

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)111年第3季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 111\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G111合計)} \times \text{各季預算占率}(h_q3) \\
 &= 28,688,104,604 \times 25.846146\%(h_q3) \\
 &= 7,414,769,401 (D1)
 \end{aligned}$$

註：

- 依據110年11月18日「中醫門診總額研商議事會議」110年第3次會議決定，以105-109年(近五年)之各季核定點數平均占率做為111年各季預算重分配之依據。111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%。
- 111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_G111合計)為28,688,104,604元，各季調整後預算如下：
 - 111年第1季預算6,997,212,495元，調整後預算為6,658,327,196元 = 28,688,104,604 × 23.209366%(h_q1)。
 - 111年第2季預算7,155,102,960元，調整後預算為7,214,749,911元 = 28,688,104,604 × 25.148925%(h_q2)。
 - 111年第3季預算7,054,607,724元，調整後預算為7,414,769,401元 = 28,688,104,604 × 25.846146%(h_q3)。
 - 111年第4季預算7,481,181,425元，調整後預算為7,400,258,096元

$$\begin{aligned}
 &= 111\text{年全年預算} - 111\text{年第1季預算} - 111\text{年第2季預算} - 111\text{年第3季預算} \\
 &= 28,688,104,604\text{元} - 6,658,327,196\text{元} - 7,214,749,911\text{元} - 7,414,769,401\text{元} \\
 &= 7,400,258,096\text{元}。
 \end{aligned}$$

(二)111年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G111合計)

項目	109年各季 一般服務醫療 給付費用總額	108年各季校正 投保人口預估 成長率差額	109年 違反特管辦法 之扣款(註1)	110年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	109年各季校正 投保人口預估 成長率差值	110年 違反特管辦法 之扣款(註2)	111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)	111年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算
	(Q109)	(PEOP108)	(B2)	(Q110) =(Q109+PEOP108 +B2)×(1+4.260%)	(PEOP109)	(B3)	(Q111) =(Q110+PEOP109 +B3)×(1+4.176%)	(C106)	(OPD_G111) =(Q111-C106)
第1季	6,447,238,604	-7,665,531	7,265,101	6,721,473,480	-5,418,561	5,994,059	7,002,761,743	5,549,248	6,997,212,495
第2季	6,600,256,222	-10,064,237	7,265,101	6,878,508,758	-10,761,702	5,994,059	7,160,788,544	5,685,584	7,155,102,960
第3季	6,511,133,243	-11,733,645	7,265,101	6,783,848,615	-12,641,350	5,994,059	7,060,217,251	5,609,527	7,054,607,724
第4季	6,916,461,387	-10,104,140	7,265,102	7,208,142,661	-27,123,730	5,994,059	7,487,142,652	5,961,227	7,481,181,425
合計	26,475,089,456	-39,567,553	29,060,405	27,591,973,514	-55,945,343	23,976,236	28,710,910,190	22,805,586	28,688,104,604

(三)111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	111年調整後各季 地區一般服務醫療 給付費用總額	扣減與照護機構 中醫醫療照護方案 重複之預算(註4)	111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)	(B4)	(D2) =(D1)-(B4)	(B5)
第1季	6,658,327,196	0	6,658,327,196	39,610,219
第2季	7,214,749,911	0	7,214,749,911	53,675,357
第3季	7,414,769,401	838,360	7,413,931,041	59,086,987
第4季	7,400,258,096	838,361	7,399,419,735	0
合計	28,688,104,604	1,676,721	28,686,427,883	152,372,563

註：

- 110年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q110)
= (109年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q109)+108年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP108) + 109年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) × (1+4.260%)。
※110年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 29,060,405元，按季均分。
- 111年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q111)
= (110年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q110)+109年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP109) + 110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+4.176%)。
※一般服務成長率為4.176%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.085%，協商因素成長率3.091%。
※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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110年度中醫一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會110年第2次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
※111年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 23,976,236元，按季均分。
- 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%)。
- 扣減與照護機構中醫醫療照護方案重複之預算(B4)：依據111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111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。援例於未結算之季別扣減預算1,676,721元，111年第3季扣減838,360元，111年第4季扣減838,361元。
- 依據「111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 = 172,000,000

