

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 1

=====

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)113年第3季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 113\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G113合計)} \times \text{各季預算占率}(h_q3) \\
 &= 30,988,492,521 \times 25.846146\%(h_q3) \\
 &= 8,009,331,020 \text{ (D1)}
 \end{aligned}$$

註：

- 依據112年11月16日「中醫門診總額研商議事會議」112年第4次會議決定，以105-109年之各季核定點數平均占率做為113年各季預算重分配之依據。113年各季預算占率分別為：第1季：23.209366%，第2季：25.148925%，第3季：25.846146%，第4季：25.795563%。
 - 113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_G113合計)為30,988,492,521元，各季調整後預算如下：
 - 113年第1季預算7,569,545,731元，調整後預算為7,192,232,647元 = 30,988,492,521元 × 23.209366%(h_q1)。
 - 113年第2季預算7,713,689,002元，調整後預算為7,793,272,743元 = 30,988,492,521元 × 25.148925%(h_q2)。
 - 113年第3季預算7,614,534,446元，調整後預算為8,009,331,020元 = 30,988,492,521元 × 25.846146%(h_q3)。
 - 113年第4季預算8,090,723,342元，調整後預算為7,993,656,111元
- $$\begin{aligned}
 &= 113\text{年全年預算} - 113\text{年第1季調整後預算} - 113\text{年第2季調整後預算} - 113\text{年第3季調整後預算} \\
 &= 30,988,492,521\text{元} - 7,192,232,647\text{元} - 7,793,272,743\text{元} - 8,009,331,020\text{元} \\
 &= 7,993,656,111\text{元}。
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 2

(二)113年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G113合計)

項目	111年各季 一般服務醫療 給付費用總額	110年各季校正 投保人口預估 成長率差額	111年 違反特管辦法 之扣款(註1)	112年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	111年各季校正 投保人口預估 成長率差值	112年 違反特管辦法 之扣款(註2)	113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(註3)	113年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算
	(Q111)	(PEOP110)	(B2)	(Q112) =(Q111+PEOP110 +B2)×(1+4.072%)	(PEOP111)	(B3)	(Q113) =(Q112+PEOP111 +B3)×(1+4.979%)	(C106)	(OPD_G113) =(Q113- C106)
第1季	7,002,761,743	-22,238,657	3,526,946	7,268,440,549	-61,258,146	8,636,931	7,575,094,979	5,549,248	7,569,545,731
第2季	7,160,788,544	-31,423,887	3,526,946	7,423,342,949	-78,723,909	8,636,931	7,719,374,586	5,685,584	7,713,689,002
第3季	7,060,217,251	-32,977,987	3,526,946	7,317,059,010	-66,964,220	8,636,931	7,620,143,973	5,609,527	7,614,534,446
第4季	7,487,142,652	-42,676,749	3,526,947	7,751,275,119	-47,241,356	8,636,932	8,096,684,569	5,961,227	8,090,723,342
合 計	28,710,910,190	-129,317,280	14,107,785	29,760,117,627	-254,187,631	34,547,725	31,011,298,107	22,805,586	30,988,492,521

(三)113年支應扣減金額後調整後各季一般服務醫療給付費用總額(D2合計)

項目	113年調整後各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算	扣減未達113年 協定增加之預算 差額(註5)	扣減與照護機構 中醫醫療照護方案 重複之預算(註6)	113年支應扣減金額後 調整後各季地區一般 服務醫療給付費用總額	醫療資源不足 地區之論量計 酬結算金額
	(D1)	(B5)	(B6)	(D2)=(D1)-(B5)-(B6)	(B4)
第1季	7,192,232,647	0	0	7,192,232,647	53,315,867
第2季	7,793,272,743	0	0	7,793,272,743	65,587,105
第3季	8,009,331,020	0	0	8,009,331,020	67,429,004
第4季	7,993,656,111	0	2,407,176	7,991,248,935	0
合 計	30,988,492,521	0	2,407,176	30,986,085,345	186,331,976

=====

註：

1. 112年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q112)

＝（111年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q111)+110年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP110) +111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+4.072%）。

※111年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 14,107,785元，按季均分。

2. 113年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q113)

＝（112年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q112)+111年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP111) +112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+4.979%）。

※一般服務成長率為4.979%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.002%，協商因素成長率1.977%。

※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113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112年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會112年第7次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、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，及扣除「111年未導入預算扣減」部分(中醫門診總額111年未有本項扣減金額)。

※112年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 34,547,725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「113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。

5. 依據113年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項暨全民健康保險會113年第6次委員會議(113.7.30)及第11次委員會議(113.12.25)決定同意健保署所報扣減方式：

(1)扣減方式：113年就醫者平均每人就醫費用×(113年實際就醫人數-112年實際就醫人數)計算，若低於113年協定增加之預算588百萬元，則扣減未達之差額。

(2)就醫人數定義：不含案件分類C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)、B6(職災)、A3(預防保健)、主、次診斷為U07.1(確認COVID-19病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)之案件保險對象人數。

(3)扣減時程：113年第3、4季點值結算時扣減。

6. 扣減與照護機構中醫醫療照護方案重複之預算(B7)：依據113年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，照護機構中醫醫療照護方案，依113年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，於113年第4季扣減預算2,407,176元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 4

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 = 180,000,000

第1季:預算=180,000,000/4= 45,000,000

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： 8,143,993(J1) (浮動點數： 5,491,758；非浮動點數： 2,652,235)

(2)獎勵開業保障給付收入： 11,300,446(J2)

(3)獎勵開業論次費用： 33,000(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3)： 8,176,993(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 11,333,446(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： 2,454,272(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 24,677,432(J7)

(3)小計已支用點數： 27,131,704(J8) 暫結金額= 1元/點× 27,131,704(J8)= 27,131,704(J9)

3. 合計:

已支用點數： 35,308,697(J4+J8)

暫結金額： 38,465,150(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 45,000,000 - 38,465,150= 6,534,850

