



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 108 年第 1 次研商議事會議

108 年 2 月 21 日 (星期四)
本署 9 樓第 1 會議室

108 年第 1 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、「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明	報 1-1
二、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 2-1
三、中醫門診總額執行概況報告	報 3-1
四、107 年第 3 季點值結算結果報告	報 4-1

肆、討論事項

一、中醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂案(草案)	討 1-1
二、108 年度「中醫急症處置計畫」修訂案(草案)	討 2-1
三、修訂全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案(草案)	討 3-1
四、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案	討 4-1

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4次 會議紀錄

時間：107年11月15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)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

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
干代表文男	干文男	陳代表憲法	陳憲法
王代表惠玄	王惠玄	陳代表博淵	陳博淵
朱代表日僑	蘇芸蒂(代)	陳代表建霖	陳建霖
呂代表世明	呂世明	黃代表光華	請假
巫代表雲光	巫雲光	黃代表怡超	請假
李代表純馥	李純馥	黃代表科峯	黃科峯
柯代表富揚	柯富揚	黃代表俊傑	黃俊傑
施代表純全	蔡三郎(代)	黃代表頌儼	黃頌儼
胡代表文龍	胡文龍	黃代表蘭嫻	請假
許代表中華	請假	楊代表禾	陳志超(代)
許代表怡欣	許怡欣	詹代表永兆	詹永兆
洪代表啟超	洪啟超	劉代表富村	劉富村
陳代表旺全	陳旺全	羅代表永達	羅永達
陳代表瑞瑛	請假	羅代表莉婷	羅莉婷

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	孫嘉敏
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
衛生福利部中醫藥司	黃彥豪、林聖傑
台灣醫院協會	吳洵伶

中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、賴宛而、李敬
本署臺北業務組	馮震華、賴美雪、林勢傑
本署北區業務組	林巽音、陳盈庭
本署中區業務組	林淑惠
本署南區業務組	郭碧雲
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	曾玫富、陳宛均
本署資訊組	李冠毅
本署企劃組	吳千里
本署醫務管理組	劉林義、洪于淇、王玲玲、 韓佩軒、鄧家佩、吳柏彥、 林 蘭、邵子川、鄭正義

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，並請中華民國中醫師公會全國聯合會加強推動全民健康保險中醫急症處置計畫。

第三案：107年第2季點值結算結果報告

決定：

一、一般服務部門點值確認如下表：

分區 \ 項目	浮動點值	平均點值
---------	------	------

分區 \ 項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.86885078	0.91144283
北區	0.91688722	0.94728341
中區	0.87183434	0.91381661
南區	0.93692458	0.96011194
高屏	0.92256887	0.94986590
東區	1.29424614	1.20000000
全區	0.90024202	0.93423592

二、將辦理後續點值公布、結算事宜。

第四案:108年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案

決定:

- 一、108年點值保障項目比照107年度，除藥費採每點1元支付外，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點1元支付，將報請健保會同意後實施。
- 二、108年各季預算按102~106年各季核定點數占率計算如下:第1季23.159753%、第2季25.411420%、第3季25.591955%、第4季25.836872%。

第五案:108年中醫門診總額研商議事會議召開會議時程案

決定：會議時程如下表，請代表預留時間。

會議名稱	第1次會議	第2次會議	第3次會議	第4次會議	第1次臨時會
會議日期	02.21 星期四	05.16 星期四	08.15 星期四	11.14 星期四	12.5 星期四

肆、討論案

第一案：「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」修訂案

決議：

- 一、同意新增行動支付獎勵指標，凡基層院所於當年12月底前向所轄分區業務組提出至少1筆保險對象使用行動支付證明，加計5%。
- 二、申報資料擷取及相關單位提供指標資料時點，從次年3月底分別提前至次年1月底及次年2月底，以利結算時效。
- 三、第柒條不予核發品質保證保留款之條文，增修訂如下示：
 - (一) 當年度在前一年12月每萬人口中醫師數3.0以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。
 - (二) 中醫門診特約醫事服務機構當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36至第40條等所列違規情事之一，並經處分者(以第1次處分日期認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分)。
- 四、新增「申報2年內無看診患者比率(A90)，占全年看診人數超過10%」加計指標未獲共識，緩議。
- 五、本案將報衛生福利部核定後辦理後續公告事宜。

第二案：「108年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」修訂案

決議：

- 一、修訂重點如下：
 - (一) 方案施行地區調查統計截止日期由8月31日調整至10月31日。
 - (二) 獎勵開業計畫申請資格：新增健保申報金額(含部分負擔)最近12個月平均申報金額大於15萬點，但符合中醫負責醫師訓練計畫之院所醫師且受訓滿兩年者，不受此限。
 - (三) 獎勵開業管理原則：第7個月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度者，除折付保障額度金額

外，若連續 2 個月未達保障額度，需自次月起於該開業鄉鎮提供 1 至 2 點巡迴醫療服務計畫；若因特殊狀況未能於該開業鄉鎮提供巡迴醫療計畫，得專案向分區業務組申請至鄰近施行地區辦理。

- (四) 巡迴醫療服務計畫變更程序改與計畫申請程序一致，統一向中醫全聯會申請審查後，中醫全聯會再將評估結果送請保險人分區業務組核定。
- (五) 巡迴醫療服務計畫論次支付方式：刪除離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務船程 20 分鐘以內之論次支付點數折付相關規定。
- (六) 巡迴醫療服務計畫之門診日報表與論次費用申請表資料上除期限統一為次月 20 日前。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第三案：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案

決議：

- 一、 「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「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」及「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」五項指標之參考值以前五年同季平均值正負 20% 為監測值修正。
- 二、 有關「兩年內初診患者人數比率」指標之操作型定義，依本次與會代表意見請中華民國中醫師公會全聯會提供操作型定義，提下次會議討論。
- 三、 俟「兩年內初診患者人數比率」指標之操作型定義決議，併同本次與上一次會議決議一併報部，辦理後續行政事宜。

第四案：全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫條文修正案

決議：

- 一、 修訂重點如下：

- (一) 「每日藥費」支付點數調升 2 點。
- (二) 第四章、第五章、第六章、第八章「針灸、傷科及脫臼整復」支付點數調升 12 點。
- (三) 修訂支付標準通則五「內含複雜性傷科處置之每位專任醫師每月申報上限」，由 30 人次調升為 60 人次。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

第五案：全民健康保險中醫門診總額癌症患者加強照護整合方案修訂案

決議：

一、修訂重點如下：

- (一) 同意放寬乳癌適應症及肝癌適應症。
- (二) 同意配合療程放寬「疾病管理照護費」及「生理評估費」申報期限，由 90 日放寬為 60 日。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

伍、臨時動議：108 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案

決議：

- 一、本案因將於本(107)年 11 月 16 日召開之全民健康保險會第 3 屆 107 年第 10 次委員會議提案討論分配原則，如獲共識，則依本次提案內容通過(本案業於當次會議討論通過)。
- 二、108 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫修訂如附件 1，將辦理後續行政事宜。