第1季:預算=172,000,000/4= 43,000,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 6

(1) 獎勵開業已支用點數： 3,426,245(J1) (浮動點數： 1,840,573；非浮動點數： 1,585,672)

(2) 獎勵開業保障給付收入： 4,711,940(J2)

(3) 獎勵開業論次費用： 0(J3)

(4) 小計已支用點數(J1+J3)： 3,426,245(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 4,711,940(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： 2,131,980(J6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數： 20,610,400(J7)

(3) 小計已支用點數： 22,742,380(J8) 暫結金額= 1元/點× 22,742,380(J8)= 22,742,380(J9)

3. 合計:

已支用點數： 26,168,625(J4+J8)

暫結金額： 27,454,320(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 43,000,000 - 27,454,320= 15,545,680

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 15,545,680= 58,545,680

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 7

(1) 獎勵開業已支用點數： 4,777,914(K1) (浮動點數： 3,778,363；非浮動點數： 999,551)

(2) 獎勵開業保障給付收入： 6,128,618(K2)

(3) 獎勵開業論次費用： 0(K3)

(4) 小計已支用點數(K1+K3)： 4,777,914(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 6,128,618(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： 2,486,995(K6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數： 22,058,400(K7)

(3) 小計已支用點數： 24,545,395(K8) 暫結金額= 1元/點× 24,545,395(K8)= 24,545,395(K9)

3. 合計:

已支用點數： 29,323,309(K4+K8)

暫結金額： 30,674,013(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 58,545,680 - 30,674,013= 27,871,667

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 27,871,667= 70,871,667

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 7

(1)獎勵開業已支用點數： 7,644,640(L1) (浮動點數： 5,162,546；非浮動點數： 2,482,094)
 (2)獎勵開業保障給付收入： 9,151,861(L2)
 (3)獎勵開業論次費用： 6,000(L3)
 (4)小計已支用點數(L1+L3)： 7,650,640(L4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+1元/點×論次費用(L3)= 9,157,861(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： 2,688,197(L6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 23,954,220(L7)
 (3)小計已支用點數： 26,642,417(L8) 暫結金額=1元/點×26,642,417(L8)= 26,642,417(L9)

3. 合計:

已支用點數： 34,293,057(L4+L8)
 暫結金額： 35,800,278(L10=L5+L9)
 未支用金額=第3季預算-第3季暫結金額= 70,871,667 - 35,800,278= 35,071,389

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 35,071,389= 78,071,389

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= 78,071,389 - 0= 78,071,389

=====

全年合計:全年預算=172,000,000

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 : 15,848,799(N1) (浮動點數 : 10,781,482 ; 非浮動點數 : 5,067,317)

(2) 獎勵開業保障給付收入 : 19,992,419(N2)

(3) 獎勵開業論次費用 : 6,000(N3)

(4) 小計已支用點數(N1+N3) : 15,854,799(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 19,998,419(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 : 7,307,172(N6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數 : 66,623,020(N7)

(3) 小計已支用點數 : 73,930,192(N8) 結算金額= 73,930,192(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： 89,784,991(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)

= 27,454,320+ 30,674,013+ 35,800,278+ 0= 93,928,611

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=172,000,000- 93,928,611= 78,071,389

註：依據「111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=252,700,000

第1季:預算= 252,700,000/4= 63,175,000

	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：	46,303,653(V01)	44,249,978(VF01)	2,053,675(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	7,721,274(V02)	7,366,564(VF02)	354,710(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,140,155(V03)	2,970,649(VF03)	169,506(VN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	7,461,969(V04)	6,809,263(VF04)	652,706(VN04)
(5)小計：	64,627,051(V05)	61,396,454(VF05)	3,230,597(VN05)

