



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 3 次會議資料

107 年 8 月 16 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、前次會議決定/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、107 年第 1 季點值結算結果報告。	第 27 頁
四、106 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告	第 59 頁
五、中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷，僅具中醫師資格者，開具檢查(驗)單進行初步判讀及出具報告案	第 63 頁

肆、討論事項

修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表	第 72 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2次

會議紀錄

時間：107年5月17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	許怡欣
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	江瑞庭	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	呂世明	黃代表光華	請假
巫代表雲光	巫雲光	黃代表怡超	蔡素玲(代)
李代表純馥	李純馥	黃代表頌儼	黃頌儼
林代表展弘	林展弘	黃代表蘭嫻	請假
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	詹永兆
胡代表文龍	胡文龍	劉代表富村	劉富村
張代表瑞麟	蔡淑貞(代)	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：

社會保險司	蘇芸蒂
全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
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
本署臺北業務組	馮震華、陳淑華、林雨亭

本署北區業務組	陳盈庭
本署中區業務組	林淑惠
本署南區業務組	洪穰吟
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	劉玉娟、劉林義、韓佩軒、 洪于淇、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4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	浮動點值	平均點值
分區		

分區 \ 項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.94486284	0.96220025
北區	0.96916565	0.98006898
中區	0.93117476	0.95282965
南區	0.99236001	0.99507620
高屏	0.95666648	0.97143946
東區	1.29114466	1.20000000
全區	0.95846855	0.97214878

- 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、中醫門診保留款分配作業已完成，分配後餘額 15 元為四捨五入之差值，無保留款餘額。
- 四、各季參數表及結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案：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」之專業醫療服務指標

決定：

- 一、同意「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」、「使用中
醫門診者之平均就診次數」及「於同院所針傷科處置次數每
月大於 15 次之比率」三項指標，統一排除條件如下：
 - (一) 職業災害(案件分類 B6)。
 - (二) 預防保健(案件分類 A3)。
 - (三) 其他部門：提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目 JA、JB)。
 - (四) 中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30)。
 - (五) 專款項目之案件：

1. 中醫門診總額醫療不足地區改善方案(案件分類 25)。
2. 中醫其他專案(案件分類 22 且特定治療項目為 C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ)。

二、其餘指標照案修訂。

三、日後如有新增專款試辦計畫項目比照排除。

四、代表建議「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」是否進一步用同診斷或同就醫科別判定及各項指標參考值是否修訂使其更加合理並達品質稽核之目的一節，請全聯會攜回研議。

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「台南市安定區」變更為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區。
- 二、「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 公告之施行區域如因醫事服務機構異動導致區域新增，經本署及全聯會同意後提至本會議報告，即可開放符合資格之中醫師申請，不需另行公告。

伍、臨時提案：本次會議日後將採無紙化會議進行之細節研議

決議：請健保署確認各代表之連絡方式，以確保各代表於會前均可收到議程電子資料。

陸、散會：15 時 25 分

柒、與會人員發言摘要詳附件。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會前次會議決定/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_2_報(3)_ 106年第4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_2_報(4)_ 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」之專業醫療服務指標	同意修訂附表內容，將依程序辦理後續報部事宜。	衛生福利部已於7月27日公告修正附表。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
3	107-2-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「台南市安定區」變更為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區。 二、「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公告之施行區域如因醫事服務機構異動導致區域新增，經本署及全聯會同意後提至本會議報告，即可開放符合資格之中醫師申請，不需另行公告。	無後續應辦事項。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
4	107-2-臨_研商議事會議日後將採無紙化會議進行之細節研議	請健保署確認各代表之連絡方式，以確保各代表於會前均可收到議程電子資料	本次會議議程已採電子郵件寄發並公布於本署全球資訊網	<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：107年第1季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、第1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年度地區預算分配說明及第1季結算結果(附件2)，說明如下：

(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1季	浮動	0.9112	0.9123	0.8955	0.9610	0.9307	1.2989	0.9236
	平均	0.9401	0.9443	0.9295	0.9753	0.9552	1.2000	0.9497
106年第4季	浮動	0.9449	0.9692	0.9312	0.9924	0.9567	1.2911	0.9585
	平均	0.9622	0.9801	0.9528	0.9951	0.9714	1.2000	0.9721
107年第1季	浮動	0.8821	0.9051	0.8748	0.9409	0.8922	1.2988	0.8998
	平均	0.9215	0.9406	0.9168	0.9630	0.9311	1.2000	0.9348

(二) 中醫專案計畫：

醫療試辦計畫	107Q1			
	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	33,900	26,931	6,969	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	32,500	35,409	-2,909	0.9135
3. 提升孕產照護品質計畫	15,000	14,091	909	1.0000
4. 癌症患者加強照護整合方案	25,750	24,404	1,346	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	5,000	1,502	3,498	1.0000
6. 中醫急症處置計畫	5,000	0	5,000	註
7. 品質保證保留款(另行結算)	46,406			

註. 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：

107 年中醫門診總額地區預算分配說明

壹、健保會協商結果

- 一、中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算總額，東區預算占率 2.22%，其餘 5 分區預算占率 97.78%。
- 二、中醫門診醫療費用成長率為 3.000%，其中一般服務醫療給付費用成長率 3.432%。
- 三、專款專用項目全年預算額度 492.2 百萬元：
 - (一) 醫療資源不足地區改善方案全年預算額度為 135.6 百萬元。
 - (二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫全年預算 130 百萬元。
 1. 腦血管疾病。
 2. 顱腦損傷。
 3. 脊髓損傷。
 - (三) 中醫提升孕產照護品質計畫全年預算 60 百萬元。
 - (四) 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫全年預算 20 百萬元。
 - (五) 中醫癌症患者加強照護整合方案全年預算 30 百萬元。
 - (六) 中醫急症處置計畫全年預算 20 百萬元。
 - (七) 品質保證保留款 23.6 百萬元，與原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)合併運用，計 46.4 百萬元。

貳、計算公式

- 一、各分區一般服務醫療給付費用總額
 - (一) 扣除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 - 資源不足地區改善方案_論量計酬。
 - (二) 東區預算 = 一般服務醫療給付費用總額 × 2.22%。
 - (三) 五分區預算分配前提撥風險基金 3600 萬元，按季均分，撥補各鄉鎮市區唯一提供中醫服務院所之一般部門浮動點數補至每點 1 元後，剩餘款 55% 分配予臺北分區，45% 分配予北區分區。
 - (四) 五分區各季預算分配方式：

