

101 年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫

壹、依據：

[全民健康保險醫療費用協定委員會（以下稱費協會）第 176 次會議決議](#)及行政院衛生署 100 年 12 月 23 日衛署健保字第 1000083294 號核定函。

貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本試辦計畫。

參、試辦期間：101 年 1 月 1 日起至 101 年 12 月 31 日止。

肆、預算分配：

當年度中醫門診總額一般部門預算（不含品質保證保留款），[按季先行](#)結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件（[每點以當區前一季點值不低於 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%，其餘五分區（以下簡稱五分區）預算占率 97.78%。

二、五分區各季預算分配方式如下（操作型定義詳附件 1）：

(一)80%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)5%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

(三)5%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)。

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」，負責本試辦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(以下稱中保會)分會與保險人分區業務組，負責本試辦計畫之管理、監控與檢討。

柒、監控與檢討

- 一、監控各分區預估點值：五分區預估平均點值低於 0.9 元時，請中醫全聯會立即進行檢討，提出改善對策。
 - 二、保險人與中醫全聯會按季對醫療費用、品質與醫療資源分布及共管機制進行監控與檢討，執行結果並按季送主管機關及費協會備查。
- 捌、本試辦計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並送費協會備查。

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、101 年第 1 季：96Q1+97Q1+98Q1 預算加總
- 二、101 年第 2 季：96Q2+97Q2+98Q2 預算加總
- 三、101 年第 3 季：96Q3+97Q3+98Q3 預算加總
- 四、101 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

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(A_{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/gateway/population.cgi?s_code=m0&sheet0name=s8

(首頁 > [人口資料庫](#) > [歷月人口統計](#) > [近期各月人口統計資料](#) > 各鄉鎮市區戶數及人口數統計表)

- 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(A_{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：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（案件分類 22）且任一特定治療項目代號為 (C8,C9,C0,J7,CA)】，該費用年月次次月 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)計算去年同期全局就醫人數(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%)

=每位病患於各區就醫次數(a)/Σ每位病患於各區就醫次數(a)

(四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

=各區Σ每位病患於各區就醫次數比率(Σa%)

(五)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)/ 全局就醫人數(p)

(六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)

=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(ΣK1)

二、舉例說明：

(一)本季全局就醫中醫病患有 4 人(p)。

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	41.66667%	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
全局	18	100.0000%	28	100.0000%	40	100.0000%	12	100.0000%	4.000000

(二)計算(a)、(a%)、(T)

(三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數 bau_p	各區每位病患之 就醫次數比率(T)	權值(K1) =T/P	扣除東區分局	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	-	-
全局	4 (p)		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 $(\frac{100 \text{ 年該季}}{99 \text{ 年同期}}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(\frac{100 \text{ 年該季申報醫療費用點數}}{99 \text{ 年同期申報醫療費用點數}}) - 1$ 。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫總額一般部門申報醫療費用點數 (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)、中醫醫療照護試辦計畫 (案件分類 22) 且任一特定治療項目代號為(C8,C9,C0,J7,CA)
註：C8 (腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療)、C9 (小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫)、C0 (小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫)、J7 (腫瘤患者手術化療放射線療法西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫)、CA (腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫)。
- 五、本項為正向指標，權重為 1、權值為 5%(m)。(取五區最大值、其值大於 0 且(p)>0 則權值為+5%、取五區最小值、其值小於 0 且(r)>0 則權值為-5%，其他者為 0)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值需大於 0 且 p 值大於 0 之區域，計+5% 及 (p-r)產生的最小值中，其值需小於 0 且 p 值大於 0 之區域，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
 $= \text{各分區各鄉鎮市區中醫師數} \div (\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數} \div 10,000)$
- 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 \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)*(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)。

(二)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)*(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)。

(三)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標 5)之權值和(Σ dr_peop)

= 各分區 Σ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

***成長率之計算係與前季季中比較。**

附件 2 五分區預算分配之計算及各分區點值核算

※五分區預算分配之計算

- 一、當年度中醫門診總額一般部門各季收入預算總額(T)
= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算(東區)
- 二、指標 1 預算 GA= (T) * 97.78% * 80%
- 三、指標 2 預算 GB= (T) * 97.78% * 5%
- 四、指標 3 預算 GC= (T) * 97.78% * 5%
- 五、指標 4 預算 GD= (T) * 97.78% * 5%
- 六、指標 5 預算 GE= (T) * 97.78% * 5%
- 七、五分區各季預算=各分區各季預算 Ga+各分區各季預算 Gb +
各分區各季預算 Gc+各分區各季預算 Gd +各分區各季預算
Ge。
- 八、各分區各季預算 Ga
= 各季預算 GA * 指標 1 占率 (Ai₁/ΣAi₁)。

指標 1 占率 (Ai₁/ΣAi₁)

= 95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算 (Ai₁) / Σ95 年第 4 季至
98 年第 3 季之各區各季預算 (ΣAi₁)。

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

九、各分區各季預算 Gb

= 各季預算 GB * 指標 2 占率 (Ai₂/ΣAi₂)。

指標 2 占率 (Ai₂/ΣAi₂)

= 去年同期各分區戶籍人口數 (Ai₂) / Σ 去年同期各分區戶籍人口數
(ΣAi₂)。

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

十、各分區各季預算 Gc

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

指標 3 占率 ($A_{i3}/\Sigma A_{i3}$)

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

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

十一、各分區各季預算 Gd

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

※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 ($A_{i4}/\Sigma A_{i4}$)

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

※成長率占率：四捨五入至小數點第 6 位

十二、各分區各季預算 Ge

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

※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 (Σdr_peop)】

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

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

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

※各分區點值之核算：

一、藥費及藥品調劑費分別依藥價基準及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 = [預算(東區) - 東區核定非浮動點數 - 東區自墊核退點數] / 東區一般服務浮動核定點數。

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

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

三、平均點值

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

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

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