

## =====

## 一、中醫一般服務醫療給付費用總額

## (一)113年第1季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$= 113\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD\_G113合計)} \times \text{各季預算占率}(h\_q1)$$

$$= 30,988,492,521 \times 23.209366\%(h\_q1)$$

$$= 7,192,232,647 (D1)$$

## 註：

1. 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%。

2. 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

$$= 113\text{年全年預算} - 113\text{年第1季調整後預算} - 113\text{年第2季調整後預算} - 113\text{年第3季調整後預算}$$

$$= 30,988,492,521\text{元} - 7,192,232,647\text{元} - 7,793,272,743\text{元} - 8,009,331,020\text{元}$$

$$= 7,993,656,111\text{元。}$$

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：113/08/13

113年第1季

結算主要費用年月起迄：113/01-113/03

核付截止日期：113/06/30

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 (Q111)	110年各季校正 投保人口預估 成長率差額 (PEOP110)	111年 違反特管辦法 之扣款(註1) (B2)	112年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q112) =(Q111+PEOP110 +B2)×(1+4.072%)	111年各季校正 投保人口預估 成長率差值 (PEOP111)	112年 違反特管辦法 之扣款(註2) (B3)	113年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q113) =(Q112+PEOP111 +B3)×(1+4.979%)	106年 品質保證 保留款(註3) (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
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
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
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
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

項目	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 (OPD_G113) =(Q113- C106)	醫療資源不足 地區之論量計 酬結算金額 (B4)
第1季	7,569,545,731	53,315,867
第2季	7,713,689,002	0
第3季	7,614,534,446	0
第4季	8,090,723,342	0
合計	30,988,492,521	53,315,867

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。

## 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：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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

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： 0

(1)獎勵開業已支用點數	:	0(K1)	(浮動點數	:	0	;非浮動點數:	0)
(2)獎勵開業保障給付收入	:	0(K2)					
(3)獎勵開業論次費用	:	0(K3)					
(4)小計已支用點數(K1+K3)	:	0(K4)	暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點x 論次費用(K3)=				0(K5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數	:	0(K6)					
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	:	0(K7)					
(3)小計已支用點數	:	0(K8)	暫結金額= 1元/點x		0(K8)=		0(K9)

3. 合計:

已支用點數:	0(K4+K8)
暫結金額:	0(K10=K5+K9)
未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額=	51,534,850 - 0 = 51,534,850

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 51,534,850= 96,534,850

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 0

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

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

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

3. 合計:

已支用點數:	0(L4+L8)
暫結金額:	0(L10=L5+L9)
未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額=	96,534,850 - 0 = 96,534,850

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：7

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 96,534,850= 141,534,850

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 0

(1)獎勵開業已支用點數	:	0(M1)	(浮動點數	:	0	;非浮動點數:	0)
(2)獎勵開業保障給付收入	:	0(M2)					
(3)獎勵開業論次費用	:	0(M3)					
(4)小計已支用點數(M1+M3)	:	0(M4)	暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點x 論次費用(M3)=				0(M5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數	:	0(M6)					
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	:	0(M7)					
(3)小計已支用點數	:	0(M8)	暫結金額= 1元/點x		0(M8)=		0(M9)

3. 合計:

已支用點數:	0(M4+M8)
暫結金額:	0(M10=M5+M9)
未支用金額= 第4季預算 - 第4季暫結金額=	141,534,850 - 0=141,534,850

=====

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： 10

(1) 獎勵開業已支用點數 : 8,143,993(N1) (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(N2)

(3) 獎勵開業論次費用 : 33,000(N3)

(4) 小計已支用點數(N1+N3) : 8,176,993(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 11,333,446(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 : 2,454,272(N6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數 : 24,677,432(N7)

(3) 小計已支用點數 : 27,131,704(N8) 結算金額= 27,131,704(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： 35,308,697(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 + 0 + 0 + 0 = 38,465,150

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=180,000,000 - 38,465,150=141,534,850

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：	0(W01)	0(WF01)	0(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W02)	0(WF02)	0(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W03)	0(WF03)	0(WN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W04)	0(WF04)	0(WN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W05)	0(WF05)	0(WN05)
(6)小計：	0(W06)	0(WF06)	0(WN06)

