



106 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

106 年 8 月 17 日（星期四）

本署 18 樓大禮堂

106 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 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形	第 6 頁
二、中醫門診總額執行概況報告	第 8 頁
三、106 年第 1 季點值結算結果報告。	第 27 頁
四、105 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告	第 58 頁
五、兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫執行報告	第 60 頁

肆、討論事項

一、有關修訂支付標準第九章特殊疾病照護處置費-腦血管及顱腦損傷項目案	第 62 頁
二、建請增加複雜性傷科之適應症範圍案	第 65 頁
三、「107 年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	第 66 頁
四、於健保署網站公布「中醫假日看診統計資料」案	第 82 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」106 年第 2 次

會議紀錄

時間：106 年 5 月 18 日 14 時 30 分

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
千代表文男	千文男	陳代表幸敏	請假
王代表惠玄	王惠玄	施代表純全	施純全
朱代表日僑	朱日僑	陳代表志超	陳志超
江代表瑞庭	江瑞庭	林代表展弘	林展弘
陳代表旺全	陳旺全	陳代表瑞瑛	陳瑞瑛
何代表紹彰	黃科峯 _(代)	楊代表啟聖	楊啟聖
呂代表世明	呂世明	陳代表憲法	陳憲法
巫代表雲光	巫雲光	胡代表文龍	胡文龍
許代表怡欣	請假	黃代表怡超	請假
許代表世源	廖奎鈞 _(代)	黃代表光華	黃光華
許代表中華	劉佳祐 _(代)	張代表瑞麟	張瑞麟
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	詹永兆
黃代表蘭嫻	請假	羅代表永達	羅永達
劉代表富村	劉富村		

列席單位及人員：

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	王逸年、賴宛而
本署臺北業務組	馮震華、林照姬、賴美雪
本署北區業務組	陳祝美
本署中區業務組	林淑惠

本署南區業務組	林財印
本署高屏業務組	吳建昌
本署東區業務組	鄭翠君
本署醫審及藥材組	曾玫富、郎淑琮
本署資訊組	姜義國
本署醫務管理組	張溫溫、陳真慧、林淑範、 劉林義、谷祖棣、吳柏彥、 吳明純、鄭正義

主席：龐組長一鳴代理

紀錄：歐舒欣

壹、主席致詞(略)

貳、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：

一、報告內容洽悉。

二、下次會議起，試辦計畫請加上歷年趨勢，並以各分區區分。

三、請全聯會協助輔導兒童過敏性鼻炎計畫之執行。

四、代表建議公開民調原始資料部分，留供本署(企劃組)參辦。

第四案：105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 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.86302067	0.90643374

項目 分區	浮動點值	平均點值
北區	0.87338611	0.91855001
中區	0.87369575	0.91396348
南區	0.95100229	0.96869929
高屏	0.92597117	0.95181695
東區	1.29390949	1.20000000
全區	0.89612305	0.93078697

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

參、討論案

第一案：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」(草案)

決 議： 同意修訂，請依規定辦理後續報部核定等行政事宜。

第二案：新增「106 年度醫療資源不足地區改善方案」施行區域案

決 議：

- 一、同意嘉義縣布袋鎮列為中醫醫缺區，請依程序辦理後續修訂公告事宜。
- 二、請南區業務組檢視該獎勵開業診所是否依合約規定開診，必要時請中醫全聯會提供協助。
- 三、請健保署分析各總額部門醫缺申報情形，有異常者請儘速通知公會及分區處理。

第三案：增修訂支付標準第四部中醫第一章門診診察費項目案

決議：

- 一、同意新增門診診察費項目「開具連續二次以上調劑，且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方」，推估一年約增加 14.9 萬點。
- 二、將依程序辦理後續行政事宜。

