224	1,060,634	6,511,133,243	-11,733,645	7,265,101	6,783,848,615	5,609,527	6,778,239,088	43,353,800
第4季	6,595,362,803	9,809,264	1,060,632	6,916,461,387	-10,104,140	7,265,102	7,208,142,661	5,961,227	7,202,181,434	0
合計	25,241,535,559	41,806,395	4,242,534	26,475,089,456	-39,567,553	29,060,405	27,591,973,514	22,805,586	27,569,167,928	137,671,931

註：

1. 109年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q109)

= (108年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q108)+107年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP107) + 108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+4.696%)。

※109年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 4,242,534元，按季均分。

2. 110年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q110)

= (109年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q109)+108年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP108) + 109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+4.260%)。

※一般服務成長率為4.260%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.089%，協商因素成長率1.171%。

※依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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109年度中醫一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會109年第3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。

※110年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 29,060,405元，按季均分。

3. 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+104年各季校正投保人口數成長率差值) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

4. 依據「110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，再進行預算分配。

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 = 140,600,000

第1季:預算=140,600,000/4= 35,150,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 8

(1)獎勵開業已支用點數	:	5,149,056(J1)	(浮動點數 : 3,515,328 ; 非浮動點數 : 1,633,728)
(2)獎勵開業保障給付收入	:	7,241,516(J2)	
(3)獎勵開業論次費用	:	0(J3)	
(4)小計已支用點數(J1+J3)	:	5,149,056(J4)	暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點x 論次費用(J3)= 7,241,516(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	:	2,320,089(J6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	:	21,453,440(J7)	
(3)小計已支用點數	:	23,773,529(J8)	暫結金額= 1元/點x 23,773,529(J8)= 23,773,529(J9)

3. 合計:

已支用點數： 28,922,585(J4+J8)
 暫結金額： 31,015,045(J10=J5+J9)
 未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 35,150,000 - 31,015,045 = 4,134,955

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=140,600,000/4+ 4,134,955 = 39,284,955

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 7

(1)獎勵開業已支用點數	:	5,465,843(K1)	(浮動點數 : 3,761,327 ; 非浮動點數 : 1,704,516)
(2)獎勵開業保障給付收入	:	9,020,398(K2)	
(3)獎勵開業論次費用	:	0(K3)	
(4)小計已支用點數(K1+K3)	:	5,465,843(K4)	暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點x 論次費用(K3)= 9,020,398(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	:	1,914,179(K6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	:	17,438,860(K7)	
(3)小計已支用點數	:	19,353,039(K8)	暫結金額= 1元/點x 19,353,039(K8)= 19,353,039(K9)

3. 合計:

已支用點數： 24,818,882(K4+K8)
 暫結金額： 28,373,437(K10=K5+K9)
 未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 39,284,955 - 28,373,437 = 10,911,518

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R02

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：111/01/21

110年第3季

結算主要費用年月起迄：110/07—110/09

核付截止日期：110/12/31

頁次：4

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝140,600,000/4＋ 10,911,518＝ 46,061,518

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數： 8

(1) 獎勵開業已支用點數： 4,907,194(L1) (浮動點數： 3,444,678；非浮動點數： 1,462,516)
 (2) 獎勵開業保障給付收入： 7,906,411(L2)
 (3) 獎勵開業論次費用： 0(L3)
 (4) 小計已支用點數(L1+L3)： 4,907,194(L4) 暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋ 1元/點× 論次費用(L3)＝ 7,906,411(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： 1,910,806(L6)
 (2) 中醫巡迴論次費用已支用點數： 18,523,000(L7)
 (3) 小計已支用點數： 20,433,806(L8) 暫結金額＝ 1元/點× 20,433,806(L8)＝ 20,433,806(L9)

3. 合計：

已支用點數： 25,341,000(L4+L8)
 暫結金額： 28,340,217(L10=L5+L9)
 未支用金額＝ 第3季預算－ 第3季暫結金額＝ 46,061,518－ 28,340,217＝ 17,721,301

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝140,600,000/4＋ 17,721,301＝ 52,871,301

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＝ 52,871,301－ 0＝ 52,871,301

=====

全年合計:全年預算=140,600,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 8

(1) 獎勵開業已支用點數 : 15,522,093(N1) (浮動點數 : 10,721,333 ; 非浮動點數 : 4,800,760)