已支用點數= 64,627,051

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 64,627,051

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 63,175,000 - 64,627,051 = -1,452,051

浮動點值= (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (63,175,000 - 3,230,597) / 61,396,454 = 0.97634960

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 252,700,000/4+ 0= 63,175,000

	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：	42,274,816(W01)	40,325,868(WF01)	1,948,948(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	6,719,286(W02)	6,384,453(WF02)	334,833(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,870,720(W03)	2,736,476(WF03)	134,244(WN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,145,501(W04)	7,309,408(WF04)	836,093(WN04)
(5)小計：	60,010,323(W05)	56,756,205(WF05)	3,254,118(WN05)

已支用點數= 60,010,323

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 60,010,323

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 63,175,000 - 60,010,323 = 3,164,677

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 252,700,000/4+ 3,164,677= 66,339,677

	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:	45,158,047(X01)	43,281,778(XF01)	1,876,269(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療:	8,830,943(X02)	8,466,497(XF02)	364,446(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療:	3,158,223(X03)	2,997,794(XF03)	160,429(XN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療:	10,022,788(X04)	9,104,253(XF04)	918,535(XN04)
(5)小計:	67,170,001(X05)	63,850,322(XF05)	3,319,679(XN05)

已支用點數= 67,170,001

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 67,170,001

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 66,339,677 - 67,170,001 = -830,324

浮動點值= (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (66,339,677 - 3,319,679) / 63,850,322 = 0.98699577

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 252,700,000/4+ 0= 66,339,677

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療:	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療:	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療:	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療:	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)小計:	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)

已支用點數= 0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 63,175,000 - 0 = 63,175,000

全年合計:全年預算= 252,700,000

	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:	133,736,516(Z01)	127,857,624(ZF01)	5,878,892(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療:	23,271,503(Z02)	22,217,514(ZF02)	1,053,989(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療:	9,169,098(Z03)	8,704,919(ZF03)	464,179(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療:	25,630,258(Z04)	23,222,924(ZF04)	2,407,334(ZN04)
(5)小計:	191,807,375(Z05)	182,002,981(ZF05)	9,804,394(ZN05)

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

= 63,175,000 + 60,010,323 + 66,339,677 + 0 = 189,525,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 252,700,000 - 189,525,000 = 63,175,000

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 = 81,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 81,000,000/4 = 20,250,000$$

$$\text{已支用點數} = 16,188,446$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 16,188,446$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 20,250,000 - 16,188,446 = 4,061,554$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 81,000,000/4 + 4,061,554 = 24,311,554$$

$$\text{已支用點數} = 15,218,832$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 15,218,832$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 24,311,554 - 15,218,832 = 9,092,722$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 81,000,000/4 + 9,092,722 = 29,342,722$$

$$\text{已支用點數} = 15,968,070$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 15,968,070$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 29,342,722 - 15,968,070 = 13,374,652$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 81,000,000/4 + 13,374,652 = 33,624,652$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 33,624,652 - 0 = 33,624,652$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 81,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 47,375,348$$

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

$$= 16,188,446 + 15,218,832 + 15,968,070 + 0 = 47,375,348$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 81,000,000 - 47,375,348 = 33,624,652$$

註：依據「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(四)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=245,000,000

第1季:

預算 = 245,000,000 / 4 = 61,250,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療:	18,069,805	15,112,104	2,957,701
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	16,683,158	16,683,158	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	1,355,485	1,355,485	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	4,270,092	4,270,092	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	3,852,864	3,852,864	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	2,757,265	2,501,397	255,868
(7)小計:	46,988,669	43,775,100	3,213,569

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 46,988,669

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 61,250,000 - 46,988,669 = 14,261,331

第2季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 245,000,000 / 4 + 14,261,331 = 75,511,331