已支用點數= 0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 126,665,865 - 0 = 126,665,865

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 126,665,865= 235,865,865

	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：	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=	235,865,865 -	0 =	235,865,865

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 235,865,865= 345,065,865

	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：	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=	345,065,865 -	0 =	345,065,865

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

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：	65,077,807(Z01)	62,777,212(ZF01)	2,300,595(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,512,397(Z02)	10,140,049(ZF02)	372,348(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,603,282(Z03)	4,384,378(ZF03)	218,904(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,206,272(Z04)	8,612,729(ZF04)	593,543(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,334,377(Z05)	2,188,497(ZF05)	145,880(ZN05)
(6)小計：	91,734,135(Z06)	88,102,865(ZF06)	3,631,270(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+ 0+ 0+ 0= 91,734,135  
 未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 436,800,000 - 91,734,135= 345,065,865

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= 0  
 暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0  
 未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 17,859,870 - 0= 17,859,870

## 第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 70,000,000/4 + 17,859,870 = 35,359,870$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 35,359,870 - 0 = 35,359,870$$

## 第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 70,000,000/4 + 35,359,870 = 52,859,870$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 52,859,870 - 0 = 52,859,870$$

## 全年合計:

$$\text{全年預算} = 70,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 17,140,130$$

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

$$= 17,140,130 + 0 + 0 + 0 = 17,140,130$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 70,000,000 - 17,140,130 = 52,859,870$$

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:

$$\text{預算} = 21,200,000/4 = 5,300,000$$

$$\text{已支用點數} = 7,634,968 \quad (\text{浮動點數}: 5,161,079 \quad \text{非浮動點數}: 2,473,889)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 7,634,968$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 5,300,000 - 7,634,968 = -2,334,968$$

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

## 第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 21,200,000/4 + 0 = 5,300,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 5,300,000 - 0 = 5,300,000$$

## 第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 21,200,000/4 + 5,300,000 = 10,600,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 10,600,000 - 0 = 10,600,000$$

## 第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 21,200,000/4 + 10,600,000 = 15,900,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 15,900,000 - 0 = 15,900,000$$

## 全年合計：

全年預算 = 21,200,000

已支用點數 = 7,634,968

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 + 0 + 0 + 0 = 5,300,000

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

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：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：113/08/13

113年第1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

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：	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2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 66,250,000 - 0= 66,250,000

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 265,000,000/4+ 66,250,000= 132,500,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：	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3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 132,500,000 - 0= 132,500,000

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 265,000,000/4＋ 132,500,000＝ 198,750,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：	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＝	198,750,000	0	198,750,000

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：	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＝ 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＋ 0＋ 0＋ 0＝	66,250,000		
未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝	265,000,000	66,250,000	198,750,000

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。

=====

(六)中醫急症處置計畫 全年預算= 10,000,000

## 第1季:

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

$$\text{已支用點數} = 963,033 \quad (\text{浮動點數: } 962,626 \quad \text{非浮動點數: } 407)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 963,033$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 2,500,000 - 963,033 = 1,536,967$$

## 第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 10,000,000/4 + 1,536,967 = 4,036,967$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 4,036,967 - 0 = 4,036,967$$

## 第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 10,000,000/4 + 4,036,967 = 6,536,967$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 6,536,967 - 0 = 6,536,967$$

## 第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 10,000,000/4 + 6,536,967 = 9,036,967$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 9,036,967 - 0 = 9,036,967$$

## 全年合計:

$$\text{全年預算} = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 963,033 \quad (\text{浮動點數: } 962,626 \quad \text{非浮動點數: } 407)$$

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

$$= 963,033 + 0 + 0 + 0 = 963,033$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 10,000,000 - 963,033 = 9,036,967$$

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:

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

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 27,489,682 - 0 = 27,489,682$$

## 第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 105,300,000/4 + 27,489,682 = 53,814,682$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 53,814,682 - 0 = 53,814,682$$

## 第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 105,300,000/4 + 53,814,682 = 80,139,682$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 80,139,682 - 0 = 80,139,682$$