(2) 獎勵開業保障給付收入 : 24,168,325(N2)

(3) 獎勵開業論次費用 : 0(N3)

(4) 小計已支用點數(N1+N3) : 15,522,093(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 24,168,325(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 : 6,145,074(N6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數 : 57,415,300(N7)

(3) 小計已支用點數 : 63,560,374(N8) 結算金額= 63,560,374(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： 79,082,467(N4+N8)

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)

= 31,015,045 + 28,373,437 + 28,340,217 + 0 = 87,728,699

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=140,600,000 - 87,728,699 = 52,871,301

註：依據「110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=234,000,000

第1季:預算= 234,000,000/4= 58,500,000

	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：	44,335,724(V01)	42,318,191(VF01)	2,017,533(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,536,096(V02)	5,279,938(VF02)	256,158(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,312,438(V03)	2,192,759(VF03)	119,679(VN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	561,681(V04)	539,644(VF04)	22,037(VN04)
(5)小計：	52,745,939(V05)	50,330,532(VF05)	2,415,407(VN05)

已支用點數= 52,745,939

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 52,745,939

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 58,500,000 - 52,745,939= 5,754,061

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 234,000,000/4+ 5,754,061= 64,254,061

	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：	44,065,853(W01)	42,032,538(WF01)	2,033,315(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,719,399(W02)	4,500,517(WF02)	218,882(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,770,554(W03)	2,624,058(WF03)	146,496(WN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,026,351(W04)	3,640,944(WF04)	385,407(WN04)
(5)小計：	55,582,157(W05)	52,798,057(WF05)	2,784,100(WN05)

已支用點數= 55,582,157

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 55,582,157

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 64,254,061 - 55,582,157= 8,671,904

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R02

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：111/01/21

110年第3季

結算主要費用年月起迄：110/07—110/09

核付截止日期：110/12/31

頁次：7

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 234,000,000/4＋ 8,671,904＝ 67,171,904

	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：	41,393,009(X01)	39,362,192(XF01)	2,030,817(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,679,567(X02)	5,368,229(XF02)	311,338(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,030,104(X03)	2,857,305(XF03)	172,799(XN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,702,997(X04)	4,304,597(XF04)	398,400(XN04)
(5)小計：	54,805,677(X05)	51,892,323(XF05)	2,913,354(XN05)

已支用點數＝ 54,805,677

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 54,805,677

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 67,171,904－ 54,805,677＝ 12,366,227

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 234,000,000/4＋ 12,366,227＝ 70,866,227

	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)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)小計：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)

已支用點數＝ 0

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算－ 1元/點× 第4季已支用點數＝ 70,866,227－ 0＝ 70,866,227

全年合計：全年預算＝ 234,000,000

	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：	129,794,586(Z01)	123,712,921(ZF01)	6,081,665(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	15,935,062(Z02)	15,148,684(ZF02)	786,378(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,113,096(Z03)	7,674,122(ZF03)	438,974(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,291,029(Z04)	8,485,185(ZF04)	805,844(ZN04)
(5)小計：	163,133,773(Z05)	155,020,912(ZF05)	8,112,861(ZN05)

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)

＝ 52,745,939＋ 55,582,157＋ 54,805,677＋ 0＝ 163,133,773

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 234,000,000－ 163,133,773＝ 70,866,227

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 = 90,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 90,000,000/4 = 22,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 17,558,074$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 17,558,074$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 22,500,000 - 17,558,074 = 4,941,926$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 90,000,000/4 + 4,941,926 = 27,441,926$$

$$\text{已支用點數} = 15,170,853$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 15,170,853$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 27,441,926 - 15,170,853 = 12,271,073$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 90,000,000/4 + 12,271,073 = 34,771,073$$

$$\text{已支用點數} = 15,225,540$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 15,225,540$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 34,771,073 - 15,225,540 = 19,545,533$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 90,000,000/4 + 19,545,533 = 42,045,533$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 42,045,533 - 0 = 42,045,533$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 90,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 47,954,467$$

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

$$= 17,558,074 + 15,170,853 + 15,225,540 + 0 = 47,954,467$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 90,000,000 - 47,954,467 = 42,045,533$$

