



106 年全民健康保險醫療給付費用
中醫門診總額研商議事會議
第 2 次會議資料

106 年 5 月 18 日 (星期四)

本署 18 樓大禮堂

106 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」

第 2 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

| | |
|-----------------------|-----|
| 一、歷次會議決定/決議事項辦理情形 | 第 頁 |
| 二、中醫門診總額執行概況報告 | 第 頁 |
| 三、105 年第 4 季點值結算結果報告。 | 第 頁 |

肆、討論事項

| | |
|-------------------------------|-----|
| 一、「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」修訂案 | 第 頁 |
| 二、新增「106 年度醫療資源不足地區改善方案」施行區域案 | 第 頁 |
| 三、增修支付標準第四部中醫第一章門診診察費項目案 | 第 頁 |

伍、臨時動議

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

「中醫門診總額研商議事會議」106年第1次

會議紀錄

時間：106年2月16日下午2時

地點：中央健康保險署18樓大禮堂(臺北市信義路3段140號18樓)

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

| 代表姓名 | 出席代表 | 代表姓名 | 出席代表 |
|-------|--------|-------|------|
| 王代表惠玄 | 王惠玄 | 施代表純全 | 施純全 |
| 朱代表日僑 | 蘇芸蒂(代) | 陳代表志超 | 陳志超 |
| 江代表瑞庭 | 江瑞庭 | 陳代表俊明 | 陳俊明 |
| 陳代表旺全 | 陳旺全 | 陳代表瑞瑛 | 請假 |
| 何代表紹彰 | 何紹彰 | 楊代表啟聖 | 楊啟聖 |
| 呂代表世明 | 呂世明 | 陳代表憲法 | 陳憲法 |
| 巫代表雲光 | 巫雲光 | 胡代表文龍 | 胡文龍 |
| 許代表怡欣 | 許怡欣 | 黃代表怡超 | 請假 |
| 許代表世源 | 許世源 | 黃代表光華 | 黃光華 |
| 許代表中華 | 劉佳祐(代) | 張代表瑞麟 | 張瑞麟 |
| 柯代表富揚 | 柯富揚 | 詹代表永兆 | 詹永兆 |
| 黃代表蘭嫻 | 黃蘭嫻 | 羅代表永達 | 羅永達 |
| 劉代表富村 | 劉富村 | 龐代表一鳴 | 龐一鳴 |

列席單位及人員：

| | |
|----------------|--------------------|
| 全民健康保險會 | 陳燕鈴、劉于鳳 |
| 台灣醫院協會 | 何佳儒、吳洵伶 |
| 中華民國中醫師公會全國聯合會 | 陳俊良、廖奎鈞、王逸年 賴宛而 |
| 本署臺北業務組 | 馮震華、林照姬、許博淇 |
| 本署北區業務組 | 楊淑娟 |

| | |
|----------|---|
| 本署中區業務組 | 林淑惠 |
| 本署南區業務組 | 林財印 |
| 本署高屏業務組 | 施怡如 |
| 本署東區業務組 | 鄭翠君 |
| 本署醫審及藥材組 | 李待弟、郎淑琮 |
| 本署資訊組 | 姜義國 |
| 本署財務組 | 張晃禎 |
| 本署醫務管理組 | 陳玉敏、張溫溫、陳真慧、 劉林義、谷祖棣、王玲玲、 陳依婕、邵子川、鄭正義 |

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

壹、主席致詞(略)

貳、報告案

第一案：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」及預
訂討論議題

決定：洽悉。

第二案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：除第一項「滿意度調查報告」及第十一項「癌症化療、放射
線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」案繼續列管外，其
餘解除列管。

第三案：中醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

第四案：105年第3季點值結算結果報告

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表：

| 分區 \ 項目 | 浮動點值 | 平均點值 |
|---------|------------|------------|
| 臺北 | 0.87687205 | 0.91560332 |
| 北區 | 0.88828419 | 0.92766641 |
| 中區 | 0.87774258 | 0.91635476 |
| 南區 | 0.94122118 | 0.96241740 |
| 高屏 | 0.95919133 | 0.97351795 |
| 東區 | 1.29332949 | 1.20000000 |
| 全區 | 0.90619194 | 0.93729891 |

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

參、討論案

第一案：修訂支付標準第四部中醫通則九(草案)

決議：

- 一、 同意修訂第四部中醫通則九條文，由「中醫醫療院所該月份所有專任醫師因產假期間均未看診」改為「中醫醫療院所該月份專任醫師因產假期間未看診」。
- 二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第二案：調升第四部中醫醫院門診診察費支付點數案

決議：

- 一、 同意調升中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格醫院第一階段一般門診診察費(支付標準醫令代碼 A82、A83、A84、A85)，支付點數調升 10 點。
- 二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第三案：一例一休政策致中醫院所假日開診成本增加，請協助爭取106年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目以支應增加之人員成本費用

決議：請健保署協助向健保會提案。

第四案：106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(草案)

決議：

一、 修訂重點如下：

(一) 提撥風險基金4千萬元，按季均分，優先撥補各鄉鎮市區僅有1家中醫服務院所，其一般部門之浮動點值以每點1元支付，剩餘款提撥予就醫率最高之分區。

(二) 風險基金優先撥補院所名單，排除已參加「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院所」或符合本計畫指標6「偏鄉」定義之院所。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

肆、臨時報告案：106年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療標示作業

決定：請全聯會協助督促上開院所標示作業，並於106年4月30日前完成核銷。

伍、散會：17時10分

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：

| 序號 | 案號/案由 | 決定/決議事項 | 辦理情形 | 追蹤建議 |
|----|---|---|---------------------------------|--|
| 1 | 105_2_報(2)_中醫門診總額執行概況報告 | 請於明年報告滿意度調查結果時，一併說明調查方法及題目之變動以利比較；另內容呈現方式以簡單易懂為原則。 | 遵照辦理，本次報告105年度調查結果已依代表建議修正呈現方式。 | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |
| 2 | 105_臨 2_討(2)_新增「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」(草案) | 同意新增計畫內容，將依程序辦理後續行政事宜。 | 已於106年4月12日公告，並自106年5月1日生效。 | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |
| 3 | 106-1-報(3)_105年第3季點值結算結果報告 | 依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。 | 業已併會議紀錄函請分區業務組配合辦理。 | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |
| 4 | 106-1-討(1)_修訂支付標準第四部中醫通則九(草案) | 同意修訂第四部中醫通則九條文，由「中醫醫療院所該月份所有專任醫師因產假期間均未看診」改為「中醫醫療院所該月份專任醫師因產假期間未看診」，將依程序辦理後續行政事宜。 | 衛生福利部已於106年4月28日公告，自106年5月1日起施行 | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |
| 5 | 調升第四部中醫醫院門診診察費支付點數案 | 同意調升中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格醫院第一階段一般門診診察費(支付標準醫令代碼A82、A83、A84、A85)，支付點數調升10點，將依程序辦理後續行政事宜。 | 衛生福利部已於106年4月28日公告，自106年5月1日起施行 | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |

| 序號 | 案號/案由 | 決定/決議事項 | 辦理情形 | 追蹤建議 |
|----|---|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| 6 | 一例一休政策致中醫院所假日開診成本增加，請協助爭取106年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目以支應增加之人員成本費用 | 請健保署協助向健保會提案。 | 本署已於106年2月17日協助將提案轉健保會討論。 | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |
| 7 | 106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(草案) | 同意修訂，將依程序辦理後續行政事宜。 | 本署已於106年4月7日公告。 | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |
| 8 | 106年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療標示作業 | 請全聯會協助督促上開院所標示作業，並於106年4月30日前完成核銷。 | 全聯會已於106年2月下旬請中執會六區轉達院所，經查院所均已完成核銷。 | <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管 |

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件1）

決定：

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：105 年第 4 季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、105 年第 4 季中醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。
- 二、有關105年第4季結算結果說明如下（附件2）：
 - （一） 本季總預算約為59.5億元，一般服務部門、專款專用等各項預算分列如下：

| 項目 | 預算(千元) |
|--------------------------------|------------------|
| *一般服務醫療給付費用總額 A=B+D | 5,881,864 |
| 品質保證保留款 B | 5,748 |
| 地區一般服務 D | 5,876,115 |
| 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬 C | 26,913 |
| 扣除資源缺乏地區之論量計酬後之一般部門預算 E=D-C | 5,849,202 |
| *專款專用：F=F1+F2+F3+F4+F5 | 71,600 |
| 醫療資源不足地區改善方案 F1 | 26,625 |
| 西醫住院病患中醫輔助醫療計畫 F2 | 28,250 |
| 提升孕產照護品質計畫 F3 | 8,000 |
| 乳癌、肝癌門診加強照護計畫 F4 | 3,725 |
| 兒童過敏性鼻炎試辦計畫 F5 | 5,000 |
| 總預算 A+F | 5,953,464 |

（二） 各區點值如下表：

| 結算季別 | 項目 | 台北分區 | 北區分區 | 中區分區 | 南區分區 | 高屏分區 | 東區分區 | 全區點值 |
|-------------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 104年 第四季 | 浮動點值 | 0.8724 | 0.9054 | 0.9034 | 0.9750 | 0.9768 | 1.2983 | 0.9218 |
| | 平均點值 | 0.9137 | 0.9391 | 0.9348 | 0.9843 | 0.9852 | 1.2000 | 0.9484 |
| 105年 第3季 | 浮動點值 | 0.8769 | 0.8883 | 0.8778 | 0.9412 | 0.9592 | 1.2933 | 0.9062 |
| | 平均點值 | 0.9156 | 0.9277 | 0.9164 | 0.9624 | 0.9735 | 1.2000 | 0.9373 |
| 105年 第4季 | 浮動點值 | 0.8630 | 0.8734 | 0.8737 | 0.9510 | 0.9260 | 1.2939 | 0.8961 |
| | 平均點值 | 0.9064 | 0.9186 | 0.9140 | 0.9687 | 0.9518 | 1.2000 | 0.9308 |