參、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	106_2_報(2)_中醫門診總額執行概況報告	下次會議起，試辦計畫請加上歷年趨勢，並以各分區區分。 請全聯會協助輔導兒童過敏性鼻炎計畫之執行。 代表建議公開民調原始資料部分，留供本署(企劃組)參辦。	本次報告內容已加入各分區執行試辦計畫之歷年趨勢，另代表對民調之建議已請企劃組轉研究單位研議參考。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
2	106_2_報(3)_105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
3	106_2_討(1)_修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」	同意修訂，請依規定辦理後續報部核定等行政事宜。	衛生福利部已於7月4日公告修訂內容。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
4	新增「106年度醫療資源不足地區改善方案」施行區域案	一、同意嘉義縣布袋鎮列為中醫醫缺區，請依程序辦理後續修訂公告事宜。 二、請南區業務組檢視該獎勵開業診所是否依合約規定開診，必要時請中醫全聯會提供協助。 三、請健保署分析各總額部門醫缺申報情形，有異常者請儘速通知公會及分區處理	1. 已於106年6月3日公告新增嘉義縣布袋鎮為106年方案施行地區。 2. 該獎勵開業診所確符合開診規範。 3. 本署將持續監控參與各總額獎勵開業計畫診所費用申報情形，並輔導獎勵開業診所辦理巡迴醫療服務，使資源有效運用。	<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
四	增修訂支付標準第四部中醫第一章門診診察費項目案	<p>一、 同意新增門診診察費項目「開具連續二次以上調劑，且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方」，推估一年約增加 14.9 萬點。</p> <p>二、 將依程序辦理後續行政事宜。</p>	本署已提案至 8 月 9 日召開之支付標準共擬會議報告，將繼續辦理後續事宜。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件1）

決定：

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：106年第1季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、106年第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105年第1季結算結果說明如下（附件2）：

（一）本季總預算約為58.26億元，一般服務部門、專款專用等各項結算資料如下：

項目	預算(千元)
*一般服務醫療給付費用總額A=B+D	5,731,874
品質保證保留款 B	10,887
地區一般服務 D	5,720,987
醫療資源不足地區改善方案_論量計	26,866
扣除資源缺乏地區之論量計酬後之一般部門預算 E=D-C	5,694,120
*專款專用：F=F1+F2+F3+F4+F5+F6	94,300
醫療資源不足地區改善方案 F1	30,375
西醫住院病患中醫輔助醫療計畫 F2	33,250
提升孕產照護品質計畫 F3	11,925
乳癌、肝癌門診加強照護計畫 F4	6,250
兒童過敏性鼻炎試辦計畫 F5	5,000
癌症放化療中醫門診延長照護計畫F6	7,500
總預算A+F	5,826,174

（二）各區點值如下表：

結算季別	項目	台北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區點值
105年第1季	浮動點值	0.9742	0.9909	0.9729	1.0513	1.0541	1.3015	1.0045
	平均點值	0.9827	0.9942	0.9818	1.0320	1.0344	1.2000	1.0030
105年第4季	浮動點值	0.8630	0.8734	0.8737	0.9510	0.9260	1.2939	0.8961
	平均點值	0.9064	0.9186	0.9140	0.9687	0.9518	1.2000	0.9308
106年第1季	浮動點值	0.9112	0.9123	0.8955	0.9610	0.9307	1.2989	0.9236
	平均點值	0.9401	0.9443	0.9295	0.9753	0.9552	1.2000	0.9497

(三) 醫療資源不足地區改善方案：

單位:千元

項目(結算金額)	106年預算數 A	Q1 累計預算 執行率
1. 中醫門診巡迴醫療服務試辦計畫	121,500	16,028
2. 無中醫鄉獎勵開業服務試辦計畫 (保障收入)		8,335
合計	121,500	24,363 20%

(四) 中醫專案計畫：

醫療試辦計畫	106年預算數 (百萬元) A	累至當季支用 點數 (百萬點) D
1. 醫療資源不足地區改善方案	121.5	24
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	133	40
3. 提升孕產照護品質計畫	47.7	15
4. 乳癌、肝癌門診加強照護計畫	25	7
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	20	1
6. 癌症化、放療中醫門診延長照護試辦計畫	30	0
合計	377.2	87.7