五分區預算(T)=GA+GB+GC+GD+GE+GF+風險基金提撥款 Gh。

1. 指標 1：預算 GA= (T) * 97.78% * 69%
2. 指標 2：預算 GB= (T) * 97.78% * 11%
3. 指標 3：預算 GC= (T) * 97.78% * 9%
4. 指標 4：預算 GD= (T) * 97.78% * 5%
5. 指標 5：預算 GE= (T) * 97.78% * 5%
6. 指標 6：預算 GF= (T) * 97.78% * 1%

(五) 107 年各季五分區預算=各分區預算 Ga+各分區預算 Gb +各分區預算 Gc+各分區預算 Gd +各分區預算 Ge+各分區預算 Gf+臺北分區及北區分區當季之風險基金分配款 Gh。

1. 各分區預算 Ga=預算 GA*指標 1 占率 ($A_{i1}/\sum A_{i1}$)。
2. 各分區預算 Gb=預算 GB*指標 2 占率 ($A_{i2}/\sum A_{i2}$)。
3. 各分區預算 Gc=預算 GC*指標 3 占率 ($A_{i3}/\sum A_{i3}$)。
4. 各分區預算 Gd=預算 GD*指標 4 加權後之預算占率 ($A_{i4}/\sum A_{i4}$)。
5. 各分區預算 Ge=預算 GE*指標 5 加權後之預算占率 ($A_{i5}/\sum A_{i5}$)。
6. 各分區預算 Gf=預算 GF*x指標 1 占率。

(六) 各項指標名稱

1. 指標 1：69%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。
2. 指標 2：11%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
3. 指標 3：9%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。
4. 指標 4：5%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。
5. 指標 5：5%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)。

6. 指標 6：1%預算用於補足偏鄉浮動點值，先以前一季公告浮動點值補付至 1 元，再依一般部門點值計算，若有餘款則依「指標 1」各區預算占率分配。

(七) 四季預算分配：107 年中醫門診總額分區各季預算按 101~105 年各季核定點數占率之平均做為 107 年預算重分配之占率(依據 106 年 11 月 16 日「中醫門診總額研商議事會議」106 年第 4 次會議結論辦理)，第 1 季預算占率 23.166979%、第 2 季預算占率 25.405122%、第 3 季預算占率 25.388037%、第四季預算占率 26.039862%。

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：107/08/08

107年第1季

結算主要費用年月起迄:107/01-107/03

核付截止日期:107/06/30

頁次：1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)107年第1季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 107\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G107合計)} \times \text{各季預算占率}(h_q1) \\ &= 24,303,559,913 \times 23.166979\%(h_q1) \\ &= 5,630,400,621 (D1) \end{aligned}$$

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。			

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：107/08/08

107年第1季

結算主要費用年月起迄：107/01-107/03

核付截止日期：107/06/30

頁次：2

(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 成長率差額 (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	0
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	0
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	31,232,238

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 : 0(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3) : 5,432,853(J4) 暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點× 論次費用(J3) = 9,744,535(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 : 15,674,800(J7)

(3)小計已支用點數 : 17,186,402(J8) 暫結金額 = 1元/點× 17,186,402(J8) = 17,186,402(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： 0

(1)獎勵開業已支用點數 : 0(K1) (浮動點數 : 0 ; 非浮動點數 : 0)

(2)獎勵開業保障給付收入 : 0(K2)

(3)獎勵開業論次費用 : 0(K3)

(4)小計已支用點數(K1+K3) : 0(K4) 暫結金額 = 獎勵開業保障給付收入 + 1元/點× 論次費用(K3) = 0(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 : 0(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 0(K7)

(3)小計已支用點數 : 0(K8) 暫結金額 = 1元/點× 0(K8) = 0(K9)

3. 合計:

已支用點數 : 0(K4+K8)

暫結金額 : 0(K10=K5+K9)

未支用金額 = 第2季預算 - 第2季暫結金額 = 40,869,063 - 0 = 40,869,063

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：107/08/08

107年第1季

結算主要費用年月起迄:107/01-107/03

核付截止日期:107/06/30

頁次：4

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 40,869,063= 74,769,063

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(L1) (浮動點數 : 0 ; 非浮動點數 : 0)

(2)獎勵開業保障給付收入 : 0(L2)

(3)獎勵開業論次費用 : 0(L3)

(4)小計已支用點數(L1+L3) : 0(L4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(L3)= 0(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 : 0(L6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 0(L7)

(3)小計已支用點數 : 0(L8) 暫結金額= 1元/點× 0(L8)= 0(L9)

3. 合計:

已支用點數： 0(L4+L8)

暫結金額： 0(L10=L5+L9)

未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 74,769,063 - 0 = 74,769,063

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 74,769,063= 108,669,063

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=108,669,063 - 0 = 108,669,063

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：107/08/08

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01-107/03

核付截止日期:107/06/30

頁次：5

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： 10

(1)獎勵開業已支用點數 : 5,432,853(N1) (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(N2)

(3)獎勵開業論次費用 : 0(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3) : 5,432,853(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 9,744,535(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 : 1,511,602(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 15,674,800(N7)

(3)小計已支用點數 : 17,186,402(N8) 結算金額= 17,186,402(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： 22,619,255(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)： 26,930,937

全年未支用金額= 全年預算 - 全年結算金額=135,600,000 - 26,930,937=108,669,063

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。

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：107/08/08

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01-107/03

核付截止日期:107/06/30

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=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：	0(W01)	0(WF01)	0(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W02)	0(WF02)	0(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W03)	0(WF03)	0(WN03)
(4)小計：	0(W04)	0(WF04)	0(WN04)
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2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數=	32,500,000 - 0=		32,500,000

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：107/08/08

107年第1季

結算主要費用年月起迄:107/01-107/03

核付截止日期:107/06/30

頁次：7

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 130,000,000/4+ 32,500,000= 65,000,000

	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：	0(X01)	0(XF01)	0(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)小計：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
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3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數=	65,000,000 -	0 =	65,000,000

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 130,000,000/4+ 65,000,000= 97,500,000

	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=	97,500,000 -	0 =	97,500,000