陸、散會：16 時 28 分

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明

報告事項第二案

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_4_報(3)_107年 第2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_4_報(4)_ 「中醫門診總額一 般服務預算四季重 分配」暨點值保障項 目	108年點值保障項目同 107年項目，後續將提報 健保會同意後實施。	108年點值保障項 目業經107年12月 21日召開之全民健 康保險會第3屆 107年第11次委員 會議同意。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 列管 <input type="checkbox"/> 繼續 列管
3	107_4_討(1)_ 修訂 「中醫門診總額品 質保證保留款實施 方案」案	同意修訂內容，將依程 序辦理後續行政事宜。	1. 依據健保會107 年第11次委員 會議之附帶決議 略以，委員不同 意將推廣「行動 支付」等與醫療 品質無關之項 目，納為各總額 部門品質保證保 留款實施方案之 獎勵指標。 2. 本案列為討論案 第1案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 列管 <input type="checkbox"/> 繼續 列管
4	107_4_討(2)_ 修訂 「108年度中醫門診 總額醫療資源不足 地區改善方案」案	同意修訂內容，將依程 序辦理後續行政事宜。	修正內容已於107 年12月26日公告。	<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
5	107_4_討(3)_ 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案	有關「兩年內初診患者人數比率」指標之操作型定義，依本次與會代表意見請中華民國中醫師公會全聯會提供操作型定義，提下次會議討論	已併本次會議討論事項第4案辦理。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
6	107_4_討(4)_ 修訂「全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫條文修正案」	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容已報部核定中。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
7	107_4_討(5)_ 修訂「全民健康保險中醫門診總額癌症患者加強照護整合方案」	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容已於108年1月7日公告。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
8	107_4 臨時動議： 108 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	本案將於本(107)年 11 月 16 日召開之全民健康保險會第 3 屆 107 年第 10 次委員會議提案討論分配原則。	已於本(107)年 11 月 16 日召開之全民健康保險會第 3 屆 107 年第 10 次委員會議提案討論通過。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

報告事項第三案

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（附件報 2-1）

決定：

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：107年第3季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、第3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107年第3季結算結果說明如下（附件2）：
 - （一）各區點值如下表：

結算季別	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
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
107年第3季	浮動點值	0.8533	0.9115	0.8574	0.9613	0.9021	1.2577	0.8903
	平均點值	0.9015	0.9442	0.9045	0.9749	0.9370	1.1753	0.9277

（二）中醫專案計畫：

醫療試辦計畫	107Q3 單位:千元			
	當季預算數	當季暫結金額	未支用金額	當季浮動
	A (註1)	D	(D)-(A)	點值
1. 醫療資源不足地區改善方案	44,254	31,304	12,949	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	32,500	40,960	-8,460	0.7834
3. 提升孕產照護品質計畫	15,000	18,027	-3,027	0.8321
4. 癌症患者加強照護整合方案	25,750	29,914	-4,164	0.8512
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	11,372	3,035	8,338	1.0000
6. 中醫急症處置計畫(註2)	14,988	192	14,796	1.0000
7. 品質保證保留款(另行結算)	46,406			
合計	190,269	123,431		25%

註1. 各項專款當季預算數含前一季未支用金額。

註2. 急診處置計畫自107年5月1日公告施行，另品質保證保留款採全年預算列計。

（三）擬俟會議確認後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

程式代號：RGBI1708R01

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：108/02/01

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07-107/09

核付截止日期:107/12/31

頁 次： 1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)107年第3季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

=107年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G107合計) × 各季預算占率(h_q3)

= 24,303,559,913 × 25.388037%(h_q3)

= 6,170,196,783 (D1)

註：

1. 依據106年11月16日「中醫門診總額研商議事會議」106年第4次會議決定，以101-105年(近五年)之各季核定點數平均占率做為107年各季預算重分配之依據。107年各季預算占率分別為：第1季：23.166979%，第2季：25.405122%，第3季：25.388037%，第4季：26.039862%。

2. 107年全年地區一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G107合計)為24,303,559,913元，各季調整後預算如下：

107年第1季預算5,914,873,998元，調整後預算為5,630,400,621元 = 24,303,559,913 × 23.166979%(h_q1)。

107年第2季預算6,057,047,786元，調整後預算為6,174,349,046元 = 24,303,559,913 × 25.405122%(h_q2)。

107年第3季預算5,985,941,126元，調整後預算為6,170,196,783元 = 24,303,559,913 × 25.388037%(h_q3)。

107年第4季預算6,345,697,003元，調整後預算為6,328,613,463元

=	107年全年預算—	107年第1季預算—	107年第2季預算—	107年第3季預算
=	24,303,559,913元—	5,630,400,621元—	6,174,349,046元—	6,170,196,783元
=		6,328,613,463元。		

(二)107年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G107合計)

項目	105年各季 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%)	105年各季校正 投保人口數預估 成長率差值 (PEOP105)	107年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q107) =(Q106+PEOP105) ×(1+3.000%)	106年 品質保證 保留款 (C106)	107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_G107) =(Q107-C106)	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額 B3
第1季	5,519,653,839	29,594,349	5,731,873,946	16,109,788	5,920,423,246	5,549,248	5,914,873,998	31,232,238
第2季	5,663,148,319	22,435,537	5,872,696,421	13,452,482	6,062,733,370	5,685,584	6,057,047,786	39,781,684
第3季	5,585,243,310	24,284,110	5,794,136,967	22,902,502	5,991,550,653	5,609,527	5,985,941,126	42,197,353
第4季	5,943,856,930	17,370,269	6,157,411,186	9,247,290	6,351,658,230	5,961,227	6,345,697,003	0
合計	22,711,902,398	93,684,265	23,556,118,520	61,712,062	24,326,365,499	22,805,586	24,303,559,913	113,211,275

註：

- 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%)
- 107年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q107)
= (106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q106)+105年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP105)) × (1+3.000%)。
※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%。
- 依據「107年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式計畫」，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依前開計畫進行預算分配。
- 106年品質保證保留款(C106)
= (105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(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106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後106年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正「投保人口預估成長率」差值。

二、專款專用費用總額

(一) 醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 135,600,000

第1季:預算=135,600,000/4= 33,900,000

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 : 5,432,853(J1) (浮動點數 : 3,927,421 ; 非浮動點數 : 1,505,432)

(2) 獎勵開業保障給付收入 : 9,744,535(J2)

(3) 獎勵開業論次費用 : 72,800(J3)

(4) 小計已支用點數(J1+J3) : 5,505,653(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 9,817,335(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 : 1,511,602(J6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數 : 15,602,000(J7)

(3) 小計已支用點數 : 17,113,602(J8) 暫結金額= 1元/點× 17,113,602(J8)= 17,113,602(J9)

3. 合計:

已支用點數: 22,619,255(J4+J8)

暫結金額 : 26,930,937(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 33,900,000 - 26,930,937= 6,969,063

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 6,969,063= 40,869,063

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 : 6,286,998(K1) (浮動點數 : 4,790,626 ; 非浮動點數 : 1,496,372)

(2) 獎勵開業保障給付收入 : 10,243,066(K2)

(3) 獎勵開業論次費用 : 193,280(K3)

(4) 小計已支用點數(K1+K3) : 6,480,278(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 10,436,346(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 : 1,924,637(K6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數 : 18,154,537(K7)

(3) 小計已支用點數 : 20,079,174(K8) 暫結金額= 1元/點× 20,079,174(K8)= 20,079,174(K9)

3. 合計:

已支用點數: 26,559,452(K4+K8)

暫結金額 : 30,515,520(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 40,869,063 - 30,515,520= 10,353,543

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 10,353,543= 44,253,543

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： 6,658,974(L1) (浮動點數： 4,883,201；非浮動點數： 1,775,773)
 (2)獎勵開業保障給付收入： 10,622,661(L2)
 (3)獎勵開業論次費用： -38,480(L3)
 (4)小計已支用點數(L1+L3)： 6,620,494(L4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(L3)= 10,584,181(L5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 2,040,170(L6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 18,679,860(L7)
 (3)小計已支用點數： 20,720,030(L8) 暫結金額= 1元/點× 20,720,030(L8)= 20,720,030(L9)

3. 合計:

已支用點數： 27,340,524(L4+L8)
 暫結金額： 31,304,211(L10=L5+L9)
 未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 44,253,543 - 31,304,211= 12,949,332

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 12,949,332= 46,849,332

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 0

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

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

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

3. 合計:

已支用點數： 0(M4+M8)
 暫結金額： 0(M10=M5+M9)
 未支用金額= 第4季預算 - 第4季暫結金額= 46,849,332 - 0= 46,849,332

=====

全年合計：全年預算＝135,600,000

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： 18,378,825(N1) (浮動點數： 13,601,248；非浮動點數： 4,777,577)

(2) 獎勵開業保障給付收入： 30,610,262(N2)

(3) 獎勵開業論次費用： 227,600(N3)