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=245,000,000

第1季：

預算 = 245,000,000 / 4 = 61,250,000

	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：	14,809,158	12,517,004	2,292,154
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	15,229,665	15,229,665	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,258,100	1,258,100	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	4,227,293	4,227,293	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	3,641,357	3,641,357	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	4,082,690	3,697,197	385,493
(7)小計：	43,248,263	40,570,616	2,677,647

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 43,248,263

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 61,250,000 - 43,248,263 = 18,001,737

第2季：預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 245,000,000 / 4 + 18,001,737 = 79,251,737

	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：	15,186,330	12,993,111	2,193,219
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	14,895,278	14,895,278	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,393,575	1,393,575	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	3,953,940	3,953,940	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	3,465,612	3,465,612	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,965,739	2,666,078	299,661
(7)小計：	41,860,474	39,367,594	2,492,880

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 41,860,474

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 79,251,737 - 41,860,474 = 37,391,263

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R02

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：111/01/21

110年第3季

結算主要費用年月起迄：110/07-110/09

核付截止日期：110/12/31

頁次：10

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 245,000,000/4＋ 37,391,263＝ 98,641,263

	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：	15,849,278	13,501,678	2,347,600
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	15,639,838	15,639,838	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,351,902	1,351,902	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	4,316,826	4,316,826	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	3,575,177	3,575,177	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,107,964	1,887,852	220,112
(7)小計：	42,840,985	40,273,273	2,567,712

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 42,840,985

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 98,641,263－ 42,840,985＝ 55,800,278

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 245,000,000/4＋ 55,800,278＝ 117,050,278

	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：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	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＝ 117,050,278－ 0＝ 117,050,278

全年合計：全年預算＝ 245,000,000

	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：	45,844,766	39,011,793	6,832,973
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	45,764,781	45,764,781	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	4,003,577	4,003,577	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	12,498,059	12,498,059	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	10,682,146	10,682,146	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	9,156,393	8,251,127	905,266
(7)小計：	127,949,722	120,211,483	7,738,239

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)

＝ 43,248,263＋ 41,860,474＋ 42,840,985＋ 0＝ 127,949,722

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 245,000,000－ 127,949,722＝ 117,050,278

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 = 24,000,000

第1季：

預算 = 24,000,000/4 = 6,000,000
 已支用點數 = 2,793,663 (浮動點數：1,909,030 非浮動點數：884,633)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,793,663
 未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 6,000,000 - 2,793,663 = 3,206,337

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 24,000,000/4 + 3,206,337 = 9,206,337
 已支用點數 = 3,915,664 (浮動點數：2,654,085 非浮動點數：1,261,579)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,915,664
 未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點×第2季已支用點數 = 9,206,337 - 3,915,664 = 5,290,673

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 24,000,000/4 + 5,290,673 = 11,290,673
 已支用點數 = 4,349,436 (浮動點數：2,927,494 非浮動點數：1,421,942)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,349,436
 未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點×第3季已支用點數 = 11,290,673 - 4,349,436 = 6,941,237

第4季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 24,000,000/4 + 6,941,237 = 12,941,237
 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4季已支用點數 = 12,941,237 - 0 = 12,941,237

全年合計：

全年預算 = 24,000,000
 已支用點數 = 11,058,763
 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)
 = 2,793,663 + 3,915,664 + 4,349,436 + 0 = 11,058,763
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 24,000,000 - 11,058,763 = 12,941,237

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= 10,000,000

第1季:

預算= 10,000,000/4= 2,500,000
 已支用點數 = 797,352 (浮動點數: 792,552 非浮動點數: 4,800)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 797,352
 未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 2,500,000 - 797,352 = 1,702,648

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 10,000,000/4 + 1,702,648 = 4,202,648
 已支用點數 = 465,680 (浮動點數: 463,790 非浮動點數: 1,890)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 465,680
 未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 4,202,648 - 465,680 = 3,736,968

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 10,000,000/4 + 3,736,968 = 6,236,968
 已支用點數 = 359,634 (浮動點數: 359,523 非浮動點數: 111)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 359,634
 未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 6,236,968 - 359,634 = 5,877,334

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 10,000,000/4 + 5,877,334 = 8,377,334
 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 = 8,377,334 - 0 = 8,377,334

全年合計:

全年預算 = 10,000,000
 已支用點數 = 1,622,666
 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)
 = 797,352 + 465,680 + 359,634 + 0 = 1,622,666
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 10,000,000 - 1,622,666 = 8,377,334