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：	29,842,253(Z01)	28,298,399(ZF01)	1,543,854(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,974,036(Z02)	3,803,534(ZF02)	170,502(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,592,239(Z03)	1,526,714(ZF03)	65,525(ZN03)
(4)小計：	35,408,528(Z04)	33,628,647(ZF04)	1,779,881(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)=	32,500,000		
未支用金額= 全年預算 - 第1-4季已暫結金額=	130,000,000 -	32,500,000 =	97,500,000

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。

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：107/08/08

107年第1季

結算主要費用年月起迄:107/01-107/03

核付截止日期:107/06/30

頁次：8

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算 = 60,000,000

第1季:

預算 = 60,000,000/4 = 15,000,000

已支用點數 = 14,091,202

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 14,091,202

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 15,000,000 - 14,091,202 = 908,798

第2季:

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

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2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 15,908,798 - 0 = 15,908,798

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 60,000,000/4 + 15,908,798 = 30,908,798

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3季預算 - 1元/點 × 第3季已支用點數 = 30,908,798 - 0 = 30,908,798

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 60,000,000/4 + 30,908,798 = 45,908,798

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 = 45,908,798 - 0 = 45,908,798

全年合計:

全年預算 = 60,000,000

已支用點數 = 14,091,202

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) = 14,091,202

未支用金額 = 全年預算 - 第1-4季已暫結金額 = 60,000,000 - 14,091,202 = 45,908,798

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。

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：107/08/08

107年第1季

結算主要費用年月起迄：107/01-107/03

核付截止日期：107/06/30

頁次：9

(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：	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2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 27,095,979 - 0 = 27,095,979

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：107/08/08

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01-107/03

核付截止日期:107/06/30

頁次： 10

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 103,000,000/4+ 27,095,979= 52,845,979

	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：	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3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數=	0 -	0 =	52,845,979

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 103,000,000/4+ 52,845,979= 78,595,979

	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：	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=	0 -	0 =	78,595,979

全年合計:

全年預算= 103,000,000

已支用點數= 24,404,021

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+ 0+ 0+ 0= 24,404,021

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 103,000,000 - 24,404,021= 78,595,979

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:

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

$$\text{已支用點數} = 1,501,677 \quad (\text{浮動點數}: 1,085,979 \quad \text{非浮動點數}: 415,698)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 1,501,677$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 5,000,000 - 1,501,677 = 3,498,323$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 3,498,323 = 8,498,323$$

$$\text{已支用點數} = 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 8,498,323 - 0 = 8,498,323$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 8,498,323 = 13,498,323$$

$$\text{已支用點數} = 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 13,498,323 - 0 = 13,498,323$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 13,498,323 = 18,498,323$$

$$\text{已支用點數} = 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 18,498,323 - 0 = 18,498,323$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 20,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,501,677$$

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

$$= 1,501,677 + 0 + 0 + 0 = 1,501,677$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 1,501,677 = 18,498,323$$

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:

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

$$\text{已支用點數} = 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

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

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 5,000,000 = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

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

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 10,000,000 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

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

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 15,000,000 = 20,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 20,000,000 - 0 = 20,000,000$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 20,000,000 \quad \text{已支用點數} = 0$$

$$\text{暫結金額} = \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} = 0 + 0 + 0 + 0 = 0$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 0 = 20,000,000$$

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)

$$= 106\text{年編列之品質保證保留款預算} + 107\text{年編列之品質保證保留款預算}$$

$$= (105\text{年第1-4季中醫門診一般服務醫療給付費用總額}(Q105)$$

$$+ 104\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(PEOP104)) \times 106\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.1\%) + 23,600,000$$

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

$$+ (5,943,856,930 + 17,370,269) \times 0.10\% + 23,600,000 = 5,549,248 + 5,685,584 + 5,609,527 + 5,961,227 + 23,600,000 = 46,405,586$$

※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 5,630,400,621 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 31,232,238 (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 5,599,168,383 (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	2,101,073	957,406	3,058,479	3,058,479
北區	3,693,042	1,716,222	5,409,264	5,409,264
中區	1,746,061	655,818	2,401,879	2,401,879
南區	2,333,866	914,547	3,248,413	3,248,413
高屏	5,734,407	2,406,199	8,140,606	8,140,606
東區	6,399,630	2,573,967	8,973,597	8,973,597
合計	22,008,079	9,224,159	31,232,238(B2)	31,232,238(B3)

※醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 = 每點1元×(浮動點數+非浮動點數)。

(二)東區分區一般服務預算總額(D6) = (E) × 2.22% = 5,599,168,383 × 2.22% = 124,301,538 (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 = 5,465,866,845 (加總後四捨五入至整數位) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 69% = 5,465,866,845 × 69% = 3,771,448,123 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 11% = 5,465,866,845 × 11% = 601,245,353 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,465,866,845 × 9% = 491,928,016 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,465,866,845 × 5% = 273,293,342 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,465,866,845 × 5% = 273,293,342 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 5,465,866,845 - 3,771,448,123 - 601,245,353 - 491,928,016 - 273,293,342 = 54,658,669

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：107/08/08

107年第1季

結算主要費用年月起迄:107/01-107/03

核付截止日期:107/06/30

頁次：14

(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	96Q1+97Q1+98Q1		106年2月		106年1~3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	3,748,499,441	28.8812%	7,651,769	33.2789%	898,244.809306		29.1013%	29.6266%
北區	1,545,478,864	11.9075%	3,698,002	16.0833%	410,256.268451		13.2915%	13.5314%
中區	3,528,900,120	27.1892%	4,561,263	19.8377%	798,698.981007		25.8762%	26.3433%
南區	1,966,439,444	15.1509%	3,364,692	14.6336%	442,613.860278		14.3398%	14.5986%
高屏東區	2,189,713,132	16.8712%	3,717,140	16.1665%	482,074.215331 54,722.865456		15.6182%	15.9001%
小計	12,979,031,001	100.0000%	22,992,866	100.0000%	3,086,610.999829	3,086,611	98.2270%	100.0000%

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1~3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/∑Ai4)
臺北	0.005310	0.077702	-0.072392	1	0.00	3,748,499,441	3,748,499,441	29.1269%
北區	0.011171	0.095074	-0.083903	2	0.00	1,545,478,864	1,545,478,864	12.0088%
中區	-0.002048	0.083311	-0.085359	3	0.00	3,528,900,120	3,528,900,120	27.4206%
南區	-0.008466	0.086579	-0.095045	4	0.00	1,966,439,444	1,966,439,444	15.2798%
高屏	0.009825	0.108757	-0.098932	5	-0.05	2,189,713,132	2,080,227,475	16.1639%
小計						12,979,031,001	12,869,545,344	100.0000%

