



107 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

107 年 5 月 17 日 (星期四)

本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」
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 7 頁
二、中醫門診總額執行概況報告	第 8 頁
三、106 年第 4 季點值結算結果報告。	第 25 頁
四、增修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標	第 58 頁

肆、討論事項

「107 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」附件 1-1 及 1-2 施行區域修訂案	第 66 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」107年第1次 會議紀錄

時間：107年3月8日14時整

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	許代表怡欣	請假
干代表文男	干文男	陳代表志超	陳志超
朱代表日僑	朱日僑	陳代表旺全	陳旺全
江代表瑞庭	請假	陳代表瑞瑛	請假
何代表紹彰	黃科峯(代)	陳代表憲法	陳憲法
呂代表世明	請假	黃代表光華	黃光華
巫代表雲光	巫雲光	黃代表怡超	黃怡超
李代表純馥	請假	黃代表頌儼	黃頌儼
林代表展弘	林展弘	黃代表蘭嫻	黃蘭嫻
施代表純全	請假	楊代表啟聖	楊啟聖
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	請假
胡代表文龍	胡文龍	劉代表富村	劉富村
張代表瑞麟	請假	羅代表永達	羅永達
許代表中華	劉佳祐(代)	羅代表莉婷	羅莉婷

列席單位及人員：

中醫藥司	蔡素玲、陳聘琪、陳昭蓉
全民健康保險會	劉于鳳
社會保險司	蘇芸蒂
台灣醫院協會	吳洵伶
中華民國中醫師公會全國聯合會	顏良達、王逸年、賴宛而、

	李 敬
本署臺北業務組	林照姬、方淑雲、賴美雪、 侯佩辰、林雨亭
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	洪穰齡
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	曾玟富、杜安琇、陳宛均、 鄭盛倫、賴彥壯
本署資訊組	李冠毅
本署企劃組	余侑婕
本署醫務管理組	劉玉娟、林淑範、韓佩軒、 劉林義、王玲玲、吳明純、 劉勁梅、鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

參、報告案

第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：洽悉。

第二案：中醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案：106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：

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.86475534	0.90659868
北區	0.87685665	0.91983842
中區	0.85163542	0.89798165
南區	0.90290317	0.93724938
高屏	0.89540605	0.93104181
東區	1.29019827	1.20000000
全區	0.87967999	0.91892133

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。

第四案：中醫藥政策未來方向報告

決定：洽悉。

第五案：隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明。

決定：洽悉，同意中醫門診隨機抽樣回推倍數上限值為 20 倍，將依程序辦理後續報部事宜。

肆、討論案

第一案：修訂「107 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」附件 1-1 及 1-2 施行區域案

決議：

- 一、通過修訂醫療資源不足地區改善方案之施行區域：「屏東縣九如鄉」變更為可申請巡迴服務地區，另「澎湖縣白沙鄉」、「臺南市北門區」及「台南市東山區」變更為獎勵開業區域。
- 二、將依程序辦理後續行政事宜。

第二案：增訂 107 年「全民健康保險中醫急症處置計畫(草案)」

決議：

一、 計畫重點如下：

- (一) 同意新增「全民健康保險中醫急症處置計畫」，預算 2 千萬元。
- (二) 支付方式拆分為中醫急症診察費及針灸處置費，並依現行支付標準核實申報。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

伍、 散會：16 時 34 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	107_1_報(3)_ 106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
2	107_1_報(5)_ 隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明	同意中醫門診隨機抽樣回推倍數上限值為20倍，將依程序辦理後續報部事宜。	已於3月15日公告，並自107年4月1日(費用年月)起生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
3	107-1-討(1)_ 修訂「107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」附件1-1及1-2施行區域案	一、通過修訂醫療資源不足地區改善方案之施行區域：「屏東縣九如鄉」變更為可申請巡迴服務地區，另「澎湖縣白沙鄉」、「臺南市北門區」及「台南市東山區」變更為獎勵開業區域。 二、將依程序辦理後續行政事宜。	修訂內容已於4月6日公告。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
4	107-1-討(2)_ 增訂107年「全民健康保險中醫急症處置計畫(草案)」	一、計畫重點如下： (一)同意新增「全民健康保險中醫急症處置計畫」，預算2千萬元。 (二)支付方式拆分為中醫急症診察費及針灸處置費，並依現行支付標準核實申報。 二、將依程序辦理後續行政事宜。	本項計畫已於5月2日公告，並自同(107)年5月1日起施行。	<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：106年第4季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、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106年第4季結算結果說明如下（附件2）：

（一）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
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
106年第3季	浮動點值	0.8648	0.8769	0.8516	0.9029	0.8954	1.2902	0.8797
	平均點值	0.9066	0.9198	0.8980	0.9372	0.9310	1.2000	0.9189
106年第4季	浮動點值	0.9449	0.9692	0.9312	0.9924	0.9567	1.2911	0.9585
	平均點值	0.9622	0.9801	0.9528	0.9951	0.9714	1.2000	0.9721

（二）中醫專案計畫：

醫療試辦計畫	106Q4			
	當季預算數 A (註)	當季暫結金額 D	未支用金額 (D)-(A)	當季浮動 點值
1. 醫療資源不足地區改善方案	40,237	18,614	21,622	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	33,250	46,072	-12,822	0.6992
3. 提升孕產照護品質計畫	11,925	15,416	-3,491	0.7735
4. 乳癌、肝癌門診加強照護計畫	6,250	8,891	-2,641	0.7030
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	16,887	660	16,227	1.0000
6. 癌症化、放療中醫門診延長照護試辦計畫	28,136	2,366	25,770	1.0000