	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:	16,565,853	13,749,223	2,816,630
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	17,124,977	17,124,977	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	1,309,268	1,309,268	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	4,092,326	4,092,326	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	3,679,647	3,679,647	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	2,285,695	2,122,568	163,127
(7)小計:	45,057,766	42,078,009	2,979,757

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 45,057,766

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 75,511,331 - 45,057,766 = 30,453,565

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R02

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：112/02/07

111年第3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：10

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 30,453,565= 91,703,565

	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:	17,857,636	14,853,189	3,004,447
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	19,489,279	19,489,279	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	1,477,926	1,477,926	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	4,799,010	4,799,010	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	4,250,499	4,250,499	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	2,867,404	2,618,917	248,487
(7)小計:	50,741,754	47,488,820	3,252,934

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 50,741,754

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 91,703,565 - 50,741,754= 40,961,811

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 40,961,811= 102,211,811

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療:	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	0	0	0
(7)小計:	0	0	0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 102,211,811 - 0= 102,211,811

全年合計: 全年預算= 245,000,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療:	52,493,294	43,714,516	8,778,778
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	53,297,414	53,297,414	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	4,142,679	4,142,679	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	13,161,428	13,161,428	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	11,783,010	11,783,010	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	7,910,364	7,242,882	667,482
(7)小計:	142,788,189	133,341,929	9,446,260

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)

= 46,988,669+ 45,057,766+ 50,741,754+ 0= 142,788,189

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 245,000,000 - 142,788,189= 102,211,811

註:依據「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合計畫」,本計畫之預算,按季均分及結算,並採浮動點值支付,惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘,則流用至下季。若全年預算尚有結餘,則進行全年結算,惟每點支付金額不高於1元。

=====

(五)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算 = 21,600,000

第1季：

預算 = 21,600,000/4 = 5,400,000
 已支用點數 = 3,791,126 (浮動點數：2,493,622 非浮動點數：1,297,504)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,791,126
 未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 5,400,000 - 3,791,126 = 1,608,874

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 21,600,000/4 + 1,608,874 = 7,008,874
 已支用點數 = 3,708,475 (浮動點數：2,465,884 非浮動點數：1,242,591)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,708,475
 未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點×第2季已支用點數 = 7,008,874 - 3,708,475 = 3,300,399

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 21,600,000/4 + 3,300,399 = 8,700,399
 已支用點數 = 4,864,319 (浮動點數：3,244,599 非浮動點數：1,619,720)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,864,319
 未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點×第3季已支用點數 = 8,700,399 - 4,864,319 = 3,836,080

第4季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 21,600,000/4 + 3,836,080 = 9,236,080
 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 = 9,236,080 - 0 = 9,236,080

全年合計：

全年預算 = 21,600,000
 已支用點數 = 12,363,920
 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)
 = 3,791,126 + 3,708,475 + 4,864,319 + 0 = 12,363,920
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 21,600,000 - 12,363,920 = 9,236,080

註：依據「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

=====

(六)中醫急症處置計畫 全年預算 = 5,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 5,000,000/4 = 1,250,000$$

$$\text{已支用點數} = 519,065 \quad (\text{浮動點數: } 518,991 \quad \text{非浮動點數: } 74)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 519,065$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 1,250,000 - 519,065 = 730,935$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000/4 + 730,935 = 1,980,935$$

$$\text{已支用點數} = 242,917 \quad (\text{浮動點數: } 242,917 \quad \text{非浮動點數: } 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 242,917$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 1,980,935 - 242,917 = 1,738,018$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000/4 + 1,738,018 = 2,988,018$$

$$\text{已支用點數} = 371,464 \quad (\text{浮動點數: } 371,464 \quad \text{非浮動點數: } 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 371,464$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 2,988,018 - 371,464 = 2,616,554$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000/4 + 2,616,554 = 3,866,554$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 3,866,554 - 0 = 3,866,554$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 5,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,133,446$$