指標5(註8)(S5)

指標 當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

計算期間 106年11月

分區	指標5權值和 (∑dr_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/∑Ai5)
臺北	0.006100	3,748,499,441	3,771,365,288	29.1914%
北區	-0.007908	1,545,478,864	1,533,257,217	11.8678%
中區	-0.018561	3,528,900,120	3,463,400,205	26.8076%
南區	-0.001032	1,966,439,444	1,964,410,078	15.2051%
高屏	-0.001232	2,189,713,132	2,187,015,405	16.9281%
小計		12,979,031,001	12,919,448,193	100.0000%

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：107/08/08

107年第1季

結算主要費用年月起迄:107/01-107/03

核付截止日期:107/06/30

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	28.8812%	33.2789%	29.6266%	29.1269%	29.1914%
北區	11.9075%	16.0833%	13.5314%	12.0088%	11.8678%
中區	27.1892%	19.8377%	26.3433%	27.4206%	26.8076%
南區	15.1509%	14.6336%	14.5986%	15.2798%	15.2051%
高屏	16.8712%	16.1665%	15.9001%	16.1639%	16.9281%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第1季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 54,658,669 - 5,257,504 \\
 &= 49,401,165
 \end{aligned}$$

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	0.94486284	27,726,805	1,528,774
北區	0.96916565	13,630,464	420,282
中區	0.93117476	28,304,040	1,948,032
南區	0.99236001	46,346,218	354,087
高屏	0.95666648	23,222,823	1,006,329
小計		139,230,350	5,257,504(M1)

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 9,000,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\
 &= 9,000,000 - 117,398 \\
 &= 8,882,602 \text{ (Gh)}
 \end{aligned}$$

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	0.94486284	0	0
北區	0.96916565	0	0
中區	0.93117476	0	0
南區	0.99236001	3,414,098	26,083
高屏	0.95666648	2,107,271	91,315
小計		5,521,369	117,398(R1)

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：107/08/08

107年第1季

結算主要費用年月起迄:107/01-107/03

核付截止日期:107/06/30

頁次：18

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD2)=第1季預算Ga+ 第1季預算Gb+ 第1季預算Gc+ 第1季預算Gd+ 第1季預算Ge+ 第1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1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	1,089,239,475	200,087,840	145,741,546	79,601,878	79,778,153	14,267,649	4,885,431	1,613,601,972
北區	449,085,185	96,700,094	66,564,748	32,819,251	32,433,907	5,882,444	3,997,171	687,482,800
中區	1,025,426,573	119,273,249	129,590,073	74,938,674	73,263,386	13,431,782		1,435,923,737
南區	571,408,334	87,983,840	71,814,603	41,758,676	41,554,526	7,484,721		822,004,700
高屏	636,288,556	97,200,330	78,217,046	44,174,863	46,263,370	8,334,569		910,478,734
小計	3,771,448,123	601,245,353	491,928,016	273,293,342	273,293,342	49,401,165	8,882,602	5,469,491,943

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：107/08/08

107年第1季

結算主要費用年月起迄：107/01-107/03

核付截止日期：107/06/30

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
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	0	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_106)	1,565,580,021	664,203,291	1,407,405,538	800,923,253	887,902,842	5,326,014,945
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	0	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合計(BD_107)	1,613,601,972	687,482,800	1,435,923,737	822,004,700	910,478,734	5,469,491,943
預算成長率	3.07%	3.50%	2.03%	2.63%	2.54%	2.69%

※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： \sum 各分區各季總預算加總($\sum Ai1$)
 (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： \sum 各分區去年同期戶籍人口數加總($\sum Ai2$)。
 (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。

6. 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

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

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

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

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

(1) 保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。

(2) 人數利用率成長率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(107年該季/106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同期申報醫療費用點數)-1。

(4) 各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害(案件分類B6)案件、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。

(5) 本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。($p-r$)產生的最大值中，其值需大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5%；($p-r$)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

8. 指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

(1) 分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。

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

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

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

(4) 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

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	1,165,298,785(BF)	585,572,937(BG)	134,018(BJ)
2-北區分區	457,983,360(BF)	272,904,522(BG)	42,822(BJ)
3-中區分區	1,040,256,459(BF)	525,890,647(BG)	57,645(BJ)
4-南區分區	533,843,171(BF)	319,654,405(BG)	59,489(BJ)
5-高屏分區	625,284,783(BF)	352,533,803(BG)	45,790(BJ)
6-東區分區	68,178,149(BF)	33,679,491(BG)	8,915(BJ)
7-合計	3,890,844,707(GF)	2,090,235,805(GG)	348,679(GJ)

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：107/08/08

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01-107/03

核付截止日期:107/06/30

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	= [1,613,601,972	- 585,572,937 -	134,018] /	1,165,298,785 = 0.88208709
北區分區	= [687,482,800	- 272,904,522 -	42,822] /	457,983,360 = 0.90513213
中區分區	= [1,435,923,737	- 525,890,647 -	57,645] /	1,040,256,459 = 0.87476068
南區分區	= [822,004,700	- 319,654,405 -	59,489] /	533,843,171 = 0.94089582
高屏分區	= [910,478,734	- 352,533,803 -	45,790] /	625,284,783 = 0.89223208
東區分區	= [124,301,538	- 33,679,491 -	8,915] /	68,178,149 = 1.32906413

3. 全區浮動每點支付金額 = [加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)
 - 加總核定非浮動點數(BG)
 - 加總自墊核退點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(BF)

= [5,593,793,481 - 2,090,235,805 - 348,679] / 3,890,844,707 = 0.90037235

4. 一般服務浮動分區平均點值(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	= [1,613,601,972]	÷ [1,165,298,785 + 585,572,937 + 134,018]	= 0.92152866
北區分區	= [687,482,800]	÷ [457,983,360 + 272,904,522 + 42,822]	= 0.94055811
中區分區	= [1,435,923,737]	÷ [1,040,256,459 + 525,890,647 + 57,645]	= 0.91681738
南區分區	= [822,004,700]	÷ [533,843,171 + 319,654,405 + 59,489]	= 0.96303426
高屏分區	= [910,478,734]	÷ [625,284,783 + 352,533,803 + 45,790]	= 0.93108897
東區分區	= [124,301,538]	÷ [68,178,149 + 33,679,491 + 8,915]	= 1.22023895