三、另各季參數資料，已公開於本署全球資訊網(路徑:本署全球資訊網>醫事機構>醫療費用支付>醫療費用給付規定>全民健保總額支付制度)，請各代表自行下載參考。

四、擬俟會議確認後依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布及結算事宜。

決定：

106Q1中醫門診總額支付制度：一般服務部門之各區預算總額及每點支付金額表

項目/分區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
指標1占率(s1)	28.8812%	11.9075%	27.1892%	15.1509%	16.8712%	-	100%
指標2占率(s2)	33.3499%	15.9148%	19.8115%	14.7040%	16.2198%	-	100%
指標3占率(s3)	29.5579%	13.4265%	26.4754%	14.7603%	15.7799%	-	100%
指標4占率(s4)	28.8812%	11.9075%	27.1892%	15.1509%	16.8712%	-	100%
指標5占率(s5)	29.1329%	12.0412%	26.8263%	15.1242%	16.8754%	-	100%
指標6占率(s6)	28.8812%	11.9075%	27.1892%	15.1509%	16.8712%	-	100%
預算(Ga)=GA*(s1)	1,062,488,566	438,055,988	1,000,242,861	557,374,971	620,661,783	-	3,678,824,169
預算(Gb)=GB*(s2)	195,590,232	93,336,994	116,190,330	86,235,904	95,125,755	-	586,479,215
預算(Gc)=GC*(s3)	141,832,587	64,426,608	127,041,315	70,826,802	75,719,319	-	479,846,631
預算(Gd)=GD*(s4)	76,991,925	31,743,188	72,481,367	40,389,491	44,975,491	-	266,581,462
預算(Ge)=GE*(s5)	77,662,911	32,099,607	71,513,943	40,318,313	44,986,688	-	266,581,462
預算(Gf)=GF*(s6)	11,013,800	4,540,906	10,368,559	5,777,772	6,433,806	-	38,134,843
就醫率最高分區加回風險基金分配後餘款(Gh)	0	0	9,567,163	0	0		9,567,163
各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc)+(Gd)+(Ge)+(Gf)+(Gh)	1,565,580,021	664,203,291	1,407,405,538	800,923,253	887,902,842	121,276,507	5,447,291,452
浮動點值	0.91121611	0.91231593	0.89548160	0.96097416	0.93065101	1.29887564	0.92362301
平均點值 (不含資源缺乏地區改善方案_論量計酬)	0.94008487	0.94426891	0.92945553	0.97533495	0.95523851	1.20000000	0.94966363

備註

1. 「106年第1季中醫門診總額一般服務地區預算分配參數」，已於本署全球資訊網公布。
2. 本總額部門各分區浮動點值及平均點值，業經106年8月17日召開「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」確認在案

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 1

=====

一、中醫一般部門服務醫療給付費用總額

(一)106年第1季調整後地區一般部門服務醫療給付費用總額

=106年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G106合計) × 各季預算占率(h_q1)

= 23,511,348,057 × 23.349456%(h_q1)

= 5,489,771,870 (D1)

註：

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

2. 106年全年地區一般部門服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G106合計)為23,511,348,057元，各季調整後預算如下：

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

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

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

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

＝ 106年全年預算－ 106年第1季預算－ 106年第2季預算－ 106年第3季預算

＝ 23,511,348,057元－ 5,489,771,870元－ 5,946,772,052元－ 5,974,803,691元

＝ 6,100,000,444元。

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

項目	104年各季 一般服務醫療 給付費用總額	103年各季校正 投保人口數 成長率差額	105年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	104年各季校正 投保人口數 成長率差值	106年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	106年 品質保證 保留款	106年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額
	(Q104)	(PEOP103) =(Q104+PEOP103) ×(1+3.401%)	(Q105)	(PEOP104) =(Q105+PEOP104) ×(1+3.291%)	(Q106)	(C106) (詳說明4)	(OPD_G106) =(Q106-C106)	B3
第1季	5,324,921,216	13,183,676	5,519,653,839	29,594,349	5,731,873,946	10,887,353	5,720,986,593	26,866,132
第2季	5,457,205,702	19,673,940	5,663,148,319	22,435,537	5,872,696,421	11,162,464	5,861,533,957	0
第3季	5,381,087,547	20,449,488	5,585,243,310	24,284,110	5,794,136,967	11,011,064	5,783,125,903	0
第4季	5,724,631,860	23,723,504	5,943,856,930	17,370,269	6,157,411,186	11,709,582	6,145,701,604	0
合 計	21,887,846,325	77,030,608	22,711,902,398	93,684,265	23,556,118,520	44,770,463	23,511,348,057	26,866,132