註. 各項專款當季預算數含前一季結餘金額

三、另中醫門診保留款分配作業已完成如下表，計算明細詳附件3

單位：百萬元

階段	啟動時機	撥付目標	撥付金額
1	提撥分區平均點值小於每點1元時啟動	平均點值每點1元	0
2	提撥分區醫不足方案巡迴醫療論量計酬案件	浮動點值每點1.5元	11
3	提撥分區醫不足方案巡迴醫療基本承作費用獎勵	加計2成	3
4	其他區醫不足方案巡迴醫療論量計酬案件	浮動點值每點1.2元	5

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：

衛生福利部中央健康保險署
 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：107/05/03
 程式代號：RGI1608R01
 106年第4季
 結算主要費用年月起迄：106/10-106/12
 核付截止日期：107/03/31
 頁次：1

一、中醫一般部門服務醫療給付費用總額

(一)106年第4季調整後中醫一般部門服務醫療給付費用總額

=106年全年中醫一般部門服務醫療給付費用總額預算-106年第1-3季調整後中醫一般部門服務醫療給付費用總額
 = 23,511,348,057- 5,489,771,870- 5,946,772,052- 5,974,803,691
 = 6,100,000,444 (D1)

註：

- 依據105年11月17日「中醫門診總額研商議事會議」105年第4次會議決定，以100-104年(近五年)之各季核定點數平均占率做為106年各季預算重分配之依據。106年各季預算占率分別為：第1季：23.349456%，第2季：25.293199%，第3季：25.412425%，第4季：25.944920%。
- 106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_G106合計)為23,511,348,057元，各季調整後預算如下：

106年第1季預算5,720,986,593元，調整後預算為5,489,771,870元 = 23,511,348,057× 23.349456%(h_q1)。

106年第2季預算5,861,533,957元，調整後預算為5,946,772,052元 = 23,511,348,057× 25.293199%(h_q2)。

106年第3季預算5,783,125,903元，調整後預算為5,974,803,691元 = 23,511,348,057× 25.412425%(h_q3)。

106年第4季預算6,145,701,604元，調整後預算為6,100,000,444元

=	106年全年預算-	106年第1季預算-	106年第2季預算-	106年第3季預算
=	23,511,348,057元-	5,489,771,870元-	5,946,772,052元-	5,974,803,691元
=	6,100,000,444元。			

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01
106年第4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

列印日期：107/05/03
頁次：2

(二)106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G106合計)

項目	104年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (Q104)	103年各季校正 投保人口數 成長率差額 (PEOP103) =(Q104+PEOP103) ×(1+3.401%)	105年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q105)	104年各季校正 投保人口數 成長率差值 (PEOP104)	106年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q106) =(Q105+PEOP104) ×(1+3.291%)	106年 品質保證 保留款 (C106) (詳說明4)	106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_G106) =(Q106-C106)	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額 B3
第1季	5,324,921,216	13,183,676	5,519,653,839	29,594,349	5,731,873,946	10,887,353	5,720,986,593	26,866,132
第2季	5,457,205,702	19,673,940	5,663,148,319	22,435,537	5,872,696,421	11,162,464	5,861,533,957	33,091,350
第3季	5,381,087,547	20,449,488	5,585,243,310	24,284,110	5,794,136,967	11,011,064	5,783,125,903	33,538,032
第4季	5,724,631,860	23,723,504	5,943,856,930	17,370,269	6,157,411,186	11,709,582	6,145,701,604	32,669,493
合計	21,887,846,325	77,030,608	22,711,902,398	93,684,265	23,556,118,520	44,770,463	23,511,348,057	126,165,007

註：

1. 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%)

2. 106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q106)

= (105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q105)+104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104)) × (1+3.291%)。

※一般服務成長率為3.291%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.281%，協商因素成長率1.010%。

3. 依據「106年中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式計畫」，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，再依前開計畫進行預算分配。

4. 106年品質保證保留款(C106)

=105年編列之品質保證保留款預算+106年編列之品質保證保留款預算

= (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%)+(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年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104)) ×106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105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106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105年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5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 = 121,500,000

第1季: 預算 = 121,500,000/4 = 30,375,000

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： 3,735,587(J1) (浮動點數： 2,527,506；非浮動點數： 1,208,081)

(2) 獎勵開業保障給付收入： 8,335,012(J2)

(3) 獎勵開業論次費用： 0(J3)

(4) 小計已支用點數(J1+J3)： 3,735,587(J4) 暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點 × 論次費用(J3) = 8,335,012(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： 1,302,547(J6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數： 14,725,500(J7)

(3) 小計已支用點數： 16,028,047(J8) 暫結金額 = 1元/點 × 16,028,047(J8) = 16,028,047(J9)

3. 合計:

已支用點數： 19,763,634(J4+J8)

暫結金額： 24,363,059(J10=J5+J9)

未支用金額 = 第1季預算 - 第1季暫結金額 = 30,375,000 - 24,363,059 = 6,011,941

第2季: 預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 121,500,000/4 + 6,011,941 = 36,386,941

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： 4,691,998(K1) (浮動點數： 3,314,408；非浮動點數： 1,377,590)

(2) 獎勵開業保障給付收入： 9,754,148(K2)

(3) 獎勵開業論次費用： 0(K3)

(4) 小計已支用點數(K1+K3)： 4,691,998(K4) 暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點 × 論次費用(K3) = 9,754,148(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： 1,626,949(K6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數： 16,599,000(K7)

(3) 小計已支用點數： 18,225,949(K8) 暫結金額 = 1元/點 × 18,225,949(K8) = 18,225,949(K9)

3. 合計:

已支用點數： 22,917,947(K4+K8)

暫結金額： 27,980,097(K10=K5+K9)

未支用金額 = 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 36,386,941 - 27,980,097 = 8,406,844

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/03

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：4

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=121,500,000/4+ 8,406,844= 38,781,844

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： 5,215,384(L1) (浮動點數： 3,940,752；非浮動點數： 1,274,632)