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 5

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 6,534,850= 51,534,850

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： 8,547,168(K1) (浮動點數： 5,949,213；非浮動點數： 2,597,955)

(2)獎勵開業保障給付收入： 11,879,667(K2)

(3)獎勵開業論次費用： 36,300(K3)

(4)小計已支用點數(K1+K3)： 8,583,468(K4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 11,915,967(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： 2,755,309(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 25,425,700(K7)

(3)小計已支用點數： 28,181,009(K8) 暫結金額= 1元/點× 28,181,009(K8)= 28,181,009(K9)

3. 合計:

已支用點數： 36,764,477(K4+K8)

暫結金額： 40,096,976(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 51,534,850 - 40,096,976= 11,437,874

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 6

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 11,437,874= 56,437,874

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： 9,466,062(L1) (浮動點數： 6,481,642；非浮動點數： 2,984,420)
 (2)獎勵開業保障給付收入： 12,613,109(L2)
 (3)獎勵開業論次費用： 39,600(L3)
 (4)小計已支用點數(L1+L3)： 9,505,662(L4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(L3)= 12,652,709(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： 2,818,717(L6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 27,390,400(L7)
 (3)小計已支用點數： 30,209,117(L8) 暫結金額= 1元/點× 30,209,117(L8)= 30,209,117(L9)

3. 合計:

已支用點數： 39,714,779(L4+L8)
 暫結金額： 42,861,826(L10=L5+L9)
 未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 56,437,874 - 42,861,826= 13,576,048

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：7

=====

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 13,576,048= 58,576,048

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= 58,576,048 — 0= 58,576,048

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 8

全年合計:全年預算=180,000,000

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	: 26,157,223(N1)	(浮動點數 : 17,922,613 ; 非浮動點數: 8,234,610)
(2)獎勵開業保障給付收入	: 35,793,222(N2)	
(3)獎勵開業論次費用	: 108,900(N3)	
(4)小計已支用點數(N1+N3)	: 26,266,123(N4)	結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 35,902,122(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	: 8,028,298(N6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	: 77,493,532(N7)	
(3)小計已支用點數	: 85,521,830(N8)	結算金額= 85,521,830(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： 111,787,953(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)

= 38,465,150 + 40,096,976 + 42,861,826 + 0 = 121,423,952

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=180,000,000-121,423,952= 58,576,048

註：依據「113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=436,800,000

第1季:預算= 436,800,000/4= 109,200,000

	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：	65,077,807(V01)	62,777,212(VF01)	2,300,595(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,512,397(V02)	10,140,049(VF02)	372,348(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,603,282(V03)	4,384,378(VF03)	218,904(VN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,206,272(V04)	8,612,729(VF04)	593,543(VN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,334,377(V05)	2,188,497(VF05)	145,880(VN05)
(6)小計：	91,734,135(V06)	88,102,865(VF06)	3,631,270(VN06)

已支用點數= 91,734,135

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 91,734,135

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 109,200,000 - 91,734,135 = 17,465,865

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 17,465,865= 126,665,865

	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：	71,412,145(W01)	68,814,001(WF01)	2,598,144(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	11,195,344(W02)	10,823,282(WF02)	372,062(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,263,889(W03)	5,029,412(WF03)	234,477(WN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,740,715(W04)	9,207,996(WF04)	532,719(WN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,008,773(W05)	2,797,485(WF05)	211,288(WN05)
(6)小計：	100,620,866(W06)	96,672,176(WF06)	3,948,690(WN06)

已支用點數= 100,620,866

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 100,620,866

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 126,665,865 - 100,620,866 = 26,044,999

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：10

=====

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 26,044,999= 135,244,999

	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:	70,489,943(X01)	68,074,389(XF01)	2,415,554(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療:	11,446,713(X02)	11,069,875(XF02)	376,838(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療:	4,957,249(X03)	4,773,048(XF03)	184,201(XN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療:	9,255,156(X04)	8,798,827(XF04)	456,329(XN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療:	3,427,125(X05)	3,044,853(XF05)	382,272(XN05)
(6)小計:	99,576,186(X06)	95,760,992(XF06)	3,815,194(XN06)

已支用點數= 99,576,186

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 99,576,186

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 135,244,999 - 99,576,186= 35,668,813

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 35,668,813= 144,868,813

	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)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療:	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)小計:	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)

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= 144,868,813 - 0= 144,868,813

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：11

=====

全年合計:全年預算＝ 436,800,000

	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：	206,979,895(Z01)	199,665,602(ZF01)	7,314,293(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	33,154,454(Z02)	32,033,206(ZF02)	1,121,248(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	14,824,420(Z03)	14,186,838(ZF03)	637,582(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	28,202,143(Z04)	26,619,552(ZF04)	1,582,591(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,770,275(Z05)	8,030,835(ZF05)	739,440(ZN05)
(6)小計：	291,931,187(Z06)	280,536,033(ZF06)	11,395,154(ZN06)

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)

＝ 91,734,135 + 100,620,866 + 99,576,186 + 0 = 291,931,187

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 436,800,000－291,931,187＝ 144,868,813

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＝ 70,000,000

第1季：

預算＝ 70,000,000/4＝ 17,500,000

已支用點數＝ 17,140,130

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 17,140,130

未支用金額＝ 第1季預算－1元/點× 第1季已支用點數＝ 17,500,000－17,140,130＝ 359,870

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 70,000,000/4＋ 359,870＝ 17,859,870

已支用點數＝ 18,736,746

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 18,736,746

未支用金額＝ 第2季預算－1元/點× 第2季已支用點數＝ 17,859,870－18,736,746＝ -876,876

浮動點值＝(第2季預算－非浮動點數)／(浮動點數)＝(17,859,870－0)／18,736,746＝ 0.95320020

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：12

第3季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 70,000,000/4 + 0 = 17,500,000 \\ \text{已支用點數} &= 17,566,833 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 17,566,833 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 17,500,000 - 17,566,833 = -66,833 \\ \text{浮動點值} &= (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (17,500,000 - 0) / 17,566,833 = 0.99619550 \end{aligned}$$

