

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

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。

參、計畫期間：108年1月1日起至108年12月31日止。

肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算(扣除106年度於一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元)，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，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

二、風險基金之提撥及分配：

(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,200 萬元，每季 800 萬元。

(二)適用分配之院所資格：除東區外之五分區鄉鎮市區，該地區當月底僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，但排除符合屬指標 6「偏鄉人口預算分配調升機制」之偏鄉中醫門診特約醫事服務機構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之中醫門診特約醫事服務機構。

(三)分配方式：

1. 按季結算，符合適用條件之院所，其符合資格期間之一般服務核定之浮動點數，以前一季該區浮動點值為基礎，補至最高每點1元之差額。

2. 當季預算如有不足，則以當季核定浮動點數之占率分配；如有剩餘，則餘額全數撥予當季就醫率最高之分區。各分區就醫率之計算為「當季就醫人數/當季季中戶籍人口數」。

三、108年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險基金提撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

- (一)67%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。
- (二)13%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
- (三)9%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。
- (四)5%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。
- (五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。
- (六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，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，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 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，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)107年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3. 107年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = Σ 107年各中醫門

診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數/ Σ 107年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

4. 108年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以107年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

四、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，以及含各季就醫率最高分區之風險基金分配款，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

一、中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。

二、中醫全聯會與全民健康保險保險人（以下稱保險人）成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

柒、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

附件 1：指標之操作型定義

※各項指標計算過程結果，四捨五入取至小數點以下第6位（如：99.9905% ≈ 0.999905） ※計算時程：每季

指標：

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

分子：各分區各季總預算(A_{i1})

分母： Σ 各分區各季總預算加總(ΣA_{i1})

條件說明：

一、第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總

二、第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總

三、第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總

四、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

分子：各區去年同期戶籍人口數(A_{i2})

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣA_{i2})

條件說明：

一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）

http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346（首頁 > 人口資料庫 > 人口統計資料 > 近期各月人口資料 > 03鄉鎮戶數及人口數）

二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(A_{i3})

分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣA_{i3})

條件說明：

一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。

二、資料擷取時間點：中醫門診特約醫事服務機構申報資料【不含職業災害案件（案件分類 B6）、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。

三、計算步驟：

- (一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)
- (二)計算每位病患於各區就醫次數(a)
- (三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)

$$= \text{每位病患於各區就醫次數}(a) / \Sigma \text{ 每位病患於各區就醫次數}(\Sigma a)$$
- (四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

$$= \text{各區 } \Sigma \text{ 每位病患於各區就醫次數比率}(\Sigma a\%)$$
- (五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)

$$= \text{各區每位病患之就醫次數比率}(T) / \text{ 全國就醫人數}(p)$$
- (六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)

$$= \text{各區每人就醫次數之權值}(K1) / \text{加總五區每人就醫次數之權值}(\Sigma K1)$$

四、舉例說明：

- (一)本季全國中醫就診病患有4人(p)
- (二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	病患a1就 醫次數	於各區就醫次數 比率(a1%)	病患a2就醫 次數	於各區就醫次 數比率(a2%)	病患a3就醫 次數	於各區就 醫次數比 率(a3%)	病患a4就 醫次數	於各區就 醫次數比 率(a4%)	各區每位病患 之就醫次數比 率 $T=(a1\%+a2\%+a3\%+a4\%)$
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.0000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%	0.916667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.6667%	1.024603
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%	0.391270
全區	18	100%	28	100%	40	100%	12	100%	4.000000

(三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數P	各區每位病患之 就醫次數比率(T)	權值 (K1)=T/(全 區P)	扣除東區分區	權值(K2)
台北	3	0.838095	0.209524	0.209524	0.232241
北區	3	0.428968	0.107242	0.107242	0.118870
中區	2	0.916667	0.229167	0.229167	0.254014
南區	4	1.024603	0.256151	0.256151	0.283923
高屏	3	0.400397	0.100099	0.100099	0.110952
東區	3	0.391270	0.097817	-	-
全區	4		1.000000	0.902183	1.000000

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)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 (107年該季/106年同期) -1。
- 三、醫療費用點數成長率(r)：(107年該季申報醫療費用點數/106年同期申報醫療費用點數)-1。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數 (申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件 (案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5% ；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

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

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

條件說明：

- 一、「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」。
- 二、「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。
- 三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。
- 五、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)
- 六、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
(一)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。

(二)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。

(三)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。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

一、 每季結算時，「偏鄉」之中醫門診特約醫事服務機構，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，若分區前一季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。

二、 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」分配予各分區，併同指標1至指標5之預算進行當季結算。

條件說明：

一、 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，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)=107年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

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

三、 107年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = $\sum$ 107年每月申報醫療費

用 / Σ 107年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

四、 108年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以107年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