(2)獎勵開業保障給付收入： 10,353,117(L2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(L3)

(4)小計已支用點數(L1+L3)： 5,215,384(L4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+1元/點×論次費用(L3)=10,353,117(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： 1,654,257(L6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 16,912,700(L7)

(3)小計已支用點數： 18,566,957(L8) 暫結金額=1元/點×18,566,957(L8)=18,566,957(L9)

3. 合計:

已支用點數： 23,782,341(L4+L8)

暫結金額： 28,920,074(L10=L5+L9)

未支用金額=第3季預算-第3季暫結金額=38,781,844-28,920,074=9,861,770

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=121,500,000/4+ 9,861,770= 40,236,770

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： 5,130,510(M1) (浮動點數： 3,891,677；非浮動點數： 1,238,833)

(2)獎勵開業保障給付收入： 10,648,329(M2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(M3)

(4)小計已支用點數(M1+M3)： 5,130,510(M4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+1元/點×論次費用(M3)=10,648,329(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： 1,601,499(M6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 16,364,580(M7)

(3)小計已支用點數： 17,966,079(M8) 暫結金額=1元/點×17,966,079(M8)=17,966,079(M9)

3. 合計:

已支用點數： 23,096,589(M4+M8)

暫結金額： 28,614,408(M10=M5+M9)

未支用金額=第4季預算-第4季暫結金額=40,236,770-28,614,408=11,622,362

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/03

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 5

全年合計:全年預算=121,500,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 13

(1)獎勵開業已支用點數 : 18,773,479(N1) (浮動點數 : 13,674,343 ; 非浮動點數 : 5,099,136)

(2)獎勵開業保障給付收入 : 39,090,606(N2)

(3)獎勵開業論次費用 : 0(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3) : 18,773,479(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 39,090,606(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 : 6,185,252(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 64,601,780(N7)

(3)小計已支用點數 : 70,787,032(N8) 結算金額= 70,787,032(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： 89,560,511(N4+N8)

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) : 109,877,638

全年未支用金額= 全年預算 - 全年結算金額=121,500,000-109,877,638= 11,622,362

註：依據「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」，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：RGI1608R01

106年第 4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

列印日期：107/05/03

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=133,000,000

第1季:預算= 133,000,000/4= 33,250,000

	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：	27,195,777(V01)	25,703,834(VF01)	1,491,943(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：	8,431,168(V02)	6,914,140(VF02)	1,517,028(VN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,181,514(V03)	3,013,485(VF03)	168,029(VN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,486,754(V04)	1,403,157(VF04)	83,597(VN04)
(5)小計：	40,295,213(V05)	37,034,616(VF05)	3,260,597(VN05)

已支用點數= 40,295,213

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 40,295,213

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 33,250,000 - 40,295,213= -7,045,213

浮動點值= (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (33,250,000 - 3,260,597) / 37,034,616 = 0.80976681

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 133,000,000/4+ 0= 33,250,000

	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：	29,606,990(W01)	28,127,041(WF01)	1,479,949(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：	10,218,502(W02)	8,509,323(WF02)	1,709,179(WN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,980,534(W03)	2,854,744(WF03)	125,790(WN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,300,393(W04)	1,227,534(WF04)	72,859(WN04)
(5)小計：	44,106,419(W05)	40,718,642(WF05)	3,387,777(WN05)

已支用點數= 44,106,419

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 44,106,419

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 33,250,000 - 44,106,419= -10,856,419

浮動點值= (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (33,250,000 - 3,387,777) / 40,718,642 = 0.73337964

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/03

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：7

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 133,000,000/4+ 0= 33,250,000

	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：	29,295,926(X01)	27,781,560(XF01)	1,514,366(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：	11,236,657(X02)	9,386,349(XF02)	1,850,308(XN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,283,910(X03)	3,124,556(XF03)	159,354(XN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,524,196(X04)	1,443,373(XF04)	80,823(XN04)
(5)小計：	45,340,689(X05)	41,735,838(XF05)	3,604,851(XN05)

已支用點數= 45,340,689

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 45,340,689

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 33,250,000 - 45,340,689 = -12,090,689

浮動點值= (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (33,250,000 - 3,604,851) / 41,735,838 = 0.71030439

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 133,000,000/4+ 0= 33,250,000

	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：	29,552,977(Y01)	28,192,082(YF01)	1,360,895(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：	10,864,650(Y02)	9,034,429(YF02)	1,830,221(YN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,610,095(Y03)	3,464,072(YF03)	146,023(YN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,044,399(Y04)	1,935,361(YF04)	109,038(YN04)
(5)小計：	46,072,121(Y05)	42,625,944(YF05)	3,446,177(YN05)

已支用點數= 46,072,121

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 46,072,121

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 33,250,000 - 46,072,121 = -12,822,121

浮動點值= (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (33,250,000 - 3,446,177) / 42,625,944 = 0.69919444

全年合計:全年預算= 133,000,000

	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：	115,651,670(Z01)	109,804,517(ZF01)	5,847,153(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：	40,750,977(Z02)	33,844,241(ZF02)	6,906,736(ZN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	13,056,053(Z03)	12,456,857(ZF03)	599,196(ZN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	6,355,742(Z04)	6,009,425(ZF04)	346,317(ZN04)
(5)小計：	175,814,442(Z05)	162,115,040(ZF05)	13,699,402(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)= 133,000,000

未支用金額= 全年預算 - 第1-4季已暫結金額= 133,000,000 - 133,000,000 = 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。