第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 70,000,000/4 + 0 = 17,500,000 \\ \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 17,500,000 - 0 = 17,500,000 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 70,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 53,443,709 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 17,140,130 + 17,859,870 + 17,500,000 + 0 = 52,500,000 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 70,000,000 - 52,500,000 = 17,500,000 \end{aligned}$$

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)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算＝ 21,200,000

第1季:

預算＝ 21,200,000/4＝ 5,300,000

已支用點數＝ 7,634,968 (浮動點數： 5,161,079 非浮動點數： 2,473,889)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 7,634,968

未支用金額＝ 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 5,300,000－ 7,634,968＝ -2,334,968

浮動點值＝ (第1季預算－ 非浮動點數)/ 浮動點數＝ (5,300,000－ 2,473,889)/ 5,161,079＝ 0.54758143

第2季:

預算＝當季預算＋前一季度未支用金額＝ 21,200,000/4＋ 0＝ 5,300,000

已支用點數＝ 8,337,350 (浮動點數： 5,712,827 非浮動點數： 2,624,523)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 8,337,350

未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數＝ 5,300,000－ 8,337,350＝ -3,037,350

浮動點值＝ (第2季預算－ 非浮動點數)/ 浮動點數＝ (5,300,000－ 2,624,523)/ 5,712,827＝ 0.46832803

第3季:

預算＝當季預算＋前一季度未支用金額＝ 21,200,000/4＋ 0＝ 5,300,000

已支用點數＝ 9,926,763 (浮動點數： 6,921,960 非浮動點數： 3,004,803)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 9,926,763

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 5,300,000－ 9,926,763＝ -4,626,763

浮動點值＝ (第3季預算－ 非浮動點數)/ 浮動點數＝ (5,300,000－ 3,004,803)/ 6,921,960＝ 0.33158195

第4季:

預算＝當季預算＋前一季度未支用金額＝ 21,200,000/4＋ 0＝ 5,300,000

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＝ 5,300,000－ 0＝ 5,300,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：14

全年合計：

全年預算 = 21,200,000

已支用點數 = 25,899,081

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)

= 5,300,000 + 5,300,000 + 5,300,000 + 0 = 15,900,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 21,200,000 - 15,900,000 = 5,300,000

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。

(五)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=265,000,000

第1季:預算 = 265,000,000/4 = 66,250,000

	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已支用點數：	22,760,988	19,225,493	3,535,495
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	26,522,845	26,522,845	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,919,492	1,919,492	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	7,135,383	7,135,383	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	6,281,751	6,281,751	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	2,998,413	2,827,995	170,418
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	918,930	918,930	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,429,288	1,429,288	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,543,102	1,543,102	0
(10)小計：	71,510,192	67,804,279	3,705,913

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 71,510,192

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 66,250,000 - 71,510,192 = -5,260,192

浮動點值 = (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (66,250,000 - 3,705,913) / 67,804,279 = 0.92242094

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：15

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 265,000,000/4+

0= 66,250,000

	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已支用點數：	24,816,686	21,097,235	3,719,451
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	29,288,209	29,288,209	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,280,886	2,280,886	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	8,127,055	8,127,055	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	7,199,208	7,199,208	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	3,581,331	3,404,689	176,642
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,055,902	1,055,902	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,707,667	1,707,667	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,776,866	1,776,866	0
(10)小計：	79,833,810	75,937,717	3,896,093

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 79,833,810

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 66,250,000 - 79,833,810 = -13,583,810

浮動點值= (第2季預算- 非浮動點數) / (浮動點數)= (66,250,000 - 3,896,093) / 75,937,717 = 0.82111906

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 265,000,000/4+

0= 66,250,000

	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已支用點數：	24,494,425	20,827,020	3,667,405
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	31,435,416	31,435,416	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,399,726	2,399,726	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	8,696,730	8,696,730	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	7,696,900	7,696,900	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	4,440,985	4,281,813	159,172
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,148,054	1,148,054	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,933,275	1,933,275	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,858,317	1,858,317	0
(10)小計：	84,103,828	80,277,251	3,826,577

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 84,103,828

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 66,250,000 - 84,103,828 = -17,853,828

浮動點值= (第3季預算- 非浮動點數) / (浮動點數)= (66,250,000 - 3,826,577) / 80,277,251 = 0.77759792

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：16

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 265,000,000/4+

0= 66,250,000

	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已支用點數：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	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)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(10)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= 66,250,000 - 0= 66,250,000

全年合計：全年預算= 265,000,000

	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：	72,072,099	61,149,748	10,922,351
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	87,246,470	87,246,470	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	6,600,104	6,600,104	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	23,959,168	23,959,168	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	21,177,859	21,177,859	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	11,020,729	10,514,497	506,232
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,122,886	3,122,886	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	5,070,230	5,070,230	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	5,178,285	5,178,285	0
(10)小計：	235,447,830	224,019,247	11,428,583

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)

= 66,250,000 + 66,250,000 + 66,250,000 + 0= 198,750,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 265,000,000 - 198,750,000= 66,250,000

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：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：17

(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＝ 963,033 (浮動點數： 962,626 非浮動點數： 407)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 963,033

未支用金額＝ 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 2,500,000－ 963,033＝ 1,536,967

第2季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 1,536,967＝ 4,036,967

已支用點數＝ 1,809,540 (浮動點數： 1,800,555 非浮動點數： 8,985)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 1,809,540

未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數＝ 4,036,967－ 1,809,540＝ 2,227,427

第3季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 2,227,427＝ 4,727,427

已支用點數＝ 1,278,605 (浮動點數： 1,278,605 非浮動點數： 0)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 1,278,605

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 4,727,427－ 1,278,605＝ 3,448,822

第4季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 3,448,822＝ 5,948,822

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＝ 5,948,822－ 0＝ 5,948,822

全年合計:

全年預算＝ 10,000,000

已支用點數＝ 4,051,178 (浮動點數： 4,041,786 非浮動點數： 9,392)

