

=====

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)114年第2季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 114\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G114合計)} \times \text{各季預算占率}(h_q2) \\ &= 32,885,746,511 \times 25.146337\%(h_q2) \\ &= 8,269,560,643 (D1) \end{aligned}$$

註：

1. 依據113年11月14日「中醫門診總額研商議事會議」113年第4次會議決定，以106-109年及112年之各季核定點數平均占率做為114年各季預算重分配之依據。

114年各季預算占率分別為：第1季：23.482151%，第2季：25.146337%，第3季：25.814848%，第4季：25.556664%。

2. 114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_G114合計)為32,885,746,511元，各季調整後預算如下：

114年第1季預算8,005,293,479元，調整後預算為7,722,280,653元 = 32,885,746,511元 × 23.482151%(h_q1)。

114年第2季預算8,197,672,804元，調整後預算為8,269,560,643元 = 32,885,746,511元 × 25.146337%(h_q2)。

114年第3季預算8,090,756,349元，調整後預算為8,489,405,475元 = 32,885,746,511元 × 25.814848%(h_q3)。

114年第4季預算8,592,023,879元，調整後預算為8,404,499,740元

$$= 114\text{年全年預算} - 114\text{年第1季調整後預算} - 114\text{年第2季調整後預算} - 114\text{年第3季調整後預算}$$

$$= 32,885,746,511\text{元} - 7,722,280,653\text{元} - 8,269,560,643\text{元} - 8,489,405,475\text{元}$$

$$= 8,404,499,740\text{元。}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁 次： 2

(二)114年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G114合計)

項目	112年各季 一般服務醫療 給付費用總額	111年各季校正 投保人口預估 成長率差額	112年 違反特管辦法 之扣款(註1)	113年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	112年各季校正 投保人口預估 成長率差值	113年 違反特管辦法 之扣款(註2)	114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)
	(Q112)	(PEOP111)	(B2)	(Q113) =(Q112+PEOP111 +B2)×(1+4.979%)	(PEOP112)	(B3)	(Q114) =(Q113+PEOP112 +B3)×(1+5.468%)	(C106)
第1季	7,268,440,549	-61,258,146	8,636,931	7,575,094,979	19,427,754	996,976	8,010,842,727	5,549,248
第2季	7,423,342,949	-78,723,909	8,636,931	7,719,374,586	57,682,813	996,976	8,203,358,388	5,685,584
第3季	7,317,059,010	-66,964,220	8,636,931	7,620,143,973	55,467,952	996,976	8,096,365,876	5,609,527
第4季	7,751,275,119	-47,241,356	8,636,932	8,096,684,569	54,540,082	996,976	8,597,985,106	5,961,227
合 計	29,760,117,627	-254,187,631	34,547,725	31,011,298,107	187,118,601	3,987,904	32,908,552,097	22,805,586

項目	114年調整後各季 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
	(OPD_114) =(Q114- C106)	(B4)
第1季	8,005,293,479	51,887,901
第2季	8,197,672,804	72,409,761
第3季	8,090,756,349	0
第4季	8,592,023,879	0
合 計	32,885,746,511	124,297,662

註：

1. 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%)。
※112年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 34,547,725元，按季均分。
2. 114年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q114)
= (113年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q113)+112年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP112) +113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+5.468%)。
※一般服務成長率為5.468%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.588%，協商因素成長率1.880%。
※依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008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113年度中醫一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部113.9.3衛部保字第1130139528號交議總額範圍函確認，以前1年度(113年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前1年度(113年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。
※114年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 3,987,904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「114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 = 183,000,000

第1季:預算=183,000,000/4= 45,750,000

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 : 3,980,987(J1) (浮動點數 : 2,620,465 ; 非浮動點數 : 1,360,522)

(2)獎勵開業保障給付收入 : 5,948,124(J2)

(3)獎勵開業論次費用 : 0(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3) : 3,980,987(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 5,948,124(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 : 2,415,209(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 23,975,900(J7)

(3)小計已支用點數 : 26,391,109(J8) 暫結金額= 1元/點× 26,391,109(J8)= 26,391,109(J9)

3. 合計:

已支用點數: 30,372,096(J4+J8)

暫結金額 : 32,339,233(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 45,750,000 - 32,339,233= 13,410,767

=====

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=183,000,000/4+ 13,410,767= 59,160,767

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 : 5,842,640(K1) (浮動點數 : 4,063,602 ;非浮動點數: 1,779,038)

(2)獎勵開業保障給付收入 : 7,362,760(K2)

(3)獎勵開業論次費用 : 0(K3)

(4)小計已支用點數(K1+K3) : 5,842,640(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 7,362,760(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 : 2,953,344(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 26,819,300(K7)

(3)小計已支用點數 : 29,772,644(K8) 暫結金額= 1元/點× 29,772,644(K8)= 29,772,644(K9)

3. 合計:

已支用點數: 35,615,284(K4+K8)

暫結金額 : 37,135,404(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 59,160,767 - 37,135,404= 22,025,363

=====

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=183,000,000/4+ 22,025,363= 67,775,363