=====

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算 = 47,700,000

第1季:

$$\text{預算} = 47,700,000/4 = 11,925,000$$

$$\text{已支用點數} = 15,102,843$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 15,102,843$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 11,925,000 - 15,102,843 = -3,177,843$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (11,925,000 - 0) / 15,102,843 = 0.78958644$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 47,700,000/4 + 0 = 11,925,000$$

$$\text{已支用點數} = 15,663,309$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 15,663,309$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 11,925,000 - 15,663,309 = -3,738,309$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (11,925,000 - 0) / 15,663,309 = 0.76133338$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 47,700,000/4 + 0 = 11,925,000$$

$$\text{已支用點數} = 16,459,879$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 16,459,879$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 11,925,000 - 16,459,879 = -4,534,879$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (11,925,000 - 0) / 16,459,879 = 0.72448892$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 47,700,000/4 + 0 = 11,925,000$$

$$\text{已支用點數} = 15,416,218$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 15,416,218$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 11,925,000 - 15,416,218 = -3,491,218$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (11,925,000 - 0) / 15,416,218 = 0.77353603$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 47,700,000$$

$$\text{已支用點數} = 62,642,249$$

$$\text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} = 47,700,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{第1-4季已暫結金額} = 47,700,000 - 47,700,000 = 0$$

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)乳癌、肝癌門診加強照護計畫 全年預算=25,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 25,000,000/4 = 6,250,000$$

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 5,337,399

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,168,519

(3)小計： 6,505,918

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 6,505,918$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 6,250,000 - 6,505,918 = -255,918$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (6,250,000 - 0) / 6,505,918 = 0.96066381$$

$$\text{第2季:預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 25,000,000/4 + 0 = 6,250,000$$

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 5,713,423

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,003,937

(3)小計： 6,717,360

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 6,717,360$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 6,250,000 - 6,717,360 = -467,360$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (6,250,000 - 0) / 6,717,360 = 0.93042505$$

$$\text{第3季:預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 25,000,000/4 + 0 = 6,250,000$$

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 6,648,985

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,107,968

(3)小計： 7,756,953

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 7,756,953$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 6,250,000 - 7,756,953 = -1,506,953$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (6,250,000 - 0) / 7,756,953 = 0.80572874$$

$$\text{第4季:預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 25,000,000/4 + 0 = 6,250,000$$

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 7,711,565

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,179,511

(3)小計： 8,891,076

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 8,891,076$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 6,250,000 - 8,891,076 = -2,641,076$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第4季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (6,250,000 - 0) / 8,891,076 = 0.70295204$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

106年第4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

列印日期：107/05/03

頁次：10

全年合計：

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 25,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 29,871,307 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 6,250,000 + 6,250,000 + 6,250,000 + 6,250,000 = 25,000,000 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 25,000,000 - 25,000,000 = 0 \end{aligned}$$

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 全年預算 = 20,000,000

第1季：

$$\begin{aligned} \text{預算} &= 20,000,000/4 = 5,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 1,392,995 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 1,392,995 \\ \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 5,000,000 - 1,392,995 = 3,607,005 \end{aligned}$$

第2季：

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 3,607,005 = 8,607,005 \\ \text{已支用點數} &= 1,041,477 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 1,041,477 \\ \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 8,607,005 - 1,041,477 = 7,565,528 \end{aligned}$$

第3季：

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 7,565,528 = 12,565,528 \\ \text{已支用點數} &= 678,909 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 678,909 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 12,565,528 - 678,909 = 11,886,619 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/03

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：11

第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 11,886,619 = 16,886,619 \\ \text{已支用點數} &= 659,919 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 659,919 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 16,886,619 - 659,919 = 16,226,700 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 20,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 3,773,300 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 1,392,995 + 1,041,477 + 678,909 + 659,919 = 3,773,300 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 3,773,300 = 16,226,700 \end{aligned}$$

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)癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫 全年預算 = 30,000,000

第1季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= 30,000,000/4 = 7,500,000 \\ \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 7,500,000 - 0 = 7,500,000 \end{aligned}$$

第2季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 30,000,000/4 + 7,500,000 = 15,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 234,507 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 234,507 \\ \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 15,000,000 - 234,507 = 14,765,493 \end{aligned}$$

第3季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 30,000,000/4 + 14,765,493 = 22,265,493 \\ \text{已支用點數} &= 1,629,452 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 1,629,452 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 22,265,493 - 1,629,452 = 20,636,041 \end{aligned}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/03

106年第4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁次：12

第4季：

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 30,000,000/4 + 20,636,041 = 28,136,041 \\ \text{已支用點數} &= 2,365,641 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 2,365,641 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 28,136,041 - 2,365,641 = 25,770,400 \end{aligned}$$

全年合計：

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 30,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 4,229,600 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)} \\ &= 0 + 234,507 + 1,629,452 + 2,365,641 = 4,229,600 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 30,000,000 - 4,229,600 = 25,770,400 \end{aligned}$$

註：依據「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」，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。

(七)專款費用合計

第1季：已支用點數	83,060,603	暫結金額：	77,181,054
第2季：已支用點數	90,681,019	暫結金額：	80,681,081
第3季：已支用點數	95,648,223	暫結金額：	82,653,435
第4季：已支用點數	96,501,564	暫結金額：	83,064,968
小計：已支用點數	365,891,409	暫結金額：	323,580,538

※如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算

$$\begin{aligned} \text{未支用金額} &= \text{專款項目合計全年預算} - \text{暫結金額} \\ &= 377,200,000 - 323,580,538 \\ &= 53,619,462 \end{aligned}$$