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

$$= 519,065 + 242,917 + 371,464 + 0 = 1,133,446$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 5,000,000 - 1,133,446 = 3,866,554$$

註：依據「全民健康保險中醫急症處置計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

=====

(七)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 全年預算 = 50,000,000

第1季:

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

$$\text{已支用點數} = 16,507,191 \quad (\text{浮動點數}: 16,507,191 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 16,507,191$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 12,500,000 - 16,507,191 = -4,007,191$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (12,500,000 - 0) / 16,507,191 = 0.75724574$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000/4 + 0 = 12,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 16,676,763 \quad (\text{浮動點數}: 16,676,763 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 16,676,763$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 12,500,000 - 16,676,763 = -4,176,763$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (12,500,000 - 0) / 16,676,763 = 0.74954594$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000/4 + 0 = 12,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 18,685,457 \quad (\text{浮動點數}: 18,685,457 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 18,685,457$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 12,500,000 - 18,685,457 = -6,185,457$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (12,500,000 - 0) / 18,685,457 = 0.66896946$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000/4 + 0 = 12,500,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 12,500,000 - 0 = 12,500,000$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 51,869,411 \quad (\text{浮動點數}: 51,869,411 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\begin{aligned} \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 12,500,000 + 12,500,000 + 12,500,000 + 0 = 37,500,000 \end{aligned}$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 50,000,000 - 37,500,000 = 12,500,000$$

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 = 28,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 28,000,000/4 = 7,000,000$$

(1)論次支付費用：96,195

(2)論量支付已支用點數：749,417 (浮動點數：574,169 非浮動點數：175,248)

(9)小計已支用點數：845,612

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 845,612$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 7,000,000 - 845,612 = 6,154,388$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 28,000,000/4 + 6,154,388 = 13,154,388$$

(1)論次支付費用：359,531

(2)論量支付已支用點數：2,972,801 (浮動點數：2,253,373 非浮動點數：719,428)

(9)小計已支用點數：3,332,332

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 3,332,332$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 13,154,388 - 3,332,332 = 9,822,056$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 28,000,000/4 + 9,822,056 = 16,822,056$$

(1)論次支付費用：473,000

(2)論量支付已支用點數：3,884,845 (浮動點數：3,018,317 非浮動點數：866,528)

(9)小計已支用點數：4,357,845

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 4,357,845$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 16,822,056 - 4,357,845 = 12,464,211$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 28,000,000/4 + 12,464,211 = 19,464,211$$

(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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 19,464,211 - 0 = 19,464,211$$

全年合計：

全年預算 = 28,000,000

(1)論次支付費用：928,726

(2)論量支付已支用點數：7,607,063 (浮動點數：5,845,859 非浮動點數：1,761,204)

(9)小計已支用點數：8,535,789

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)

= 845,612 + 3,332,332 + 4,357,845 + 0 = 8,535,789

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 28,000,000 - 8,535,789 = 19,464,211

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 = 98,000,000

第1季已支用點數：20,538,362

第2季已支用點數：20,705,624

第3季已支用點數：20,765,939

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：62,009,925

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 62,009,925

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 98,000,000 - 62,009,925 = 35,990,075

註：預算如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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+111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%)+26,500,000

= (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% + 26,500,000

= 5,549,248 + 5,685,584 + 5,609,527 + 5,961,227 + 26,500,000

= 49,305,586

※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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111年度之品質保證保留款(26.5百萬元)合併運用(計49.3百萬元)。

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

支應扣減金額後調整後地區一般服務醫療給付費用總額 7,413,931,041 (D2)

一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 59,086,987 (B5)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算 7,354,844,054 (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	4,699,718	1,902,918	6,602,636	6,602,636
北區	7,142,951	3,554,162	10,697,113	10,697,113
中區	5,491,927	2,240,968	7,732,895	7,732,895
南區	5,492,170	2,570,667	8,062,837	8,062,837
高屏	9,255,767	4,070,215	13,325,982	13,325,982
東區	9,034,719	3,630,805	12,665,524	12,665,524
合計	41,117,252	17,969,735	59,086,987	59,086,987(B5)