(三) 專案計畫經費支用情形：

| 醫療試辦計畫 | 105年預算數 (百萬元) A | 累至當季支用 點數 (百萬點) D | 預算執行率 (D/A) |
|---------------------|-----------------------|----------------------------|----------------|
| 1. 醫療資源不足地區改善方案 | 106.5 | 90 | 84% |
| 2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫 | 113 | 149 | 100% |
| 3. 提升孕產照護品質計畫 | 32 | 55 | 100% |
| 4. 乳癌、肝癌門診加強照護計畫 | 15 | 14 | 97% |
| 5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 | 20 | 3 | 15% |

※ 預算執行率大於100%則採浮動點值支付，故實際預算執行率為100%

三、另中醫門診保留款分配作業已完成，計算明細詳附件3。

四、擬俟會議確認後依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布及結算事宜。

決定：

=====

一、中醫一般部門服務醫療給付費用總額

(一)105年第4季調整後中醫一般部門服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 105\text{年全年中醫一般部門服務醫療給付費用總額預算} - 105\text{年第1~3季調整後中醫一般部門服務醫療給付費用總額} \\
 &= 22,689,937,521 - 5,328,025,035 - 5,712,215,595 - 5,773,581,439 \\
 &= 5,876,115,452 (D1)
 \end{aligned}$$

註：

1. 依據105年2月25日「中醫門診總額研商議事會議」105年第1次會議決定，以99-103年(近五年)之各季核定點數平均占率做為105年各季預算重分配之依據。

105年各季預算占率分別為：第1季：23.481885%，第2季：25.175105%，第3季：25.445559%，第4季：25.897451%。

2. 105年全年地區一般部門服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G105合計)為22,689,937,521元，各季調整後預算如下：

105年第1季預算5,514,315,734元，調整後預算為5,328,025,035元 = $22,689,937,521 \times 23.481885\%(h_{q1})$ 。

105年第2季預算5,657,671,439元，調整後預算為5,712,215,595元 = $22,689,937,521 \times 25.175105\%(h_{q2})$ 。

105年第3季預算5,579,841,773元，調整後預算為5,773,581,439元 = $22,689,937,521 \times 25.445559\%(h_{q3})$ 。

105年第4季預算5,938,108,575元，調整後預算為5,876,115,452元

$$\begin{aligned}
 &= 105\text{年全年預算} - 105\text{年第1季預算} - 105\text{年第2季預算} - 105\text{年第3季預算} \\
 &= 22,689,937,521\text{元} - 5,328,025,035\text{元} - 5,712,215,595\text{元} - 5,773,581,439\text{元} \\
 &= 5,876,115,452\text{元}。
 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/04

105年第4季

結算主要費用年月起迄:105/10-105/12

核付截止日期:106/03/31

頁次：2

(二)105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G105合計)

| 項目 | 103年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (Q103) | 102年各季校正 投保人口數 成長率差額 (PEOP102) | 104年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q104) =(Q103+PEOP102) ×(1+1.662%) | 103年各季校正 投保人口數 成長率差值 (PEOP103) | 105年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q105) =(Q104+PEOP103) ×(1+3.401%) | 105年 品質保證 保留款 (C105) (詳說明4) | 105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_G105) =(Q105-C105) | 醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額 B3 |
|-----|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---------------------------------|
| 第1季 | 5,228,283,731 | 9,584,121 | 5,324,921,216 | 13,183,676 | 5,519,653,839 | 5,338,105 | 5,514,315,734 | 20,159,472 |
| 第2季 | 5,357,430,440 | 10,559,273 | 5,457,205,702 | 19,673,940 | 5,663,148,319 | 5,476,880 | 5,657,671,439 | 25,486,977 |
| 第3季 | 5,281,198,832 | 11,917,128 | 5,381,087,547 | 20,449,488 | 5,585,243,310 | 5,401,537 | 5,579,841,773 | 24,712,201 |
| 第4季 | 5,614,629,835 | 16,414,075 | 5,724,631,860 | 23,723,504 | 5,943,856,930 | 5,748,355 | 5,938,108,575 | 26,913,186 |
| 合計 | 21,481,542,838 | 48,474,597 | 21,887,846,325 | 77,030,608 | 22,711,902,398 | 21,964,877 | 22,689,937,521 | 97,271,836 |

說明：

1. 104年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q104)

= (103年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q103)+102年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP102)) × (1+1.662%)

2. 105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q105)

= (104年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q104)+103年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP103)) × (1+3.401%)。

※一般服務成長率為3.401%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.207%，協商因素成長率0.194%。

3. 依據「105年中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫」，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，再依前開計畫進行預算分配。

4. 105年品質保證保留款(C105)

=104年編列之品質保證保留款預算+105年編列之品質保證保留款預算

= (103年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q103)+102年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP102)) ×104年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0%)+ (104年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q104)+103年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP103)) ×105年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

※依據衛生福利部104年12月31日衛部健字第1043360156號公告「105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104年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會104年第4次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。另品質保證保留款以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。

二、專款項目費用

(一) 醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 106,500,000

第1季:預算=106,500,000/4= 26,625,000

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 : 2,957,029(J1) (浮動點數 : 2,252,595 ; 非浮動點數 : 704,434)

(2) 獎勵開業保障給付收入 : 7,309,694(J2)

(3) 獎勵開業論次費用 : 0(J3)

(4) 小計已支用點數(J1+J3) : 2,957,029(J4) 暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點× 論次費用(J3) = 7,309,694(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 : 976,972(J6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數 : 11,597,900(J7)

(3) 小計已支用點數 : 12,574,872(J8) 暫結金額 = 1元/點× 12,574,872(J8) = 12,574,872(J9)

3. 合計:

暫結金額 : 19,884,566(J10=J5+J9)

未支用金額 = 第1季預算 - 第1季暫結金額 = 26,625,000 - 19,884,566 = 6,740,434

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=106,500,000/4+ 6,740,434= 33,365,434

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 11

(1) 獎勵開業已支用點數 : 4,384,372(K1) (浮動點數 : 3,538,390 ; 非浮動點數 : 845,982)

(2) 獎勵開業保障給付收入 : 8,082,579(K2)

(3) 獎勵開業論次費用 : 0(K3)

(4) 小計已支用點數(K1+K3) : 4,384,372(K4) 暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點× 論次費用(K3) = 8,082,579(K5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1) 中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數 : 1,222,378(K6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數 : 13,326,500(K7)

(3) 小計已支用點數 : 14,548,878(K8) 暫結金額 = 1元/點× 14,548,878(K8) = 14,548,878(K9)

3. 合計:

暫結金額 : 22,631,457(K10=K5+K9)

未支用金額 = 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 33,365,434 - 22,631,457 = 10,733,977

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/04

105年第4季

結算主要費用年月起迄：105/10-105/12

核付截止日期：106/03/31

頁次：4

=====

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝106,500,000/4＋ 10,733,977＝ 37,358,977

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數： 11

(1) 獎勵開業已支用點數： 4,219,812(L1) (浮動點數： 3,382,771；非浮動點數： 837,041)

(2) 獎勵開業保障給付收入： 8,589,288(L2)

(3) 獎勵開業論次費用： 0(L3)

(4) 小計已支用點數(L1+L3)： 4,219,812(L4) 暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋1元/點×論次費用(L3)＝ 8,589,288(L5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1) 中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 1,190,870(L6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數： 12,940,600(L7)

(3) 小計已支用點數： 14,131,470(L8) 暫結金額＝1元/點× 14,131,470(L8)＝ 14,131,470(L9)

3. 合計：

暫結金額： 22,720,758(L10=L5+L9)

未支用金額＝第3季預算－第3季暫結金額＝37,358,977－22,720,758＝14,638,219

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝106,500,000/4＋ 14,638,219＝ 41,263,219

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數： 12

(1) 獎勵開業已支用點數： 5,198,761(M1) (浮動點數： 3,559,280；非浮動點數： 1,639,481)

(2) 獎勵開業保障給付收入： 9,783,360(M2)

(3) 獎勵開業論次費用： 0(M3)

(4) 小計已支用點數(M1+M3)： 5,198,761(M4) 暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋1元/點×論次費用(M3)＝ 9,783,360(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： 1,293,636(M6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數： 13,462,800(M7)

(3) 小計已支用點數： 14,756,436(M8) 暫結金額＝1元/點× 14,756,436(M8)＝ 14,756,436(M9)

3. 合計：

暫結金額： 24,539,796(M10=M5+M9)

未支用金額＝第4季預算－第4季暫結金額＝41,263,219－24,539,796＝16,723,423

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/04

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10-105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 5

全年合計:全年預算=106,500,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 12

(1)獎勵開業已支用點數： 16,759,974(N1) (浮動點數： 12,733,036；非浮動點數： 4,026,938)

(2)獎勵開業保障給付收入： 33,764,921(N2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3)： 16,759,974(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 33,764,921(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： 4,683,856(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 51,327,800(N7)

(3)小計已支用點數： 56,011,656(N8) 結算金額= 56,011,656(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:

全年結算金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)： 89,776,577

全年未支用金額= 全年預算 - 全年結算金額=106,500,000- 89,776,577= 16,723,423

註：依據「105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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/04