(4) 小計已支用點數(N1+N3)： 18,606,425(N4) 結算金額＝獎勵開業保障給付收入＋論次費用結算金額＝30,837,862(N5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1) 中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 5,476,409(N6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數： 52,436,397(N7)

(3) 小計已支用點數： 57,912,806(N8) 結算金額＝57,912,806(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： 76,519,231(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)： 88,750,668

全年未支用金額＝全年預算－全年結算金額＝135,600,000－88,750,668＝46,849,332

註：依據「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」，本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=130,000,000

第1季:預算= 130,000,000/4= 32,500,000

	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：	29,842,253(V01)	28,298,399(VF01)	1,543,854(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,974,036(V02)	3,803,534(VF02)	170,502(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,592,239(V03)	1,526,714(VF03)	65,525(VN03)
(4)小計：	35,408,528(V04)	33,628,647(VF04)	1,779,881(VN04)

已支用點數= 35,408,528

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 35,408,528

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 32,500,000 - 35,408,528= -2,908,528

浮動點值= (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (32,500,000 - 1,779,881) / 33,628,647 = 0.91351041

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 130,000,000/4+ 0= 32,500,000

	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：	34,619,781(W01)	32,928,479(WF01)	1,691,302(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,643,219(W02)	4,447,752(WF02)	195,467(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,860,531(W03)	1,746,708(WF03)	113,823(WN03)
(4)小計：	41,123,531(W04)	39,122,939(WF04)	2,000,592(WN04)

已支用點數= 41,123,531

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 41,123,531

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 32,500,000 - 41,123,531= -8,623,531

浮動點值= (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (32,500,000 - 2,000,592) / 39,122,939 = 0.77957865

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R01

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：108/02/01

107年第3季

結算主要費用年月起迄：107/07-107/09

核付截止日期：107/12/31

頁次：7

第3季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 130,000,000/4+ 0= 32,500,000

	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：	34,692,348(X01)	33,057,611(XF01)	1,634,737(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,642,653(X02)	4,448,379(XF02)	194,274(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,624,527(X03)	1,546,362(XF03)	78,165(XN03)
(4)小計：	40,959,528(X04)	39,052,352(XF04)	1,907,176(XN04)

已支用點數= 40,959,528

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 40,959,528

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 32,500,000 - 40,959,528 = -8,459,528

浮動點值= (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (32,500,000 - 1,907,176) / 39,052,352 = 0.78337981

第4季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 130,000,000/4+ 0= 32,500,000

	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：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)小計：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)

已支用點數= 0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 32,500,000 - 0 = 32,500,000

全年合計：全年預算= 130,000,000

	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：	99,154,382(Z01)	94,284,489(ZF01)	4,869,893(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	13,259,908(Z02)	12,699,665(ZF02)	560,243(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,077,297(Z03)	4,819,784(ZF03)	257,513(ZN03)
(4)小計：	117,491,587(Z04)	111,803,938(ZF04)	5,687,649(ZN04)

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)= 97,500,000

未支用金額= 全年預算 - 第1-4季已暫結金額= 130,000,000 - 97,500,000 = 32,500,000

註：依據「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

=====

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算 = 60,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 60,000,000 / 4 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 14,091,202$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 14,091,202$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 15,000,000 - 14,091,202 = 908,798$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 60,000,000 / 4 + 908,798 = 15,908,798$$

$$\text{已支用點數} = 17,040,472$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 17,040,472$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 15,908,798 - 17,040,472 = -1,131,674$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (15,908,798 - 0) / 17,040,472 = 0.93358905$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 60,000,000 / 4 + 0 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 18,026,930$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 18,026,930$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 15,000,000 - 18,026,930 = -3,026,930$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (15,000,000 - 0) / 18,026,930 = 0.83208844$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 60,000,000 / 4 + 0 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

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

全年合計:

$$\text{全年預算} = 60,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 49,158,604$$

$$\text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} = 45,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{第1-4季已暫結金額} = 60,000,000 - 45,000,000 = 15,000,000$$

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

=====

(四)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=103,000,000

第1季:

預算= 103,000,000/4=25,750,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數:	12,010,166	10,189,107	1,821,059
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數:	8,048,562	8,048,562	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數:	1,210,679	1,210,679	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數:	894,814	894,814	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數:	725,545	725,545	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數:	1,514,255	1,412,149	102,106
(7)小計:	24,404,021	22,480,856	1,923,165

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 24,404,021

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 25,750,000 - 24,404,021 = 1,345,979

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 103,000,000/4+ 1,345,979= 27,095,979

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數:	12,088,412	10,238,657	1,849,755
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數:	9,160,709	9,160,709	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數:	1,148,166	1,148,166	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數:	1,999,080	1,999,080	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數:	1,707,190	1,707,190	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數:	1,935,474	1,792,409	143,065
(7)小計:	28,039,031	26,046,211	1,992,820

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 28,039,031

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 27,095,979 - 28,039,031 = -943,052

浮動點值= (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (27,095,979 - 1,992,820) / 26,046,211 = 0.96379312

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/02/01

107年第 3季

結算主要費用年月起迄:107/07-107/09

核付截止日期:107/12/31

頁次：10

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 103,000,000/4+ 0= 25,750,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：	12,376,403	10,601,418	1,774,985
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	9,311,052	9,311,052	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	1,158,005	1,158,005	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,275,279	2,275,279	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,164,775	2,164,775	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	2,628,448	2,465,309	163,139
(7)小計：	29,913,962	27,975,838	1,938,124

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 29,913,962

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 25,750,000 - 29,913,962= -4,163,962

浮動點值= (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (25,750,000 - 1,938,124) / 27,975,838 = 0.85115863

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 103,000,000/4+ 0= 25,750,000

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

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 25,750,000 - 0= 25,750,000

全年合計：

全年預算= 103,000,000

已支用點數= 82,357,014

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

= 24,404,021 + 27,095,979 + 25,750,000 + 0 = 77,250,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 103,000,000 - 77,250,000 = 25,750,000

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

=====

(五)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算 = 20,000,000

第1季:

預算 = 20,000,000/4 = 5,000,000

已支用點數 = 1,501,677 (浮動點數: 1,085,979 非浮動點數: 415,698)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,501,677

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 5,000,000 - 1,501,677 = 3,498,323

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,000,000 + 3,498,323 = 8,498,323

已支用點數 = 2,125,989 (浮動點數: 1,502,578 非浮動點數: 623,411)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,125,989

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 8,498,323 - 2,125,989 = 6,372,334

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,000,000 + 6,372,334 = 11,372,334

已支用點數 = 3,034,650 (浮動點數: 2,151,807 非浮動點數: 882,843)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,034,650

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 11,372,334 - 3,034,650 = 8,337,684

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,000,000 + 8,337,684 = 13,337,684

已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 13,337,684 - 0 = 13,337,684

全年合計:

全年預算 = 20,000,000

已支用點數 = 6,662,316

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

= 1,501,677 + 2,125,989 + 3,034,650 + 0 = 6,662,316

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 20,000,000 - 6,662,316 = 13,337,684

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

=====

(六)中醫急症處置計畫 全年預算 = 20,000,000

第1季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= 20,000,000/4 = 5,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 0 \quad (\text{浮動點數: } 0 \quad \text{非浮動點數: } 0) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 5,000,000 - 0 = 5,000,000 \end{aligned}$$

第2季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 5,000,000 = 10,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 11,966 \quad (\text{浮動點數: } 11,768 \quad \text{非浮動點數: } 198) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 11,966 \\ \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 10,000,000 - 11,966 = 9,988,034 \end{aligned}$$

第3季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 9,988,034 = 14,988,034 \\ \text{已支用點數} &= 191,796 \quad (\text{浮動點數: } 190,775 \quad \text{非浮動點數: } 1,021) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 191,796 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 14,988,034 - 191,796 = 14,796,238 \end{aligned}$$