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)

＝ 963,033＋ 1,809,540＋ 1,278,605＋ 0＝ 4,051,178

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 10,000,000－ 4,051,178＝ 5,948,822

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=105,300,000

第1季:

$$\text{預算} = 105,300,000/4 = 26,325,000$$

$$\text{已支用點數} = 25,160,318 \quad (\text{浮動點數}: 25,160,318 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 25,160,318$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 26,325,000 - 25,160,318 = 1,164,682$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 105,300,000/4 + 1,164,682 = 27,489,682$$

$$\text{已支用點數} = 27,498,587 \quad (\text{浮動點數}: 27,498,587 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 27,498,587$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 27,489,682 - 27,498,587 = -8,905$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (27,489,682 - 0) / 27,498,587 = 0.99967617$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 105,300,000/4 + 0 = 26,325,000$$

$$\text{已支用點數} = 32,148,933 \quad (\text{浮動點數}: 32,148,933 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 32,148,933$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 26,325,000 - 32,148,933 = -5,823,933$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (26,325,000 - 0) / 32,148,933 = 0.81884522$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 105,300,000/4 + 0 = 26,325,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 26,325,000 - 0 = 26,325,000$$

全年合計：

全年預算 = 105,300,000

已支用點數 = 84,807,838 (浮動點數：84,807,838 非浮動點數：0)

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)
 = 25,160,318 + 27,489,682 + 26,325,000 + 0 = 78,975,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 105,300,000 - 78,975,000 = 26,325,000

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)中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 全年預算 = 48,000,000

第1季:預算 = 48,000,000/4 = 12,000,000

(1)論次支付費用：1,178,000

(2)論量支付已支用點數：13,576,896 (浮動點數：11,280,514 非浮動點數：2,296,382)

(9)小計已支用點數：14,754,896

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 14,754,896

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 12,000,000 - 14,754,896 = -2,754,896

浮動點值 = (第1季預算 - 論次支付費用) / 論量支付已支用點數 = (12,000,000 - 1,178,000) / 13,576,896 = 0.79708941

第2季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 48,000,000/4 + 0 = 12,000,000

(1)論次支付費用：1,487,000

(2)論量支付已支用點數：18,253,804 (浮動點數：15,517,601 非浮動點數：2,736,203)

(9)小計已支用點數：19,740,804

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 19,740,804

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點×第2季已支用點數 = 12,000,000 - 19,740,804 = -7,740,804

浮動點值 = (第2季預算 - 論次支付費用) / 論量支付已支用點數 = (12,000,000 - 1,487,000) / 18,253,804 = 0.57593475

第3季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 48,000,000/4 + 0 = 12,000,000

(1)論次支付費用：1,735,000

(2)論量支付已支用點數：20,112,248 (浮動點數：17,190,445 非浮動點數：2,921,803)

(9)小計已支用點數：21,847,248

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 21,847,248

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點×第3季已支用點數 = 12,000,000 - 21,847,248 = -9,847,248

浮動點值 = (第3季預算 - 論次支付費用) / 論量支付已支用點數 = (12,000,000 - 1,735,000) / 20,112,248 = 0.51038551

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：20

=====

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 48,000,000/4 + 0 = 12,000,000

(1)論次支付費用：0

(2)論量支付已支用點數：0 (浮動點數：0 非浮動點數：0)

(9)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 = 12,000,000 - 0 = 12,000,000

全年合計:

全年預算 = 48,000,000

(1)論次支付費用：4,400,000

(2)論量支付已支用點數：51,942,948 (浮動點數：43,988,560 非浮動點數：7,954,388)

(9)小計已支用點數：56,342,948

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)

= 12,000,000 + 12,000,000 + 12,000,000 + 0 = 36,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 48,000,000 - 36,000,000 = 12,000,000

註：依據「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」，本計畫之預算，按季均分及結算，「論次費用」每點支付金額以1元支付，各季預算扣除論次費用後，其餘項目採浮動點值支付，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。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。

(九)網路頻寬補助費用 全年預算= 83,000,000

第1季已支用點數：21,450,697

第2季已支用點數：21,595,764

第3季已支用點數：21,671,139

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：64,717,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 64,717,600

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 83,000,000 - 64,717,600 = 18,282,400

註：預算如有不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113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「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 21

=====

(十)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＋113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%)＋57,400,000

＝(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%＋57,400,000

＝ 5,549,248＋ 5,685,584＋ 5,609,527＋ 5,961,227＋57,400,000

＝80,205,586

※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113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113年度之品質保證保留款(57.4百萬元)合併運用(計80.2百萬元)。

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 8,009,331,020 (D2)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 67,429,004 (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 7,941,902,016 (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	4,841,978	1,670,387	6,512,365	6,512,365
北區	9,168,845	4,588,296	13,757,141	13,757,141
中區	6,417,704	2,595,387	9,013,091	9,013,091
南區	7,381,666	3,118,932	10,500,598	10,500,598
高屏	10,623,090	3,891,000	14,514,090	14,514,090
東區	9,777,047	3,354,672	13,131,719	13,131,719
合計	48,210,330	19,218,674	67,429,004(B2)	67,429,004(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% = 7,941,902,016 × 2.22% = 176,310,225 (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(D2_5) = (E) × 97.78% - 15,000,000 = 7,750,591,791 (加總後四捨五入至整數位)(註3)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 66% = 7,750,591,791 × 66% = 5,115,390,582 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 15% = 7,750,591,791 × 15% = 1,162,588,769 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 9% = 7,750,591,791 × 9% = 697,553,261 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 4% = 7,750,591,791 × 4% = 310,023,672 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 7,750,591,791 × 5% = 387,529,590 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 7,750,591,791 - 5,115,390,582 - 1,162,588,769 - 697,553,261 - 310,023,672 - 387,529,590 = 77,505,917