5. 一般服務浮動全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [5,593,793,481] \div [3,890,844,707 + 2,090,235,805 + 348,679] = 0.93519346$$

6. 中醫門診總額平均點值

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

$$= [5,593,793,481 + 111,029,234 + 31,232,238] \div [3,890,844,707 + 2,090,235,805 + 348,679 + 109,626,080 + 31,232,238] \\ = 0.93691369$$

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)

$$= 26,930,937 + 32,500,000 + 14,091,202 + 24,404,021 + 1,501,677 + 0 + 11,601,397 \\ = 111,029,234$$

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)	=	1,613,601,972
北區分區一般服務預算總額(BD2)	=	687,482,800
中區分區一般服務預算總額(BD2)	=	1,435,923,737
南區分區一般服務預算總額(BD2)	=	822,004,700
高屏分區一般服務預算總額(BD2)	=	910,478,734
東區分區一般服務預算總額(BD2)	=	124,301,538

總計		5,593,793,481
----	--	---------------

(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)

$$- [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \times 1.2$$

$$\text{臺北分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{北區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{中區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{南區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{高屏分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{東區分區當季保留款(T1)} = [124,301,538] - [68,178,149 + 33,679,491 + 8,915] \times 1.2 = 2,061,672$$

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：107/08/08

107年第 1季

結算主要費用年月起迄:107/01-107/03

核付截止日期:107/06/30

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	0(P)+當季保留款	2,061,672(T1) =	2,061,672

(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 =	1,613,601,972(BD2) -	0 =	1,613,601,972
修正後北區分區一般服務預算總額 =	687,482,800(BD2) -	0 =	687,482,800
修正後中區分區一般服務預算總額 =	1,435,923,737(BD2) -	0 =	1,435,923,737
修正後南區分區一般服務預算總額 =	822,004,700(BD2) -	0 =	822,004,700
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	910,478,734(BD2) -	0 =	910,478,734
修正後東區分區一般服務預算總額 =	124,301,538(BD2) - 2,061,672 =		122,239,866

總計 5,591,731,809

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。

六、修正後一般服務各分區點值之計算

$$1. \text{修正後一般服務浮動每點支付金額} = [\text{修正後分區一般服務預算總額(BD3)} \\ - \text{各分區一般服務核定非浮動點數(BG)} \\ - \text{各分區自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{各分區一般服務核定浮動點數(BF)}$$

臺北分區	= [1,613,601,972	- 585,572,937 -	134,018] /	1,165,298,785 = 0.88208709
北區分區	= [687,482,800	- 272,904,522 -	42,822] /	457,983,360 = 0.90513213
中區分區	= [1,435,923,737	- 525,890,647 -	57,645] /	1,040,256,459 = 0.87476068
南區分區	= [822,004,700	- 319,654,405 -	59,489] /	533,843,171 = 0.94089582
高屏分區	= [910,478,734	- 352,533,803 -	45,790] /	625,284,783 = 0.89223208
東區分區	= [122,239,866	- 33,679,491 -	8,915] /	68,178,149 = 1.29882464

$$2. \text{修正後一般服務全區浮動每點支付金額} = [\text{加總修正後分區一般服務預算總額(BD3)} \\ - \text{加總核定非浮動點數(BG)} \\ - \text{加總自墊核退點數(BJ)}] \\ / \text{加總一般服務浮動核定點數(BF)}$$

$$= [5,591,731,809 - 2,090,235,805 - 348,679] / 3,890,844,707 = 0.89984247$$

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	= [1,613,601,972]	÷ [1,165,298,785 + 585,572,937 + 134,018]	= 0.92152866
北區分區	= [687,482,800]	÷ [457,983,360 + 272,904,522 + 42,822]	= 0.94055811
中區分區	= [1,435,923,737]	÷ [1,040,256,459 + 525,890,647 + 57,645]	= 0.91681738
南區分區	= [822,004,700]	÷ [533,843,171 + 319,654,405 + 59,489]	= 0.96303426
高屏分區	= [910,478,734]	÷ [625,284,783 + 352,533,803 + 45,790]	= 0.93108897
東區分區	= [122,239,866]	÷ [68,178,149 + 33,679,491 + 8,915]	= 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)

$$= [5,591,731,809] \div [3,890,844,707 + 2,090,235,805 + 348,679] = 0.93484878$$

5. 修正後中醫門診總額平均點值

$$= [\text{修正後分區一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(BG)} + \text{加總分區自墊核退點數(BJ)} + \\ \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B3)}]$$

$$= [5,591,731,809 + 111,029,234 + 31,232,238] \div [3,890,844,707 + 2,090,235,805 + 348,679 + 109,626,080 + 31,232,238] \\ = 0.93657694$$

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)

$$= 26,930,937 + 32,500,000 + 14,091,202 + 24,404,021 + 1,501,677 + 0 + 11,601,397 \\ = 111,029,234$$

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

- 費用年月106/12(含)以前：於107/04/01~107/06/30期間核付者。
- 費用年月107/01~107/03：於107/01/01~107/06/30期間核付者。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：106 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告(附件 3)及未來修訂方向。

說明：

- 一、依據本署 106 年 1 月 25 日健保醫字第 1060000751 號公告之「106 年中醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、106 年預算計有 44,770,463 元(附件表 1)。
- 三、特約中醫家數共計 3,849 家，其中 3,061 家中醫院所實際領取品保款(約佔全區中醫院所 79.5%)，每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發 44,770,471 元，與預算數相較差異 8 元(附件表 2)。
- 四、符合各項指標之分區院所分布詳如附件表 3 及附件表 4，各層級符合分配條件之家數及領取金額如附件表 5。
- 五、本署已於 7 月 20 日前完成品質保證保留款發放作業，並請院所自 VPN 下載「中醫總額核發品質保證保留款」收入金額(含不核發)明細表；院所若提出申復等行政救濟事宜並經審核同意列入核發者，將依方案規定，自當季結算之中醫門診總額一般服務項目預算支應。
- 六、另為提升民眾生活便利性，擬配合國發會召開「行動支付跨部會研商第四次會議」決議，擴大行動支付場域至各基層院所；建議於 107 年度中醫門診總額品質保證保留款實施方案新增相關指標，凡特約醫事服務機構於當年度提出保險對象使用行動支付證明(至少 1 筆)，依核算基礎加計 5%。