第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 14,796,238 = 19,796,238 \\ \text{已支用點數} &= 0 \quad (\text{浮動點數: } 0 \quad \text{非浮動點數: } 0) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 19,796,238 - 0 = 19,796,238 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 20,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 203,762 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 0 + 11,966 + 191,796 + 0 = 203,762 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 203,762 = 19,796,238 \end{aligned}$$

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

=====

(七)品質保證保留款:(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+107年編列之品質保證保留款預算

= (105年第1-4季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(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%)+23,600,000

= (5,519,653,839 + 29,594,349) × 0.10% + (5,663,148,319 + 22,435,537) × 0.10% + (5,585,243,310 + 24,284,110) × 0.10%

+ (5,943,856,930 + 17,370,269) × 0.10% + 23,600,000

= 5,549,248 + 5,685,584 + 5,609,527 + 5,961,227 + 23,600,000

= 46,405,586

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)與107年度之品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用(計46.4百萬元)。

三、一般服務費用總額(註1)

(一)扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算

調整後地區一般服務醫療給付費用總額 6,170,196,783 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 42,197,353 (B3)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算 6,127,999,430 (E)

各分區醫療資源不足地區改善方案_論量計酬：

就醫分區	浮動點數	非浮動點數	合計	論量計酬結算金額
臺北	3,673,295	1,459,164	5,132,459	5,132,459
北區	5,826,259	2,538,969	8,365,228	8,365,228
中區	2,378,086	886,520	3,264,606	3,264,606
南區	2,699,525	1,023,839	3,723,364	3,723,364
高屏	7,391,050	3,006,286	10,397,336	10,397,336
東區	8,291,082	3,023,278	11,314,360	11,314,360
合計	30,259,297	11,938,056	42,197,353(B2)	42,197,353(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% = 6,127,999,430 × 2.22% = 136,041,587 (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% - 9,000,000 = 5,982,957,843 (加總後四捨五入至整數位) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 69% = 5,982,957,843 × 69% = 4,128,240,912 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 11% = 5,982,957,843 × 11% = 658,125,363 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,982,957,843 × 9% = 538,466,206 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,982,957,843 × 5% = 299,147,892 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,982,957,843 × 5% = 299,147,892 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 5,982,957,843 - 4,128,240,912 - 658,125,363 - 538,466,206 - 299,147,892 = 59,829,578

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q3+97Q3+98Q3		106年8月		106年7~9月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 =(Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	各區就醫 次數比率加總 (a)	全區 就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後 指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	4,067,660,394	29.9898%	7,647,405	33.2400%	992,852.353540		30.1956%	30.7350%
北區	1,666,787,981	12.2888%	3,720,748	16.1725%	448,572.025176		13.6424%	13.8861%
中區	3,666,236,032	27.0302%	4,566,063	19.8467%	841,702.811646		25.5987%	26.0560%
南區	1,942,046,149	14.3182%	3,359,793	14.6036%	451,050.333946		13.7178%	13.9628%
高屏 東區	2,220,761,046	16.3730%	3,712,605	16.1372%	496,186.193374 57,709.282092		15.0905%	15.3601%
小計	13,563,491,602	100.0000%	23,006,614	100.0000%	3,288,072.999774	3,288,073	98.2450%	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

107年第 3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:107/07-107/09

核付截止日期:107/12/31

列印日期：108/02/01

頁次：16

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	106年7~9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	-0.000475	0.048027	-0.048502	1	0.00	4,067,660,394	4,067,660,394	30.2060%
北區	-0.000497	0.054692	-0.055189	3	0.00	1,666,787,981	1,666,787,981	12.3774%
中區	-0.004756	0.049551	-0.054307	2	0.00	3,666,236,032	3,666,236,032	27.2251%
南區	0.001208	0.059311	-0.058103	5	-0.05	1,942,046,149	1,844,943,842	13.7004%
高屏	0.024500	0.081571	-0.057071	4	0.00	2,220,761,046	2,220,761,046	16.4911%
小計						13,563,491,602	13,466,389,295	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	107年5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	-0.000105	4,067,660,394	4,067,233,290	29.9840%
北區	0.010622	1,666,787,981	1,684,492,603	12.4182%
中區	-0.006882	3,666,236,032	3,641,004,996	26.8419%
南區	-0.002242	1,942,046,149	1,937,692,082	14.2849%
高屏	0.006067	2,220,761,046	2,234,234,403	16.4710%
小計		13,563,491,602	13,564,657,374	100.0000%

(五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	29.9898%	33.2400%	30.7350%	30.2060%	29.9840%
北區	12.2888%	16.1725%	13.8861%	12.3774%	12.4182%
中區	27.0302%	19.8467%	26.0560%	27.2251%	26.8419%
南區	14.3182%	14.6036%	13.9628%	13.7004%	14.2849%
高屏	16.3730%	16.1372%	15.3601%	16.4911%	16.4710%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註9)：

$$\begin{aligned}
 \text{第3季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 59,829,578 - 12,967,444 \\
 &= 46,862,134
 \end{aligned}$$

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	0.86885078	31,935,081	4,188,255
北區	0.91688722	12,161,632	1,010,789
中區	0.87183434	25,959,999	3,327,178
南區	0.93692458	45,016,537	2,839,435
高屏	0.92256887	20,686,595	1,601,787
小計		135,759,844	12,967,444(M1)

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 9,000,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\
 &= 9,000,000 - 338,697 \\
 &= 8,661,303 \text{ (Gh)}
 \end{aligned}$$

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	0.86885078	0	0
北區	0.91688722	0	0
中區	0.87183434	0	0
南區	0.93692458	2,646,688	166,940
高屏	0.92256887	2,218,181	171,757
小計		4,864,869	338,697(R1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI1708R01

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：108/02/01

107年第3季

結算主要費用年月起迄：107/07-107/09

核付截止日期：107/12/31

頁次：19

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD2)=第3季預算Ga+ 第3季預算Gb+ 第3季預算Gc+ 第3季預算Gd+ 第3季預算Ge+ 第3季預算Gf+臺北、北區風險基金分配款Gh。

分區	預算(Ga) =GAx指標1占率	預算(Gb) =GBx指標2占率	預算(Gc) =GCx指標3占率	預算(Gd) =GDx指標4占率	預算(Ge) =GEx指標5占率	第3季預算(Gf) =Nx指標1占率	臺北、北區 風險基金分 配款 (Gh)	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,238,051,193	218,760,871	165,497,588	90,360,612	89,696,504	14,053,860	4,763,717	1,821,184,345
北區	507,311,269	106,435,324	74,771,956	37,026,731	37,148,784	5,758,794	3,897,586	772,350,444
中區	1,115,871,775	130,616,166	140,302,755	81,443,313	80,296,978	12,666,929		1,561,197,916
南區	591,089,790	96,109,996	75,184,959	40,984,458	42,732,977	6,709,814		852,811,994
高屏	675,916,885	106,203,006	82,708,948	49,332,778	49,272,649	7,672,737		971,107,003
小計	4,128,240,912	658,125,363	538,466,206	299,147,892	299,147,892	46,862,134	8,661,303	5,978,651,702

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：108/02/01

107年第3季

結算主要費用年月起迄：107/07—107/09

核付截止日期：107/12/31

頁次：20

(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
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	0	0	0	0	0	0
合計(BD_106)	5,063,586,368	2,140,304,253	4,450,685,707	2,470,475,773	2,769,175,469	16,894,227,570
107年 第1季	1,613,601,972	687,482,800	1,435,923,737	822,004,700	910,478,734	5,469,491,943
第2季	1,803,812,347	764,886,947	1,565,710,114	868,125,382	982,288,893	5,984,823,683
第3季	1,821,184,345	772,350,444	1,561,197,916	852,811,994	971,107,003	5,978,651,702
第4季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_107)	5,238,598,664	2,224,720,191	4,562,831,767	2,542,942,076	2,863,874,630	17,432,967,328
預算成長率	3.46%	3.94%	2.52%	2.93%	3.42%	3.19%