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 0

(1)獎勵開業已支用點數	:	0(L1)	(浮動點數 :	0	;非浮動點數:	0)
(2)獎勵開業保障給付收入	:	0(L2)				
(3)獎勵開業論次費用	:	0(L3)				
(4)小計已支用點數(L1+L3)	:	0(L4)	暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(L3)=			0(L5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數	:	0(L6)				
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	:	0(L7)				
(3)小計已支用點數	:	0(L8)	暫結金額= 1元/點×	0(L8)=		0(L9)

3. 合計:

已支用點數:	0(L4+L8)
暫結金額:	0(L10=L5+L9)
未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額=	67,775,363 - 0 = 67,775,363

=====
 第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=183,000,000/4+ 67,775,363= 113,525,363

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=	113,525,363 - 0=113,525,363

=====

全年合計:全年預算=183,000,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 9

(1)獎勵開業已支用點數 : 9,823,627(N1) (浮動點數 : 6,684,067 ;非浮動點數: 3,139,560)

(2)獎勵開業保障給付收入 : 13,310,884(N2)

(3)獎勵開業論次費用 : 0(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3) : 9,823,627(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 13,310,884(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 : 5,368,553(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 50,795,200(N7)

(3)小計已支用點數 : 56,163,753(N8)

結算金額= 56,163,753(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: 65,987,380(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)

= 32,339,233+ 37,135,404+ 0+ 0= 69,474,637

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=183,000,000- 69,474,637=113,525,363

註：依據「114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=465,900,000

第1季:預算= 465,900,000/4= 116,475,000

	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：	77,112,001(V01)	74,295,933(VF01)	2,816,068(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,619,075(V02)	10,228,219(VF02)	390,856(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,919,355(V03)	4,683,144(VF03)	236,211(VN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,290,783(V04)	7,855,329(VF04)	435,454(VN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,080,049(V05)	2,783,466(VF05)	296,583(VN05)
(6)小計：	104,021,263(V06)	99,846,091(VF06)	4,175,172(VN06)

已支用點數= 104,021,263

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 104,021,263

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 116,475,000 - 104,021,263= 12,453,737

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 465,900,000/4+ 12,453,737= 128,928,737

	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：	86,795,889(W01)	83,680,827(WF01)	3,115,062(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	12,638,238(W02)	12,187,040(WF02)	451,198(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,488,785(W03)	5,251,084(WF03)	237,701(WN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,591,752(W04)	8,103,469(WF04)	488,283(WN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,447,439(W05)	3,166,349(WF05)	281,090(WN05)
(6)小計：	116,962,103(W06)	112,388,769(WF06)	4,573,334(WN06)

已支用點數= 116,962,103

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 116,962,103

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 128,928,737 - 116,962,103= 11,966,634

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 465,900,000/4+ 11,966,634= 128,441,634

	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)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
(6)小計：	0(X06)	0(XF06)	0(XN06)
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=	128,441,634 -	0=	128,441,634

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 465,900,000/4+ 128,441,634= 244,916,634

	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=	244,916,634 -	0=	244,916,634

=====

全年合計:全年預算= 465,900,000

	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：	163,907,890(Z01)	157,976,760(ZF01)	5,931,130(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	23,257,313(Z02)	22,415,259(ZF02)	842,054(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,408,140(Z03)	9,934,228(ZF03)	473,912(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	16,882,535(Z04)	15,958,798(ZF04)	923,737(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	6,527,488(Z05)	5,949,815(ZF05)	577,673(ZN05)
(6)小計：	220,983,366(Z06)	212,234,860(ZF06)	8,748,506(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)

= 104,021,263 + 116,962,103 + 0 + 0 = 220,983,366

未支用金額=全年預算 - 暫結金額 = 465,900,000 - 220,983,366 = 244,916,634

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= 82,000,000

第1季:

預算= 82,000,000/4= 20,500,000

已支用點數= 17,305,836

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 17,305,836

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 20,500,000 - 17,305,836 = 3,194,164

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 20,500,000 + 3,194,164 = 23,694,164

已支用點數= 19,748,199

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 19,748,199

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數 = 23,694,164 - 19,748,199 = 3,945,965

第3季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,500,000 + 3,945,965 = 24,445,965 \\ \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 24,445,965 - 0 = 24,445,965 \end{aligned}$$

第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,500,000 + 24,445,965 = 44,945,965 \\ \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 44,945,965 - 0 = 44,945,965 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 82,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 37,054,035 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 17,305,836 + 19,748,199 + 0 + 0 = 37,054,035 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 82,000,000 - 37,054,035 = 44,945,965 \end{aligned}$$

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)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=352,300,000

第1季:預算= 352,300,000/4= 88,075,000

	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：	23,230,096	19,826,037	3,404,059
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	33,471,327	33,471,327	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,937,535	2,937,535	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	9,621,223	9,621,223	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	8,203,613	8,203,613	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	5,939,159	5,763,833	175,326
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,122,856	1,122,856	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,482,388	2,482,388	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,079,623	2,079,623	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	130,154	130,154	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	226,057	226,057	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	331,130	331,130	0
(13)小計：	89,775,161	86,195,776	3,579,385