※五分區預算分配之計算操作型定義

一、 當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)

$$= \text{預算 GA} + \text{預算 GB} + \text{預算 GC} + \text{預算 GD} + \text{預算 GE} + \text{預算 GF} + \text{預算(東區)} + \text{風險基金分配款 GH}$$

$$\text{指標1預算 GA} = (T) * 97.78\% * 67\%$$

$$\text{指標2預算 GB} = (T) * 97.78\% * 13\%$$

$$\text{指標3預算 GC} = (T) * 97.78\% * 9\%$$

$$\text{指標4預算 GD} = (T) * 97.78\% * 5\%$$

$$\text{指標5預算 GE} = (T) * 97.78\% * 5\%$$

$$\text{指標6預算 GF} = (T) * 97.78\% * 1\%$$

二、 各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

$$= \text{各季預算 GA} * \text{指標1占率} (Ai1 / \Sigma Ai1)。$$

$$\text{指標1占率} (Ai1 / \Sigma Ai1)$$

$$= \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (Ai1) / \Sigma \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (\Sigma Ai1)。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(二) 各分區各季預算 Gb

$$= \text{各季預算 GB} * \text{指標2占率} (Ai2 / \Sigma Ai2)。$$

$$\text{指標2占率} (Ai2 / \Sigma Ai2)$$

$$= \text{去年同期各分區戶籍人口數} (Ai2) / \Sigma \text{去年同期各分區戶籍人口數} (\Sigma Ai2)。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

= 各季預算 GC * 指標3占率 ($A_{i3} / \sum A_{i3}$)。

指標3占率 ($A_{i3} / \sum A_{i3}$)

= 各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值 (A_{i3}) / $\sum$ 去年同期每人於各分區就醫次數之權值 ($\sum A_{i3}$)。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

= 各季預算 GD * 指標4加權後之預算占率 ($A_{i4} / \sum A_{i4}$)。

※各分區指標4權值 = 各分區人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

※各分區各季經指標4加權後之預算 (A_{i4})

= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 (A_{i1}) * (1 + 指標4權值 K2)

※各分區各季經指標4加權後之預算占率 ($A_{i4} / \sum A_{i4}$)

= 各分區各季經指標4加權後之預算 (A_{i4}) / $\sum$ 各分區各季經指標4加權後之預算 ($\sum A_{i4}$)

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

= 預算 GE * 指標5加權後之預算占率 ($A_{i5} / \sum A_{i5}$)。

※各分區指標5權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 (A_{i5})

= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 (A_{i1}) * 【1 + 指標5權值和 ($\sum dr_peop$)】

※各分區各季經指標5加權後之預算占率 ($A_{i5} / \sum A_{i5}$)

= 各分區各季經指標5加權後之預算 (A_{i5}) / $\sum$ 各分區各季經指標5加權後之預算 ($\sum A_{i5}$)

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 G_f

$$=(\text{預算 } G_F - \sum \text{指標6各區各季補至每點1元所需預算}) \times \text{指標1占率} \\ (A_{i1} / \sum A_{i1})。$$

三、 各分區各季預算 $T_s = \text{該區當季預算 } G_a + \text{該區當季預算 } G_b + \text{該區當季預算 } G_c + \text{該區當季預算 } G_d + \text{該區當季預算 } G_e + \text{該區當季預算 } G_f + \text{各季就醫率最高分區之風險基金分配款 } G_h。$

四、 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：

(一) 操作定義：各分區全年預算 $T_y = \sum \text{該區各季 } T_s + \sum \text{指標6各區各季補至每點1元所需預算}。$

1. 成長率 $= (108\text{年該區各季核算 } T_y / 107\text{年該區各季核算 } T_y) - 1。$

2. 各分區撥補比例 $= (\text{成長率大於0之分區 } T_y) / \sum (\text{成長率大於0之分區 } T_y)。$

(二) 撥補程序

1. 於108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 T_y 負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

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。

	107 年該區全年	108 年該區全年	負成長						
	預算 Ty	預算 Ty	成長率	分區	撥補比例	撥補方式	調整金額	撥補後 Ty	撥補後成長率
	(百萬元)	(百萬元)		差額					
	V	W	W/V-1	X	Y	X*Y=Z	Z	W+Z	
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長分區小計		14,178.9			100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

(一) 東區浮動每點支付金額 = $[\text{預算(東區)} - \text{東區核定非浮動點數} - \text{東區自墊核退點數}] / \text{東區一般服務浮動核定點數}$ 。

(二) 各分區浮動每點支付金額 = $[\text{預算(各分區)} - \text{各分區核定非浮動點數} - \text{各分區自墊核退點數}] / \text{各分區一般服務浮動核定點數}$ 。

(三) 全區浮動每點支付金額 = $[\text{全區一般服務預算總額} - \text{全區核定非浮動點數} - \text{全區自墊核退點數}] / \text{全區一般服務浮動核定點數}$ 。

三、平均點值

(一) 東區平均點值 = $[\text{預算(東區)}] / [\text{東區一般服務核定浮動點數} + \text{東區核定非浮動點數} + \text{東區自墊核退點數}]$

(二) 各分區平均點值 = $[\text{各分區預算}] / [\text{各分區一般服務核定浮動點數} + \text{各分區核定非浮動點數} + \text{各分區自墊核退點數}]$

(三) 全區平均點值 = $[\text{全區一般服務預算總額}] / [\text{全區一般服務核定浮動點數} + \text{全區核定非浮動點數} + \text{全區自墊核退點數}]$