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)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 全年預算= 50,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 50,000,000/4 = 12,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 10,956,547 \quad (\text{浮動點數}: 10,956,547 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 10,956,547$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 12,500,000 - 10,956,547 = 1,543,453$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000/4 + 1,543,453 = 14,043,453$$

$$\text{已支用點數} = 11,880,057 \quad (\text{浮動點數}: 11,880,057 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 11,880,057$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 14,043,453 - 11,880,057 = 2,163,396$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000/4 + 2,163,396 = 14,663,396$$

$$\text{已支用點數} = 13,364,465 \quad (\text{浮動點數}: 13,364,465 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 13,364,465$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 14,663,396 - 13,364,465 = 1,298,931$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000/4 + 1,298,931 = 13,798,931$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 13,798,931 - 0 = 13,798,931$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 36,201,069 \quad (\text{浮動點數}: 36,201,069 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

$$= 10,956,547 + 11,880,057 + 13,364,465 + 0 = 36,201,069$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 50,000,000 - 36,201,069 = 13,798,931$$

註：依據「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，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。

=====

(八)網路頻寬補助費用 全年預算= 81,000,000

第1季已支用點數： 20,257,906

第2季已支用點數： 20,382,445

第3季已支用點數： 20,447,806

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 61,088,157

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 61,088,157
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 81,000,000 - 61,088,157 = 19,911,843

註：預算如有不足，依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。

(九)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+110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

+104年各季校正投保人口數成長率差值) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%) + 25,200,000

= (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% + 25,200,000

= 5,549,248 + 5,685,584 + 5,609,527 + 5,961,227 + 25,200,000

= 48,005,586

※依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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110年度之品質保證保留款(25.2百萬元)合併運用(計48.0百萬元)。

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 7,080,945,317 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 43,353,800 (B4)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算 7,037,591,517 (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	2,220,286	965,975	3,186,261	3,186,261
北區	6,152,152	2,889,985	9,042,137	9,042,137
中區	3,041,755	1,264,787	4,306,542	4,306,542
南區	3,628,670	1,777,749	5,406,419	5,406,419
高屏	7,099,507	3,085,897	10,185,404	10,185,404
東區	8,077,463	3,149,574	11,227,037	11,227,037
合計	30,219,833	13,133,967	43,353,800(B2)	43,353,800(B4)

※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% = 7,037,591,517 × 2.22% = 156,234,532 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險調整移撥款(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = (E) × 97.78% - 8,750,000 = 6,872,606,985 (加總後四捨五入至整位數) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 67% = 6,872,606,985 × 67% = 4,604,646,680 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 13% = 6,872,606,985 × 13% = 893,438,908 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 10% = 6,872,606,985 × 10% = 687,260,699 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 4% = 6,872,606,985 × 4% = 274,904,279 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 6,872,606,985 × 5% = 343,630,349 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 6,872,606,985 - 4,604,646,680 - 893,438,908 - 687,260,699 - 274,904,279 - 343,630,349 = 68,726,070

(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	96Q3+97Q3+98Q3		109年8月		109年7~9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	4,067,660,394	29.9898%	7,618,588	33.0759%	963,337.410368		30.8237%	31.4344%
北區	1,666,787,981	12.2888%	3,824,955	16.6059%	426,127.286102		13.6347%	13.9048%
中區	3,666,236,032	27.0302%	4,577,753	19.8742%	786,705.478869		25.1720%	25.6707%
南區	1,942,046,149	14.3182%	3,322,740	14.4256%	419,228.193964		13.4139%	13.6797%
高屏	2,220,761,046	16.3730%	3,689,606	16.0184%	469,204.773744		15.0130%	15.3104%
東區					60,714.856770			
小計	13,563,491,602	100.0000%	23,033,642	100.0000%	3,125,317.999817	3,125,318	98.0573%	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R02