## 全年合計：

全年預算 = 105,300,000

已支用點數 = 25,160,318 (浮動點數：25,160,318 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 + 0 + 0 + 0 = 25,160,318

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 105,300,000 - 25,160,318 = 80,139,682

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：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2季預算 - 1元/點×第2季已支用點數 = 12,000,000 - 0 = 12,000,000

第3季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 48,000,000/4 + 12,000,000 = 24,000,000

(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3季預算 - 1元/點×第3季已支用點數 = 24,000,000 - 0 = 24,000,000

## 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：113/08/13

113年第1季

結算主要費用年月起迄：113/01—113/03

核付截止日期：113/06/30

頁次：20

=====

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 48,000,000/4 + 24,000,000 = 36,000,000

(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 = 36,000,000 - 0 = 36,000,000

全年合計：

全年預算 = 48,000,000

(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 = 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 + 0 + 0 + 0 = 12,000,000

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

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： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 21,450,697

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 21,450,697

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 83,000,000 - 21,450,697 = 61,549,303

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。

=====

(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 7,192,232,647 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬結算金額 53,315,867 (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 7,138,916,780 (E)

各分區醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬：

就醫分區	浮動點數	非浮動點數	合計	論量計酬結算金額
臺北	3,700,503	1,503,706	5,204,209	5,204,209
北區	6,869,963	3,695,055	10,565,018	10,565,018
中區	5,904,596	2,596,830	8,501,426	8,501,426
南區	5,697,569	2,674,602	8,372,171	8,372,171
高屏	10,085,378	-1,126,480	8,958,898	8,958,898
東區	8,420,721	3,293,424	11,714,145	11,714,145
合計	40,678,730	12,637,137	53,315,867(B2)	53,315,867(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% = 7,138,916,780 × 2.22% = 158,483,953 (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% - 15,000,000 = 6,965,432,827 (加總後四捨五入至整數位) (註3)

指標1預算(GA) = (D1\_5) × 66% = 6,965,432,827 × 66% = 4,597,185,666 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1\_5) × 15% = 6,965,432,827 × 15% = 1,044,814,924 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1\_5) × 9% = 6,965,432,827 × 9% = 626,888,954 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1\_5) × 4% = 6,965,432,827 × 4% = 278,617,313 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1\_5) × 5% = 6,965,432,827 × 5% = 348,271,641 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 6,965,432,827 - 4,597,185,666 - 1,044,814,924 - 626,888,954 - 278,617,313 - 348,271,641 = 69,654,329

(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	96Q1+97Q1+98Q1		112年2月		112年1~3月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 = (Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 = (Ai2/ΣAi2)	各區就醫次數比率加總 (a)	全區就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後指標3占率 = (Ai3/ΣAi3)
臺北	3,748,499,441	28.8812%	7,465,952	32.7708%	1,002,685.780097		29.5358%	30.0763%
北區	1,545,478,864	11.9075%	3,861,460	16.9493%	485,193.655661		14.2922%	14.5537%
中區	3,528,900,120	27.1892%	4,546,942	19.9582%	838,753.792835		24.7069%	25.1590%
南區	1,966,439,444	15.1509%	3,269,761	14.3522%	479,974.245721		14.1384%	14.3971%
高屏	2,189,713,132	16.8712%	3,638,241	15.9695%	527,204.840982		15.5297%	15.8139%
東區					61,004.684500			
小計	12,979,031,001	100.0000%	22,782,356	100.0000%	3,394,816.999796	3,394,817	98.2030%	100.0000%

指標4(註7)(S4)