※預算成長率 = $\left[\frac{107\text{年全年分區預算}(BD_{107})}{106\text{年全年分區預算}(BD_{106})} - 1 \right] \times 100\%$ 。

註：

- 依據「107年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」辦理。
- 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
- 為避免東區分區及其他5分區一般服務預算總額加總後與調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = 調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1) - 東區分區一般服務預算總額(D6)。
- 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。
- 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
 (1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總($\Sigma Ai2$)。
 (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。

6. 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

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

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

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

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

(1)保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。

(2)人數利用率成長率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(106年該季/105年同期)-1。

(3)醫療費用點數成長率(r)：(106年該季申報醫療費用點數/105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： \sum 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。

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

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

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

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

= -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 ≤ 全國平均值：

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

= +5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

= 各分區 \sum 各鄉鎮市區權值(dr_peop)。

※成長率之計算係與前季季中比較。

9. 指標6:「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

(3) 條件說明:

a. 偏鄉定義為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) 107年度自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,600萬元,每季900萬元。

(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) 當季撥付風險基金院所後之剩餘款餘額,55%分配予臺北分區,45%分配予北區分區。

11. 若五分區全年預算與前一年比較呈現負成長,則由其他分區按比例撥補至零成長,其操作定義及撥補程序如下:

(1) 操作定義:

a. 各分區全年預算 $Ty = \sum$ 該區各季 $Ts + \sum$ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

b. 成長率 $= (107年該區yT / 106年該區yT) - 1$ 。

c. 各分區撥補比例 $= (分母各區Ty) / \sum (成長率大於0之分區Ty)$ 。

(2) 撥補程序

a. 於107年第四季結算時,由「成長率大於0之分區」,各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」,使全年預算 Ty 負成長之分區補至零成長。

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

四、一般服務各分區浮動點值之計算

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

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1,355,999,394(BF)	663,987,052(BG)	101,129(BJ)
2-北區分區	515,920,462(BF)	302,065,231(BG)	44,190(BJ)
3-中區分區	1,155,849,835(BF)	570,099,293(BG)	91,544(BJ)
4-南區分區	567,549,013(BF)	307,158,859(BG)	44,075(BJ)
5-高屏分區	667,067,081(BF)	369,345,411(BG)	26,679(BJ)
6-東區分區	78,742,491(BF)	36,994,259(BG)	13,639(BJ)
7-合計	4,341,128,276(GF)	2,249,650,105(GG)	321,256(GJ)

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)
 - 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)
 - 各分區自墊核退點數(BJ)]
 / 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [1,821,184,345	- 663,987,052	- 101,129] /	1,355,999,394 = 0.85331614
北區分區	= [772,350,444	- 302,065,231	- 44,190] /	515,920,462 = 0.91146031
中區分區	= [1,561,197,916	- 570,099,293	- 91,544] /	1,155,849,835 = 0.85738393
南區分區	= [852,811,994	- 307,158,859	- 44,075] /	567,549,013 = 0.96134263
高屏分區	= [971,107,003	- 369,345,411	- 26,679] /	667,067,081 = 0.90206057
東區分區	= [136,041,587	- 36,994,259	- 13,639] /	78,742,491 = 1.25769058

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)

= [6,114,693,289 - 2,249,650,105 - 321,256] / 4,341,128,276 = 0.89025748

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	= [1,821,184,345]	÷ [1,355,999,394 + 663,987,052 + 101,129]	= 0.90153732
北區分區	= [772,350,444]	÷ [515,920,462 + 302,065,231 + 44,190]	= 0.94415921
中區分區	= [1,561,197,916]	÷ [1,155,849,835 + 570,099,293 + 91,544]	= 0.90449660
南區分區	= [852,811,994]	÷ [567,549,013 + 307,158,859 + 44,075]	= 0.97491866
高屏分區	= [971,107,003]	÷ [667,067,081 + 369,345,411 + 26,679]	= 0.93696478
東區分區	= [136,041,587]	÷ [78,742,491 + 36,994,259 + 13,639]	= 1.17530134

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)

$$= [6,114,693,289] \div [4,341,128,276 + 2,249,650,105 + 321,256] = 0.92771975$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(BG)} + \text{加總分區自墊核退點數(BJ)} + \\ \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B3)}]$$

$$= [6,114,693,289 + 119,382,054 + 42,197,353] \div [4,341,128,276 + 2,249,650,105 + 321,256 + 131,068,787 + 42,197,353] \\ = 0.92784348$$

註：專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算(全年預算總金額/4)

$$= 31,304,211 + 32,500,000 + 15,000,000 + 25,750,000 + 3,034,650 + 191,796 + 11,601,397 \\ = 119,382,054$$

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月107/06(含)以前：於107/10/01~107/12/31期間核付者。

費用年月107/07~107/09：於107/07/01~107/12/31期間核付者。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」
修訂案，提請討論

說明：

- 一、本案已於 107 年 11 月 15 日召開之中醫門診總額 107 年第 4 次研商議事會議討論完竣。
- 二、另依據 107 年 12 月 21 日全民健康保險會第 3 屆 107 年第 11 次委員會議紀錄，略以：
 - (一) 委員不同意將推廣行動支付等與醫療品質無關之項目，納為各總額部門品質保證保留款實施方案之獎勵指標。
 - (二) 同意將醫事司研訂之「無障礙就醫環境」認定標準納入品質保證保留款實施方案之獎勵指標。
- 三、為推動分級醫療，同時促進民眾就近至基層中醫院所就醫之便利性，降低環境造成之就醫障礙，建議於中醫門診總額品質保證保留款實施方案新增無障礙就醫環境相關指標，依核算基礎加計 5%，修訂方案如附件(附件討-1)。
- 四、有關無障礙就醫環境認定方式將俟衛生福利部核定後配合辦理，經本署及中華民國中醫師公會全國聯合會雙方確認後生效。

決議：

全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)

中華民國 107 年 1 月 8 日健保醫字第 1060016997 號公告修訂

中華民國 108 年○月○日健保醫字第○○○○○號公告修訂

壹、依據：

依據全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

本方案之實施，在於提升中醫醫療服務品質，獎勵績效卓著之中醫門診特約醫事服務機構。

參、預算來源：公告當年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配方式項下「品質保證保留款」額度。

肆、支用條件：

- 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次。
- 二、提供資料及來源：本方案第柒點第四項、第五項及第捌點第二項與第玖點第一項，由中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）於次年 2 月底前提供名單並函請全民健康保險保險人（以下稱保險人）辦理結算。

伍、預算分配方式：

一、核算基礎：

(一)該院所之核算基礎(A)

= (該院所申報當年醫療服務點數－當年申報藥費) × 該院所年平均核付率(含部分負擔，註 1)

說明：當年申報醫療服務點數以次年 1 月底為截止點。

(二)以上述核算基礎，依本方案第捌點及第玖點增減原則，計算每院所參與品質保證保留款之核算基礎。

各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=

60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數

(三)各院所分配品質保證保留款金額=(各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)/各院所品質保證保留款核算基礎合計(ΣB))
×品質保證保留款

二、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之中醫門診特約醫事服務機構提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度中醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季中醫門診總額一般服務項目預算中支應。

陸、核發資格：

當年中醫門診特約醫事服務機構且無本方案第柒點情形者，得核發品質保證保留款；另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。

柒、中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

一、當年度在前一年12月每萬人口中醫師數3.0以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。(註2)

二、核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率(註3)，超過該區90百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。

三、中醫門診特約醫事服務機構當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條至第四十條等所列違規情事之一，並經處分(以第一次處分日期，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分認定)者。