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 89,775,161

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 88,075,000 - 89,775,161= -1,700,161

浮動點值= (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)= (88,075,000 - 3,579,385) / 86,195,776= 0.98027559

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 88,075,000 + 0 = 88,075,000

	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：	24,179,499	20,717,405	3,462,094
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	37,505,306	37,505,306	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,258,203	3,258,203	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	10,640,771	10,640,771	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	9,086,214	9,086,214	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	7,081,904	6,917,941	163,963
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,310,700	1,310,700	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,788,550	2,788,550	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,302,127	2,302,127	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	482,864	482,864	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,342,421	1,342,421	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,168,311	1,168,311	0
(13)小計：	101,146,870	97,520,813	3,626,057

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 101,146,870

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 88,075,000 - 101,146,870 = -13,071,870

浮動點值 = (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (88,075,000 - 3,626,057) / 97,520,813 = 0.86595815

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 88,075,000 + 0 = 88,075,000

	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)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(13)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= 88,075,000 - 0 = 88,075,000

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 88,075,000 + 88,075,000 = 176,150,000

	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)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(13)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 =	176,150,000 -	0 =	176,150,000

全年合計：全年預算＝ 352,300,000

	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：	47,409,595	40,543,442	6,866,153
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	70,976,633	70,976,633	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	6,195,738	6,195,738	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	20,261,994	20,261,994	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	17,289,827	17,289,827	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	13,021,063	12,681,774	339,289
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,433,556	2,433,556	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	5,270,938	5,270,938	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	4,381,750	4,381,750	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	613,018	613,018	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,568,478	1,568,478	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,499,441	1,499,441	0
(13)小計：	190,922,031	183,716,589	7,205,442

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)

= 88,075,000 + 88,075,000 + 0 + 0 = 176,150,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 352,300,000 - 176,150,000 = 176,150,000

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。

=====

(五)中醫急症處置計畫 全年預算= 10,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 10,000,000/4 = 2,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 3,732,952 \quad (\text{浮動點數}: 3,731,295 \quad \text{非浮動點數}: 1,657)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 3,732,952$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 2,500,000 - 3,732,952 = -1,232,952$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (2,500,000 - 1,657) / 3,731,295 = 0.66956459$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 2,500,000 + 0 = 2,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 3,641,666 \quad (\text{浮動點數}: 3,637,252 \quad \text{非浮動點數}: 4,414)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 3,641,666$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 2,500,000 - 3,641,666 = -1,141,666$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (2,500,000 - 4,414) / 3,637,252 = 0.68611853$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 2,500,000 + 0 = 2,500,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 2,500,000 - 0 = 2,500,000$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 2,500,000 + 2,500,000 = 5,000,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 5,000,000 - 0 = 5,000,000$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 7,374,618 \quad (\text{浮動點數}: 7,368,547 \quad \text{非浮動點數}: 6,071)$$

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

$$= 2,500,000 + 2,500,000 + 0 + 0 = 5,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 10,000,000 - 5,000,000 = 5,000,000$$

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。

(六)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 全年預算=152,400,000

第1季:

$$\text{預算} = 152,400,000 / 4 = 38,100,000$$

$$\text{已支用點數} = 36,607,995 \quad (\text{浮動點數}: 36,607,995 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 36,607,995$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 38,100,000 - 36,607,995 = 1,492,005$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 38,100,000 + 1,492,005 = 39,592,005$$

$$\text{已支用點數} = 42,889,221 \quad (\text{浮動點數}: 42,889,221 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 42,889,221$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 39,592,005 - 42,889,221 = -3,297,216$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (39,592,005 - 0) / 42,889,221 = 0.92312250$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 38,100,000 + 0 = 38,100,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 38,100,000 - 0 = 38,100,000$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 38,100,000 + 38,100,000 = 76,200,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 76,200,000 - 0 = 76,200,000$$

=====

全年合計:

全年預算 = 152,400,000
 已支用點數 = 79,497,216 (浮動點數: 79,497,216 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)
 = 36,607,995 + 39,592,005 + 0 + 0 = 76,200,000
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 152,400,000 - 76,200,000 = 76,200,000

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。

(七)中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 全年預算 = 8,000,000

第1季:

預算 = 8,000,000/4 = 2,000,000
 已支用點數: 1,649,000 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,649,000
 未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 2,000,000 - 1,649,000 = 351,000

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 2,000,000 + 351,000 = 2,351,000
 已支用點數: 2,194,000 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,194,000
 未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點×第2季已支用點數 = 2,351,000 - 2,194,000 = 157,000

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 2,000,000 + 157,000 = 2,157,000
 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 = 2,157,000 - 0 = 2,157,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁 次： 21

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 2,000,000 + 2,157,000 = 4,157,000$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 4,157,000 - 0 = 4,157,000$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 8,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 3,843,000$$

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

$$= 1,649,000 + 2,194,000 + 0 + 0 = 3,843,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 8,000,000 - 3,843,000 = 4,157,000$$

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，各季預算採浮動點值支付，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。