註：

- 105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q105)
 = (104年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q104)+103年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP103)) × (1+3.401%)
- 106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q106)
 = (105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q105)+104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104)) × (1+3.291%)。
 ※一般服務成長率為3.291%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.281%，協商因素成長率1.010%。
- 依據「106年中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式計畫」，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依前開計畫進行預算分配。
- 106年品質保證保留款(C106)
 =105年編列之品質保證保留款預算+106年編列之品質保證保留款預算
 = (104年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q104)+103年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP103)) ×105年品質保證保留款
 醫療給付費用成長率(0.1%)+(105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q105)+104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104))
 ×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

※依據衛生福利部106年1月20日衛部健字第1063360005號公告「106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後105年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。另品質保證保留款以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。

二、專款項目費用

(一) 醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 121,500,000

第1季:預算=121,500,000/4= 30,375,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 10

(1)獎勵開業已支用點數： 3,735,587(J1) (浮動點數： 2,527,506；非浮動點數： 1,208,081)

(2)獎勵開業保障給付收入： 8,335,012(J2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3)： 3,735,587(J4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+1元/點×論次費用(J3)= 8,335,012(J5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 1,302,547(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 14,725,500(J7)

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

3. 合計:

已支用點數： 19,763,634(J4+J8)

暫結金額： 24,363,059(J10=J5+J9)

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

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

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 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=36,386,941—0=36,386,941

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 4

=====

第3季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝121,500,000/4＋ 36,386,941＝ 66,761,941

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＝66,761,941－ 0＝66,761,941

第4季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝121,500,000/4＋ 66,761,941＝ 97,136,941

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＝97,136,941－ 0＝97,136,941

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 5

=====

全年合計:全年預算=121,500,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 10

(1)獎勵開業已支用點數： 3,735,587(N1) (浮動點數： 2,527,506；非浮動點數： 1,208,081)

(2)獎勵開業保障給付收入： 8,335,012(N2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3)： 3,735,587(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額= 8,335,012(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： 1,302,547(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 14,725,500(N7)

(3)小計已支用點數： 16,028,047(N8) 結算金額= 16,028,047(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： 19,763,634(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)： 24,363,059

全年未支用金額=全年預算—全年結算金額=121,500,000—24,363,059=97,136,941

註：依據「106年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/04

106年第1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

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=133,000,000

第1季:預算= 133,000,000/4= 33,250,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	27,195,777(V01)	25,703,834(VF01)	1,491,943(VN01)
(2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	8,431,168(V02)	6,914,140(VF02)	1,517,028(VN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,181,514(V03)	3,013,485(VF03)	168,029(VN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,486,754(V04)	1,403,157(VF04)	83,597(VN04)
(5)小計：	40,295,213(V05)	37,034,616(VF05)	3,260,597(VN05)

已支用點數= 40,295,213

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 40,295,213

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

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

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 133,000,000/4+

0= 33,250,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W01)	0(WF01)	0(WN01)
(2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	0(W02)	0(WF02)	0(WN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W03)	0(WF03)	0(WN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W04)	0(WF04)	0(WN04)
(5)小計：	0(W05)	0(WF05)	0(WN05)

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= 33,250,000 - 0= 33,250,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 7

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 133,000,000/4+ 33,250,000= 66,500,000

	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(X01)	0(XF01)	0(XN01)
(2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)小計：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
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=	66,500,000 -	0=	66,500,000

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 133,000,000/4+ 66,500,000= 99,750,000

	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)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)小計：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
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=	99,750,000 -	0=	99,750,000

全年合計:全年預算= 133,000,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	27,195,777(Z01)	25,703,834(ZF01)	1,491,943(ZN01)
(2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	8,431,168(Z02)	6,914,140(ZF02)	1,517,028(ZN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,181,514(Z03)	3,013,485(ZF03)	168,029(ZN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,486,754(Z04)	1,403,157(ZF04)	83,597(ZN04)
(5)小計：	40,295,213(Z05)	37,034,616(ZF05)	3,260,597(ZN05)
第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)=	33,250,000		
未支用金額= 全年預算 - 第1-4季已暫結金額=	133,000,000 -	33,250,000=	99,750,000

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：rgbil608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 8

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算＝ 47,700,000

第1季:

預算＝ 47,700,000/4＝ 11,925,000

已支用點數＝ 15,102,843

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 15,102,843

未支用金額＝ 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 11,925,000－ 15,102,843＝ -3,177,843

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

第2季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 47,700,000/4＋ 0＝ 11,925,000