四、中醫門診特約醫事服務機構非屬「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。

五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。

捌、中醫門診特約醫事服務機構品質保證保留款核算基礎加計原則：

- 一、當年度新設立之中醫門診特約醫事服務機構（屬新醫事服務機構代號者），屬於同年之「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮開業地區，依核算基礎(A)加計 100%。
- 二、為鼓勵提升中醫醫療服務品質，中醫門診特約醫事服務機構從事教學研究且績效卓著者，依核算基礎(A)加計 10%。其適用對象為經衛生福利部中醫藥司『中醫醫療院所負責醫師二年以上醫師訓練合格』之院所。
- 三、為鼓勵中醫師提供假日看診服務減少民眾就診不便，中醫門診特約醫事服務機構當年度於週日看診超過 30 天以上者，依核算基礎(A)加計 10%；超過 45 天以上者，依核算基礎(A)加計 20%。（註 4）
- 四、為鼓勵中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計 5%。（註 5）
- 五、中醫門診特約醫事服務機構參加「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」者，依核算基礎(A)加計 5%。
- 六、為推動中醫門診特約醫事服務機構於健保資訊網服務系統（Virtual Private Network，以下稱 VPN）公告連續假期排班等變動情形，鼓勵院所即時更新排班時間，院所「每月完成門診時間網路登錄」者，依核算基礎(A)加計 10%，未全年完成門診時間網路登入者則不予加計（註 6）。
- 七、基層特約醫事服務機構於當年度結束前向分區業務組提出至少 1 筆保險對象使用行動支付證明，加計 5%（註 7）。
- 八、基層特約醫事服務機構提供無障礙就醫環境者，加計 5%。本項依衛生福利部研訂後辦理，並經本署及中華民國中醫師公會全國聯合會雙方確認後生效（註 8）。

玖、中醫門診特約醫事服務機構品質保證保留款核算基礎減計原則：

- 一、保險醫事服務機構之中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定修滿繼續教育點數(每年 20 點)者，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎(A)。
- 二、「中醫同一院所同一患者同月就診 8 次以上比例」超過 80 百分位者，核算基礎(A)減計 20% (註 98)。
- 三、「同日重複就診率」超過 80 百分位者，核算基礎(A)減計 10% (註 109)。
- 四、「7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率」超過 80 百分位者，核算基礎(A)減計 10% (註 1110)。
- 五、為促使院所積極提供慢性病照護(含慢性病連續處方箋)，中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件、中醫慢性病、中醫慢性病連續處方調劑及過敏性鼻炎照護計畫中，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為 3%以下者，依核算基礎(A)減計 10% (註 1211)。

拾、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

拾壹、中醫門診總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義
註 1：年平均核付率	$(\text{全年初核核定點數} + \text{部分負擔}) / (\text{全年申請點數} + \text{部分負擔})$
註 2：當年度在前一年 12 月每萬人口中醫師數 3.0 以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。	資料範圍：以前一年 12 月「內政部戶政司戶籍人口數」及「醫事人員公務統計檔」計算之。
註 3：年平均核減率	$(\text{全年初核核減點數}) / (\text{全年申請點數} + \text{部分負擔})$
註 4：中醫門診特約醫事服務機構於每年週日看診超過 30 天及 45 天以上者	以門診申報資料之「就醫日期」認定週日是否看診，含同一療程。
註 5：健保雲端藥歷系統查詢率	<p>1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度查詢健保雲端藥歷系統資料。</p> <p>2. 公式說明：</p> <p style="padding-left: 40px;">分子：分母中健保雲端藥歷系統查詢人數</p> <p style="padding-left: 40px;">分母：中醫門診病人數</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第二位（四捨五入）】</p>
註 6：「每月完成門診時間網路登錄」	<p>院所每月於VPN之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。</p> <p>[註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無</p>

指標項目	操作型定義
	異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。(院所可於VPN系統「上次登錄日期」判斷上個月是否完成登錄)。
註7:基層特約醫事服務機構於當年度提出至少1筆保險對象使用行動支付證明，加計5%	基層特約醫事服務機構於當年12月底前提出保險對象使用行動支付證明予所屬分區業務組，以計算加計權重。
註8:無障礙就醫環境	依衛生福利部研訂後辦理，並經本署及中華民國中醫師公會全國聯合會雙方確認後生效。
註 98:「中醫同一院所同一患者同月看診次數過高病患就診 8 次以上比例」	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分母：全年同一院所、同月看診總人數加總。 2. 分子：全年同一院所、同一病人、同月看診次數 8 次(含)以上人數加總。 3. 指標計算(S)：分子 / 分母。 4. 全年計算平均比率，進行百分位排序。 5. 所有資料排除符合以下任一條件者： <ol style="list-style-type: none"> (1) 診察費=0 (2) 案件類別 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)之專款項目案件。
註 109:「同日重複就診率」	<ol style="list-style-type: none"> 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： <p>分子：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶，計算就診 2 次(含)以上之筆數。</p> <p>分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆</p>

指標項目	操作型定義
	<p>數。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p> <p>4. 指標進行百分位排序。</p> <p>5. 資料排除以下任一條件者：案件分類 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)案件、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)案件。</p>
<p>註 <u>1110</u>：「7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率」</p>	<p>1. 資料範圍：所有屬中醫門診給藥天數小於等於 7 日案件。</p> <p>2. 公式說明：</p> <p>分子：按同一院所及病人 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。</p> <p>分母：同一院所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>4. 指標進行百分位排序。</p> <p>5. 資料排除以下任一條件者：案件分類為 A3(預防保健)、B6(職災案件)、22(中醫其他專案)、25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、及 29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)之案件。</p>
<p>註 <u>1211</u>：「院所提供慢性病照護未達一定比例」</p>	<p>1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件(案件分類 21)、中醫其他專案案件分類 22)之特定治療項目(一)為 JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、中醫慢性病(案件分類 24)及中醫慢性病連續處方調劑(案件分類 28)之案</p>

指標項目	操作型定義
	<p>件。</p> <p>2. 說明：慢性病給藥七天以上之件數占率</p> <p>A. 分子：分母院所當年度申報下列案件分類，給藥七天以上之件數總計。</p> <p>案件分類：22(中醫其他專案)之特定治療項目為(一)JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及 28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。</p> <p>B. 分母：院所當年度申報下列案件分類之件數總計。</p> <p>案件分類：21(中醫一般案件)、22(中醫其他專案)之特定治療項目(一)為 JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及 28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。</p> <p>C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第二位(四捨五入)】</p> <p>3. 資料排除診察費為 0 或補報原因註記為「2:補報部分醫令或醫令差額」之案件。</p>
【核發費用計算範例】	<p>1. 該院所核算基礎(A)= (該院所申報當年醫療服務點數-當年申報藥費)× 該院所平均核付率(含部分負擔)</p> <p>2. 各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B) = 60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數</p>

指標項目	操作型定義
	<p>3. 各院所品質保證保留款核算基礎合計= $\Sigma(B) = (60\% \times \text{各院所核算基礎}(A) \pm \text{第捌點及第玖點增減點數})$之合計</p> <p>4. 試算範例如下：</p> <p>(1) 僅符合基本資格(無本條文之柒、捌、玖條之情事)者 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算 $\times (A) \times 60\% / \Sigma(B)$</p> <p>(2) 僅符合基本資格及教學研究績效卓著者(+10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算 $\times (A) \times (60\% + 10\%) / \Sigma(B)$</p> <p>(3) 符合基本資格且於無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮地區開業者(+100%)、教學研究績效卓著者(+10%)但「同日重複就診率」超過80百分位者(-10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算 $\times A \times (60\% + 100\% + 10\% - 10\%) / \Sigma B$</p>

討論事項第二案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：建請中醫急症處置計畫於每一個案急診期間會診中醫時，中醫急症處置費由原先申報三次為上限改為二次，並將支付點數由現行 354 點調整為 500 點，提請討論。

說明：

- 一、依本會 108 年 1 月 13 日全民健康保險中醫急症處置計畫工作小組會議決議辦理。
- 二、中醫參與急症處置因執行之中醫師屬值班性質，並非常規在門診進行臨床診療，中醫急症處置費不應以門診處置費加成計算支付。
- 三、配合急診部門急症醫療屬性及病患急診觀察區滯留率指標，擬調低中醫急症處置申報次數。
- 四、建請中執會修改全民健康保險中醫急症處置計畫中醫急症處置費(P61002)申報上限為二次(註 3)，給付點數由 354 點調整至 500 點。