(八)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+114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%) + 29,800,000

= (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% + 29,800,000

= 5,549,248 + 5,685,584 + 5,609,527 + 5,961,227 + 29,800,000

= 52,605,586

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 106年編列之品質保證保留款預算	5,549,248	5,685,584	5,609,527	5,961,227	22,805,586
2. 114年編列之品質保證保留款預算	7,450,000	7,450,000	7,450,000	7,450,000	29,800,000
3. 合計	12,999,248	13,135,584	13,059,527	13,411,227	52,605,586

註:為利計算各季含專款之平均點值,爰將品質保證保留款之預算四季均分。

※依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第113360008號公告「114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114年度之品質保證保留款(29.8百萬元)合併運用(計52.6百萬元)。

三、各分區一般服務費用總額(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 8,269,560,643 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 72,409,761 (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 8,197,150,882 (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	5,072,479	1,747,993	6,820,472	6,820,472
北區	10,442,534	5,396,186	15,838,720	15,838,720
中區	7,175,625	2,997,584	10,173,209	10,173,209
南區	7,851,743	3,486,672	11,338,415	11,338,415
高屏	10,873,699	4,067,779	14,941,478	14,941,478
東區	9,760,440	3,537,027	13,297,467	13,297,467
合計	51,176,520	21,233,241	72,409,761(B2)	72,409,761(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% = 8,197,150,882 × 2.22% = 181,976,750 (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% - 37,500,000 = 7,977,674,132 (加總後四捨五入至整數位) (註3)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 65% = 7,977,674,132 × 65% = 5,185,488,186 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 16% = 7,977,674,132 × 16% = 1,276,427,861 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 9% = 7,977,674,132 × 9% = 717,990,672 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 4% = 7,977,674,132 × 4% = 319,106,965 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 7,977,674,132 × 5% = 398,883,707 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 7,977,674,132 - 5,185,488,186 - 1,276,427,861 - 717,990,672 - 319,106,965 - 398,883,707 = 79,776,741

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q2+97Q2+98Q2		113年5月		113年4~6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	4,045,672,564	29.6315%	7,520,047	32.8580%	985,046.183337		30.0366%	30.5975%
北區	1,656,701,975	12.1341%	3,906,922	17.0709%	478,067.648241		14.5775%	14.8497%
中區	3,696,250,352	27.0722%	4,559,572	19.9225%	808,494.903037		24.6531%	25.1135%
南區	1,992,139,000	14.5909%	3,264,448	14.2636%	455,308.758296		13.8835%	14.1428%
高屏	2,262,525,558	16.5713%	3,635,502	15.8850%	492,454.368825		15.0162%	15.2965%
東區					60,112.138087			
小計	13,653,289,449	100.0000%	22,886,491	100.0000%	3,279,483.999823	3,279,484	98.1669%	100.0000%

指標4(註7)(S4)

去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

指標	113年4~6月							
計算期間	113年4~6月							
分區	人數利用率成長率 (p)	醫療費用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註4)	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/∑Ai4)
臺北	-0.091853	-0.051628	-0.040225	1	0.00	4,045,672,564	4,045,672,564	29.6315%
北區	-0.121225	-0.070719	-0.050506	2	0.00	1,656,701,975	1,656,701,975	12.1341%
中區	-0.108651	-0.053985	-0.054666	3	0.00	3,696,250,352	3,696,250,352	27.0722%
南區	-0.117035	-0.058003	-0.059032	4	0.00	1,992,139,000	1,992,139,000	14.5909%
高屏	-0.113135	-0.052857	-0.060278	5	0.00	2,262,525,558	2,262,525,558	16.5713%
小計						13,653,289,449	13,653,289,449	100.0000%

指標5(註8)(S5)

當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

指標	114年2月			
計算期間	114年2月			
分區	指標5權值和 (∑dr_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/∑Ai5)
臺北	0.002603	4,045,672,564	4,056,203,450	29.6816%
北區	0.005019	1,656,701,975	1,665,016,962	12.1839%
中區	-0.004328	3,696,250,352	3,680,252,980	26.9305%
南區	0.006693	1,992,139,000	2,005,472,386	14.6752%
高屏	-0.001654	2,262,525,558	2,258,783,341	16.5288%
小計		13,653,289,449	13,665,729,119	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	29.6315%	32.8580%	30.5975%	29.6315%	29.6816%
北區	12.1341%	17.0709%	14.8497%	12.1341%	12.1839%
中區	27.0722%	19.9225%	25.1135%	27.0722%	26.9305%
南區	14.5909%	14.2636%	14.1428%	14.5909%	14.6752%
高屏	16.5713%	15.8850%	15.2965%	16.5713%	16.5288%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第2季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 79,776,741 - 6,502,320 \\
 &= 73,274,421
 \end{aligned}$$

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	1.00074069	0	0
北區	0.90000000	18,870,189	1,887,023
中區	0.95344019	24,470,480	1,139,340
南區	0.96598379	37,418,194	1,272,816
高屏	0.93174182	32,276,543	2,203,141
小計		113,035,406	6,502,320(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R02