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

	指標1(註5)(S1)		指標2(註6)(S2)		指標3(註7)(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	96Q3+97Q3+98Q3		112年8月		112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%	7,510,799	32.8416%	1,037,303.997116		30.0079%	30.5667%
北區	1,666,787,981	12.2888%	3,887,633	16.9990%	510,971.005390		14.7818%	15.0570%
中區	3,666,236,032	27.0302%	4,559,525	19.9369%	851,935.386747		24.6454%	25.1043%
南區	1,942,046,149	14.3182%	3,270,352	14.2999%	478,461.424111		13.8413%	14.0990%
高屏 東區	2,220,761,046	16.3730%	3,641,451	15.9226%	514,907.338825 63,188.847594		14.8956%	15.1730%
小計	13,563,491,602	100.0000%	22,869,760	100.0000%	3,456,767.999783	3,456,768	98.1720%	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 24

=====

指標4(註8)(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

112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5)	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	-0.035469	-0.127535	0.092066	2	0.00	4,067,660,394	4,067,660,394	29.8066%
北區	0.008804	-0.125710	0.134514	1	0.05	1,666,787,981	1,750,127,380	12.8244%
中區	-0.041673	-0.119787	0.078114	3	0.00	3,666,236,032	3,666,236,032	26.8651%
南區	-0.018507	-0.092008	0.073501	4	0.00	1,942,046,149	1,942,046,149	14.2307%
高屏	-0.034269	-0.096019	0.061750	5	0.00	2,220,761,046	2,220,761,046	16.2732%
小計						13,563,491,602	13,646,831,001	100.0000%

指標5(註9)(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

113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	0.002755	4,067,660,394	4,078,866,798	30.1380%
北區	0.006384	1,666,787,981	1,677,428,755	12.3942%
中區	-0.010553	3,666,236,032	3,627,546,243	26.8033%
南區	-0.004691	1,942,046,149	1,932,936,011	14.2821%
高屏	-0.001611	2,220,761,046	2,217,183,400	16.3824%
小計		13,563,491,602	13,533,961,207	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 25

(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%	32.8416%	30.5667%	29.8066%	30.1380%
北區	12.2888%	16.9990%	15.0570%	12.8244%	12.3942%
中區	27.0302%	19.9369%	25.1043%	26.8651%	26.8033%
南區	14.3182%	14.2999%	14.0990%	14.2307%	14.2821%
高屏	16.3730%	15.9226%	15.1730%	16.2732%	16.3824%
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10)：

$$\begin{aligned}
 \text{第3季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 77,505,917 - 20,318,525 \\
 &= 57,187,392
 \end{aligned}$$

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	0.92847717	44,020,229	3,148,449
北區	0.82281101	21,529,863	3,814,854
中區	0.85815317	26,757,442	3,795,455
南區	0.86938461	40,946,055	5,348,187
高屏	0.88535356	36,735,347	4,211,580
小計		169,988,936	20,318,525(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：26

=====

(七)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。

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	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,534,095,405	381,812,753	213,219,013	92,407,516	116,793,668	17,150,384	2,355,478,739
北區	628,620,118	197,628,465	105,030,595	39,758,676	48,031,192	7,027,644	1,026,096,690
中區	1,382,700,305	231,784,160	175,115,863	83,288,170	103,870,719	15,457,866	1,992,217,083
南區	732,431,854	166,249,031	98,348,034	44,118,539	55,347,364	8,188,205	1,104,683,027
高屏	837,542,900	185,114,360	105,839,756	50,450,771	63,486,647	9,363,293	1,251,797,727
小計	5,115,390,582	1,162,588,769	697,553,261	310,023,672	387,529,590	57,187,392	7,730,273,266

(八)調整後分區一般服務預算總額(加總BD2)

	扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算	7,941,902,016 (E)
—	當季風險調整移撥款(含撥補當季浮動點值<0.8之預算及撥予當季就醫率最高之分區)	15,000,000 (D7)
—	偏鄉人口預算分配調升機制補至1元所需預算	20,318,525 (M1)

=====

調整後分區一般服務預算總額 7,906,583,491 (加總BD2)

註：

1. 依據「113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。
2. 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
3. 風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥6,000萬元。由每季提撥1,500萬元。分配方式：
 - (1)其中4,000萬元用於補助點值，補助方式自113年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。(2)其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.8元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。若兩區以上浮動點值低於0.8時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至0.8元。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
 - (2)其中2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。
4. 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(D2)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D2_5) = 調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D2) - 東區分區一般服務預算總額 (D6)。
5. 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。
6. 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)。
7. 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(ΣAi3)。
 - (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(案件分類B6)】、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】，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：計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，計算每位病患於各區就醫次數(a)，計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)=每位病患於各區就醫次數(a)/Σ每位病患於各區就醫次數(a)，各區每位病患之就醫次數比率(T)=各區Σ每位病患於各區就醫次數比率(Σa%)，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)，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(ΣK1)。
8. 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(112年該季/111年同期)-1。
 - (3)醫療費用點數成長率(r)：(112年該季申報醫療費用點數/111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(案件分類B6)、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。
9. 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。

10. 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(1)保險人公告之全民健康保險山地離島地區

(2)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)112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。

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 $= (113\text{年該區}yT / 112\text{年該區}yT) - 1$ 。

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113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. 預算經以上開方式分配後以及含已撥補分區之風險調整移撥款，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：29

四、估算東區以外五分區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	1,511,394,251(BF)	920,956,120(BG)	72,817(BJ)
2-北區分區	686,348,364(BF)	452,198,574(BG)	34,870(BJ)
3-中區分區	1,382,212,215(BF)	760,892,980(BG)	40,768(BJ)
4-南區分區	715,360,274(BF)	470,369,948(BG)	33,369(BJ)
5-高屏分區	811,208,283(BF)	509,347,822(BG)	3,234(BJ)
6-東區分區	106,124,452(BF)	53,365,335(BG)	500(BJ)
7-合計	5,212,647,839(GF)	3,167,130,779(GG)	185,558(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	= [2,355,478,739	— 920,956,120	— 72,817]	／ 1,511,394,251	= 0.94909042(點值排序：1)
北區分區	= [1,026,096,690	— 452,198,574	— 34,870]	／ 686,348,364	= 0.83611075(點值排序：5)
中區分區	= [1,992,217,083	— 760,892,980	— 40,768]	／ 1,382,212,215	= 0.89080629(點值排序：3)
南區分區	= [1,104,683,027	— 470,369,948	— 33,369]	／ 715,360,274	= 0.88665772(點值排序：4)
高屏分區	= [1,251,797,727	— 509,347,822	— 3,234]	／ 811,208,283	= 0.91523556(點值排序：2)
東區分區	= [176,310,225	— 53,365,335	— 500]	／ 106,124,452	= 1.15849258