決定：

表 1：106年度中醫門診總額品質保證保留款預算

年季	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
預算數	10,887,353	11,162,464	11,011,064	11,709,582	44,770,463

製表日期：107年7月2日

表 2：106年中醫門診總額品質保證保留款符合分配條件及領取品保款之家數統計

分區	符合分配條件			不符合分配條件		核發品質保證保留款之金額	符合分配條件且領取品保款金額不為0之院所家數百分比 (E) = (B) / (A)	核算基礎減計至100%之院所家數百分比 (G) = (C) / (A)	不符核發資格之院所家數百分比 (F) = (D) / (A)
	各分區院所家數 (A) = (B)+(C)+(D)	領取品保款金額不為0之院所家數 (B)【註2】	核算基礎減計至100%之院所家數(C)【註3】	因方案第柒點不符核發資格院所家數 (D)【註4】					
臺北	1,124	882	12	230	12,476,165	78.5%	1.1%	20.5%	
北區	471	389	11	71	5,258,106	82.6%	2.3%	15.1%	
中區	1,080	864	22	194	13,030,003	80.0%	2.0%	18.0%	
南區	544	428	6	110	6,028,022	78.7%	1.1%	20.2%	
高屏	561	440	9	112	7,124,104	78.4%	1.6%	20.0%	
東區	69	58	1	10	854,071	84.1%	1.4%	14.5%	
總計	3,849	3,061	61	727	44,770,471	79.5%	1.6%	18.9%	

註1：每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算與實際核發有差距，故實際核發44,770,471元，與預算相較差距8元。

註2：沒有本方案第柒點規定所列情形(含部分核算基礎減計之院所)。

註3：第玖點核算基礎減計100%：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)，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎。

註4：本方案第柒點，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)前一年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數3.0以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。
- (二)核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率，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)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條、第37條、第38條、第39條或第40條等所列違規情事並經處分(以處分日期認定)者。
- (四)中醫門診特約醫事服務機構非屬「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)未符合保險人公布之中醫總額部門醫療資訊公開「醫療費用明細標示」院所。

製表日期：107年7月2日

製表單位：醫務管理組

表3. 未領取品保款各分區各項指標不符合院所數

原因別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	占總家數比例
1	46	5	38	13	24	1	127	3.3%
2	113	48	108	55	57	5	386	10.0%
4	10		15	6	13	2	46	1.2%
5	95	29	61	60	42	3	290	7.5%
6	31	4	30	7	16		88	2.3%
7	181	101	157	55	70	8	572	14.9%
8	10	2	17	3	3	1	36	0.9%
9	7	12	41	12	10	4	86	2.2%
10	250	65	192	102	141	18	768	20.0%

- 註. 1. 106年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數3.0以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。
 2. 核減率：年平均核減率，超過該區95百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。
 4. 106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者。
 5. 非屬「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。
 6. 未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。
 7. 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。
 8. 中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例超過全國80百分位者，減計20%。
 9. 同日重複就診率超過全國90百分位者，減計10%。
 10. 7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過全國80百分位者，減計10%。

表4 符合指標加計/減計院所數

原因別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	占總家數比例
減計								
8	10	2	17	3	3	1	36	0.9%
9	7	12	41	12	10	4	86	2.2%
10	250	65	192	102	141	18	768	20.0%
符合減計項目院所數	267	79	250	117	154	23	890	-
加計								
1	1				1	2	5	0.1%
4	12	3	8	9	7	1	40	1%
D-0.1	18	21	31	16	9	2	97	3%
D-0.2	51	55	146	50	24	5	331	9%
E	612	345	627	253	387	38	2,262	59%
F	624	232	589	292	385	44	2,166	56%
G	24	32	140	70	66	2	334	9%
符合加計項目院所數	1,342	688	1,541	691	880	93	5,235	-

備註.

- 減計原因別** 8. 中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例超過全國90百分位者，減計20%。
 9. 同日重複就診率超過全國80百分位者，減計10%。
 10. 7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過全國80百分位者，減計10%。
- 加計原因別** 1-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)，位於保險人公告之中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案無健保特約中醫院所之鄉鎮地區，依核算基礎加計100%。
 4-從事教學研究且績效卓著
 D-醫療機構當年度於週日看診超過30天以上者，依核算基礎加計10%;超過45天以上者，依核算基礎加計20%。
 E-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%
 F-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%。
 G-鼓勵院所於全民健康保險資訊網服務系統(VPN)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%。

表5、符合分配條件之院所層級與領取金額分布

	院所家數	領取金額	領取家數比例	領取金額比例
醫學中心	10	676,795	0.3%	1.5%
區域醫院	33	2,060,333	1.1%	4.6%
地區醫院	28	358,713	0.9%	0.8%
基層院所	3,051	41,674,630	97.7%	93.1%
小計	3,122	44,770,471	100%	100%

註.符合分配條件之院所包括領取金額不為0與核算基礎減計至0之院所

表6、依核發金額級距分級之家數及核發金額

核發金額序列	院所家數		核發金額(單位:千元)	
	醫院	基層	醫院	基層
核發金額為0	42	746	0	0
0-10百分位	2	304	1	512
10-20百分位	3	303	12	1,232
20-30百分位	2	304	11	1,842
30-40百分位	6	300	46	2,361
40-50百分位	4	302	38	2,909
50-60百分位	5	301	58	3,535
60-70百分位	5	301	70	4,328
70-80百分位	8	298	149	5,245
80-90百分位	6	300	147	7,101
高於90百分位	30	277	2,563	12,609
總計	113	3,736	3,096	41,675

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷，僅具中醫師資格者，開具檢查(驗)單進行初步判讀及出具報告案。

說明：

一、本案背景說明：

(一)有關中醫師得否開具檢查(驗)單，前經衛生福利部106年12月25日衛部醫字第1061669205號函釋(附件4)，其中涉及本案部分為，具中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷，僅具中醫師資格者，考量中醫師養成教育中已含納醫學相關訓練，基於病情確診需要或輔助診斷，得開具與診療相關之下列檢查(驗)單，並進行初步判讀，惟正式報告仍應由相關專科醫師出具：

1. 普通血液、生化檢查。
2. 常規尿液、糞便檢查。
3. 普通放射檢查。
4. 靜止狀態心電圖。

(二)本署依上開函釋，函詢中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫全聯會)意見後，訂定對應健保給付之支付標準範圍，並函知中醫全聯會在案(附件5)。