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：114/11/06

114年第2季

結算主要費用年月起迄：114/04-114/06

核付截止日期：114/09/30

頁次：27

(七)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=第2季預算Ga+ 第2季預算Gb+ 第2季預算Gc+ 第2季預算Gd+ 第2季預算Ge+ 第2季預算Gf。

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2季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,536,537,932	419,408,667	219,687,196	94,556,180	118,395,066	21,712,310	2,410,297,351
北區	629,212,322	217,897,724	106,619,461	38,720,758	48,599,592	8,891,192	1,049,941,049
中區	1,403,825,733	254,296,341	180,312,587	86,389,276	107,421,377	19,836,998	2,052,082,312
南區	756,609,396	182,064,564	101,543,985	46,560,578	58,536,982	10,691,397	1,156,006,902
高屏	859,302,803	202,760,565	109,827,443	52,880,173	65,930,690	12,142,524	1,302,844,198
小計	5,185,488,186	1,276,427,861	717,990,672	319,106,965	398,883,707	73,274,421	7,971,171,812

(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	8,197,150,882 (E)
- 當季風險調整移撥款(含撥補當季浮動點值<0.9之預算及撥予當季就醫率最高之分區)	37,500,000 (D7+G)
- 偏鄉人口預算分配調升機制補至1元所需預算	6,502,320 (M1)
調整後分區一般服務預算總額	8,153,148,562 (加總BD2)

註：

1. 依據「114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150百萬元。由每季提撥37.5百萬元。分配方式：
 - (1)其中110百萬元用於補助點值，補助方式自114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0.9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/∑各分區補助金額)。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114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40百萬元按季均分，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(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)。
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：∑各分區各季總預算加總(∑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。
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：∑各分區去年同期戶籍人口數加總(∑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)。
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：∑各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(∑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(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)/∑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∑每位病患於各區就醫次數比率(∑a%)，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(∑K1)。
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：當前前一季「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：∑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)113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=(114年該區yT / 113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114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。

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	1,510,890,457(BF)	925,627,027(BG)	67,523(BJ)
2-北區分區	686,258,124(BF)	463,193,401(BG)	32,047(BJ)
3-中區分區	1,394,891,154(BF)	797,432,722(BG)	47,050(BJ)
4-南區分區	728,647,426(BF)	499,627,020(BG)	27,329(BJ)
5-高屏分區	850,149,414(BF)	546,450,585(BG)	8,947(BJ)
6-東區分區	110,854,098(BF)	57,788,103(BG)	9,248(BJ)
7-合計	5,281,690,673(GF)	3,290,118,858(GG)	192,144(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	= [2,410,297,351	— 925,627,027	— 67,523]	／ 1,510,890,457 = 0.98260122(點值排序：1)
北區分區	= [1,049,941,049	— 463,193,401	— 32,047]	／ 686,258,124 = 0.85494886(點值排序：5)
中區分區	= [2,052,082,312	— 797,432,722	— 47,050]	／ 1,394,891,154 = 0.89942684(點值排序：3)
南區分區	= [1,156,006,902	— 499,627,020	— 27,329]	／ 728,647,426 = 0.90078209(點值排序：2)
高屏分區	= [1,302,844,198	— 546,450,585	— 8,947]	／ 850,149,414 = 0.88970792(點值排序：4)
東區分區	= [181,976,750	— 57,788,103	— 9,248]	／ 110,854,098 = 1.12020576

3. 風險調整移撥款(含撥補當季浮動點值<0.9之分區及撥予就醫最高分區)全年預算150,000,000元

未支用金額=補助點值剩餘款(I)+移撥就醫率最高剩餘款(H)= 66,916,117+ 20,000,000= 86,916,117元

(1)風險移撥款(用於補助點值)：全年110,000,000元 累計至前一季已支用金額= 2,617,866 未支用金額=本季風險調整移撥款(用於補助點值之預算)= 66,916,117元(I)

分區	分區 一般服務 預算總額 (BD2)	分區 一般服務 預算總額 (不含東區) (BD3)	本季未支用 風險調整 撥款(用 於補助點 值)之預算 (G)	撥補前 五分區估算 浮動點值 (Z)	風險調整移撥 款撥補當季浮 動點值至0.9 之差額 (F)	114年第2季風 險調整移撥款 (用於就醫率最 高分區)之金額 (J)	累計至本季 風險調整 移撥款(用 於補助點 值)之剩餘款 (I)= (G)-(F)	撥補後 五分區估算 浮動點值 (Z1)	風險調整移撥 款撥補後一般 服務預算 (BD4)= (BD2)+(F)+(J)
臺北	2,410,297,351	2,410,297,351	0.98260122	0	0	0	0.98260122	2,410,297,351	
北區	1,049,941,049	1,049,941,049	0.85494886	30,916,711	0	0	0.90000000	1,080,857,760	
中區	2,052,082,312	2,052,082,312	0.89942684	799,499	10,000,000	0	0.90716902	2,062,881,811	
南區	1,156,006,902	1,156,006,902	0.90078209	0	0	0	0.90078209	1,156,006,902	
高屏	1,302,844,198	1,302,844,198	0.88970792	8,749,807	0	0	0.90000000	1,311,594,005	
東區	181,976,750	-	-	-	0	0	-	181,976,750	
合計	8,153,148,562	7,971,171,812	107,382,134	40,466,017	10,000,000	66,916,117	8,203,614,579		