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10-105/12

核付截止日期:106/03/31

頁次：6

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=113,000,000

第1季:預算= 113,000,000/4= 28,250,000

| | 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： | 22,320,989(V01) | 21,183,940(VF01) | 1,137,049(VN01) |
| (2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療： | 6,603,970(V02) | 5,226,552(VF02) | 1,377,418(VN02) |
| (3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療： | 560,399(V03) | 538,343(VF03) | 22,056(VN03) |
| (4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療： | 160,825(V04) | 157,747(VF04) | 3,078(VN04) |
| (5)小計： | 29,646,183(V05) | 27,106,582(VF05) | 2,539,601(VN05) |
| 已支用點數= | 29,646,183 | | |
| 暫結金額= 1元/點× 已支用點數= | 29,646,183 | | |
| 未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= | 28,250,000 - 29,646,183= | | -1,396,183 |
| 浮動點值= (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)= | (28,250,000 - 2,539,601) / | 27,106,582= | 0.94849284 |

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 113,000,000/4+ 0= 28,250,000

| | 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： | 27,904,563(W01) | 26,489,640(WF01) | 1,414,923(WN01) |
| (2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療： | 7,177,162(W02) | 5,726,713(WF02) | 1,450,449(WN02) |
| (3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療： | 1,826,171(W03) | 1,717,874(WF03) | 108,297(WN03) |
| (4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療： | 965,573(W04) | 902,358(WF04) | 63,215(WN04) |
| (5)小計： | 37,873,469(W05) | 34,836,585(WF05) | 3,036,884(WN05) |
| 已支用點數= | 37,873,469 | | |
| 暫結金額= 1元/點× 已支用點數= | 37,873,469 | | |
| 未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= | 28,250,000 - 37,873,469= | | -9,623,469 |
| 浮動點值= (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)= | (28,250,000 - 3,036,884) / | 34,836,585= | 0.72375395 |

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/04

105年第4季

結算主要費用年月起迄：105/10-105/12

核付截止日期：106/03/31

頁次：7

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 113,000,000/4＋ 0＝ 28,250,000

| | 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： | 27,707,043(X01) | 26,311,928(XF01) | 1,395,115(XN01) |
| (2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療： | 8,265,982(X02) | 6,831,593(XF02) | 1,434,389(XN02) |
| (3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療： | 2,160,194(X03) | 2,031,055(XF03) | 129,139(XN03) |
| (4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療： | 1,715,304(X04) | 1,649,110(XF04) | 66,194(XN04) |
| (5)小計： | 39,848,523(X05) | 36,823,686(XF05) | 3,024,837(XN05) |

已支用點數＝ 39,848,523

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 39,848,523

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 28,250,000－ 39,848,523＝ -11,598,523

浮動點值＝ (第3季預算－ 非浮動點數)／ (浮動點數)＝ (28,250,000－ 3,024,837)／ 36,823,686＝ 0.68502548

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 113,000,000/4＋ 0＝ 28,250,000

| | 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： | 29,017,060(Y01) | 27,532,868(YF01) | 1,484,192(YN01) |
| (2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療： | 8,055,224(Y02) | 6,539,612(YF02) | 1,515,612(YN02) |
| (3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療： | 2,818,953(Y03) | 2,658,857(YF03) | 160,096(YN03) |
| (4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療： | 1,667,146(Y04) | 1,554,376(YF04) | 112,770(YN04) |
| (5)小計： | 41,558,383(Y05) | 38,285,713(YF05) | 3,272,670(YN05) |

已支用點數＝ 41,558,383

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 41,558,383

未支用金額＝ 第4季預算－ 1元/點× 第4季已支用點數＝ 28,250,000－ 41,558,383＝ -13,308,383

浮動點值＝ (第3季預算－ 非浮動點數)／ (浮動點數)＝ (28,250,000－ 3,272,670)／ 38,285,713＝ 0.65239297

全年合計：全年預算＝ 113,000,000

| | 已支用點數 | 浮動點數 | 非浮動點數 |
|--------------------------------|------------------|-------------------|------------------|
| (1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療： | 106,949,655(Z01) | 101,518,376(ZF01) | 5,431,279(ZN01) |
| (2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療： | 30,102,338(Z02) | 24,324,470(ZF02) | 5,777,868(ZN02) |
| (3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療： | 7,365,717(Z03) | 6,946,129(ZF03) | 419,588(ZN03) |
| (4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療： | 4,508,848(Z04) | 4,263,591(ZF04) | 245,257(ZN04) |
| (5)小計： | 148,926,558(Z05) | 137,052,566(ZF05) | 11,873,992(ZN05) |

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)＝ 113,000,000

未支用金額＝ 全年預算－ 第1-4季已暫結金額＝ 113,000,000－ 113,000,000＝ 0

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/04

105年第4季

結算主要費用年月起迄：105/10-105/12

核付截止日期：106/03/31

頁次：8

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算 = 32,000,000

第1季：

$$\text{預算} = 32,000,000 / 4 = 8,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 10,014,514$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 10,014,514$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 8,000,000 - 10,014,514 = -2,014,514$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (8,000,000 - 0) / 10,014,514 = 0.79884056$$

第2季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 32,000,000 / 4 + 0 = 8,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 12,650,590$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 12,650,590$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 8,000,000 - 12,650,590 = -4,650,590$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (8,000,000 - 0) / 12,650,590 = 0.63238157$$

第3季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 32,000,000 / 4 + 0 = 8,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 14,719,118$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 14,719,118$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 8,000,000 - 14,719,118 = -6,719,118$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (8,000,000 - 0) / 14,719,118 = 0.54351083$$

第4季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 32,000,000 / 4 + 0 = 8,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 17,132,942$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 17,132,942$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 8,000,000 - 17,132,942 = -9,132,942$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (8,000,000 - 0) / 17,132,942 = 0.46693674$$

全年合計：

$$\text{全年預算} = 32,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 54,517,164$$

$$\text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} = 32,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{第1-4季已暫結金額} = 32,000,000 - 32,000,000 = 0$$

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，則留用至下季。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)乳癌、肝癌門診加強照護計畫=14,900,000

第1季:預算= 14,900,000/4= 3,725,000

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 0

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 0

(3)小計： 0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 3,725,000 - 0= 3,725,000

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 14,900,000/4+ 3,725,000= 7,450,000

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,881,090

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 791,604

(3)小計： 2,672,694

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 2,672,694

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 7,450,000 - 2,672,694= 4,777,306

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 14,900,000/4+ 4,777,306= 8,502,306

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 3,805,643

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,333,028

(3)小計： 5,138,671

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 5,138,671

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 8,502,306 - 5,138,671= 3,363,635

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 14,900,000/4+ 3,363,635= 7,088,635

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 5,113,622

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,514,161

(3)小計： 6,627,783

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 6,627,783

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 7,088,635 - 6,627,783= 460,852

全年合計：

$$\text{全年預算} = 14,900,000$$

$$\text{已支用點數} = 14,439,148$$

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

$$= 0 + 2,672,694 + 5,138,671 + 6,627,783 = 14,439,148$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 14,900,000 - 14,439,148 = 460,852$$

註:依據「全民健康保險中醫乳癌、肝癌門診加強照護計畫」,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。

(五)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 = 20,000,000

第1季：

$$\text{預算} = 20,000,000/4 = 5,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

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

第2季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 5,000,000 = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 10,000,000 - 0 = 10,000,000$$

第3季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 10,000,000 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 15,000,000 - 0 = 15,000,000$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 15,000,000 = 20,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 3,057,776$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 3,057,776$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 20,000,000 - 3,057,776 = 16,942,224$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 20,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 3,057,776$$

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

$$= 0 + 0 + 0 + 3,057,776 = 3,057,776$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 3,057,776 = 16,942,224$$

(六)專款費用合計

$$\text{第1季: 已支用點數 } 58,250,374 \quad \text{暫結金額: } 59,192,342$$

$$\text{第2季: 已支用點數 } 75,187,779 \quad \text{暫結金額: } 64,611,927$$

$$\text{第3季: 已支用點數 } 81,115,370 \quad \text{暫結金額: } 67,167,205$$

$$\text{第4季: 已支用點數 } 88,332,081 \quad \text{暫結金額: } 70,475,355$$

$$\text{暫結金額} = 261,446,829 \quad (\text{如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算})$$

$$\text{未支用金額} = \text{專款項目合計全年預算} - \text{暫結金額}$$

$$= 286,400,000 - 261,446,829$$

$$= 24,953,171$$

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部門預算

調整後地區一般服務醫療給付費用總額 5,876,115,452 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 26,913,186 (B3)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般部門預算 5,849,202,266 (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 | 論量計酬 |
|------|------------|-----------|----------------|
| | | | 結算金額 |
| 臺北 | 2,210,207 | 1,035,959 | 3,246,166 |
| 北區 | 3,254,520 | 1,353,991 | 4,608,511 |
| 中區 | 1,463,557 | 520,653 | 1,984,210 |
| 南區 | 3,024,105 | 1,222,827 | 4,246,932 |
| 高屏 | 4,468,669 | 1,769,421 | 6,238,090 |
| 東區 | 4,675,696 | 1,913,581 | 6,589,277 |
| 合計 | 19,096,754 | 7,816,432 | 26,913,186(B3) |

※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% = 5,849,202,266 × 2.22% = 129,852,290 (加總後四捨五入至整數位)

(三)其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = (E) × 97.78% = 5,849,202,266(E) - 129,852,290(D6) = 5,719,349,976 (註3)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 72% = 5,719,349,976 × 72% = 4,117,931,983 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 8% = 5,719,349,976 × 8% = 457,547,998 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,719,349,976 × 9% = 514,741,498 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,719,349,976 × 5% = 285,967,499 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,719,349,976 × 5% = 285,967,499 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 5,719,349,976 - 4,117,931,983 - 457,547,998 - 514,741,498 - 285,967,499 - 285,967,499 = 57,193,499