指標	去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差							
計算期間	112年1~3月							
分區	人數利用率成長率 (p)	醫療費用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註4)	各分區各季經指標4加權後之預算 (Ai4) =(Ai1)×(1+指標4權值)	指標4占率 =(Ai4/ΣAi4)
臺北	0.245392	0.243167	0.002225	2	0.00	3,748,499,441	3,748,499,441	29.0561%
北區	0.357810	0.378301	-0.020491	4	0.00	1,545,478,864	1,545,478,864	11.9796%
中區	0.216618	0.243534	-0.026916	5	-0.05	3,528,900,120	3,352,455,114	25.9862%
南區	0.270284	0.267055	0.003229	1	0.05	1,966,439,444	2,064,761,416	16.0048%
高屏	0.258983	0.260101	-0.001118	3	0.00	2,189,713,132	2,189,713,132	16.9733%
小計						12,979,031,001	12,900,907,967	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	112年11月			
分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)	指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	0.005213	3,748,499,441	3,768,040,369	29.1975%
北區	0.003989	1,545,478,864	1,551,643,779	12.0233%
中區	-0.016605	3,528,900,120	3,470,302,734	26.8904%
南區	-0.005733	1,966,439,444	1,955,165,847	15.1500%
高屏	-0.013482	2,189,713,132	2,160,191,420	16.7388%
小計		12,979,031,001	12,905,344,149	100.0000%

## (五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	28.8812%	32.7708%	30.0763%	29.0561%	29.1975%
北區	11.9075%	16.9493%	14.5537%	11.9796%	12.0233%
中區	27.1892%	19.9582%	25.1590%	25.9862%	26.8904%
南區	15.1509%	14.3522%	14.3971%	16.0048%	15.1500%
高屏	16.8712%	15.9695%	15.8139%	16.9733%	16.7388%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

## (六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註9)：

$$\begin{aligned}
 \text{第1季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 69,654,329 - 38,843,630 \\
 &= 30,810,699
 \end{aligned}$$

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	0.79251377	41,054,378	8,518,217
北區	0.69421380	22,487,255	6,876,294
中區	0.77987527	27,502,583	6,053,994
南區	0.77782241	40,119,564	8,913,672
高屏	0.76060691	35,428,993	8,481,453
小計		166,592,773	38,843,630(M1)

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：113/08/13

113年第1季

結算主要費用年月起迄：113/01—113/03

核付截止日期：113/06/30

頁次：26

(七)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=第1季預算Ga+ 第1季預算Gb+ 第1季預算Gc+ 第1季預算Gd+ 第1季預算Ge+ 第1季預算Gf。

分區	預算(Ga) =GAx指標1占率	預算(Gb) =GBx指標2占率	預算(Gc) =GCx指標3占率	預算(Gd) =GDx指標4占率	預算(Ge) =GEx指標5占率	第1季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,327,722,387	342,394,209	188,545,002	80,955,325	101,686,612	8,898,500	2,050,202,035
北區	547,409,883	177,088,816	91,235,538	33,377,240	41,873,744	3,668,784	894,654,005
中區	1,249,938,005	208,526,252	157,718,992	72,402,052	93,651,637	8,377,183	1,790,614,121
南區	696,515,003	149,953,928	90,253,830	44,592,144	52,763,154	4,668,098	1,038,746,157
高屏	775,600,388	166,851,719	99,135,592	47,290,552	58,296,494	5,198,134	1,152,372,879
小計	4,597,185,666	1,044,814,924	626,888,954	278,617,313	348,271,641	30,810,699	6,926,589,197

(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	7,138,916,780 (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	38,843,630 (M1)

調整後分區一般服務預算總額 7,085,073,150 (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/∑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(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)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 =  $(\text{分母各區}Ty) / \sum (\text{成長率大於}0\text{之分區}Ty)$ 。

(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。

=====  
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	1,355,546,927(BF)	863,402,709(BG)	47,397(BJ)
2-北區分區	617,246,716(BF)	428,826,025(BG)	30,707(BJ)
3-中區分區	1,278,394,095(BF)	737,747,438(BG)	54,610(BJ)
4-南區分區	677,485,444(BF)	464,133,783(BG)	32,722(BJ)
5-高屏分區	775,654,955(BF)	507,968,813(BG)	7,956(BJ)
6-東區分區	93,466,198(BF)	50,190,359(BG)	7,476(BJ)
7-合計	4,797,794,335(GF)	3,052,269,127(GG)	180,868(GJ)