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 6,100,000,444 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 32,669,493 (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 6,067,330,951 (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	2,466,784	1,035,314	1,035,314	1,035,314
北區	4,492,128	1,909,131	1,909,131	1,909,131
中區	1,929,697	748,121	748,121	748,121
南區	3,120,137	1,128,528	1,128,528	1,128,528
高屏	5,446,468	2,168,568	2,168,568	2,168,568
東區	5,980,694	2,243,923	2,243,923	2,243,923
合計	23,435,908	9,233,585	32,669,493(B2)	32,669,493(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% = 6,067,330,951 × 2.22% = 134,694,747 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險基金(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = (E) × 97.78% - 10,000,000 = 5,922,636,204 (加總後四捨五入至整數位) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 69% = 5,922,636,204 × 69% = 4,086,618,981 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 11% = 5,922,636,204 × 11% = 651,489,982 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,922,636,204 × 9% = 533,037,258 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,922,636,204 × 5% = 296,131,810 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,922,636,204 × 5% = 296,131,810 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 5,922,636,204 - 4,086,618,981 - 651,489,982 - 533,037,258 - 296,131,810 - 296,131,810 = 59,226,363

(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		105年11月		105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%	7,650,672	33.2925%	963,422.565124		29.5363%	30.0610%
北區	1,672,890,030	12.0516%	3,687,412	16.0460%	439,034.690195		13.4598%	13.6989%
中區	3,784,142,258	27.2613%	4,557,494	19.8323%	842,730.123540		25.8362%	26.2952%
南區	2,079,771,210	14.9828%	3,366,498	14.6496%	460,412.511377		14.1152%	14.3660%
高屏 東區	2,318,827,170	16.7051%	3,718,117	16.1796%	499,288.208411 56,932.901170		15.3070%	15.5789%
小計	13,881,013,047	100.0000%	22,980,193	100.0000%	3,261,820.999817	3,261,821	98.2545%	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

106年第 4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

列印日期：107/05/03

頁 次： 15

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	105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	-0.008717	0.047402	-0.056119	1	0.00	4,025,382,379	4,025,382,379	29.2435%
北區	-0.006453	0.060651	-0.067104	2	0.00	1,672,890,030	1,672,890,030	12.1532%
中區	-0.014933	0.057689	-0.072622	4	0.00	3,784,142,258	3,784,142,258	27.4909%
南區	-0.018755	0.052341	-0.071096	3	0.00	2,079,771,210	2,079,771,210	15.1090%
高屏	-0.010101	0.076539	-0.086640	5	-0.05	2,318,827,170	2,202,885,812	16.0034%
小計						13,881,013,047	13,765,071,689	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	106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/ΣAi5)
臺北	-0.004947	4,025,382,379	4,005,468,812	28.9464%
北區	0.006287	1,672,890,030	1,683,407,490	12.1655%
中區	-0.011601	3,784,142,258	3,740,242,424	27.0297%
南區	0.003914	2,079,771,210	2,087,911,435	15.0887%
高屏	0.000731	2,318,827,170	2,320,522,233	16.7697%
小計		13,881,013,047	13,837,552,394	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

106年第4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

列印日期：107/05/03

頁次：16

(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%	33.2925%	30.0610%	29.2435%	28.9464%
北區	12.0516%	16.0460%	13.6989%	12.1532%	12.1655%
中區	27.2613%	19.8323%	26.2952%	27.4909%	27.0297%
南區	14.9828%	14.6496%	14.3660%	15.1090%	15.0887%
高屏	16.7051%	16.1796%	15.5789%	16.0034%	16.7697%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第4季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 59,226,363 - 18,264,846 \\
 &= 40,961,517
 \end{aligned}$$

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	0.86475534	32,444,725	4,387,973
北區	0.87685665	17,594,538	2,166,646
中區	0.85163542	31,255,528	4,637,212
南區	0.90290317	49,157,898	4,773,073
高屏	0.89540905	21,989,858	2,299,942
小計		152,442,547	18,264,846(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/03

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 17

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 10,000,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\
 &= 10,000,000 - 677,595 \\
 &= 9,322,405 \text{ (Gh)}
 \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	風險基金撥付院所 當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.86475534	0	0
北區	0.87685665	0	0
中區	0.85163542	0	0
南區	0.90290317	4,586,069	445,293
高屏	0.89540905	2,221,050	232,302
小計		6,807,119	677,595(R1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

106年第4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

列印日期：107/05/03

頁次：18

(八)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+第1季就醫率最高分區之風險基金分配款Gh。

分區	預算(Ga) =GA×指標1占率	預算(Gb) =GB×指標2占率	預算(Gc) =GC×指標3占率	預算(Gd) =GD×指標4占率	預算(Ge) =GE×指標5占率	預算(Gf) = N×指標1占率	就醫率最高 分區之風險 基金分配款 (Gh)	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,185,086,812	216,897,302	160,236,330	86,599,306	85,719,498	11,878,512	0	1,746,417,760
北區	492,502,973	104,538,083	73,020,241	35,989,491	36,025,915	4,936,518	0	747,013,221
中區	1,114,065,460	129,205,448	140,163,213	81,409,300	80,043,540	11,166,642	9,322,405	1,565,376,008
南區	612,289,949	95,440,676	76,576,132	44,742,555	44,682,440	6,137,182	0	879,868,934
高屏	682,673,787	105,408,473	83,041,342	47,391,158	49,660,417	6,842,663	0	975,017,840
小計	4,086,618,981	651,489,982	533,037,258	296,131,810	296,131,810	40,961,517	9,322,405	5,913,693,763

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

106年第4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

列印日期：107/05/03

頁次：19

(九)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
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
106年 第1季	1,565,580,021	664,203,291	1,407,405,538	800,923,253	887,902,842	5,326,014,945
第2季	1,735,117,109	732,153,090	1,519,269,884	840,137,823	943,749,367	5,770,427,273
第3季	1,762,889,238	743,947,872	1,524,010,285	829,414,697	937,523,260	5,797,785,352
第4季	1,746,417,760	747,013,221	1,565,376,008	879,868,934	975,017,840	5,913,693,763
合計(BD_106)	6,810,004,128	2,887,317,474	6,016,061,715	3,350,344,707	3,744,193,309	22,807,921,333
預算成長率	3.70%	4.40%	3.01%	3.40%	2.97%	3.44%