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＝ 11,925,000－ 0＝ 11,925,000

第3季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 47,700,000/4＋ 11,925,000＝ 23,850,000

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＝ 23,850,000－ 0＝ 23,850,000

第4季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 47,700,000/4＋ 23,850,000＝ 35,775,000

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＝ 35,775,000－ 0＝ 35,775,000

全年合計:

全年預算＝ 47,700,000

已支用點數＝ 15,102,843

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)＝ 11,925,000

未支用金額＝ 全年預算－ 第1-4季已暫結金額＝ 47,700,000－ 11,925,000＝ 35,775,000

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，則留用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

=====

(四)乳癌、肝癌門診加強照護計畫 全年預算=25,000,000

第1季:

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

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 5,337,399

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,168,519

(3)小計： 6,505,918

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

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

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

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

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 0

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 0

(3)小計： 0

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 6,250,000 - 0 = 6,250,000$$

$$\text{第3季:預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 25,000,000 / 4 + 6,250,000 = 12,500,000$$

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 0

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 0

(3)小計： 0

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 12,500,000 - 0 = 12,500,000$$

$$\text{第4季:預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 25,000,000 / 4 + 12,500,000 = 18,750,000$$

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 0

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 0

(3)小計： 0

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 18,750,000 - 0 = 18,750,000$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 10

全年合計：

全年預算＝ 25,000,000

已支用點數＝ 6,505,918

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)

＝ 6,505,918＋ 0＋ 0＋ 0＝ 6,505,918

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝25,000,000－6,505,918＝18,494,082

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

(五)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算＝ 20,000,000

第1季：

預算＝20,000,000/4＝ 5,000,000

已支用點數＝ 1,392,995

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 1,392,995

未支用金額＝第1季預算－1元/點×第1季已支用點數＝ 5,000,000－1,392,995＝ 3,607,005

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 5,000,000＋ 3,607,005＝ 8,607,005

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1季已支用點數＝ 8,607,005－ 0＝ 8,607,005

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 5,000,000＋ 8,607,005＝ 13,607,005

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1季已支用點數＝ 13,607,005－ 0＝ 13,607,005

=====

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 13,607,005 = 18,607,005$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 18,607,005 - 0 = 18,607,005$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 20,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,392,995$$

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

$$= 1,392,995 + 0 + 0 + 0 = 1,392,995$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 1,392,995 = 18,607,005$$

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,則留用至下季。若全年預算尚有結餘,則進行全年結算,惟每點支付金額不高於1元。

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

第1季:

$$\text{預算} = 30,000,000/4 = 7,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 7,500,000 - 0 = 7,500,000$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 30,000,000/4 + 7,500,000 = 15,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 15,000,000 - 0 = 15,000,000$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 30,000,000/4 + 15,000,000 = 22,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 22,500,000 - 0 = 22,500,000$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 12

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 30,000,000/4 + 22,500,000 = 30,000,000

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1季已支用點數＝ 30,000,000－0＝30,000,000

全年合計:

全年預算＝ 30,000,000

已支用點數＝ 0

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)

＝ 0+ 0+ 0+ 0＝ 0

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 30,000,000－0＝30,000,000

註:依據「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(七)專款費用合計

第1季：已支用點數 83,060,603 暫結金額： 77,181,054

第2季：已支用點數 0 暫結金額： 0

第3季：已支用點數 0 暫結金額： 0

第4季：已支用點數 0 暫結金額： 0

小計：已支用點數 83,060,603 暫結金額： 77,181,054

※如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算

未支用金額＝ 專款項目合計全年預算－ 暫結金額

＝ 377,200,000－77,181,054

＝ 300,018,946

三、一般服務費用總額(註1)

(一)扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般部門預算

調整後地區一般服務醫療給付費用總額 5,489,771,870 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 26,866,132 (B3)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般部門預算 5,462,905,738 (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	論量計酬 結算金額
臺北	2,025,212	929,319	2,954,531
北區	3,493,991	1,519,649	5,013,640
中區	1,664,945	671,656	2,336,601
南區	2,656,515	988,661	3,645,176
高屏	4,463,055	1,733,028	6,196,083
東區	4,764,758	1,955,343	6,720,101
合計	19,068,476	7,797,656	26,866,132(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% = 5,462,905,738 × 2.22% = 121,276,507 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險基金(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = (E) × 97.78% - 10,000,000 = 5,331,629,231 (加總後四捨五入至整數位)(註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 69% = 5,331,629,231 × 69% = 3,678,824,169 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 11% = 5,331,629,231 × 11% = 586,479,215 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,331,629,231 × 9% = 479,846,631 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,331,629,231 × 5% = 266,581,462 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,331,629,231 × 5% = 266,581,462 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 5,331,629,231 - 3,678,824,169 - 586,479,215 - 479,846,631 - 266,581,462 - 266,581,462 = 53,316,292