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：113/08/13

113年第1季

結算主要費用年月起迄：113/01-113/03

核付截止日期：113/06/30

頁次：30

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	= [ 2,050,202,035	- 863,402,709	- 47,397 ] /	1,355,546,927 =	0.87547831 (點值排序：1)
北區分區	= [ 894,654,005	- 428,826,025	- 30,707 ] /	617,246,716 =	0.75463710 (點值排序：5)
中區分區	= [ 1,790,614,121	- 737,747,438	- 54,610 ] /	1,278,394,095 =	0.82354266 (點值排序：4)
南區分區	= [ 1,038,746,157	- 464,133,783	- 32,722 ] /	677,485,444 =	0.84810627 (點值排序：2)
高屏分區	= [ 1,152,372,879	- 507,968,813	- 7,956 ] /	775,654,955 =	0.83077676 (點值排序：3)
東區分區	= [ 158,483,953	- 50,190,359	- 7,476 ] /	93,466,198 =	1.15855914

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=0 未支用金額=本季風險調整移撥款(用於補助點值之預算)=40,000,000元(G)

分區	分區 一般服務 預算總額	本季未支用 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1季風 險調整移撥款 (用於就醫率最 高分區)之金額	累計至前一季 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	2,050,202,035		0.87547831				0.87547831	2,050,202,035
北區	894,654,005		0.75463710	28,000,100			0.80000000	922,654,105
中區	1,790,614,121		0.82354266		5,000,000		0.82745382	1,795,614,121
南區	1,038,746,157		0.84810627				0.84810627	1,038,746,157
高屏	1,152,372,879		0.83077676				0.83077676	1,152,372,879
東區	158,483,953		-				-	158,483,953
合計	7,085,073,150	40,000,000		28,000,100	5,000,000	11,999,900		7,118,073,250

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	= [ 2,050,202,035	-	863,402,709	-	47,397 ] /	1,355,546,927 =	0.87547831
北區分區	= [ 922,654,105	-	428,826,025	-	30,707 ] /	617,246,716 =	0.80000000
中區分區	= [ 1,795,614,121	-	737,747,438	-	54,610 ] /	1,278,394,095 =	0.82745382
南區分區	= [ 1,038,746,157	-	464,133,783	-	32,722 ] /	677,485,444 =	0.84810627
高屏分區	= [ 1,152,372,879	-	507,968,813	-	7,956 ] /	775,654,955 =	0.83077676
東區分區	= [ 158,483,953	-	50,190,359	-	7,476 ] /	93,466,198 =	1.15855914

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)

= [ 7,118,073,250 - 3,052,269,127 - 180,868 ] / 4,797,794,335 = 0.84739423

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	= [ 2,050,202,035	]/ [	1,355,546,927 +	863,402,709	+	47,397 ] =	0.92393185
北區分區	= [ 922,654,105	]/ [	617,246,716 +	428,826,025	+	30,707 ] =	0.88199127
中區分區	= [ 1,795,614,121	]/ [	1,278,394,095 +	737,747,438	+	54,610 ] =	0.89059496
南區分區	= [ 1,038,746,157	]/ [	677,485,444 +	464,133,783	+	32,722 ] =	0.90986238
高屏分區	= [ 1,152,372,879	]/ [	775,654,955 +	507,968,813	+	7,956 ] =	0.89774416
東區分區	= [ 158,483,953	]/ [	93,466,198 +	50,190,359	+	7,476 ] =	1.10315679

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)

= [ 7,118,073,250 ] / [ 4,797,794,335 + 3,052,269,127 + 180,868 ] = 0.90673270

## 5. 中醫門診總額平均點值

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

$$= [ 7,118,073,250 + 298,362,711 + 53,315,867 ] / [ 4,797,794,335 + 3,052,269,127 + 180,868 + 305,556,314 + 53,315,867 ]$$

$$= 0.90993371$$

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  

$$= 38,465,150 + 91,734,135 + 17,140,130 + 66,250,000 + 5,300,000 + 963,033 + 25,160,318 + 12,000,000 + 21,450,697 + 19,899,248$$

$$= 298,362,711$$
- 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

## 六、說明

- 本季結算費用年月包括：
  - 費用年月112/12(含)以前:於113/04/01~113/06/30期間核付者。
  - 費用年月113/01~113/03:於113/01/01~113/06/30期間核付者。