(三)本署為銜接上開衛生福利部函釋原則與院所申報醫療費用作業及病歷記載完整性，於107年7月再行補充說明如附件6。

二、以符合本案規範之中醫師及檢查(驗)範圍，統計106年申報資料，醫院75家約540萬點，中醫診所8家約113萬點。

三、近期接獲反映表示，有關衛生福利部函釋所提「進行初步判讀，惟正式報告仍應由相關專科醫師出具」一節，臨床實務上

適用上開四類檢查(驗)項目作業似有疑義，本署已請辦衛生福利部釋示。

四、衛生福利部意見後補。

決 定：依會議決議辦理。

電子公文

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

機關地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號
傳 真：(02)85907088
聯絡人及電話：古凱文(02)85906666轉7382
電子郵件信箱：mdkevinku@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國106年12月25日
發文字號：衛部醫字第1061669205號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關中醫師得否開具「醫事檢驗單、X光檢查單及心電圖檢查項目」一案，如說明段，請查照。

說明：

一、依據本部106年10月3日衛部醫字第1061667301號函(諒達)辦理，兼復中華民國中醫師公會全國聯合會106年10月16日(106)全聯醫總全字第0562號函。

二、本案歷經本部多次召開會議研商結果如下：

(一)兼具醫師資格之中醫師，以中醫師資格開(執)業者，得執行醫事檢驗、普通放射檢查及心電圖檢查之開具及判讀。

(二)具中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷，僅具中醫師資格者：考量中醫師養成教育中已含納醫學相關訓練，基於病情確診需要或輔助診斷，得開具與診療相關之下列檢查(驗)單，並進行初步判讀，惟正式報告仍應由相關專科醫師出具：

- 1、普通血液、生化檢查。
- 2、常規尿液、糞便檢查。
- 3、普通放射檢查。
- 4、靜止狀態心電圖。

(三)特考及格之中醫師不得開具上開檢查(驗)單。

三、本部(前行政院衛生署)84年11月28日衛署醫字第84062300號函、91年2月4日衛署醫字第0900076266號函及93年10月11日衛署醫字第0930040795號函等與上開牴觸部分，自即日起不再適用。

四、另，涉及健保給付部分，由本部中央健康保險署本於權責認定辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署、地方政府衛生局、中華民國中醫師公會全國聯合



會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中國
華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國
基層醫療協會、中華民國基層醫師協會、臺灣私立醫療院所協會、本部中醫
藥司

副本：本部醫事司

電子公文交換章
2017/12/26 10:14:58

部長 陳時中



31

抄件：歸檔抄件

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：王進隆(02)27065866轉2636
電子信箱：A110351@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國107年6月4日
發文字號：健保醫字第1070033273號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二

主旨：有關中醫師得開具「醫事檢驗、普通放射檢查及心電圖檢查項目」一案，本署已訂定健保給付之支付標準範圍，請查照，並轉知所屬會員配合辦理。

說明：

一、依貴會107年2月26日(107)全聯醫總全字0771號函暨衛生福利部106年12月25日衛部醫字第1061669205號函辦理。

二、本案已按上開衛生福利部106年12月25日衛部醫字第1061669205號函釋，訂定健保給付之支付標準範圍（如附件）如下，且為C表、未規範特定專科醫師申報之診療項：

(一)兼具醫師資格之中醫師，以中醫師資格開（執）業者，得執行檢驗、檢查之開具及判讀：

- 1、醫事檢驗：第二章「特定診療」第一節「檢查」之第一項「尿液檢查」至第十項「穿刺液採取液檢查」醫令項目。
- 2、普通放射檢查：第二章「特定診療」第二節「放射線診療」第一項「X光檢查費」之第一款「普通檢查」醫令項目。
- 3、心電圖檢查：醫令編號18001C-18004C。
- 4、執行上述項目仍需符合各醫令所訂之專科醫師資格限制。

(二)中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷，僅具中醫師資格者，得開具下列檢查(驗)單，並進行初步判讀，惟正式報告仍應由相關專科醫師出具：

1、得開具第二章「特定診療」第一節「檢查」之項目：

(1)常規尿液：第一項「尿液檢查」一、一般尿液檢查。

(2)糞便檢查：第二項「糞便檢查」。

(3)普通血液：第三項「血液學檢查」。

(4)生化檢查：第四項「生化學檢查」一、一般生化學檢查。

2、普通放射檢查：第二章「特定診療」第二節「放射線診療」第一項「X光檢查費」之第一款「普通檢查」醫令項目。

3、靜止狀態心電圖：醫令編號18001C。

(三)特考及格之中醫師，不得申報檢查(驗)項目。

三、副本抄送本署各分區業務組，中醫師得開具「醫事檢驗、普通放射檢查及心電圖檢查項目」，請依說明二所訂定健保給付之支付標準範圍辦理。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會
副本：本署各分區業務組(均含附件)

中醫師開具檢查(驗)項目-按衛生福利部函釋訂定健保給付之支付標準範圍

1070528

資格	衛生福利部函釋	健保給付之支付標準編號範圍	說明
同一人兼具醫師、中醫師雙重資格，而以中醫師資格開(執)業者	得執行開具及判讀下列項目： 1. 醫事檢驗	第二章「特定診療」第一節「檢查」之第一項「尿液檢查」至第十項「穿刺液採取液檢查」醫令項目	執行左列項目，限於C表，且未規範特定專科醫師申報之診療項。
	2. 普通放射檢查	第二章「特定診療」第二節「放射線診療」第一項「X光檢查費」之第一款「普通檢查」醫令項目	
	3. 心電圖檢查	醫令編號 18001C-18004C。	
具中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷，僅具中醫師資格者	得開具與診療相關之下列檢查(驗)單，並進行初步判讀，惟正式報告仍應由相關專科醫師出具： 1. 常規尿液	第二章「特定診療」第一節「檢查」之第一項「尿液檢查」一、一般尿液檢查	
	2. 糞便檢查	第二章「特定診療」第一節「檢查」之第二項「糞便檢查	
	3. 普通血液	第二章「特定診療」第一節「檢查」之第三項「血液學檢查」	
	4. 生化檢查	第二章「特定診療」第一節「檢查」之第四項「生化學檢查」一、一般生化學檢查。	
	5. 普通放射檢查	第二章「特定診療」第二節「放射線診療」第一項「X光檢查費」之第一款「普通檢查」醫令項目	
	6. 靜止狀態心電圖	醫令編號 18001C	
特考及格之中醫師	不得開具檢查(驗)單。	不得申報檢查(驗)項目	