(2)風險調整移撥款(按季均分,撥予當季就醫率最高之分區)全年預算：40,000,000元 未支用金額=全年預算-累計至本季之支用金額= 20,000,000元(H)

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150百萬元。由每季提撥37.5百萬元。分配方式：

- 其中110百萬元用於補助點值，補助方式自114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0.9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各分區補助金額)。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114年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
- 其中40百萬元按季均分，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0.9之差額(F)=0.9×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)
- 撥補後五分區估算浮動點值(Z1)=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算(BD4)-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)

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一般服務預算總額(BD4)
 - 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	= [2,410,297,351	-	925,627,027	-	67,523]	/	1,510,890,457 = 0.98260122
北區分區	= [1,080,857,760	-	463,193,401	-	32,047]	/	686,258,124 = 0.90000000
中區分區	= [2,062,881,811	-	797,432,722	-	47,050]	/	1,394,891,154 = 0.90716902
南區分區	= [1,156,006,902	-	499,627,020	-	27,329]	/	728,647,426 = 0.90078209
高屏分區	= [1,311,594,005	-	546,450,585	-	8,947]	/	850,149,414 = 0.90000000
東區分區	= [181,976,750	-	57,788,103	-	9,248]	/	110,854,098 = 1.12020576

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(BD4)
 - 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)

= [8,203,614,579 - 3,290,118,858 - 192,144] / 5,281,690,673 = 0.93025205

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(BD4)
 / [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	= [2,410,297,351]	/	[1,510,890,457 + 925,627,027 + 67,523]	= 0.98921127
北區分區	= [1,080,857,760]	/	[686,258,124 + 463,193,401 + 32,047]	= 0.94029857
中區分區	= [2,062,881,811]	/	[1,394,891,154 + 797,432,722 + 47,050]	= 0.94093649
南區分區	= [1,156,006,902]	/	[728,647,426 + 499,627,020 + 27,329]	= 0.94114242
高屏分區	= [1,311,594,005]	/	[850,149,414 + 546,450,585 + 8,947]	= 0.93912760
東區分區	= [181,976,750]	/	[110,854,098 + 57,788,103 + 9,248]	= 1.07901089

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)
 = [8,203,614,579] / [5,281,690,673 + 3,290,118,858 + 192,144] = 0.95702438

5. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD4)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B4)}] / [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(GG)} + \text{加總分區自墊核退點數(GJ)} + \text{專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)}]$$

臺北分區	= [2,410,297,351 + 52,629,204 + 6,820,472]			
	/[1,510,890,457 + 925,627,027 + 67,523 + 51,375,118 + 6,820,472]	=0.98996562		
北區分區	= [1,080,857,760 + 31,212,813 + 15,838,720]			
	/[686,258,124 + 463,193,401 + 32,047 + 31,056,825 + 15,838,720]	=0.94276912		
中區分區	= [2,062,881,811 + 109,556,128 + 10,173,209]			
	/[1,394,891,154 + 797,432,722 + 47,050 + 110,358,733 + 10,173,209]	=0.94366745		
南區分區	= [1,156,006,902 + 52,223,789 + 11,338,415]			
	/[728,647,426 + 499,627,020 + 27,329 + 53,039,830 + 11,338,415]	=0.94344237		
高屏分區	= [1,311,594,005 + 56,344,609 + 14,941,478]			
	/[850,149,414 + 546,450,585 + 8,947 + 57,592,792 + 14,941,478]	=0.94128338		
東區分區	= [181,976,750 + 17,375,751 + 13,297,467]			
	/[110,854,098 + 57,788,103 + 9,248 + 18,774,045 + 13,297,467]	=1.05942024		
全 區	= [8,203,614,579 + 319,342,294 + 72,409,761]			
	/[5,281,690,673 + 3,290,118,858 + 192,144 + 322,197,343 + 72,409,761]	=0.95859726		

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 + 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(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) + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 品質保證保留款預算
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 114年品質保證保留款預算 / 4
*當年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 + 114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114/03(含)以前:於114/07/01~114/09/30期間核付者。

費用年月114/04~114/06:於114/04/01~114/09/30期間核付者。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁 次： 34

七、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
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	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_113)	4,315,656,728	1,910,964,435	3,739,886,670	2,130,140,195	2,382,321,311	14,478,969,339
114年 第1季	2,208,391,626	970,623,403	1,936,602,029	1,113,223,447	1,237,347,176	7,466,187,681
第2季	2,410,297,351	1,080,857,760	2,062,881,811	1,156,006,902	1,311,594,005	8,021,637,829
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_114)	4,618,688,977	2,051,481,163	3,999,483,840	2,269,230,349	2,548,941,181	15,487,825,510
預算成長率	7.02%	7.35%	6.94%	6.53%	6.99%	6.97%