※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% = 7,354,844,054 × 2.22% = 163,277,538 (加總後四捨五入至整數位)

(三)分配至其他5分區一般預算服務總額(D2_5) = (E) × 97.78% = 7,191,566,516 (加總後四捨五入至整數位) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 66% = 7,191,566,516 × 66% = 4,746,433,901 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 14% = 7,191,566,516 × 14% = 1,006,819,312 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 10% = 7,191,566,516 × 10% = 719,156,652 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 4% = 7,191,566,516 × 4% = 287,662,661 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 7,191,566,516 × 5% = 359,578,326 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 7,191,566,516 - 4,746,433,901 - 1,006,819,312 - 719,156,652 - 287,662,661 - 359,578,326 = 71,915,664

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q3+97Q3+98Q3		110年8月		110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%	7,544,346	32.9226%	772,586.822654		28.8565%	29.4452%
北區	1,666,787,981	12.2888%	3,839,494	16.7551%	365,396.259523		13.6477%	13.9261%
中區	3,666,236,032	27.0302%	4,564,570	19.9192%	693,112.136892		25.8881%	26.4162%
南區	1,942,046,149	14.3182%	3,300,631	14.4036%	375,079.683269		14.0094%	14.2952%
高屏東區	2,220,761,046	16.3730%	3,666,334	15.9995%	417,639.567816		15.5991%	15.9173%
					53,522.529731			
小計	13,563,491,602	100.0000%	22,915,375	100.0000%	2,677,336.999885	2,677,337	98.0008%	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								
110年7~9月								
指標	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	-0.199528	-0.193497	-0.006031	1	0.00	4,067,660,394	4,067,660,394	29.9898%
北區	-0.145712	-0.109367	-0.036345	2	0.00	1,666,787,981	1,666,787,981	12.2888%
中區	-0.120745	-0.074578	-0.046167	4	0.00	3,666,236,032	3,666,236,032	27.0302%
南區	-0.107594	-0.058036	-0.049558	5	0.00	1,942,046,149	1,942,046,149	14.3182%
高屏	-0.111729	-0.072718	-0.039011	3	0.00	2,220,761,046	2,220,761,046	16.3730%
小計						13,563,491,602	13,563,491,602	100.0000%

指標5(註8)(S5)				
當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率				
111年5月				
指標	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	0.009295	4,067,660,394	4,105,469,297	30.3086%
北區	0.000196	1,666,787,981	1,667,114,671	12.3075%
中區	-0.008561	3,666,236,032	3,634,849,385	26.8342%
南區	-0.006466	1,942,046,149	1,929,488,879	14.2444%
高屏	-0.005456	2,220,761,046	2,208,644,574	16.3053%
小計		13,563,491,602	13,545,566,806	100.0000%

(五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	29.9898%	32.9226%	29.4452%	29.9898%	30.3086%
北區	12.2888%	16.7551%	13.9261%	12.2888%	12.3075%
中區	27.0302%	19.9192%	26.4162%	27.0302%	26.8342%
南區	14.3182%	14.4036%	14.2952%	14.3182%	14.2444%
高屏	16.3730%	15.9995%	15.9173%	16.3730%	16.3053%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註9)：

$$\begin{aligned}
 \text{第3季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 71,915,664 - 1,666,855 \\
 &= 70,248,809
 \end{aligned}$$

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	1.03108059	0	0
北區	0.99131232	14,756,677	128,199
中區	0.96039146	28,883,549	1,144,030
南區	1.00481244	0	0
高屏	0.98581955	27,828,929	394,626
小計		71,469,155	1,666,855(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R02