※預算成長率 = (106年全年分區預算(BD_106) / 105年全年分區預算(BD_105) - 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：

- 依據「106年中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式計畫」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)。
- 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
 (1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
 (2)條件說明：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。
- 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
 (1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：Σ各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣAi2)。
 (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。

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($a\%$)= $\frac{\text{每位病患於各區就醫次數}(a)}{\Sigma \text{每位病患於各區就醫次數}(a)}$ ，<4>各區每位病患之就醫次數比率(T)= $\frac{\text{各區}\Sigma \text{每位病患於各區就醫次數比率}(\Sigma a\%)}$ ，<5>計算各區每人就醫次數之權值($K1$)= $\frac{\text{各區每位病患之就醫次數比率}(T)}{\text{全國就醫人數}(p)}$ ，<6>扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值($K2$)= $\frac{\text{各區每人就醫次數之權值}(K1)}{\text{加總五區每人就醫次數之權值}(\Sigma K1)}$ 。

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(105年該季/104年同期)-1。

(3)醫療費用點數成長率(r)：(105年該季申報醫療費用點數/104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： 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= $\frac{\text{各分區各鄉鎮市區中醫師數}}{(\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數}\div 10,000)}$ 。

(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 \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。

b. 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。

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. 風險基金提撥及分配：

(1) 106年度自五分區之一般服務預算項下全年移撥4,000萬元，每季1,000萬元。

(2) 院所資格：除東區外之五分區鄉鎮市區，該地區當月月底僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，但排除符合指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」者或屬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者。

(3) 各季就醫率最高分區之一般服務預算另加回當季撥付風險基金院所後之剩餘款。

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，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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/03

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 22

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	1,244,305,992(BF)	570,604,905(BG)	114,360(BJ)
2-北區分區	492,681,549(BF)	269,465,605(BG)	57,583(BJ)
3-中區分區	1,125,964,752(BF)	516,845,968(BG)	60,078(BJ)
4-南區分區	569,861,157(BF)	314,304,972(BG)	56,538(BJ)
5-高屏分區	661,514,257(BF)	342,104,854(BG)	64,472(BJ)
6-東區分區	72,953,570(BF)	33,236,526(BG)	10,113(BJ)
7-合計	4,167,281,277(GF)	2,046,562,830(GG)	363,144(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/03

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 23

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	= [1,746,417,760	- 570,604,905	- 114,360] /	1,244,305,992 = 0.94486284
北區分區	= [747,013,221	- 269,465,605	- 57,583] /	492,681,549 = 0.96916565
中區分區	= [1,565,376,008	- 516,845,968	- 60,078] /	1,125,964,752 = 0.93117476
南區分區	= [879,868,934	- 314,304,972	- 56,538] /	569,861,157 = 0.99236001
高屏分區	= [975,017,840	- 342,104,854	- 64,472] /	661,514,257 = 0.95666648
東區分區	= [134,694,747	- 33,236,526	- 10,113] /	72,953,570 = 1.39058456

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)

= [6,048,388,510 - 2,046,562,830 - 363,144] / 4,167,281,277 = 0.96020937

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/03

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 24

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)

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

臺北分區	= [1,746,417,760]	÷ [1,244,305,992 + 570,604,905 + 114,360]	= 0.96220025
北區分區	= [747,013,221]	÷ [492,681,549 + 269,465,605 + 57,583]	= 0.98006898
中區分區	= [1,565,376,008]	÷ [1,125,964,752 + 516,845,968 + 60,078]	= 0.95282965
南區分區	= [879,868,934]	÷ [569,861,157 + 314,304,972 + 56,538]	= 0.99507620
高屏分區	= [975,017,840]	÷ [661,514,257 + 342,104,854 + 64,472]	= 0.97143946
東區分區	= [134,694,747]	÷ [72,953,570 + 33,236,526 + 10,113]	= 1.26830962

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)

$$= [6,048,388,510] \div [4,167,281,277 + 2,046,562,830 + 363,144] = 0.97331619$$

6. 中醫門診總額平均點值

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

$$= [6,048,388,510 + 83,064,968 + 11,709,582 + 32,669,493] \div [4,167,281,277 + 2,046,562,830 + 363,144 + 96,501,564 + 32,669,493] \\ = 0.97358730$$

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 + 癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長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)

$$= 28,614,408 + 33,250,000 + 11,925,000 + 6,250,000 + 659,919 + 2,365,641 \\ = 83,064,968$$

=====

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)	=	1,746,417,760
北區分區一般服務預算總額(BD2)	=	747,013,221
中區分區一般服務預算總額(BD2)	=	1,565,376,008
南區分區一般服務預算總額(BD2)	=	879,868,934
高屏分區一般服務預算總額(BD2)	=	975,017,840
東區分區一般服務預算總額(BD2)	=	134,694,747

總計		6,048,388,510
----	--	---------------

(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)= [134,694,747] - [72,953,570 + 33,236,526 + 10,113] × 1.2 = 7,254,496

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

106年第 4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

列印日期：107/05/03

頁 次： 26

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	12,451,958(P) + 當季保留款	7,254,496(T1) =	19,706,454

(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	= 1,746,417,760(BD2) -	0 =	1,746,417,760
修正後北區分區一般服務預算總額	= 747,013,221(BD2) -	0 =	747,013,221
修正後中區分區一般服務預算總額	= 1,565,376,008(BD2) -	0 =	1,565,376,008
修正後南區分區一般服務預算總額	= 879,868,934(BD2) -	0 =	879,868,934
修正後高屏分區一般服務預算總額	= 975,017,840(BD2) -	0 =	975,017,840
修正後東區分區一般服務預算總額	= 134,694,747(BD2) -	7,254,496 =	127,440,251

總計 6,041,134,014

註：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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1608R01