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：111/01/21

110年第 3季

結算主要費用年月起迄:110/07-110/09

核付截止日期:110/12/31

頁次：17

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 109年7~9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	-0.040687	0.039815	-0.080502	2	0.00	4,067,660,394	4,067,660,394	30.2060%
北區	-0.059740	0.023068	-0.082808	3	0.00	1,666,787,981	1,666,787,981	12.3774%
中區	-0.063369	-0.001791	-0.061578	1	0.00	3,666,236,032	3,666,236,032	27.2251%
南區	-0.068889	0.014443	-0.083332	5	-0.05	1,942,046,149	1,844,943,842	13.7004%
高屏	-0.063260	0.019686	-0.082946	4	0.00	2,220,761,046	2,220,761,046	16.4911%
小計						13,563,491,602	13,466,389,295	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 110年5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	0.009292	4,067,660,394	4,105,457,094	30.2854%
北區	0.003220	1,666,787,981	1,672,155,038	12.3352%
中區	-0.010333	3,666,236,032	3,628,352,815	26.7658%
南區	0.001742	1,942,046,149	1,945,429,193	14.3512%
高屏	-0.007315	2,220,761,046	2,204,516,179	16.2624%
小計		13,563,491,602	13,555,910,319	100.0000%

(五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	29.9898%	33.0759%	31.4344%	30.2060%	30.2854%
北區	12.2888%	16.6059%	13.9048%	12.3774%	12.3352%
中區	27.0302%	19.8742%	25.6707%	27.2251%	26.7658%
南區	14.3182%	14.4256%	13.6797%	13.7004%	14.3512%
高屏	16.3730%	16.0184%	15.3104%	16.4911%	16.2624%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第3季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 68,726,070 - 0 \\
 &= 68,726,070
 \end{aligned}$$

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	1.35245081	0	0
北區	1.29022912	0	0
中區	1.16785659	0	0
南區	1.14890343	0	0
高屏	1.16135929	0	0
小計		0	0(M1)

(七)各分區「風險調整移撥款撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{「風險調整移撥款撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 8,750,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\
 &= 8,750,000 - 0 \\
 &= 8,750,000 \text{ (Gh)}
 \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	風險調整移撥款撥付院所 當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	1.35245081	0	0
北區	1.29022912	0	0
中區	1.16785659	0	0
南區	1.14890343	0	0
高屏	1.16135929	0	0
小計		0	0(R1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：111/01/21

110年第3季

結算主要費用年月起迄:110/07-110/09

核付截止日期:110/12/31

頁次：20

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=第3季預算Ga+ 第3季預算Gb+ 第3季預算Gc+ 第3季預算Gd+ 第3季預算Ge+ 第3季預算Gf+ 臺北、北區風險調整移撥款分配款(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3季預算(Gf) =Nx指標1占率	臺北、北區 風險調整移 撥款分配 (Gh)	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,380,924,330	295,512,960	216,036,277	83,037,587	104,069,826	20,610,811	4,812,500	2,105,004,291
北區	565,855,821	148,363,572	95,562,226	34,026,002	42,387,491	8,445,609	3,937,500	898,578,221
中區	1,244,645,207	177,563,835	176,424,632	74,842,965	91,975,412	18,576,794	0	1,784,028,845
南區	659,302,521	128,883,923	94,015,202	37,662,986	49,315,079	9,840,336	0	979,020,047
高屏	753,918,801	143,114,618	105,222,362	45,334,739	55,882,541	11,252,520	0	1,114,725,581
小計	4,604,646,680	893,438,908	687,260,699	274,904,279	343,630,349	68,726,070	8,750,000	6,881,356,985

(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
109年 第1季	1,743,314,585	748,005,755	1,535,921,140	881,910,978	980,385,092	5,889,537,550
第2季	1,960,142,402	837,562,777	1,684,558,431	938,224,757	1,063,272,383	6,483,760,750
第3季	2,002,499,432	855,930,276	1,702,889,830	934,936,035	1,065,033,198	6,561,288,771
第4季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_109)	5,705,956,419	2,441,498,808	4,923,369,401	2,755,071,770	3,108,690,673	18,934,587,071
110年 第1季	1,817,886,169	781,695,963	1,602,393,010	918,701,338	1,021,348,652	6,142,025,132
第2季	2,049,550,403	875,503,168	1,760,524,242	981,514,799	1,107,581,534	6,774,674,146
第3季	2,105,004,291	898,578,221	1,784,028,845	979,020,047	1,114,725,581	6,881,356,985
第4季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_110)	5,972,440,863	2,555,777,352	5,146,946,097	2,879,236,184	3,243,655,767	19,798,056,263
預算成長率	4.67%	4.68%	4.54%	4.51%	4.34%	4.56%