※預算成長率 = (114年全年分區預算(BD_114)/113年全年分區預算(BD_113)-1) × 100%。

第4季時呈現:若成長率皆未小於0,則加下列文字:※各分區預算全年成長率皆未小於0,各分區預算不須撥補。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁次：35

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	1,357,912,514(BF)	1.00074069	-----	822,457,866
	2-北區分區	140,413,473	1.00074069	140,517,476	109,627,798
	3-中區分區	129,140,406	1.00074069	129,236,059	80,270,260
	4-南區分區	60,164,947	1.00074069	60,209,511	42,806,117
	5-高屏分區	81,835,623	1.00074069	81,896,238	54,755,119
	6-東區分區	13,083,100	1.00074069	13,092,791	7,024,683
	7-合計		1,782,550,063(GF)		424,952,075(AF)
2-北區分區	1-臺北分區	85,311,400	0.90000000	76,780,260	59,213,989
	2-北區分區	510,189,147(BF)	0.90000000	-----	328,505,709
	3-中區分區	54,482,481	0.90000000	49,034,233	36,616,733
	4-南區分區	25,633,701	0.90000000	23,070,331	18,956,498
	5-高屏分區	17,117,138	0.90000000	15,405,424	11,847,479
	6-東區分區	2,879,571	0.90000000	2,591,614	1,488,918
	7-合計		695,613,438(GF)		166,881,862(AF)
3-中區分區	1-臺北分區	26,590,336	0.95344019	25,352,295	17,299,259
	2-北區分區	17,718,875	0.95344019	16,893,888	12,700,246
	3-中區分區	1,153,224,662(BF)	0.95344019	-----	643,295,084
	4-南區分區	25,617,555	0.95344019	24,424,807	19,477,899
	5-高屏分區	13,711,177	0.95344019	13,072,787	9,568,511
	6-東區分區	1,960,364	0.95344019	1,869,090	996,209
	7-合計		1,238,822,969(GF)		81,612,867(AF)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁 次： 36

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	21,458,318	0.96598379	20,728,387	13,171,386
	2-北區分區	9,599,478	0.96598379	9,272,940	6,822,454
	3-中區分區	36,325,199	0.96598379	35,089,553	23,689,342
	4-南區分區	581,194,597(BF)	0.96598379	-----	390,062,050
	5-高屏分區	31,968,591	0.96598379	30,881,141	22,975,344
	6-東區分區	1,551,720	0.96598379	1,498,936	879,187
	7-合計	682,097,903(GF)		97,470,957(AF)	457,599,763(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	15,017,386	0.93174182	13,992,327	10,180,865
	2-北區分區	6,778,726	0.93174182	6,316,023	4,504,182
	3-中區分區	18,835,683	0.93174182	17,549,994	11,857,250
	4-南區分區	34,515,924	0.93174182	32,159,930	27,216,930
	5-高屏分區	702,845,260(BF)	0.93174182	-----	445,299,427
	6-東區分區	2,620,031	0.93174182	2,441,192	1,528,761
	7-合計	780,613,010(GF)		72,459,466(AF)	500,587,415(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	4,600,503	1.19864035	5,514,349	3,303,662
	2-北區分區	1,558,425	1.19864035	1,867,991	1,033,012
	3-中區分區	2,882,723	1.19864035	3,455,348	1,704,053
	4-南區分區	1,520,702	1.19864035	1,822,775	1,107,526
	5-高屏分區	2,671,625	1.19864035	3,202,318	2,004,705
	6-東區分區	88,759,312(BF)	1.19864035	-----	45,870,345
	7-合計	101,993,290(GF)		15,862,781(AF)	55,023,303(BG)

(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	4,622,801(BF)	1.00074069	-----	1,560,149
	2-北區分區	824,614	1.00074069	825,225	465,168
	3-中區分區	375,092	1.00074069	375,370	179,146
	4-南區分區	302,530	1.00074069	302,754	127,377
	5-高屏分區	374,005	1.00074069	374,282	150,868
	6-東區分區	1,280,102	1.00074069	1,281,050	407,025
	7-合計		7,779,144(GF)		3,158,681(AF)
2-北區分區	1-臺北分區	173,855	0.90000000	156,470	52,643
	2-北區分區	9,228,463(BF)	0.90000000	-----	4,718,168
	3-中區分區	470,273	0.90000000	423,246	246,434
	4-南區分區	118,543	0.90000000	106,689	54,202
	5-高屏分區	145,409	0.90000000	130,868	52,821
	6-東區分區	237,595	0.90000000	213,836	81,869
	7-合計		10,374,138(GF)		1,031,109(AF)
3-中區分區	1-臺北分區	57,113	0.95344019	54,454	22,818
	2-北區分區	217,470	0.95344019	207,345	119,455
	3-中區分區	6,123,510(BF)	0.95344019	-----	2,498,096
	4-南區分區	150,835	0.95344019	143,812	65,754
	5-高屏分區	192,846	0.95344019	183,867	78,405
	6-東區分區	177,890	0.95344019	169,607	83,956
	7-合計		6,919,664(GF)		759,085(AF)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁次：38