(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 | 95Q4+96Q4+97Q4 | | 104年11月 | | 104年10~12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 | 4,025,382,379 | 28.9992% | 7,648,038 | 33.3551% | 972,041.415127 | | 29.4395% | 29.9679% |
| 北區 | 1,672,890,030 | 12.0516% | 3,641,925 | 15.8834% | 442,171.617816 | | 13.3917% | 13.6321% |
| 中區 | 3,784,142,258 | 27.2613% | 4,540,937 | 19.8042% | 855,739.264310 | | 25.9171% | 26.3823% |
| 南區 | 2,079,771,210 | 14.9828% | 3,375,717 | 14.7224% | 469,249.906937 | | 14.2118% | 14.4669% |
| 高屏 東區 | 2,318,827,170 | 16.7051% | 3,722,498 | 16.2349% | 504,410.948051 58,218.847587 | | 15.2767% | 15.5508% |
| 小計 | 13,881,013,047 | 100.0000% | 22,929,115 | 100.0000% | 3,301,831.999828 | 3,301,832 | 98.2368% | 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

104年10~12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 | 0.009335 | 0.024595 | -0.015260 | 2 | 0.00 | 4,025,382,379 | 4,025,382,379 | 29.2181% |
| 北區 | 0.014606 | 0.031972 | -0.017366 | 4 | 0.00 | 1,672,890,030 | 1,672,890,030 | 12.1426% |
| 中區 | -0.000470 | 0.010086 | -0.010556 | 1 | 0.00 | 3,784,142,258 | 3,784,142,258 | 27.4671% |
| 南區 | -0.007201 | 0.010414 | -0.017615 | 5 | -0.05 | 2,079,771,210 | 1,975,782,650 | 14.3411% |
| 高屏 | -0.009169 | 0.008036 | -0.017205 | 3 | 0.00 | 2,318,827,170 | 2,318,827,170 | 16.8311% |
| 小計 | | | | | | 13,881,013,047 | 13,777,024,487 | 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

105年8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 | -0.002639 | 4,025,382,379 | 4,014,759,395 | 29.0634% |
| 北區 | -0.005966 | 1,672,890,030 | 1,662,909,568 | 12.0380% |
| 中區 | -0.011394 | 3,784,142,258 | 3,741,025,741 | 27.0818% |
| 南區 | 0.002278 | 2,079,771,210 | 2,084,508,929 | 15.0900% |
| 高屏 | -0.003544 | 2,318,827,170 | 2,310,609,247 | 16.7268% |
| 小計 | | 13,881,013,047 | 13,813,812,880 | 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 | 28.9992% | 33.3551% | 29.9679% | 29.2181% | 29.0634% |
| 北區 | 12.0516% | 15.8834% | 13.6321% | 12.1426% | 12.0380% |
| 中區 | 27.2613% | 19.8042% | 26.3823% | 27.4671% | 27.0818% |
| 南區 | 14.9828% | 14.7224% | 14.4669% | 14.3411% | 15.0900% |
| 高屏 | 16.7051% | 16.2349% | 15.5508% | 16.8311% | 16.7268% |
| 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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第4季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 57,193,499 - 13,581,684 \\
 &= 43,611,815
 \end{aligned}$$

| 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 | 0.87687205 | 29,705,376 | 3,657,563 |
| 北區 | 0.88828419 | 21,501,764 | 2,402,086 |
| 中區 | 0.87774258 | 29,499,134 | 3,606,486 |
| 南區 | 0.94122118 | 51,950,201 | 3,053,571 |
| 高屏 | 0.95919133 | 21,122,373 | 861,978 |
| 小計 | | 153,778,848 | 13,581,684(M1) |

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/04

105年第4季

結算主要費用年月起迄：105/10-105/12

核付截止日期：106/03/31

頁次：16

(七)其他5分區一般預算服務總額(BD2)=第4季預算Ga+第4季預算Gb+第4季預算Gc+第4季預算Gd+第4季預算Ge+第4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 | 預算(Gf) =Nx指標1占率 | 各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) |
|----|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|---|
| 臺北 | 1,194,167,332 | 152,615,592 | 154,257,217 | 83,554,270 | 83,111,878 | 12,647,077 | 1,680,353,366 |
| 北區 | 496,276,691 | 72,674,179 | 70,170,076 | 34,723,890 | 34,424,768 | 5,255,921 | 713,525,525 |
| 中區 | 1,122,601,792 | 90,613,721 | 135,800,646 | 78,546,979 | 77,445,146 | 11,889,148 | 1,516,897,432 |
| 南區 | 616,981,513 | 67,362,046 | 74,467,138 | 41,010,885 | 43,152,496 | 6,534,271 | 849,508,349 |
| 高屏 | 687,904,655 | 74,282,460 | 80,046,421 | 48,131,475 | 47,833,211 | 7,285,398 | 945,483,620 |
| 小計 | 4,117,931,983 | 457,547,998 | 514,741,498 | 285,967,499 | 285,967,499 | 43,611,815 | 5,705,768,292 |

(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 |
|------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 104年 第1季 | 1,454,244,098 | 613,915,100 | 1,327,556,548 | 753,201,176 | 835,478,369 | 4,984,395,291 |
| 第2季 | 1,602,858,032 | 670,145,763 | 1,418,667,051 | 779,067,548 | 881,852,316 | 5,352,590,710 |
| 第3季 | 1,638,160,664 | 686,798,517 | 1,433,465,944 | 777,104,914 | 881,349,931 | 5,416,879,970 |
| 第4季 | 1,612,899,974 | 681,160,913 | 1,464,278,423 | 820,551,779 | 911,093,888 | 5,489,984,977 |
| 合計(BD_104) | 6,308,162,768 | 2,652,020,293 | 5,643,967,966 | 3,129,925,417 | 3,509,774,504 | 21,243,850,948 |
| 105年 第1季 | 1,518,463,662 | 639,890,550 | 1,374,355,079 | 779,440,611 | 866,967,557 | 5,179,117,459 |
| 第2季 | 1,668,383,300 | 699,081,865 | 1,469,223,679 | 807,813,187 | 914,078,605 | 5,558,580,636 |
| 第3季 | 1,700,028,983 | 713,059,617 | 1,479,644,468 | 803,346,483 | 909,521,141 | 5,605,600,692 |
| 第4季 | 1,680,353,366 | 713,525,525 | 1,516,897,432 | 849,508,349 | 945,483,620 | 5,705,768,292 |
| 合計(BD_105) | 6,567,229,311 | 2,765,557,557 | 5,840,120,658 | 3,240,108,630 | 3,636,050,923 | 22,049,067,079 |
| 預算成長率 | 4.11% | 4.28% | 3.48% | 3.52% | 3.60% | 3.79% |

註：預算成長率=〔105年全年分區預算(BD_105)/104年全年分區預算(BD_104)-1〕×100%。

※各分區預算全年成長率皆未小於0，各分區預算不須撥補。

註：

1. 依據「105年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫」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. 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部門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) = 調整後地區一般部門服務醫療給付費用總額(D1) - 東區分區一般服務預算總額(D6)。
4. 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：105年第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；105年第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；105年第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；105年第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
5. 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： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總($\Sigma Ai3$)。
 - (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) / Σ 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 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)，<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($\Sigma K1$)。
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(104年該季/103年同期)-1。
 - (3)醫療費用點數成長率(r)：(104年該季申報醫療費用點數/103年同期申報醫療費用點數)-1。
 - (4)各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害(案件分類B6)案件、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。
 - (5)本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。(p-r)產生的最大值中，其值需大於0且p值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且r值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。
8. 指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率
 - (1)分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。
 - (2)條件說明：「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」，採用季中數值。「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計，採用季中數值。
 - (3)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 = 各分區各鄉鎮市區中醫師數 ÷ (各分區各鄉鎮市區戶籍人口數 ÷ 10,000)。

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

<1>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 \geq 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)
 $= -5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$ 。

※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。

<2>分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 \leq 全國平均值：

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 \geq 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)
 $= +5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$ 。

※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。

<3>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，除依一般部門結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，若分區前一當季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。

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

(3)條件說明：

a. 偏鄉定義為每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之院所須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)104年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

b. 同時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院所僅能擇一方案辦理。

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，撥補程序如下：

(1)於105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」，使全年預算負成長之分區補至零成長。

(2)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 | 1,266,277,245(BF) | 587,242,896(BG) | 287,030(BJ) |
| 2-北區分區 | 499,708,074(BF) | 276,997,537(BG) | 89,898(BJ) |
| 3-中區分區 | 1,130,556,405(BF) | 529,021,376(BG) | 113,725(BJ) |
| 4-南區分區 | 560,217,962(BF) | 316,598,478(BG) | 141,305(BJ) |
| 5-高屏分區 | 646,537,966(BF) | 346,784,857(BG) | 23,245(BJ) |
| 6-東區分區 | 71,876,962(BF) | 33,739,329(BG) | 10,312(BJ) |
| 7-合計 | 4,175,174,614(GF) | 2,090,384,473(GG) | 665,515(GJ) |

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/04

105年第 4季

結算主要費用年月起迄:105/10-105/12

核付截止日期:106/03/31

頁 次： 20

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 | = [1,680,353,366 | - 587,242,896 | - 287,030] / | 1,266,277,245 = 0.86302067 |
| 北區分區 | = [713,525,525 | - 276,997,537 | - 89,898] / | 499,708,074 = 0.87338611 |
| 中區分區 | = [1,516,897,432 | - 529,021,376 | - 113,725] / | 1,130,556,405 = 0.87369575 |
| 南區分區 | = [849,508,349 | - 316,598,478 | - 141,305] / | 560,217,962 = 0.95100229 |
| 高屏分區 | = [945,483,620 | - 346,784,857 | - 23,245] / | 646,537,966 = 0.92597117 |
| 東區分區 | = [129,852,290 | - 33,739,329 | - 10,312] / | 71,876,962 = 1.33704384 |