※預算成長率 = $\left[\frac{110\text{年全年分區預算}(BD_{110})}{109\text{年全年分區預算}(BD_{109})} - 1 \right] \times 100\%$ 。

註：

- 依據「110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：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： \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(109年該季/108年同期)-1。

(3)醫療費用點數成長率(r)：(109年該季申報醫療費用點數/108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)109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. 風險調整移撥款提撥及分配:

(1) 110年度自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,500萬元,每季875萬元。

(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) 當季風險調整移撥款預算如有不足,則以當季核定浮動點數之占率分配;如有剩餘,則餘額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 $= (110年該區yT / 109年該區yT) - 1$ 。

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110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。

12. 依衛生福利部110年9月3日衛部保字第1100134861號函,110年暫停執行「全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案」。

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	1,135,460,785(BF)	670,429,842(BG)	56,059(BJ)
2-北區分區	493,479,901(BF)	326,301,585(BG)	7,087(BJ)
3-中區分區	1,098,112,603(BF)	622,392,454(BG)	25,762(BJ)
4-南區分區	564,642,168(BF)	379,723,009(BG)	11,032(BJ)
5-高屏分區	648,009,113(BF)	418,845,765(BG)	13,795(BJ)
6-東區分區	85,985,645(BF)	45,528,370(BG)	4,986(BJ)
7-合計	4,025,690,215(GF)	2,463,221,025(GG)	118,721(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(BD1)
 - (各分區一般服務核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款)
 - 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	= [2,105,004,291	- (670,429,842 +	0) -	56,059] /	1,135,460,785 =	1.26337995
北區分區	= [898,578,221	- (326,301,585 +	272,760) -	7,087] /	493,479,901 =	1.15910858
中區分區	= [1,784,028,845	- (622,392,454 +	424,692) -	25,762] /	1,098,112,603 =	1.05743795
南區分區	= [979,020,047	- (379,723,009 +	11,576) -	11,032] /	564,642,168 =	1.06133488
高屏分區	= [1,114,725,581	- (418,845,765 +	0) -	13,795] /	648,009,113 =	1.07385221
東區分區	= [156,234,532	- (45,528,370 +	0) -	4,986] /	85,985,645 =	1.28743787

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(BD1)
 - (加總核定非浮動點數(GG) + 緩起訴捐助款)
 - 加總自墊核退點數(GJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [7,037,591,517 - (2,463,221,025 + 709,028) - 118,721] / 4,025,690,215 = 1.13608909

註：自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

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)

$$= [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD1)} \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(BF)} \\ + \text{該分區核定非浮動點數(BG)} + \text{緩起訴捐助款} \\ + \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}]]$$

臺北分區	= [2,105,004,291]	÷ [1,135,460,785 + 670,429,842 + 0 + 56,059]	= 1.16559603
北區分區	= [898,578,221]	÷ [493,479,901 + 326,301,585 + 272,760 + 7,087]	= 1.09574514
中區分區	= [1,784,028,845]	÷ [1,098,112,603 + 622,392,454 + 424,692 + 25,762]	= 1.03665018
南區分區	= [979,020,047]	÷ [564,642,168 + 379,723,009 + 11,576 + 11,032]	= 1.03667165
高屏分區	= [1,114,725,581]	÷ [648,009,113 + 418,845,765 + 0 + 13,795]	= 1.04485736
東區分區	= [156,234,532]	÷ [85,985,645 + 45,528,370 + 0 + 4,986]	= 1.18792365

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)

$$= [7,037,591,517] \div [4,025,690,215 + 2,463,221,025 + 709,028 + 118,721] = 1.08441827$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD1)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B4)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(GG)} + \text{緩起訴捐助款} + \text{加總分區自墊核退點數(GJ)} + \\ \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)}]$$

$$= [7,037,591,517 + 191,643,287 + 43,353,800] \div [4,025,690,215 + 2,463,221,025 + 709,028 + 118,721 + 188,644,070 + 43,353,800] \\ = 1.08195080$$

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 + 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(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

$$= 28,340,217 + 54,805,677 + 15,225,540 + 42,840,985 + 4,349,436 + 359,634 + 13,364,465 + 20,447,806 + 11,909,527 \\ = 191,643,287$$
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110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110/06(含)以前:於110/10/01~110/12/31期間核付者。

費用年月110/07~110/09:於110/07/01~110/12/31期間核付者。