健保署意見：

- 一、前考量本計畫個案屬急診性質，中醫急症處置費支付點數已高於一般門診之複雜性針傷處置項目支付點數(295 點)，請考量調升點數之合宜性。
- 二、次查 107 年 5-12 月申報本計畫中醫急症處置費之案件中，有 45% 案件於個案急診期間申報 3 次中醫急症處置費(詳附表)，請說明申報上限修正為 2 次之理由。
- 三、費用影響評估：
 - (一)107 年 5-12 月本計畫共計 11 家醫院申報 333 件、415,184 點，其中有申報中醫急症處置費(P61002)之 332 件中，統計每個案每次就醫 P61002 申報次數如下：
 1. 申報 1 次：共 152 件(46%)。
 2. 申報 2 次：共 30 件(9%)。
 3. 申報 3 次：共 150 件(45%)。
 - (二)依提案之建議支付點數、申報上限及 107 年 5-12 月申報情形，計算將增加 22,408 點，推估全年增加 33,612 點。
 - (三)另假設計畫修訂後申報頻次改變(皆申報 2 次)，依 107 年 5-12 月申報情形推估全年增加 150,612 點。

(四)綜上，考量本計畫屬急診醫師會診中醫師提供中醫處置，故不考慮件數成長率，依 107 年申報情形預估 108 年全年申報量為 622,776 點，加上前述預估增加金額，預估 108 年全年為 656,388 點~773,388 點，尚未超出 108 年之 20 百萬元預算。

四、另經統計設有中醫部門且 107 年 5-12 月有申報急診案件之醫院計 98 家，惟僅 11 家申報本計畫費用，請加強輔導符合本計畫承作資格之醫院參與本計畫。

決議：

附表、107年5-12月中醫急症處置費(P61002)申報情形及費用影響評估

107年5-12月申報情形						財務推估一				財務推估二			
申報 次數	申報 成數	件數	件數 占率	支付 點數	申報點數	模擬條件		修訂後 模擬點數	增加點數	模擬條件		修訂後 模擬點數	增加點數
						提案 點數	申報 次數			提案 點數	申報 次數		
A	B	C		D	$X=A*D*B*C$	d	a1	$Y=a1*d*B*C$	Y-X	d	a2	$Z=a2*d*B*C$	Z-X
1	1	138	42%	354	48,852	500	1	69,000	20,148	500	2	138,000	89,148
	1.2	10	3%		4,250		1	6,000	1,750		2	12,000	7,750
	1.5	4	1%		2,124		1	3,000	876		2	6,000	3,876
2	1	27	8%		19,116		2	27,000	7,884		2	27,000	7,884
	1.2	3	1%		2,550		2	3,600	1,050		2	3,600	1,050
3	1	150	45%		159,300		2	150,000	-9,300		2	150,000	-9,300
總計		332	100%		236,192			258,600	22,408			336,600	100,408

討論事項第三案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請修訂全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案，提請討論。

說明：

- 一、為鼓勵分區加強執行各項「專款專用項目(22 案件)」，建議修訂本方案。
- 二、建議增修正文字如下：
 - (一)第伍點保留款之運用：「二、鼓勵該分區執行『專款專用項目(22 案件)』之獎勵款。」
 - (二)陸、保留款運用之計算方式：「二、全年結算分區保留款，剩餘分區保留款列入該分區執行「專款專用項目(22 案件)」之給付，其最高浮動點值每點 1.5 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。」
 - (三)相關條次遞增。(詳附件討 3-1)

健保署意見：全聯會建議修訂條文及本署意見如條文對照表(附件討 3-2)，另提供本署試算結果(附件討 3-3)供代表參考。

決議：

全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案

修正時間：中華民國 102 年 6 月 26 日

壹、依據：

行政院衛生署 101 年 6 月 11 日衛署健保字第 1010070459 號核定函及中醫門診總額研商議事會議 102 年 5 月 16 日第 2 次會議紀錄。

貳、目的：

為鼓勵提高中醫門診總額醫療服務利用率，保障民眾就醫可近性及提升地區醫療服務品質。

參、經費來源：分區平均點值超過 1.20 元之保留款。

肆、保留款機制：

一、依分區別設立保留款。

二、以季為結算期，分區每季結算平均點值大於 1.20 元部分之預算則列入該分區保留款。

伍、保留款之運用：

一、該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。

二、鼓勵該分區執行「專款專用項目(22 案件)」之獎勵款。

三、鼓勵該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之獎勵款。

四、鼓勵全國執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之獎勵款。

陸、保留款運用之計算方式：

一、以季為結算期，如該分區每季結算平均點值小於 1.0 元時，則由分區保留款補助該季該分區預算，最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。如保留款不足時，則依該分區院所補助金額，按比例分配。

二、全年結算分區保留款，剩餘分區保留款列入該分區執行『專款專用項目(22 案件)』之給付，其最高至浮動點值每點 1.5 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。

三、經前二項分配後，如仍有餘款，則列入該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中之巡迴醫療服務論量計酬案件之獎勵，其最高獎勵至浮動點值每點 1.5 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。

四、經前三項分配後，如仍有餘款，則列入該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中之巡迴醫療服務基本承作費用之獎勵，加計 2 成支付。如保留款不足時，則依該補助金額，按比例分配。

五、經前四項分配後，如仍有餘款，則列入其他區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中之巡迴醫療服務論量計酬案件之獎勵，其最高獎勵至浮動點值每點 1.2 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。

六、經前五項分配後，如仍有餘款，則回歸該分區次年第 1 季該區之保留款。

柒、本方案由保險人與中華民國中醫師公會全國聯合會共同研訂後送全民健康保險會備查，並由保險人報請主管機關核定後公告實施，修正時亦同。但屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。

修訂「全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案」(草案)

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
<p>壹、依據： 行政院衛生署 101 年 6 月 11 日衛署健保字第 1010070459 號核定函及中醫門診總額研商議事會議 102 年 5 月 16 日第 2 次會議紀錄。</p>	未修訂	<p>壹、依據： 行政院衛生署 101 年 6 月 11 日衛署健保字第 1010070459 號核定函、中醫門診總額研商議事會議 102 年 5 月 16 日第 2 次會議紀錄及 108 年 2 月 21 日會議紀錄辦理。</p>	若會議上通過修正內容，將配合本次會議決議修正依據。
<p>貳、目的： 為鼓勵提高中醫門診總額醫療服務利用率，保障民眾就醫可近性及提升地區醫療服務品質。</p>			未修訂。
<p>參、經費來源： 分區平均點值超過 1.20 元之保留款。</p>			未修訂。
<p>肆、保留款機制： 一、依分區別設立保留款。 二、以季為結算期，分區每季結算平均點值大於 1.20 元部分之預算則列入該分區保留款。</p>			未修訂。
<p>伍、保留款之運用 一、該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。</p>	未修訂		未修訂。
	<u>二、鼓勵該分區執行「專款專用項目(22 案件)」之獎勵款。</u>	<u>二、鼓勵該分區執行「案件分類 22 之專款案件」。</u>	增列分區執行「案件分類 22 之專款案件」之獎勵款。

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
			<p>健保署意見 建議依本署之「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」之資料名稱，修正文字。</p>
<p>二、鼓勵該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之獎勵款。</p>	<p><u>三</u>、鼓勵該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之獎勵款。</p>		<p>修訂項次。</p>
<p>三、鼓勵全國執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之獎勵款。</p>	<p><u>四</u>、鼓勵全國執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之獎勵款。</p>	<p><u>四</u>、鼓勵其他區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之獎勵款。</p>	<p>修訂項次。 健保署意見 依據本方案保留款運用之計算方式之規定，本階段補助之對象為其他區，非全國各區，為免爭議，建議修正。</p>
<p>陸、保留款運用之計算方式： 一、以季為結算期，如該分區每季結算平均點值小於 1.0 元時，則由分區保留款補助該季該分區預算，最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。如保留款不足時，則依該分區院所補助金額，按比例分配。</p>		<p>一、以季為結算期，如該分區每季結算平均點值小於 1.0 元時，則由分區保留款補助該季該分區預算，<u>平均點值</u>最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。如保留款不足時，則依該分區院所補助金額，按比例分配。</p>	<p>健保署意見 建議修訂文字</p>