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(BD2)
 - 加總核定非浮動點數(BG)
 - 加總自墊核退點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(BF)

= [5,835,620,582 - 2,090,384,473 - 665,515] / 4,175,174,614 = 0.89686563

4. 分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(BF)} \\ + \text{該分區核定非浮動點數(BG)} \\ + \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}]]$$

| | | | |
|------|---------------------|---|--------------|
| 臺北分區 | = [1,680,353,366] | ÷ [1,266,277,245 + 587,242,896 + 287,030] | = 0.90643374 |
| 北區分區 | = [713,525,525] | ÷ [499,708,074 + 276,997,537 + 89,898] | = 0.91855001 |
| 中區分區 | = [1,516,897,432] | ÷ [1,130,556,405 + 529,021,376 + 113,725] | = 0.91396348 |
| 南區分區 | = [849,508,349] | ÷ [560,217,962 + 316,598,478 + 141,305] | = 0.96869929 |
| 高屏分區 | = [945,483,620] | ÷ [646,537,966 + 346,784,857 + 23,245] | = 0.95181695 |
| 東區分區 | = [129,852,290] | ÷ [71,876,962 + 33,739,329 + 10,312] | = 1.22935214 |

5. 全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [5,835,620,582] \div [4,175,174,614 + 2,090,384,473 + 665,515] = 0.93128175$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(BG)} + \text{加總分區自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數} \\ + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數(B2))}]$$

$$= [5,835,620,582 + 70,475,355 + 5,748,355 + 26,913,186] \div [4,175,174,614 + 2,090,384,473 + 665,515 + 88,332,081 + 26,913,186] \\ = 0.93062533$$

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＋乳癌、肝癌門診加強照護計畫暫結金額＋ 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額(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)

$$= 24,539,796 + 28,250,000 + 8,000,000 + 6,627,783 + 3,057,776$$

$$= 70,475,355$$

五、啟動該分區保留款方案，修正後一般服務費用總額

(一)分區一般服務預算總額 (BD2)

| | | |
|-------------------|---|---------------|
| 臺北分區一般服務預算總額(BD2) | = | 1,680,353,366 |
| 北區分區一般服務預算總額(BD2) | = | 713,525,525 |
| 中區分區一般服務預算總額(BD2) | = | 1,516,897,432 |
| 南區分區一般服務預算總額(BD2) | = | 849,508,349 |
| 高屏分區一般服務預算總額(BD2) | = | 945,483,620 |
| 東區分區一般服務預算總額(BD2) | = | 129,852,290 |

| | | |
|----|--|---------------|
| 總計 | | 5,835,620,582 |
|----|--|---------------|

(二)保留款：

1. 分區當季保留款(T1)=依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- [一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)] × 1.2

臺北分區當季保留款(T1)= 0

北區分區當季保留款(T1)= 0

中區分區當季保留款(T1)= 0

南區分區當季保留款(T1)= 0

高屏分區當季保留款(T1)= 0

東區分區當季保留款(T1)= [129,852,290] - [71,876,962 + 33,739,329 + 10,312] × 1.2 = 3,100,366

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1508R01

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：106/05/04

105年第4季

結算主要費用年月起迄:105/10-105/12

核付截止日期:106/03/31

頁次：23

2. 分區累計保留款(T2) = 分區前季累計保留款(P) + 分區當季保留款(T1)

| | | | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|------------|
| 臺北分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款 | 0(P) + 當季保留款 | 0(T1) = | 0 |
| 北區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款 | 0(P) + 當季保留款 | 0(T1) = | 0 |
| 中區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款 | 0(P) + 當季保留款 | 0(T1) = | 0 |
| 南區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款 | 0(P) + 當季保留款 | 0(T1) = | 0 |
| 高屏分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款 | 0(P) + 當季保留款 | 0(T1) = | 0 |
| 東區分區累計保留款(T2) = 前季累計保留款 | 13,813,039(P) + 當季保留款 | 3,100,366(T1) = | 16,913,405 |

(三) 修正後分區一般服務預算總額(BD3) = 調整後分區一般服務預算總額(BD2) (四捨五入至整數位) - 分區當季保留款(T1)

| | | | |
|-------------------|--------------------------------|-----|---------------|
| 修正後臺北分區一般服務預算總額 = | 1,680,353,366(BD2) - | 0 = | 1,680,353,366 |
| 修正後北區分區一般服務預算總額 = | 713,525,525(BD2) - | 0 = | 713,525,525 |
| 修正後中區分區一般服務預算總額 = | 1,516,897,432(BD2) - | 0 = | 1,516,897,432 |
| 修正後南區分區一般服務預算總額 = | 849,508,349(BD2) - | 0 = | 849,508,349 |
| 修正後高屏分區一般服務預算總額 = | 945,483,620(BD2) - | 0 = | 945,483,620 |
| 修正後東區分區一般服務預算總額 = | 129,852,290(BD2) - 3,100,366 = | | 126,751,924 |

總計 5,832,520,216

說明:保留款之運用係依據全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案辦理。

六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額 = [修正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 | = [1,680,353,366 | - 587,242,896 | - 287,030] / | 1,266,277,245 = 0.86302067 |
| 北區分區 | = [713,525,525 | - 276,997,537 | - 89,898] / | 499,708,074 = 0.87338611 |
| 中區分區 | = [1,516,897,432 | - 529,021,376 | - 113,725] / | 1,130,556,405 = 0.87369575 |
| 南區分區 | = [849,508,349 | - 316,598,478 | - 141,305] / | 560,217,962 = 0.95100229 |
| 高屏分區 | = [945,483,620 | - 346,784,857 | - 23,245] / | 646,537,966 = 0.92597117 |
| 東區分區 | = [126,751,924 | - 33,739,329 | - 10,312] / | 71,876,962 = 1.29390949 |

2. 修正後全區浮動每點支付金額 = [加總修正後分區一般服務預算總額(BD3)
 - 加總核定非浮動點數(BG)
 - 加總自墊核退點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(BF)

$$= [5,832,520,216 - 2,090,384,473 - 665,515] / 4,175,174,614 = 0.89612305$$

3. 修正後分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [\text{修正後分區一般服務預算總額(BD3)} \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(BF)} \\ + \text{分區核定非浮動點數(BG)} \\ + \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}]]$$

| | | | |
|------|---------------------|---|--------------|
| 臺北分區 | = [1,680,353,366] | ÷ [1,266,277,245 + 587,242,896 + 287,030] | = 0.90643374 |
| 北區分區 | = [713,525,525] | ÷ [499,708,074 + 276,997,537 + 89,898] | = 0.91855001 |
| 中區分區 | = [1,516,897,432] | ÷ [1,130,556,405 + 529,021,376 + 113,725] | = 0.91396348 |
| 南區分區 | = [849,508,349] | ÷ [560,217,962 + 316,598,478 + 141,305] | = 0.96869929 |
| 高屏分區 | = [945,483,620] | ÷ [646,537,966 + 346,784,857 + 23,245] | = 0.95181695 |
| 東區分區 | = [126,751,924] | ÷ [71,876,962 + 33,739,329 + 10,312] | = 1.20000000 |

4. 修正後全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [5,832,520,216] \div [4,175,174,614 + 2,090,384,473 + 665,515] = 0.93078697$$

5. 修正後中醫門診總額平均點值

$$= [\text{修正後分區一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{品質保證保留款} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(BG)} + \text{加總分區自墊核退點數(BJ)} + \text{專款專用已支用點數} \\ + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數(B2))}]$$

$$= [5,832,520,216 + 70,475,355 + 5,748,355 + 26,913,186] \div [4,175,174,614 + 2,090,384,473 + 665,515 + 88,332,081 + 26,913,186] \\ = 0.93013949$$

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＋乳癌、肝癌門診加強照護計畫暫結金額＋ 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額(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)

$$= 24,539,796 + 28,250,000 + 8,000,000 + 6,627,783 + 3,057,776$$

$$= 70,475,355$$

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月105/09(含)以前:於106/01/01~106/03/31期間核付者。

費用年月105/10~105/12:於105/10/01~106/03/31期間核付者。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI0718R01

中醫門診總額保留款分配統計表

印表日期：106/05/12

結算年：105 年

結算主要費用年月起迄：105/01-105/12

核付截止日期：106/03/31

頁 次：1

一、分區累計保留款(T2) =

分區第一季保留款(T2_1) + 分區第二季保留款(T2_2) + 分區第三季保留款(T2_3) + 分區第四季保留款(T2_4)

| | | | | | |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------|-------------------|------------|
| 臺北分區累計保留款(T2-T) = | 0(T2_1) + | 0(T2_2) + | 0(T2_3) + | 0(T2_4) = | 0 |
| 北區分區累計保留款(T2-N) = | 0(T2_1) + | 0(T2_2) + | 0(T2_3) + | 0(T2_4) = | 0 |
| 中區分區累計保留款(T2-C) = | 0(T2_1) + | 0(T2_2) + | 0(T2_3) + | 0(T2_4) = | 0 |
| 南區分區累計保留款(T2-S) = | 0(T2_1) + | 0(T2_2) + | 0(T2_3) + | 0(T2_4) = | 0 |
| 高屏分區累計保留款(T2-K) = | 0(T2_1) + | 0(T2_2) + | 0(T2_3) + | 0(T2_4) = | 0 |
| 東區分區累計保留款(T2-E) = | 7,510,627(T2_1) + | 644,581(T2_2) + | 5,657,831(T2_3) + | 3,100,366(T2_4) = | 16,913,405 |