抄件：朱文玥

檔 號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

承辦人及電話：朱文玥(02)27065866轉3023

電子信箱：wyueh@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國107年7月17日

發文字號：健保醫字第1070033501號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

裝

主旨：有關中醫師得開具「醫事檢驗、普通放射檢查及心電圖檢查項目」一案，本署補充如說明段，請轉知所屬會員配合辦理，請查照。

說明：

- 一、旨揭案適用之支付標準範圍，本署前於107年6月4日以健保醫字第1070033273號函釋在案(諒達)。
- 二、有關前開函文說明二(二)中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷，僅具中醫師資格者，得開具函文所列項目之檢驗單，並進行初步判讀，惟正式報告仍應由相關專科醫師出具乙節，請轉知所屬會員，需於病歷內完整記載相關專科醫師出具之正式報告，方可申報該項檢查費用。

訂

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會

副本：本署各分區業務組

線

肆、討論事項

討論案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：檢送「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表修訂案，提請討論。

說明：

一、依據「中醫門診總額研商議事會議」107年第2次會議及本會107年7月15日中醫門診醫療服務審查執行會第30次會議決議辦理。

二、本會建議修訂內容如下：

(一)建議刪除3.專業醫療服務品質：

- (1)使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率
- (2)中藥藥袋標示合格率
- (3)就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率
- (4)於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率

(二)各項排除條件修訂為：

- (1)和中醫門診總額整體案件有關，診察費需大於0
- (2)排除B6、A3、30、25案件及22案件治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ及JK任一特定治療項目為JA、JB。

(三)指標其參考值以參考96年之監測值* $(1\pm 20\%)$ 修訂。

三、新增二項專業醫療服務品質指標：

- (一)申報2年內未看診患者比率(A90)。
- (二)健保雲端藥歷系統查詢率。

四、修正表詳附件7。

健保署意見：

(本署意見後補)。

決議：

附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 點值					
每點支付金額改變率	每季	覘10%	資料分析	保險人	【(每季分配總額/每季審核後之總點數)-1】 鞣100%
2. 保險對象就醫調查					
保險對象就醫調查	每年	每年於評核會議報告前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註：105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為中醫門診總額實施前一次、實施後每半年一次，自98年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
民眾申訴檢舉成案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	保險人	當年度民眾申訴檢舉成案件數。
3. 專業醫療服務品質					
使用中醫師診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：因癌症就醫之中醫、西醫門診案件。 2. 公式說明：

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
(刪除)					分子：以分母之身分證號，統計中醫癌症病患當季曾因同疾病至西醫門診之人數。 分母：各區癌症病患按分局別及病人ID歸戶，計算中醫門診就醫人數。 ※癌症病患係申報資料中「國際疾病分類號(一)」C00至D49範圍之中醫和西醫門診案件。 3. 指標計算：分子 / 分母。
就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。 0.16X(1±20%)。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件(排除B6、A3、30、25案件及22案件治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK及任一特定治療項目為JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：按各區、病人ID、就醫日期歸戶，計算就診2次(含)以上之筆數。 分母：按各區、病人ID、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。 1.25 X(1±20%)。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額之門診給藥小於等於7日案件(排除B6、A3、30、25案件及22案件治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p><u>JI、JJ、JK及任一特定治療項目為JA、JB</u>)。</p> <p>2. 公式說明：</p> <p>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。</p> <p>分母：各區給藥案件之給藥日份加總。</p> <p>※給藥案件係藥費不為0，或給藥天數不為0。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p>
使用中醫師門診者之平均中醫就診次數	每季	<p>參考值：以前3年同季平均值±10%</p> <p>2.57 X(1±20%)。</p>	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：中醫門診總額診察費大於0且排除<u>B6、A3、30、25</u>案件及<u>22</u>案件治療項目為<u>C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK及任一特定治療項目為JA、JB</u>。</p> <p>分子：各區中醫門診總額診察費大於0且排除巡迴醫療之就診案件數。</p> <p>分母：各區中醫門診總額診察費大於0且排除巡迴醫療之就診人數。</p> <p>※中醫巡迴醫療案件係指案件分類為25之案件。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p>
就診中醫門診後隔日再次就診中醫之	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之門診案件排除<u>B6、A3</u>案件。</p> <p>2. 公式說明：</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
比率 (刪除)					分子：按各區、病人ID歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。 分母：各區申報總件數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率 (刪除)	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）。 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、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94（排除醫令點數=0之案件）。 ※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。 3. 指標計算：分子 / 分母。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
中醫醫療院所加強感染控制執行率	每季	96年重新審查認證第一季參考值合格率为75%。 96年重新審查認證第三季起參考值合格率为80%。	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季合格機構數。 分母：中醫門診特約醫療院所數(該季最後一個月院所數)。 2. 指標計算：分子/分母
中醫醫療院所加強感染控制合格率	每季累算	抽審合格率为85%	資料分析	受託單位	1. 公式說明：分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查合格院所數。 分母：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查院所數。 2. 指標計算：分子/分母
中藥藥袋標示合格率(刪除)	自101年起每年	為新增訂之指標，實施一年後再訂參考值。	資料分析	受託單位	1. 公式說明：分子：藥袋完整標示之特約中醫醫療機構家數。分母：特約中醫醫療機構總家數。 2. 指標計算：(分子/分母) x 100%。
健保雲端藥歷系統查詢率(新增)	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：中健保雲端藥歷系統查詢人數 分母：中醫門診病人數 2. 指標計算：分子/分母。【取至小數點後第二位(四捨五入)】
申報2年內未看診患者比率(A90)(新增)	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：申報2年內未看診患者人數 分母：中醫門診病人數 2. 指標計算：分子/分母。【取至小數點後第二位(四捨五入)】
4. 其他醫療服務品質(中長程指標)					

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
符合針灸治療 規範比率	每季	≥前一年同期符合 針灸治療規 範比率	資料分析	受託單 位	符合針灸治療規範人次/實際接受針灸治 療人次 (參考值啟用第一年各季,均以91年 7-9月為基期)
符合傷科治療 規範比率	每季	≥前一年同期符合傷 科 治療規範比率	資料分析	受託單位	符合傷科治療規範人次/實際接受傷科治 療人次 (參考值啟用第一年各季,均以91年7-9月為 基期)