3. 風險調整移撥款(含撥補當季浮動點值<0.8之分區及撥予就醫最高分區)

風險移撥款(用於補助點值)：全年40,000,000元 累計至前一季已支用金額= 28,000,100 未支用金額=本季風險調整移撥款(用於補助點值之預算)= 11,999,900元(G)

本季未支用

累計至本季

分區	分區 一般服務 預算總額	風險調整 移撥款(用 於補助點 值)之預算	撥補前 五分區估算 浮動點值	風險調整移撥 款撥補當季浮 動點值至0.8 之差額	113年第3季風 險調整移撥款 (用於就醫率最 高分區)之金額	風險調整 移撥款(用 於補助點 值)之剩餘款	撥補後 五分區估算 浮動點值	風險調整移撥 款撥補後一般 服務預算
	(BD2)	(G)	(Z)	(F)	(J)	(I)= (G)-(F)	(Z1)	(BD3)= (BD2)+(F)+(J)
臺北	2,355,478,739		0.94909042				0.94909042	2,355,478,739
北區	1,026,096,690		0.83611075				0.83611075	1,026,096,690
中區	1,992,217,083		0.89080629		5,000,000		0.89442368	1,997,217,083
南區	1,104,683,027		0.88665772				0.88665772	1,104,683,027
高屏	1,251,797,727		0.91523556				0.91523556	1,251,797,727
東區	176,310,225		-			-	-	176,310,225
合計	7,906,583,491	11,999,900		0	5,000,000	11,999,900		7,911,583,491

註：風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥6,000萬元。由每季提撥1,500萬元。分配方式：

- 其中4,000萬元用於補助點值，補助方式自113年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.8元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。若兩區以上浮動點值低於0.8時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至0.8元。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
- 其中2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。
- 風險調整移撥款撥補當季浮動點值至0.8之差額(F)=0.8×各分區一般服務核定浮動點數(BF)-撥補前五分區估算浮動點值(Z)×各分區一般服務核定浮動點數(BF)

五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補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	= [2,355,478,739	—	920,956,120	—	72,817]	／	1,511,394,251	=	0.94909042
北區分區	= [1,026,096,690	—	452,198,574	—	34,870]	／	686,348,364	=	0.83611075
中區分區	= [1,997,217,083	—	760,892,980	—	40,768]	／	1,382,212,215	=	0.89442368
南區分區	= [1,104,683,027	—	470,369,948	—	33,369]	／	715,360,274	=	0.88665772
高屏分區	= [1,251,797,727	—	509,347,822	—	3,234]	／	811,208,283	=	0.91523556
東區分區	= [176,310,225	—	53,365,335	—	500]	／	106,124,452	=	1.15849258

2. 全區浮動每點支付金額 = [加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD3)

— 加總核定非浮動點數(GG)

— 加總自墊核退點數(GJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

$$= [7,911,583,491 - 3,167,130,779 - 185,558] / 5,212,647,839 = 0.91014534$$

3. 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)

= [風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD3)

／ [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	= [2,355,478,739	]	／ [1,511,394,251 + 920,956,120	+	72,817]	=	0.96836716
北區分區	= [1,026,096,690	]	／ [686,348,364 + 452,198,574	+	34,870]	=	0.90120594
中區分區	= [1,997,217,083	]	／ [1,382,212,215 + 760,892,980	+	40,768]	=	0.93190903
南區分區	= [1,104,683,027	]	／ [715,360,274 + 470,369,948	+	33,369]	=	0.93162164
高屏分區	= [1,251,797,727	]	／ [811,208,283 + 509,347,822	+	3,234]	=	0.94792993
東區分區	= [176,310,225	]	／ [106,124,452 + 53,365,335	+	500]	=	1.10546058

4. 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)

$$= [7,911,583,491] / [5,212,647,839 + 3,167,130,779 + 185,558] = 0.94410708$$

5. 中醫門診總額平均點值

=[加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD3)+ 專款專用暫結金額+ 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B8)]
 / [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(GG)+ 加總分區自墊核退點數(GJ)+
 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)+ 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B8)]

臺北分區	= [2,355,478,739 + 52,848,022 + 6,512,365]			
	／ [1,511,394,251 + 920,956,120 + 72,817 + 53,091,693 + 6,512,365]			= 0.96902597
北區分區	= [1,026,096,690 + 33,514,279 + 13,757,141]			
	／ [686,348,364 + 452,198,574 + 34,870 + 34,405,872 + 13,757,141]			= 0.90446412
中區分區	= [1,997,217,083 + 101,968,048 + 9,013,091]			
	／ [1,382,212,215 + 760,892,980 + 40,768 + 108,468,580 + 9,013,091]			= 0.93257208
南區分區	= [1,104,683,027 + 53,559,633 + 10,500,598]			
	／ [715,360,274 + 470,369,948 + 33,369 + 56,576,160 + 10,500,598]			= 0.93287485
高屏分區	= [1,251,797,727 + 54,406,168 + 14,514,090]			
	／ [811,208,283 + 509,347,822 + 3,234 + 58,145,106 + 14,514,090]			= 0.94796182
東區分區	= [176,310,225 + 16,426,130 + 13,131,719]			
	／ [106,124,452 + 53,365,335 + 500 + 17,146,903 + 13,131,719]			= 1.08483563
全區	= [7,911,583,491 + 312,722,280 + 67,429,004]			
	／ [5,212,647,839 + 3,167,130,779 + 185,558 + 327,834,314 + 67,429,004]			= 0.94490254