二、保留款分配

(一)分區保留款分配—東區分區

1. 東區分區累計保留款： 16,913,405(T2-E)

(1)第1階段分配—該分區每季結算平均點值小於1元時，由分區保留款補助該季分區預算，最高補助至平均點值1.0元為限。

| | | |
|---------------|-------|---|
| 105 年第 1 季分配： | 分配金額： | 0 |
| 105 年第 2 季分配： | 分配金額： | 0 |
| 105 年第 3 季分配： | 分配金額： | 0 |
| 105 年第 4 季分配： | 分配金額： | 0 |

第 1 階段已分配金額： 0 尚未分配金額： 0

程式代號：RGBI0718R01

結算年：105 年

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額保留款分配統計表

結算主要費用年月起迄：105/01-105/12

核付截止日期：106/03/31

印表日期：106/05/12

頁 次：2

(2) 第 2 階段分配—列入該分區「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件獎勵，最高獎勵至浮動點值每點 1.5 元。若該保留款不足支應，則依該類案件之補助金額，按比例分配。

| | | | |
|---------------|-------------|-------|-----------|
| 105 年第 1 季分配： | 補助後點值:1.5 元 | 分配金額： | 1,799,897 |
| 105 年第 2 季分配： | 補助後點值:1.5 元 | 分配金額： | 2,256,245 |
| 105 年第 3 季分配： | 補助後點值:1.5 元 | 分配金額： | 2,066,765 |
| 105 年第 4 季分配： | 補助後點值:1.5 元 | 分配金額： | 2,337,861 |

第 2 階段已分配金額： 8,460,768 尚未分配金額： 8,452,637

(3) 第 3 階段分配—列入該區「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務基本承作(論次)費用之獎勵，加計兩成支付。若該保留款不足支應，則依該補助金額，按比例分配。

| | | | | |
|---------------|-------------|-----------|-------|---------|
| 105 年第 1 季分配： | 基本承作(論次)費用： | 2,952,100 | 分配金額： | 590,420 |
| 105 年第 2 季分配： | 基本承作(論次)費用： | 3,438,500 | 分配金額： | 687,700 |
| 105 年第 3 季分配： | 基本承作(論次)費用： | 3,294,000 | 分配金額： | 658,800 |
| 105 年第 4 季分配： | 基本承作(論次)費用： | 3,421,300 | 分配金額： | 684,260 |

第 3 階段-加成部分已分配金額： 2,621,180 尚未分配金額： 5,831,457

(4) 第 4 階段分配—列入其他區「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件獎勵，最高獎勵至浮動點值每點 1.2 元。若該保留款不足支應，則依該類案件之補助金額，按比例分配。

| | | | | | |
|---------------|-------------|---------|-----------|-------|---------|
| 105 年第 1 季分配： | 補助後點值：1.2 元 | 分配金額： | 1,184,285 | | |
| 臺北分區＝ | 192,083 | 北區分區＝ | 297,960 | 中區分區＝ | 123,503 |
| 南區分區＝ | 200,724 | 高屏分區＝ | 370,015 | 東區分區＝ | 0 |
| 105 年第 2 季分配： | 補助後點值：1.2 元 | 分配金額： | 1,516,050 | | |
| 臺北分區＝ | 258,735 | 北區分區＝ | 372,046 | 中區分區＝ | 160,599 |
| 南區分區＝ | 284,032 | 高屏分區＝ | 440,638 | 東區分區＝ | 0 |
| 105 年第 3 季分配： | 補助後點值：1.2 元 | 分配金額： | 1,507,947 | | |
| 臺北分區＝ | 240,023 | 北區分區＝ | 346,804 | 中區分區＝ | 174,301 |
| 南區分區＝ | 304,305 | 高屏分區＝ | 442,514 | 東區分區＝ | 0 |
| 105 年第 4 季分配： | 補助後點值：1.2 元 | 分配金額： | 1,623,261 | | |
| 臺北分區＝ | 248,785 | 北區分區＝ | 366,334 | 中區分區＝ | 164,744 |
| 南區分區＝ | 340,394 | 高屏分區＝ | 503,004 | 東區分區＝ | 0 |
| 第 4 階段已分配金額： | 5,831,543 | 尚未分配金額： | -86 | | |
| 臺北分區＝ | 939,626 | 北區分區＝ | 1,383,144 | 中區分區＝ | 623,147 |
| 南區分區＝ | 1,129,455 | 高屏分區＝ | 1,756,171 | 東區分區＝ | 0 |

三、保留款分配後餘額：經第 1 至 4 階段分配後，如有餘額，則回歸該分區次年第 1 季該區之保留款。

東區分區保留款分配後餘額為 -86 元，四捨五入之差值，無保留款餘額。

【說明】：

- 一、依據「中醫門診總額保留款機制作業方案」辦理。
- 二、第 1 階段分配之分配金額，係指啟動保留款機制之分區，該分區平均點值小於 1 之補助款。其每家院所補助金額(E)=核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)-補助前點值(B))。
- 三、第 2 階段分配之分配金額，係指啟動保留款機制之分區，該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件，其核定浮動點數(含部分負擔)最高以每點點值 1.5 元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依該類案件之補助金額，按比例分配。其每家院所補助金額(E)=核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)-補助前點值(B))。
- 四、第 3 階段分配之分配金額，係指前項分配後之餘款，列入啟動保留款機制之分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務基本承作(論次)費用之鼓勵，加計 2 成支付，如保留款不足時，則該類案件之補助金額，按比例分配。其補助金額(E)=核定醫療費用點數(A)×論次加計成數(D)。
- 五、第 4 階段分配之分配金額，係指前項分配後之餘款，列入其他未啟動保留款機制之分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件，其核定浮動點數(含部分負擔)最高以每點點值 1.2 元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依該類案件之補助金額，按比例分配。
 - (1)預算足夠時，補助金額(G)=核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)-補助前點值(B))。
 - (2)預算不足時，補助金額(G)=前項分配後之餘款×補助至點值 1.2 所需金額占率。

肆、討論事項

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」案

說明：

一、門診醫療利用率部分：

原指標包括人次利用率、每點支付金額改變率與各區就醫人數成長率，考量每點支付金額變動情形受許多因素影響，且依條文規定變動達一定範圍即應檢討原因，爰在指標不重複情形下，建議保留「每點支付金額改變率」，刪除「人次利用率」及「就醫人數成長率」。

二、考量保險對象就醫權益調查方式與時俱進，酌修滿意度調查相關內容，並由保險人參考各界意見後研訂執行方式；另民眾申訴及其他反映成案數考量現行係由受託單位每年提至評核會報告，爰建議配合現況將每半年修正為每年。

三、專業醫療服務指標部分：

(一) 本署已於3月10日函詢中醫師公會全國聯合會品質確保方案之專業醫療品質指標部分有無增修意見，公會函復目前無修訂意見；另本署中區業務組建議指標「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」，操作型定義應排除案件分類B6(職災案件)。

(二) 另現行方案中6項專業醫療品質指標參考值中所列「2. 監測執行方案」，其文字內容與實際作業不符合且有矛盾之處，查目前本署(保險人)已每季定期製作季(年)報進行監測且於全球資訊網公開給各界參考，針對高於參考值部分，均已透過本署與受託單位之分區共管機制處理，且考量參考值欄位宜以規範參考值內容為限，建議刪除該項文字。

四、方案獎懲部分，考量品質保證保留款提列依據及百分比均為每年健保會之評核結果，且該會已定期公告之，建議刪除本項條文。

五、修訂後方案及附表內容如附件4。

決議：擬依決議辦理行政作業事宜。

全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案

行政院衛生署 89 年 7 月 5 日衛署健保字第 89032052 號公告訂定
 行政院衛生署 91 年 9 月 26 日衛署健保字第 0910052976 號公告修正
 行政院衛生署 95 年 10 月 17 日衛署健保字第 0952600407 號公告修正
 行政院衛生署 97 年 10 月 14 日衛署健保字第 0970084689 號公告修正
 行政院衛生署 99 年 1 月 5 日衛署健保字第 0982600461 號公告修正
 行政院衛生署 100 年 9 月 28 日衛署健保字第 1002660194 號公告修正
 行政院衛生署 101 年 7 月 2 日衛署健保字第 1012600114 號公告修正附表
 衛生福利部 103 年 1 月 15 日衛部保字第 1021280302 號公告修正
 衛生福利部 105 年 2 月 16 日衛部保字第 1050103763 號公告修正附表
 衛生福利部 106 年○月○日衛部保字第○○○○○○號公告修正

一、為確保中醫門診總額支付制度(以下稱本制度)實施後醫療服務之品質與可近性，特訂定本方案。

二、中醫門診醫療利用率及支付標準每點支付金額變動之監控：

(一)全民健康保險保險人(以下稱保險人)每季應對本制度各分區中醫門診醫療~~利用率及支付標準~~每點支付金額進行分析，並製成報表函送本制度醫療服務審查業務受委託專業機構、團體(以下稱受託單位)、全民健康保險會(以下稱健保會)及主管機關。

(二)本制度各區中醫門診醫療~~利用率或每點支付金額~~改變率每季超出百分之十或連續兩季超出正百分之十變動範圍，保險人應會同受託單位共同檢討原因。

(三)前項變動範圍之比較基礎為每點一元，實際變動比率若不在原訂定容許區間內，保險人應立即檢討原因，必要時提出改進對策，並進行輔導改善。

三、保險對象就醫權益之確保：

(一)保險人每年應進行針對保險對象就醫~~各區中醫門診就醫可近性、醫療服務品質滿意度，及民眾自費情形等~~進行調查，其調查內容得由保險人參考各界意見後~~之設計，得會同受託單位~~研訂，並得委託民調機構辦理。