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：107/05/03

106年第 4季

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

頁 次： 27

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	= [1,746,417,760	- 570,604,905-	114,360] /	1,244,305,992 =	0.94486284
北區分區	= [747,013,221	- 269,465,605-	57,583] /	492,681,549 =	0.96916565
中區分區	= [1,565,376,008	- 516,845,968-	60,078] /	1,125,964,752 =	0.93117476
南區分區	= [879,868,934	- 314,304,972-	56,538] /	569,861,157 =	0.99236001
高屏分區	= [975,017,840	- 342,104,854-	64,472] /	661,514,257 =	0.95666648
東區分區	= [127,440,251	- 33,236,526-	10,113] /	72,953,570 =	1.29114466

2. 修正後一般服務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)

$$= [6,041,134,014 \quad - 2,046,562,830 \quad - 363,144] / 4,167,281,277 = 0.95846855$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

106年第 4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:106/10-106/12

核付截止日期:107/03/31

列印日期：107/05/03

頁 次： 28

3. 修正後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)

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

臺北分區	= [1,746,417,760]	÷ [1,244,305,992 + 570,604,905 + 114,360]	= 0.96220025
北區分區	= [747,013,221]	÷ [492,681,549 + 269,465,605 + 57,583]	= 0.98006898
中區分區	= [1,565,376,008]	÷ [1,125,964,752 + 516,845,968 + 60,078]	= 0.95282965
南區分區	= [879,868,934]	÷ [569,861,157 + 314,304,972 + 56,538]	= 0.99507620
高屏分區	= [975,017,840]	÷ [661,514,257 + 342,104,854 + 64,472]	= 0.97143946
東區分區	= [127,440,251]	÷ [72,953,570 + 33,236,526 + 10,113]	= 1.20000000

4. 修正後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)

$$= [6,041,134,014] \div [4,167,281,277 + 2,046,562,830 + 363,144] = 0.97214878$$

5. 修正後中醫門診總額平均點值

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

$$= [6,041,134,014 + 83,064,968 + 11,709,582 + 32,669,493] \div [4,167,281,277 + 2,046,562,830 + 363,144 + 96,501,564 + 32,669,493] \\ = 0.97244367$$

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＋癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長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)

$$= 28,614,408 + 33,250,000 + 11,925,000 + 6,250,000 + 659,919 + 2,365,641 \\ = 83,064,968$$

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月106/09(含)以前:於107/01/01~107/03/31期間核付者。

費用年月106/10~106/12:於106/10/01~107/03/31期間核付者。

程式代號：RGBI0718R01

結算年：106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：106/01-106/12

核付截止日期：107/03/31

印表日期：107/05/02

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) =	5,829,638(T2_1) +	4,227,454(T2_2) +	2,394,866(T2_3) +	7,254,496(T2_4) =	19,706,454

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： 19,706,454(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。

106年第1季分配：	分配金額：	0
106年第2季分配：	分配金額：	0
106年第3季分配：	分配金額：	0
106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

=====

(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。

106年第1季分配：	補助後點值:1.5元	分配金額：	2,990,425
106年第2季分配：	補助後點值:1.5元	分配金額：	3,045,494
106年第3季分配：	補助後點值:1.5元	分配金額：	2,999,175
106年第4季分配：	補助後點值:1.5元	分配金額：	2,382,420

第2階段已分配金額： 11,417,514 尚未分配金額： 8,288,940

(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。

106年第1季分配：	基本承作(論次)費用：	4,286,100	分配金額：	857,220
106年第2季分配：	基本承作(論次)費用：	4,508,000	分配金額：	901,600
106年第3季分配：	基本承作(論次)費用：	3,857,100	分配金額：	771,420
106年第4季分配：	基本承作(論次)費用：	4,369,020	分配金額：	873,804

第3階段-加成部分已分配金額： 3,404,044 尚未分配金額： 4,884,896

(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。

106年第1季分配：	補助後點值:1.2元	分配金額：	1,031,553		
臺北分區＝	146,053	北區分區＝	251,975	中區分區＝	120,070
南區分區＝	191,582	高屏分區＝	321,873	東區分區＝	0
106年第2季分配：	補助後點值:1.2元	分配金額：	1,279,575		
臺北分區＝	182,038	北區分區＝	313,820	中區分區＝	141,407
南區分區＝	238,021	高屏分區＝	404,289	東區分區＝	0
106年第3季分配：	補助後點值:1.2元	分配金額：	1,258,810		
臺北分區＝	193,587	北區分區＝	325,284	中區分區＝	148,655
南區分區＝	247,165	高屏分區＝	400,252	東區分區＝	0
106年第4季分配：	補助後點值:1.2元	分配金額：	1,314,943		
臺北分區＝	177,893	北區分區＝	323,956	中區分區＝	139,159
南區分區＝	225,016	高屏分區＝	392,786	東區分區＝	0
第4階段已分配金額：	4,884,881	尚未分配金額：	15		
臺北分區＝	699,571	北區分區＝	1,215,035	中區分區＝	549,291
南區分區＝	901,784	高屏分區＝	1,519,200	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 15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。

第四案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關擬增修「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標（以下簡稱「品保方案專業指標」）乙案，提請討論。

說明：

一、本案建議修訂品保方案專業指標「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」、「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」等4項之操作型定義，本署於107年3月16日函請中華民國中醫師公會全國聯合會對前述指標提供增修意見，該公會於107年3月30日回函表示目前無附加修訂意見。

二、本次擬修訂指標說明如下(彙整如附件4)：

(一)「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」：排除「案件分類」22(其他專案)、25(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。

(二)「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」：排除條件

1. 職業災害(案件分類 B6)案件。

2. 預防保健(案件分類 A3) 案件。

3. 中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30) 案件。

4. 中醫專款專用案件，符合下列任一條件：

(1)案件分類:25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。

(2)案件分類:22，且任一特定治療項目為 C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH。

(3)任一特定治療項目:JA、JB。

(三)「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」：排除西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫，「案件分類」22 且「特定治療項目」為 C8、JC、JD、J7。