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	155,632	0.96598379	150,338	89,581
	2-北區分區	74,691	0.96598379	72,150	43,865
	3-中區分區	126,088	0.96598379	121,799	40,884
	4-南區分區	7,127,328(BF)	0.96598379	-----	3,151,835
	5-高屏分區	163,173	0.96598379	157,622	70,175
	6-東區分區	47,176	0.96598379	45,571	22,702
	7-合計	7,694,088(GF)		547,480(AF)	3,419,042(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	27,587	0.93174182	25,704	13,696
	2-北區分區	57,144	0.93174182	53,243	31,864
	3-中區分區	72,445	0.93174182	67,500	29,259
	4-南區分區	145,693	0.93174182	135,748	79,357
	5-高屏分區	9,966,879(BF)	0.93174182	-----	3,705,787
	6-東區分區	151,815	0.93174182	141,452	67,497
	7-合計	10,421,563(GF)		423,647(AF)	3,927,460(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	35,491	1.19864035	42,541	9,106
	2-北區分區	40,152	1.19864035	48,128	17,666
	3-中區分區	8,217	1.19864035	9,849	3,765
	4-南區分區	6,814	1.19864035	8,168	8,147
	5-高屏分區	31,387	1.19864035	37,622	9,723
	6-東區分區	7,865,862(BF)	1.19864035	-----	2,873,978
	7-合計	7,987,923(GF)		146,308(AF)	2,922,385(BG)

(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	1,362,535,315(BF)	1.00074069	-----	824,018,015	67,523
	2-北區分區	141,238,087	1.00074069	141,342,701	110,092,966	
	3-中區分區	129,515,498	1.00074069	129,611,429	80,449,406	
	4-南區分區	60,467,477	1.00074069	60,512,265	42,933,494	
	5-高屏分區	82,209,628	1.00074069	82,270,520	54,905,987	
	6-東區分區	14,363,202	1.00074069	14,373,841	7,431,708	
	7-合計	1,790,329,207(GF)			428,110,756(AF)	1,119,831,576(BG)
2-北區分區	1-臺北分區	85,485,255	0.90000000	76,936,730	59,266,632	
	2-北區分區	519,417,610(BF)	0.90000000	-----	333,223,877	32,047
	3-中區分區	54,952,754	0.90000000	49,457,479	36,863,167	
	4-南區分區	25,752,244	0.90000000	23,177,020	19,010,700	
	5-高屏分區	17,262,547	0.90000000	15,536,292	11,900,300	
	6-東區分區	3,117,166	0.90000000	2,805,449	1,570,787	
	7-合計	705,987,576(GF)			167,912,970(AF)	461,835,463(BG)
3-中區分區	1-臺北分區	26,647,449	0.95344019	25,406,749	17,322,077	
	2-北區分區	17,936,345	0.95344019	17,101,232	12,819,701	
	3-中區分區	1,159,348,172(BF)	0.95344019	-----	645,793,180	47,050
	4-南區分區	25,768,390	0.95344019	24,568,619	19,543,653	
	5-高屏分區	13,904,023	0.95344019	13,256,654	9,646,916	
	6-東區分區	2,138,254	0.95344019	2,038,697	1,080,165	
	7-合計	1,245,742,633(GF)			82,371,951(AF)	706,205,692(BG)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁 次： 40

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	21,613,950	0.96598379	20,878,725	13,260,967	
	2-北區分區	9,674,169	0.96598379	9,345,090	6,866,319	
	3-中區分區	36,451,287	0.96598379	35,211,352	23,730,226	
	4-南區分區	588,321,925(BF)	0.96598379	-----	393,213,885	27,329
	5-高屏分區	32,131,764	0.96598379	31,038,763	23,045,519	
	6-東區分區	1,598,896	0.96598379	1,544,508	901,889	
	7-合計	689,791,991(GF)		98,018,438(AF)	461,018,805(BG)	27,329(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	15,044,973	0.93174182	14,018,031	10,194,561	
	2-北區分區	6,835,870	0.93174182	6,369,266	4,536,046	
	3-中區分區	18,908,128	0.93174182	17,617,494	11,886,509	
	4-南區分區	34,661,617	0.93174182	32,295,678	27,296,287	
	5-高屏分區	712,812,139(BF)	0.93174182	-----	449,005,214	8,947
	6-東區分區	2,771,846	0.93174182	2,582,645	1,596,258	
	7-合計	791,034,573(GF)		72,883,114(AF)	504,514,875(BG)	8,947(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	4,635,994	1.19864035	5,556,889	3,312,768	
	2-北區分區	1,598,577	1.19864035	1,916,119	1,050,678	
	3-中區分區	2,890,940	1.19864035	3,465,197	1,707,818	
	4-南區分區	1,527,516	1.19864035	1,830,942	1,115,673	
	5-高屏分區	2,703,012	1.19864035	3,239,939	2,014,428	
	6-東區分區	96,625,174(BF)	1.19864035	-----	48,744,323	9,248
	7-合計	109,981,213(GF)		16,009,086(AF)	57,945,688(BG)	9,248(BJ)