(二)保險人每半年應統計分析民眾申訴檢舉案件數之變化情形。

(三)調查結果變動情形若本制度各區保險對象就醫可近性及醫療服務品質滿意度，如有下降且達統計上顯著差異，或民眾自付金額及申訴檢舉案件顯著增加，經保險人檢討結果認為且可有歸責於中醫門診醫療服務原因者，應函知受託單位立即督導檢討改善。

四、專業醫療服務品質之確保：

(一)中醫醫療服務提供者所提供服務範圍及服務品質，不得低於本制度實施前之水準。

(二)受託單位應按下列服務品質監控計畫確實執行，其細部方案應提交保險人：

1.臨床診療作業指引：

- (1)受託單位應逐年訂定各科臨床診療作業指引，分送中醫特約醫事服務機構做為臨床診療作業及申報費用之參考。
- (2)受託單位應依據臨床診療作業指引編訂審查手冊，做為中醫門診醫療服務專業審查之依據。
- (3)受託單位每半年應將各區依照審查手冊執行醫療服務專業審查之檢討報告，函送保險人評量成效。
- (4)受託單位應配合總額預算額度及中醫科技發展，逐年檢討修正臨床診療作業指引。

2.中醫醫療機構輔導系統：

- (1)受託單位應建立完成中醫醫療機構輔導系統，對於提供醫療服務品質不符合規範之特約醫事服務機構，給予輔導及改善建議；情節重大者，應提報保險人依合約處理。
- (2)加強中醫病歷紀錄品質管理，由受託單位於本制度實施前製作病歷紀錄規範，以供中醫特約醫事服務機構參考。

3.服務品質管理相關規範：

- (1)受託單位應完成下列相關規範之建立，並加以監控：
 - 提升針灸及傷科醫療服務品質：訂定針灸治療及傷科處置之適應症與適當性規範。
 - 建立病患重複就診及重複用藥之輔導方式。
 - 監測服務量及服務品質：藉由檔案分析，比較同儕團體診療型態之差異，作為專業審查參考指標，並將其資訊定期回饋院所，促使其改變行為。另對每位病人就醫紀錄加以歸戶，以抑制虛報浮報現象。
 - (2)受託單位每季應將前項監控結果提報保險人。
- 4.受託單位應研訂「服務品質」與「品質照護保證」之中長程指標，包括擬定中醫藥科學化、現代化之建議事項，藉以提升醫療服務水準。
- 5.受託單位應建立民眾諮詢及申訴檢舉案件處理機制，並廣為宣導。

五、中醫醫療服務品質指標：指標項目及其監測時程、監測執行方案、參考值與負責主辦單位，詳如附表。

~~六、獎懲：受託單位與保險人得協商自每年中醫門診總額中提列一定百分比或金額之保留款，於每年度結束時，依各區醫療服務品質指標執行達成率分配之。保留款之提列及分配辦法，由受託單位與保險人共同訂定。~~

六、七、本方案執行結果：保險人暨受託單位應向健保會提出年度報告，並列為次年度中醫門診總額協商因素之一項參考數據。

七、八—本制度若因故未能委託辦理，原應由受託單位執行之項目，改由保險人自行辦理。

附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標

| 指標項目 | 時程 | 現行參考值 | 監測方法 | 主辦單位 | 計算公式及說明 | 修訂說明 |
|-----------------|----|-----------------|------|------|---|----------------------------------|
| 1. 門診醫療利用率 | | | | | | |
| 人次利用率 | 每季 | ±10% (與前一年同期比較) | 資料分析 | 保險人 | 每季實際門診件數/季中保險對象總人數 | 本署已按季公開於本署全球資訊網提供外界參考，建議刪除本項指標。 |
| 每點支付金額改變率 | 每季 | ±10% (與每點一元比較) | 資料分析 | 保險人 | 【(每季分配總額/每季審核後之總點數)-1】×100% | 指標及內容無變動。 |
| 各區就醫人數成長率 | 每季 | 新訂參考指標 | 資料分析 | 保險人 | 1. 資料範圍：中醫門診總額就醫且診察費>0之門診案件。 2. 公式說明： 分子：各區今年該季就醫病人數-去年該季就醫病人數。 分母：去年各區該季就醫病人數。 3. 指標計算：分子/分母 | 本項內容已定期公布於協商參考指標要覽並對外公開，建議刪除本指標。 |
| 1.2. 保險對象就醫調查權益 | | | | | | |

| 指標項目 | 時程 | 現行參考值 | 監測方法 | 主辦單位 | 計算公式及說明 | 修訂說明 |
|-------------|-----|---|----------------|------|--|--|
| 保險對象就醫滿意度調查 | 每年 | 每年於評核會公布前一年調查結果下降達統計上顯著差異(單端 $\alpha=0.05$)。 | 問卷調查由保險人研訂調查方式 | 保險人 | 實施前一次，實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 | 1. 擴大指標涵蓋範圍。 2. 考量民眾就醫經驗調查方式與時俱進，由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 |
| 民眾申訴檢舉成案件數 | 每半年 | 受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。 | 資料分析 | 保險人 | 當年民眾申訴檢舉成案件數 | 本項內容已定期公布於協商參考指標要覽並對外公開，建議刪除本指標。 |

2.3. 專業醫療服務品質

| | | | | | | |
|---------------------------|----|---|------|-----|---|---|
| 使用中醫師門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率 | 每季 | 參考值：以前 3 年同季平均值 $\pm 10\%$ 。 2. 監測執行方案：按季製作季報回饋給受託單位及保險人參考。 | 資料分析 | 保險人 | 1. 資料範圍：因癌症就醫之中醫、西醫門診案件。 2. 公式說明： 分子：以分母之身分證號，統計中醫癌症病患當季曾因同疾病至西醫門診之人數。 分母：各區癌症病患按分局別及病人 ID 歸戶，計算中醫門診就醫人數。 ※癌症病患係申報資料中「國 | 現行參考值中 2. 監測執行方案，文字內容與實際作業不符合且有矛盾之處。查目前本署(保險人)已每季(年)定期製作季(年)報監測且於全球資訊網公開給各界參考，針對高於參考值部分，均已透過本署與受託單位之分區共管機制處理，且參考值欄位宜以規範參考值內容為限，故建議刪除該項文字。 |
|---------------------------|----|---|------|-----|---|---|

| 指標項目 | 時程 | 現行參考值 | 監測方法 | 主辦單位 | 計算公式及說明 | 修訂說明 |
|------------------------|----|---|------|------|---|---|
| | | | | | 際疾病分類號(一) C00至D49範圍之中醫和西醫門診案件。 3. 指標計算：分子 / 分母。 | |
| 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率 | 每季 | 參考值：以前3年同季平均值±10%。 2. 監測執行方案： (1)按季製作季報回饋給受託單位及保險人參考。 (2). 函請保險人針對高於參考值之指標，分析異常原因並提報改善方案及執行成效。 | 資料分析 | 保險人 | 1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件。 2. 公式說明： 分子：按各區、病人ID、就醫日期歸戶，計算就診2次(含)以上之筆數。 分母：按各區、病人ID、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子 / 分母。 | 現行參考值中 2. 監測執行方案，文字內容與實際作業不符合且有矛盾之處。查目前本署(保險人)已每季(年)定期製作季(年)報監測且於全球資訊網公開給各界參考，針對高於參考值部分，均已透過本署與受託單位之分區共管機制處理，且參考值欄位宜以規範參考值內容為限，故建議刪除該項文字。 |
| 使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率 | 每季 | 參考值：以前3年同季平均值±10%。 2. 監測執行方案： (1)按季製作季報 | 資料分析 | 保險人 | 1. 資料範圍：所有屬中醫總額之門診給藥小於等於7日案件(排除26、29、B6案件)。 2. 公式說明： 分子：按各區及病人ID歸 | (一)現行參考值中 2. 監測執行方案，文字內容與實際作業不符合且有矛盾之處。查目前 |

| 指標項目 | 時程 | 現行參考值 | 監測方法 | 主辦單位 | 計算公式及說明 | 修訂說明 |
|-------------------|----|--|------|------|--|--|
| | | <p>回饋給受託單位及保險人參考。</p> <p>(2). 函請保險人針對高於參考值之指標，分析異常原因並提報改善方案及執行成效。</p> | | | <p>戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為 1 日之重複日數。</p> <p>分母：各區給藥案件之給藥日份加總。</p> <p>※給藥案件係藥費不為 0，或給藥天數不為 0。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p> | <p>本署(保險人)已每季(年)定期製作季(年)報監測且於全球資訊網公開給各界參考，針對高於參考值部分，均已透過本署與受託單位之分區共管機制處理，且參考值欄位宜以規範參考值內容為限，故建議刪除該項文字。</p> <p>(二)本指標項目資料範圍已排除針灸、傷科案件(案件分類為 26、29)，但中醫 B6(職災)案件中也有療程案件，並未做計算上的特別處理，造成指標有失真情況，故建議應將醫事類別：中醫，案件分類 B6(職災案件)排除。</p> |
| 使用中醫師門診者之平均中醫就診次數 | 每季 | <p>參考值：以前 3 年同季平均值 ±10 %。</p> <p>2. 監測執行方案：</p> <p>(1)按季製作季報</p> | 資料分析 | 保險人 | <p>1. 資料範圍：中醫門診總額診察費大於 0 且排除巡迴醫療之案件。</p> <p>2. 公式說明： 分子：各區中醫門診總額診</p> | <p>現行參考值中 2. 監測執行方案，文字內容與實際作業不符合且有矛盾之處。查目前本署(保險人)已每季(年)定期製作季(年)報監測且於全球資</p> |