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
	<p>二、<u>全年結算分區保留款，剩餘分區保留款列入該分區執行『專款專用項目(22 案件)』之給付，其最高至浮動點值每點 1.5 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。</u></p>	<p>二、全年結算分區保留款，剩餘分區保留款列入該分區執行「<u>案件分類 22 之專款專用項目(22 案件)</u>」之給付補助，其核定浮動點數值最高獎勵補助至浮動點值每點 1.5 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。</p>	<p>補助對象增列分區執行「案件分類 22 之專款案件」。</p> <p>健保署意見</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建議修訂文字。 2. 本項補助，如以 106 年本項保留款結算數試算結果如附件。
<p>二、全年結算分區保留款，剩餘分區保留款列入該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中之巡迴醫療服務論量計酬案件之獎勵，其最高獎勵至浮動點值每點 1.5 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。</p>	<p><u>三、經前二項分配後，如仍有餘款，則列入該全年結算分區保留款，剩餘分區保留款列入該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中之巡迴醫療服務論量計酬案件之獎勵，其最高獎勵至浮動點值每點 1.5 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。</u></p>	<p><u>三、經前二項分配後，如仍有餘款，則列入該全年結算分區保留款，剩餘分區保留款列入該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中之巡迴醫療服務論量計酬案件之獎勵，其核定浮動點數最高補助獎勵至浮動點值每點 1.5 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。</u></p>	<p>修正獎勵順序及項次。</p> <p>健保署意見</p> <p>建議修訂文字。</p>

107 年現行條文	108 年(全聯會)	108 年(健保署)	修正說明
<p>三、經前二項分配後，如仍有餘款，則列入該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中之巡迴醫療服務基本承作費用之獎勵，加計 2 成支付。如保留款不足時，則依該補助金額，按比例分配。</p>	<p><u>四</u>、經前<u>三</u>項分配後，如仍有餘款，則列入該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中之巡迴醫療服務基本承作費用之獎勵，加計 2 成支付。如保留款不足時，則依該補助金額，按比例分配。</p>		<p>修訂項次。</p>
<p>四、經前三項分配後，如仍有餘款，則列入其他區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中之巡迴醫療服務論量計酬案件之獎勵，其最高獎勵至浮動點值每點 1.2 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。</p>	<p><u>五</u>、經前<u>四</u>項分配後，如仍有餘款，則列入其他區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」中之巡迴醫療服務論量計酬案件之獎勵，其最高獎勵至浮動點值每點 1.2 元。如該保留款不足時，則依該類案件之補助金額，按比例分配。</p>		<p>修訂項次。</p>
<p>五、經前四項分配後，如仍有餘款，則回歸該分區次年第 1 季該區之保留款。</p>	<p>六、經前<u>五</u>項分配後，如仍有餘款，則回歸該分區次年第 1 季該區之保留款。</p>		<p>修訂項次。</p>
<p>柒、本方案由保險人與中華民國中醫師公會全國聯合會共同研訂後送全民健康保險會備查，並由保險人報請主管機關核定後公告實施，修正時亦同。但屬執行面之修正，得由保險人逕行公告。</p>			<p>未修訂。</p>

中醫總額點值保留款機制作業方案修正案之試算

1. 106年點值保留款機制作業方案之結算

序號	分配階段	項目	106年 東區保留款 A	補助金額 B	剩餘金額 C
1	第1階段	該分區平均點值最高補助至1.0元。	19,706,454	0	19,706,454
2	第2階段	該分區醫療資源不足地區改善方案之論量計酬案件獎勵，浮動點值補至每點1.5元。		11,417,514	8,288,940
3	第3階段	該分區醫療資源不足地區改善方案之基本承作(論次)費用之獎勵，加計兩成支付。		3,404,044	4,884,896
4	第4階段	其他地區醫療資源不足地區改善方案之論量計酬案件獎勵，最高補至浮動點值每點1.2元。		4,884,881	15

2. 修正方案之試算結果

序號	分配階段	項目	106年 東區保留款 A	補助金額 B	剩餘金額 C
1	第1階段	該分區平均點值最高補助至1.0元。	19,706,454	0	19,706,454
2	第2階段	鼓勵該分區執行案件分類22之專款案件，其核定浮動點值最高補助至每點1.5元。		5,514,285	14,192,169
3	第3階段	該分區醫療資源不足地區改善方案之論量計酬案件獎勵，浮動點值補至每點1.5元。		11,417,514	2,774,655
4	第4階段	該分區醫療資源不足地區改善方案之基本承作(論次)費用之獎勵，加計兩成支付。		3,404,044	-629,389
5	第5階段	其他地區醫療資源不足地區改善方案之論量計酬案件獎勵，最高補至浮動點值每點1.2元。		4,884,881	無法分配

※因保留款不足，第4階段補助金額之折付比例=2774655/3404044=0.81510550

討論事項第四案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」

擬新增「兩年內初診患者人數比率」指標之操作型定義乙案。

說明：

- 一、本案係中華民國中醫師公會全聯會(以下簡稱中醫師公會)回復本署依據 107 年第 4 次「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議紀錄討論案第三案決議二辦理，於 108 年 1 月 7 日函請中醫師公會提供「兩年內初診患者人數比率」指標之操作型定義(附件討 4-1)。
- 二、中醫師公會回復「同一院所同一患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診人數除以該院所同時期看診總人數。(限開業二年以上之院所)」。
- 三、考量以病人為中心之概念，且本方案指標為整體監測，非院所別監測，健保署意見為分子：「同一患者二年內(費用年月相減)未到中醫院所看診人數」，分母：「統計期間看診中醫門診總人數。」(附件討 4-2)。
- 四、擬依本次會議決議，併前二次 107 年 8 月 16 日及 11 月 15 日會議決議，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。

決議：

附件 2

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2
電話：(02)2959-4939
傳真：(02)2959-2499
E-mail：tw.tn@msa.hinet.net
承辦人：王逸年 分機：17

受文者：衛生福利部中央健康保險署

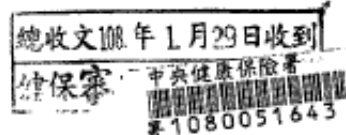
發文日期：中華民國 108 年 1 月 25 日
發文字號：(108)全聯醫總全字第 1377 號
速 別：
附 件：

主 旨：檢陳「申報 2 年內未看診患者比率」操作型定義：「同一院所同一患者需為二年內（費用年月相減）未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診人數除以該院所同時期看診總人數。（限開業二年以上之院所）」，敦請大署不吝指導，請鑒核。

說明：

- 一、依大署 108 年 1 月 7 日健保審字第 1070036631 號函暨本會 108 年 1 月 20 日中醫門診醫療服務審查執行會第 32 次會議決議事項辦理。
- 二、另中醫健保特約院所申報診察費初診加成之患者(代碼 A 90)超出 10% 部分得申報但點數為 0。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：



理事長 陳昭全

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	中華民國中醫師公會全國聯合會意見	健保署意見
兩年內初診患者人數比率	每季	參考值：以前 3 年同季平均值 $\pm 10\%$ 。	資料分析	保險人	<p>1. 公式說明：</p> <p>分子：同一院所同一患者須為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診人數</p> <p>分母：該院所同時期看診總人數(限開業二年以上之院所)</p> <p>2. 指標計算：分子/分母。【取至小數點後第二位(四捨五入)】</p>	<p>3. 分子：<u>同一患者二年內(費用年月相減)未到中醫院所看診人數。</u></p> <p>分母：<u>統計期間看診中醫門診總人數。</u></p> <p>4. 依會議決議辦理。</p>