註：

1. 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 + 中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫 + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 網路頻寬補助費用暫結金額(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

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 113年品質保證保留款預算 / 4

*當季品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算
 = (106年各季預算 + 113年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月113/06(含)以前:於113/10/01~113/12/31期間核付者。

費用年月113/07~113/09:於113/07/01~113/12/31期間核付者。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 33

七、全年各季各分區預算(詳頁次28頁、註12)

季別	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	合計
112年 第1季	1,970,172,731	872,284,111	1,732,719,956	995,372,924	1,107,610,481	6,678,160,203
第2季	2,179,225,250	943,032,123	1,870,626,552	1,047,131,702	1,182,489,950	7,222,505,577
第3季	2,259,973,894	974,453,325	1,918,908,108	1,060,482,506	1,202,685,701	7,416,503,534
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_112)	6,409,371,875	2,789,769,559	5,522,254,616	3,102,987,132	3,492,786,132	21,317,169,314
113年 第1季	2,050,202,035	922,654,105	1,795,614,121	1,038,746,157	1,152,372,879	6,959,589,297
第2季	2,265,454,693	988,310,330	1,944,272,549	1,091,394,038	1,229,948,432	7,519,380,042
第3季	2,355,478,739	1,026,096,690	1,997,217,083	1,104,683,027	1,251,797,727	7,735,273,266
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_113)	6,671,135,467	2,937,061,125	5,737,103,753	3,234,823,222	3,634,119,038	22,214,242,605
預算成長率	4.08%	5.28%	3.89%	4.25%	4.05%	4.21%

※預算成長率＝〔113年全年分區預算(BD_113)/112年全年分區預算(BD_112)－1〕×100%。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：34

八、補充資料：本資料呈現若未採「中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」，一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

(一) 扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	1,359,041,766(BF)	0.92847717	-----	818,326,024
	2-北區分區	140,728,104	0.92847717	130,662,832	108,339,761
	3-中區分區	126,730,134	0.92847717	117,666,036	76,081,448
	4-南區分區	59,045,517	0.92847717	54,822,415	40,550,841
	5-高屏分區	77,636,915	0.92847717	72,084,103	50,829,778
	6-東區分區	12,449,778	0.92847717	11,559,335	6,568,238
	7-合計	1,775,632,214(GF)		386,794,721(AF)	1,100,696,090(BG)
2-北區分區	1-臺北分區	84,965,454	0.82281101	69,910,511	59,061,929
	2-北區分區	509,980,143(BF)	0.82281101	-----	319,307,351
	3-中區分區	52,768,727	0.82281101	43,418,690	34,453,612
	4-南區分區	23,587,160	0.82281101	19,407,775	17,004,742
	5-高屏分區	15,010,943	0.82281101	12,351,169	10,227,076
	6-東區分區	2,477,606	0.82281101	2,038,601	1,325,749
	7-合計	688,790,033(GF)		147,126,746(AF)	441,380,459(BG)
3-中區分區	1-臺北分區	26,424,021	0.85815317	22,675,857	17,286,578
	2-北區分區	17,731,323	0.85815317	15,216,191	12,406,544
	3-中區分區	1,146,998,858(BF)	0.85815317	-----	615,369,374
	4-南區分區	24,852,217	0.85815317	21,327,009	18,228,631
	5-高屏分區	12,546,135	0.85815317	10,766,506	8,588,888
	6-東區分區	1,819,654	0.85815317	1,561,542	925,003
	7-合計	1,230,372,208(GF)		71,547,105(AF)	672,805,018(BG)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 35

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	21,142,320	0.86938461	18,380,808	13,063,474
	2-北區分區	9,686,075	0.86938461	8,420,925	6,692,609
	3-中區分區	35,155,933	0.86938461	30,564,027	22,524,626
	4-南區分區	574,170,721(BF)	0.86938461	-----	369,006,075
	5-高屏分區	30,660,269	0.86938461	26,655,566	21,360,065
	6-東區分區	1,583,896	0.86938461	1,377,015	773,335
7-合計		672,399,214(GF)		85,398,341(AF)	433,420,184(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	15,149,150	0.88535356	13,412,354	9,899,191
	2-北區分區	6,594,986	0.88535356	5,838,894	4,387,000
	3-中區分區	17,876,644	0.88535356	15,827,150	10,918,563
	4-南區分區	32,404,126	0.88535356	28,689,108	24,598,970
	5-高屏分區	672,913,581(BF)	0.88535356	-----	416,499,050
	6-東區分區	2,422,825	0.88535356	2,145,057	1,307,673
7-合計		747,361,312(GF)		65,912,563(AF)	467,610,447(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	4,671,540	1.20803898	5,643,402	3,318,924
	2-北區分區	1,627,733	1.20803898	1,966,365	1,065,309
	3-中區分區	2,681,919	1.20803898	3,239,863	1,545,357
	4-南區分區	1,300,533	1.20803898	1,571,095	980,689
	5-高屏分區	2,440,440	1.20803898	2,948,147	1,842,965
	6-東區分區	85,370,693(BF)	1.20803898	-----	42,465,337
7-合計		98,092,858(GF)		15,368,872(AF)	51,218,581(BG)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：36