| 指標項目 | 時程 | 現行參考值 | 監測方法 | 主辦單位 | 計算公式及說明 | 修訂說明 |
|----------------------------------|-------------------|--|------|------|---|---|
| | | 回饋給受託單位 保險人參考。 (2). 函請保險人 針對高於參考值 之指標，分析異常 原因並提報改善 方案及執行成效。 | | | 察費大於0且排除 巡迴醫療之案件數。 分母：各區中醫門診總額診 察費大於0且排除 巡迴醫療之人數。 ※中醫巡迴醫療案件係指 案件分類為25之案件。 3. 指標計算：分子 / 分母。 | 訊網公開給各界參考，針對高 於參考值部分，均已透過本署 與受託單位之分區共管機制 處理，且參考值欄位宜以規範 參考值內容為限，故建議刪除 該項文字。 |
| 就診中醫門 診後隔日再 次就診中醫 之比率 | 每季 | 參考值：以前3年 同季平均值±10 %。 2. 監測執行方案： (1)按季製作季報 回饋給受託單位 及保險人參考。 (2.)函請保險人 針對高於參考值 之指標，分析異常 原因並提報改善 方案及執行成效。 | 資料分析 | 保險人 | 1. 資料範圍：所有屬中醫總 額就醫且診察費>0之門 診案件。 2. 公式說明： 分子：按各區、病人ID歸 戶，計算同一人隔日 就診之筆數。 分母：各區申報總件數。 3. 指標計算：分子 / 分母。 | 現行參考值中 2. 監測執行方 案，文字內容與實際作業不符 合且有矛盾之處。查目前本署 (保險人)已每季(年)定期製 作季(年)報監測且於全球資 訊網公開給各界參考，針對高 於參考值部分，均已透過本署 與受託單位之分區共管機制 處理，且參考值欄位宜以規範 參考值內容為限，故建議刪除 該項文字。 |
| 於同院所針 傷科處置次 數每月大於 十五次之比 | 自 97 年 第 | 參考值：以前3年 同季平均值±10%。 2. 監測執行方案： (1)按季製作季報 | 資料分析 | 保險人 | 1. 資料範圍：中醫門診總額 針傷科案件(案件分類： 26、27、29)。 2. 公式說明： | 現行參考值中2. 監測執行方 案，文字內容與實際作業不符 合且有矛盾之處。查目前本署 (保險人)已每季(年)定期製 |

| 指標項目 | 時程 | 現行參考值 | 監測方法 | 主辦單位 | 計算公式及說明 | 修訂說明 |
|------|-----------------------|---|------|------|--|---|
| 率 | 3 季 起 每 季 | <p>回饋給受託單位及保險人參考。</p> <p>(2). 函請保險人針對高於參考值之指標，分析異常原因並提報改善方案及執行成效。</p> | | | <p>分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費超過15次以上次數之總和。</p> <p>分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。</p> <p>※中醫針傷科醫令代碼： B41、B42、B43、B44、 B45、B46、B53、B54、 B55、B56、B57、B61、 B62、B63（排除醫令點數=0之案件）。</p> <p>※例如院所該月份同一患者申報針灸、傷科處置費16次，分子以16-15=1計，以此類推。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p> | <p>作季(年)報監測且於全球資訊網公開給各界參考，針對高於參考值部分，均已透過本署與受託單位之分區共管機制處理，且參考值欄位宜以規範參考值內容為限，故建議刪除該項文字。</p> |

討論第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：新增「106 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」之施行區域案，提請討論。

說明：

- 一、依據中醫門診醫療服務審查執行會 4 月 16 日第二十三次會議決議辦理。
- 二、全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案第四條施行區域：「(二)於本方案執行期間，經保險人及中醫全聯會評估並報經全民健康保險中醫門診總額研商議事會議同意，確屬適用本方案之地區，始可開放符合本方案申請資格之中醫師申請。」
- 三、「嘉義縣布袋鎮」於 105 年度由院所申請獎勵開業計畫進駐，故 106 年度方案之施行區域未列該地點；惟該院所已於 106 年 4 月份申請歇業，為保障該地區民眾就醫權益，擬重新將其列入「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案施行區域一覽表」。

健保署意見：

- 一、106 年度方案施行地區之條件為無中醫之鄉鎮區，嘉義縣布袋鎮於 105 年 8 月起由 1 家院所加入獎勵開業服務計畫，故於 105 年年底修訂 106 年度方案時即排除為施行地區。
- 二、獎勵開業服務計畫目的為讓無中醫地區之偏鄉民眾，獲得適當之中醫醫療照護，故給予至該地區開業之院所 3 年的保障額度，以支持院所於偏鄉地區扎根。查該家院所於 105 年 8 月加入計畫至 106 年 4 月歇業，開業約 8 個月，申請醫療點數約 40 萬元，本署支付保障額度約 228 萬元。此個案顯與本方案目的不符，為避免有類似個案再次發生，請中醫全聯會妥適評估及審查參與計畫之中醫師。
- 三、經至衛福部醫事查詢系統查詢，嘉義縣布袋鎮確無中醫醫療院

所(查詢日 106 年 5 月 5 日)。

四、105 年度方案預算執行率約為 84.3%，且 106 年較 105 年預算增加 1,500 萬，方案預算仍充足。

五、綜上，是否新增嘉義縣布袋鎮為 106 年度方案施行地區，依方案第 4 條第 2 項規定，擬依決議辦理。

決議：

討論第三案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：有關支付標準第四部中醫第一章門診診察費增修項目案，提請討論。

說明：

- 一、依據中醫門診醫療服務審查執行會 4 月 16 日第二十三次會議決議辦理。
- 二、為鼓勵中醫師開具慢性處方簽診察費，建議新增「開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方」看診時聘有護理人員在場服務者給付 555 點、看診時未聘有護理人員在場服務者給付 545 點(詳附表 5)。
- 三、預估費用：
以 105 年中醫申請慢性病處方簽件數為 717 件推估約需 175,665 點。

健保署意見：

- 一、按 105 年申報資料，申報案件分類 24 「中醫慢性病」者約 4.2 百萬件(醫院 1.3 百萬件，診所 2.9 百萬件)，申報 28 「中醫慢性病連續處方調劑」者 717 件(醫院 656 件，診所 61 件)。
- 二、醫院新增項目支付點數與現行慢性病處方點數之差額為 185 點，診所則為 190-225 點，若診所以相差 225 點寬估，新增中醫慢性病連續處方調劑醫令項目後，一年約增加 14.9 萬點費用(=656 件*10%成長率*185 點+61 件*10%成長率*225 點)。以中醫門診總額非協商因素支應增加之費用，調整後將影響一般部門點值約 0.00001 。

決議：

第一章 門診診察費增修項目如下：

| 編號 | 診療項目 | 支付 點數 | 修改後支 付點數 |
|-----|---|----------|-------------|
| | 一般門診診察費 | | |
| | (一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。 | | |
| | 1. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤ 50) | | |
| A82 | -- 看診時聘有護理人員在場服務者 | 290 | |
| A83 | -- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方 | 320 | |
| 新增 | <u>-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | | 505 |
| A84 | -- 看診時未聘有護理人員在場服務者 | 280 | |
| A85 | -- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方 | 310 | |
| 新增 | <u>-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | | 495 |
| | 2. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(> 50) | | |
| A86 | -- 看診時聘有護理人員在場服務者 | 215 | |
| A87 | -- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方 | 240 | |
| 新增 | <u>-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | | 435 |
| A88 | -- 看診時未聘有護理人員在場服務者 | 200 | |
| A89 | -- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方 | 230 | |
| 新增 | <u>-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | | 425 |
| | (二) 不符(一)項之中醫醫療院所 | | |
| | 1. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≤ 30) | | |
| A01 | -- 看診時聘有護理人員在場服務者 | 335 | |
| A11 | -- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方 | 365 | |
| 新增 | <u>-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | | 555 |
| A02 | -- 看診時未聘有護理人員在場服務者 | 325 | |
| A12 | -- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方 | 355 | |
| 新增 | <u>-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | | 545 |
| | 2. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50) | | |
| A03 | -- 看診時聘有護理人員在場服務者 | 230 | |
| A13 | -- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方 | 260 | |
| 新增 | <u>-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | | 475 |
| A04 | -- 看診時未聘有護理人員在場服務者 | 220 | |

| 編號 | 診療項目 | 支付 點數 | 修改後支 付點數 |
|------------------|---|----------|-------------|
| A14 <u>新增</u> | —看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方 <u>—看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | 250 | <u>465</u> |
| | 3. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70) | | |
| A05 | —看診時聘有護理人員在場服務者 | 160 | |
| A15 <u>新增</u> | —看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方 <u>—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | 190 | <u>415</u> |
| A06 | —看診時未聘有護理人員在場服務者 | 150 | |
| A16 <u>新增</u> | —看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方 <u>—看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | 180 | <u>405</u> |
| | 4. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150) | | |
| A07 | —未開具慢性病連續處方 | 90 | |
| A17 <u>新增</u> | —開具慢性病連續處方 <u>—開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | 120 | <u>325</u> |
| | 5. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五〇人次部分(>150) | | |
| A08 | —未開具慢性病連續處方 | 50 | |
| A18 <u>新增</u> | —開具慢性病連續處方 <u>—開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | 80 | <u>305</u> |
| | 6. 山地離島地區 | | |
| A09 | —看診時聘有護理人員在場服務者 | 335 | |
| A19 <u>新增</u> | —看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方 <u>—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | 365 | <u>555</u> |
| A10 | —看診時未聘有護理人員在場服務者 | 325 | |
| A20 <u>新增</u> | —看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方 <u>—看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方</u> | 355 | <u>545</u> |