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：112/02/07

111年第3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：20

(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	1,423,446,034	331,471,095	211,757,114	86,269,457	108,983,157	21,067,477	2,182,994,334
北區	583,279,769	168,693,583	100,150,475	35,350,289	44,255,102	8,632,736	940,361,954
中區	1,282,970,576	200,550,352	189,973,860	77,755,793	96,489,967	18,988,394	1,866,728,942
南區	679,603,899	145,018,226	102,804,882	41,188,115	51,219,775	10,058,365	1,029,893,262
高屏	777,133,623	161,086,056	114,470,321	47,099,007	58,630,325	11,501,837	1,169,921,169
小計	4,746,433,901	1,006,819,312	719,156,652	287,662,661	359,578,326	70,248,809	7,189,899,661

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3108R02

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：112/02/07

111年第3季

結算主要費用年月起迄：111/07-111/09

核付截止日期：111/12/31

頁次：21

(八)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
110年 第1季	1,817,886,169	781,695,963	1,602,393,010	918,701,338	1,021,348,652	6,142,025,132
第2季	2,049,550,403	875,503,168	1,760,524,242	981,514,799	1,107,581,534	6,774,674,146
第3季	2,105,004,291	898,578,221	1,784,028,845	979,020,047	1,114,725,581	6,881,356,985
第4季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_110)	5,972,440,863	2,555,777,352	5,146,946,097	2,879,236,184	3,243,655,767	19,798,056,263
111年 第1季	1,920,284,592	823,689,182	1,683,049,580	966,947,133	1,077,685,900	6,471,656,387
第2季	2,109,759,296	905,117,325	1,818,659,787	1,018,649,495	1,149,912,796	7,002,098,699
第3季	2,182,994,334	940,361,954	1,866,728,942	1,029,893,262	1,169,921,169	7,189,899,661
第4季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_111)	6,213,038,222	2,669,168,461	5,368,438,309	3,015,489,890	3,397,519,865	20,663,654,747
預算成長率	4.03%	4.44%	4.30%	4.73%	4.74%	4.37%

※預算成長率 = $(111\text{年全年分區預算}(BD_{111})/110\text{年全年分區預算}(BD_{110}) - 1) \times 100\%$ 。

註：

- 依據「111年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」辦理。
- 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
- 為避免東區分區及其他5分區一般服務預算總額加總後與支應扣減金額後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) = 支應扣減金額後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)。
- 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($\Sigma Ai1$)
 (2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；
 第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
- 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
 (1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總($\Sigma Ai2$)。
 (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。

6. 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

(1)分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)；分母： \sum 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總($\sum Ai3$)。

(2)條件說明：保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人；資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害(案件分類B6)案件)及中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】案件，該費用年月次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。

(3)計算步驟：<1>計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，<2>計算每位病患於各區就醫次數(a)，<3>計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)=每位病患於各區就醫次數(a)/ \sum 每位病患於各區就醫次數(a)，<4>各區每位病患之就醫次數比率(T)=各區 \sum 每位病患於各區就醫次數比率($\sum a\%$)，<5>計算各區每人就醫次數之權值(K1)=各區每位病患之就醫次數比率(T)/全國就醫人數(p)，<6>扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值($\sum K1$)。

7. 指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

(1)保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。

(2)人數利用率成長率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(110年該季/109年同期)-1。

(3)醫療費用點數成長率(r)：(110年該季申報醫療費用點數/109年同期申報醫療費用點數)-1。

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

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

8. 指標5：當前前一季「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： \sum 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。

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

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

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

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 ≥ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)

= -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。

※該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 ≤ 全國平均值：

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 ≥ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)

= +5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。

※該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

c. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和($\sum dr_peop$)

= 各分區 \sum 各鄉鎮市區權值(dr_peop)。

※成長率之計算係與前季季中比較。

9. 指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

(1) 每季結算時，「偏鄉」之中醫醫療院所，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，若分區前一當季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。

(2) 依上述方式補付後，若該季預算尚有結餘，則餘額按指標1「95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率」分配予五分區，併同指標1至指標5之預算進行當季結算。