(二)醫療資源不足地區之論量計酬一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	4,545,180(BF)	0.92847717	-----	1,573,754
	2-北區分區	645,261	0.92847717	599,110	359,049
	3-中區分區	341,187	0.92847717	316,784	146,812
	4-南區分區	289,086	0.92847717	268,410	146,831
	5-高屏分區	307,309	0.92847717	285,329	123,902
	6-東區分區	1,161,558	0.92847717	1,078,480	351,966
7-合計		7,289,581(GF)		2,548,113(AF)	2,702,314(BG)
2-北區分區	1-臺北分區	144,748	0.82281101	119,100	40,379
	2-北區分區	8,256,673(BF)	0.82281101	-----	4,077,537
	3-中區分區	253,806	0.82281101	208,834	183,629
	4-南區分區	88,835	0.82281101	73,094	38,679
	5-高屏分區	117,734	0.82281101	96,873	45,859
	6-東區分區	323,302	0.82281101	266,016	125,565
7-合計		9,185,098(GF)		763,917(AF)	4,511,648(BG)
3-中區分區	1-臺北分區	48,476	0.85815317	41,600	20,373
	2-北區分區	166,844	0.85815317	143,178	92,363
	3-中區分區	5,664,151(BF)	0.85815317	-----	2,192,798
	4-南區分區	109,725	0.85815317	94,161	57,565
	5-高屏分區	145,521	0.85815317	124,879	66,980
	6-東區分區	183,576	0.85815317	157,536	90,538
7-合計		6,318,293(GF)		561,354(AF)	2,520,617(BG)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 37

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	38,971	0.86938461	33,881	14,501
	2-北區分區	38,857	0.86938461	33,782	29,102
	3-中區分區	102,768	0.86938461	89,345	40,936
	4-南區分區	6,742,790(BF)	0.86938461	-----	2,798,831
	5-高屏分區	145,460	0.86938461	126,461	64,154
	6-東區分區	57,940	0.86938461	50,372	25,934
7-合計		7,126,786(GF)		333,841(AF)	2,973,458(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	26,855	0.88535356	23,776	8,281
	2-北區分區	41,835	0.88535356	37,039	22,244
	3-中區分區	47,895	0.88535356	42,404	28,881
	4-南區分區	143,026	0.88535356	126,629	67,517
	5-高屏分區	9,873,845(BF)	0.88535356	-----	3,578,719
	6-東區分區	138,102	0.88535356	122,269	53,639
7-合計		10,271,558(GF)		352,117(AF)	3,759,281(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	37,748	1.20803898	45,601	13,099
	2-北區分區	19,375	1.20803898	23,406	8,001
	3-中區分區	7,897	1.20803898	9,540	2,331
	4-南區分區	8,204	1.20803898	9,911	9,509
	5-高屏分區	33,221	1.20803898	40,132	11,386
	6-東區分區	7,912,569(BF)	1.20803898	-----	2,707,030
7-合計		8,019,014(GF)		128,590(AF)	2,751,356(BG)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：38

(三)一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數合計

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	1,363,586,946(BF)	0.92847717	-----	819,899,778	72,817
	2-北區分區	141,373,365	0.92847717	131,261,942	108,698,810	
	3-中區分區	127,071,321	0.92847717	117,982,821	76,228,260	
	4-南區分區	59,334,603	0.92847717	55,090,824	40,697,672	
	5-高屏分區	77,944,224	0.92847717	72,369,433	50,953,680	
	6-東區分區	13,611,336	0.92847717	12,637,815	6,920,204	
	7-合計	1,782,921,795(GF)		389,342,835(AF)	1,103,398,404(BG)	72,817(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	85,110,202	0.82281101	70,029,611	59,102,308	
	2-北區分區	518,236,816(BF)	0.82281101	-----	323,384,888	34,870
	3-中區分區	53,022,533	0.82281101	43,627,524	34,637,241	
	4-南區分區	23,675,995	0.82281101	19,480,869	17,043,421	
	5-高屏分區	15,128,677	0.82281101	12,448,042	10,272,935	
	6-東區分區	2,800,908	0.82281101	2,304,618	1,451,314	
	7-合計	697,975,131(GF)		147,890,664(AF)	445,892,107(BG)	34,870(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	26,472,497	0.85815317	22,717,457	17,306,951	
	2-北區分區	17,898,167	0.85815317	15,359,369	12,498,907	
	3-中區分區	1,152,663,009(BF)	0.85815317	-----	617,562,172	40,768
	4-南區分區	24,961,942	0.85815317	21,421,170	18,286,196	
	5-高屏分區	12,691,656	0.85815317	10,891,385	8,655,868	
	6-東區分區	2,003,230	0.85815317	1,719,078	1,015,541	
	7-合計	1,236,690,501(GF)		72,108,459(AF)	675,325,635(BG)	40,768(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：114/03/03

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁次：39

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	21,181,291	0.86938461	18,414,688	13,077,975	
	2-北區分區	9,724,932	0.86938461	8,454,706	6,721,711	
	3-中區分區	35,258,701	0.86938461	30,653,372	22,565,562	
	4-南區分區	580,913,511(BF)	0.86938461	-----	371,804,906	33,369
	5-高屏分區	30,805,729	0.86938461	26,782,027	21,424,219	
	6-東區分區	1,641,836	0.86938461	1,427,387	799,269	
	7-合計	679,526,000(GF)		85,732,180(AF)	436,393,642(BG)	33,369(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	15,176,005	0.88535356	13,436,130	9,907,472	
	2-北區分區	6,636,821	0.88535356	5,875,933	4,409,244	
	3-中區分區	17,924,539	0.88535356	15,869,554	10,947,444	
	4-南區分區	32,547,152	0.88535356	28,815,737	24,666,487	
	5-高屏分區	682,787,426(BF)	0.88535356	-----	420,077,769	3,234
	6-東區分區	2,560,927	0.88535356	2,267,326	1,361,312	
	7-合計	757,632,870(GF)		66,264,680(AF)	471,369,728(BG)	3,234(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	4,709,288	1.20803898	5,689,003	3,332,023	
	2-北區分區	1,647,108	1.20803898	1,989,771	1,073,310	
	3-中區分區	2,689,816	1.20803898	3,249,403	1,547,688	
	4-南區分區	1,308,737	1.20803898	1,581,005	990,198	
	5-高屏分區	2,473,661	1.20803898	2,988,279	1,854,351	
	6-東區分區	93,283,262(BF)	1.20803898	-----	45,172,367	500
	7-合計	106,111,872(GF)		15,497,461(AF)	53,969,937(BG)	500(BJ)