(四)「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」:

1. 中醫門診總額針傷科案件之計算係以中醫針傷科醫令代碼計算，原案件分類:26、27、29 應予刪除。
2. 排除中醫專款專用案件(「案件分類」22 且「特定治療項目」為 JC、JD、JE、JF、JG、JH)。
3. 配合支付標準增修中醫針傷科處置醫令，擬將醫令代碼「B80、B81、B82、B83、 B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、 B94 增列至本指標計算公式及說明。

三、擬依本次會議決議辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業事宜。

附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標修訂項目彙整表

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
3. 專業醫療服務品質						
使用中醫師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%。	資料分析	保險人	<p>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、A3、<u>22、25</u>案件)。</p> <p>2. 公式說明： 分子：按各區及病人ID歸戶，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。 分母：各區給藥案件之給藥日份加總。 ※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>	建議新增排除案件分類22(其他專案)、25(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)

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
使用中醫師門診者之平均中醫就診次數	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	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<u>巡迴醫療</u>之如下案件：</p> <p>(1) <u>職業災害(案件分類B6)</u></p> <p>(2) <u>預防保健(案件分類A3)</u></p> <p>(3) <u>中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30)</u></p> <p>(4) <u>中醫專款專用：符合下列任一條件：</u></p> <p><u>A 案件分類:25(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)</u></p> <p><u>B 案件分類:22且任一特定治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH。</u></p> <p><u>C任一特定治療項目為JA、JB。</u></p> <p>2. 公式說明： 分子：各區中醫門診總額診察費大於0且排除</p>	<p>一、建議增修排除條件：</p> <p>(一)職業災害(案件分類 B6) 案件。</p> <p>(二)預防保健(案件分類 A3) 案件。</p> <p>(三)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30) 案件。</p> <p>(四)中醫專款專用案件，符合下列任一條件：</p> <p>1. 案件分類:25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。</p> <p>2. 案件分類:22,且任一特定治療項目為C8(腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療)、J7(腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫)、J9(中醫提升孕產照護品質計畫)、JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療) JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)</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
					<p>巡迴醫療之 <u>就診</u>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<u>就診</u>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。</p>	<p>JE(乳癌患者中醫門診加 強照護醫療) JF(肝癌患者中醫門診加 強照護醫療) JG(兒童過敏性鼻炎照護 計畫) JH(癌症化療、放射線療法 患者中醫門診延長照護試 辦計畫)。 3. 任一特定治療項目:JA (收 容對象醫療服務計畫—矯 正機關內門診)、JB (收容 對象醫療服務計畫—戒護 就醫)。</p>
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 %。	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：所有屬中醫總額 就醫且診察費>0之門診案 件，<u>排除西醫住院病患中醫特 定疾病輔助醫療計畫之案件(</u> <u>案件分類：22且特定治療項目</u> <u>為C8、JC、JD、J7)。</u> 2. 公式說明： 分子：按各區、病人ID歸 戶，計算同一人隔日</p>	<p>建議新增排除「西醫住院病患 中醫特定疾病輔助醫療計畫」 之案件 「案件分類：22(中醫其他案 件)」且特定治療項目為 『C8(腦血管疾病西醫住院病 患中醫輔助醫療)』、『JC(顱 腦損傷西醫住院病患中醫輔 助醫療)』、『JD(脊髓損傷西</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
					就診之筆數。 分母：各區申報總件數。 3. 指標計算：分子 / 分母。	醫住院病患中醫輔助醫療)』及『J7(腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療)』」。
於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率	自97年第3季起每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	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 排除案件分類22且特定治療項目為JC、JD、JE、JF、JG、JH。) 2. 公式說明： 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。 分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。 ※中醫針傷科醫令代碼： B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、 <u>B80、B81、B82、B83、B84、B85、</u>	一、資料範圍： (一) 本指標非以案件分類26、27、29計算，係以中醫針傷科醫令代碼計算。 (二) 建議新增排除案件分類22且特定治療項目為JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」、「JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」、「JE(乳癌患者中醫門診加強照護醫療)」、「JF(肝癌患者中醫門診加強照護醫療)」、「JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)」、「JH(癌症化療、放射線療法患者中醫門診延

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><u>B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94</u>。(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>長照護試辦計畫)」。</p> <p>二、公式說明：配合支付標準增修中醫針傷科處置醫令，爰於中醫針傷科醫令代碼增列「B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94」。</p>

肆、討論事項

討論案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：有關「107 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」附件 1-1 及 1-2 施行區域修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依據中醫門診醫療服務審查執行會 1 月 21 日第 28 次會議決議辦理。
- 二、「臺南市安定區」原列於方案附件 1-2 施行區域一覽表(二)，開業診所已於 107 年 2 月停業，建請改列於附件 1-1，施行區域一覽表(一)。

健保署意見：

- 一、107 年本方案施行地區為無中醫鄉鎮(原方案附件 1-1)及僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮(原方案附件 1-2)。
- 二、查臺南市安定區於 107 年 2 月 17 日已無開業之中醫診所，屬適用本方案無中醫鄉鎮之地區，故同意中醫全聯會建議，將原方案施行地區屬僅有一家中醫醫事服務機構之臺南市安定區改列為無中醫鄉鎮。
- 三、另於 107 年度本方案施行期間，若原非屬方案施行地區之鄉鎮區，因當地中醫醫事服務機構異動，使其符合方案施行地區條件者，建議依 107 年本方案四、施行地區(四)之規定，由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，即開放符合本方案申請資格之中醫師申請。不另行公告修正附件 1-1 及 1-2。

決議：