(3) 條件說明：

a. 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地離島地區或(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)110年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

b. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。

10. 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 $= (111\text{年該區}yT / 110\text{年該區}yT) - 1$ 。

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111年第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算 Ty 負成長之分區補至零成長。

b. 依上述方式撥補後，如仍有分區呈現負成長，其不足額度繼續由「成長率大於0之分區」按比例撥補，直至各區預算成長率均不小於0為止。

四、一般服務各分區浮動點值之計算

1. 一般服務各區就醫核定浮動及非浮動點數_不含資源不足地區改善方案_論量計酬

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1,504,602,758(BF)	929,410,532(BG)	47,591(BJ)
2-北區分區	639,507,191(BF)	437,597,994(BG)	31,152(BJ)
3-中區分區	1,328,313,114(BF)	788,741,575(BG)	39,112(BJ)
4-南區分區	687,944,660(BF)	471,111,898(BG)	20,016(BJ)
5-高屏分區	793,057,318(BF)	523,295,176(BG)	8,860(BJ)
6-東區分區	95,157,434(BF)	52,816,349(BG)	9,365(BJ)
7-合計	5,048,582,475(GF)	3,202,973,524(GG)	156,096(GJ)

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD1)
 - 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)
 - 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	= [2,182,994,334	-	929,410,532	-	47,591] /	1,504,602,758 = 0.83313433
北區分區	= [940,361,954	-	437,597,994	-	31,152] /	639,507,191 = 0.78612534
中區分區	= [1,866,728,942	-	788,741,575	-	39,112] /	1,328,313,114 = 0.81151669
南區分區	= [1,029,893,262	-	471,111,898	-	20,016] /	687,944,660 = 0.81221845
高屏分區	= [1,169,921,169	-	523,295,176	-	8,860] /	793,057,318 = 0.81534729
東區分區	= [163,277,538	-	52,816,349	-	9,365] /	95,157,434 = 1.16072722

3. 全區浮動每點支付金額 = [加總調整後分區一般服務預算總額(BD1)
 - 加總核定非浮動點數(GG)
 - 加總自墊核退點數(GJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [7,353,177,199 - 3,202,973,524 - 156,096] / 5,048,582,475 = 0.82202234

4. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

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

臺北分區	= [2,182,994,334]	÷ [1,504,602,758 + 929,410,532 + 47,591]	= 0.89685281
北區分區	= [940,361,954]	÷ [639,507,191 + 437,597,994 + 31,152]	= 0.87302036
中區分區	= [1,866,728,942]	÷ [1,328,313,114 + 788,741,575 + 39,112]	= 0.88174125
南區分區	= [1,029,893,262]	÷ [687,944,660 + 471,111,898 + 20,016]	= 0.88854635
高屏分區	= [1,169,921,169]	÷ [793,057,318 + 523,295,176 + 8,860]	= 0.88875381
東區分區	= [163,277,538]	÷ [95,157,434 + 52,816,349 + 9,365]	= 1.10335224

5. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [7,353,177,199] \div [5,048,582,475 + 3,202,973,524 + 156,096] = 0.89110928$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD1)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B5)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(GG)} + \text{加總分區自墊核退點數(GJ)} + \\ \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B5)}]$$

$$= [7,353,177,199 + 223,943,873 + 59,086,987] \div [5,048,582,475 + 3,202,973,524 + 156,096 + 229,452,433 + 59,086,987] \\ = 0.89414323$$

註：

- 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 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 + 品質保證保留款預算

$$= 35,800,278 + 66,339,677 + 15,968,070 + 50,741,754 + 4,864,319 + 371,464 + 12,500,000 + 4,357,845 \\ + 20,765,939 + 12,234,527 \\ = 223,943,873$$
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算 / 4

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月111/06(含)以前:於111/10/01~111/12/31期間核付者。

費用年月111/07~111/09:於111/07/01~111/12/31期間核付者。