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
指標	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		105年2月		105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%	7,651,462	33.3499%	893,560.740507		29.0299%	29.5579%
北區	1,545,478,864	11.9075%	3,651,332	15.9148%	405,895.160332		13.1867%	13.4265%
中區	3,528,900,120	27.1892%	4,545,356	19.8115%	800,373.326179		26.0025%	26.4754%
南區	1,966,439,444	15.1509%	3,373,548	14.7040%	446,214.222965		14.4966%	14.7603%
高屏	2,189,713,132	16.8712%	3,721,318	16.2198%	477,040.514139		15.4980%	15.7799%
東區					54,984.035684			
小計	12,979,031,001	100.0000%	22,943,016	100.0000%	3,078,067.999806	3,078,068	98.2137%	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	105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/ΣAi4)
臺北	-0.030376	-0.011520	-0.018856	4	0.00	3,748,499,441	3,748,499,441	28.8812%
北區	-0.026446	-0.006679	-0.019767	5	0.00	1,545,478,864	1,545,478,864	11.9075%
中區	-0.038230	-0.027351	-0.010879	2	0.00	3,528,900,120	3,528,900,120	27.1892%
南區	-0.028935	-0.019877	-0.009058	1	0.00	1,966,439,444	1,966,439,444	15.1509%
高屏	-0.033952	-0.016303	-0.017649	3	0.00	2,189,713,132	2,189,713,132	16.8712%
小計						12,979,031,001	12,979,031,001	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	105年11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	0.004522	3,748,499,441	3,765,450,155		29.1329%			
北區	0.007023	1,545,478,864	1,556,332,762		12.0412%			
中區	-0.017448	3,528,900,120	3,467,327,871		26.8263%			
南區	-0.005913	1,966,439,444	1,954,811,888		15.1242%			
高屏	-0.003898	2,189,713,132	2,181,177,630		16.8754%			
小計		12,979,031,001	12,925,100,306		100.0000%			

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

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%	33.3499%	29.5579%	28.8812%	29.1329%
北區	11.9075%	15.9148%	13.4265%	11.9075%	12.0412%
中區	27.1892%	19.8115%	26.4754%	27.1892%	26.8263%
南區	15.1509%	14.7040%	14.7603%	15.1509%	15.1242%
高屏	16.8712%	16.2198%	15.7799%	16.8712%	16.8754%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第1季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 53,316,292 - 15,181,449 \\
 &= 38,134,843
 \end{aligned}$$

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	0.86302067	34,051,396	4,664,340
北區	0.87338611	19,734,684	2,498,689
中區	0.87369575	31,699,495	4,003,778
南區	0.95100229	48,752,703	2,388,771
高屏	0.92597117	21,962,713	1,625,871
小計		156,200,991	15,181,449(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 17

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 10,000,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\
 &= 10,000,000 - 432,837 \\
 &= 9,567,163 \text{ (Gh)}
 \end{aligned}$$

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	0.86302067	0	0
北區	0.87338611	0	0
中區	0.87369575	0	0
南區	0.95100229	5,459,786	267,519
高屏	0.92597117	2,233,167	165,318
小計		7,692,953	432,837(R1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

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+第1季就醫率最高分區之風險基金分配款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	預算(Gf) = Nx指標1占率	就醫率最高 分區之風險 基金分配款 (Gh)	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,062,488,566	195,590,232	141,832,587	76,991,925	77,662,911	11,013,800	0	1,565,580,021
北區	438,055,988	93,336,994	64,426,608	31,743,188	32,099,607	4,540,906	0	664,203,291
中區	1,000,242,861	116,190,330	127,041,315	72,481,367	71,513,943	10,368,559	9,567,163	1,407,405,538
南區	557,374,971	86,235,904	70,826,802	40,389,491	40,318,313	5,777,772	0	800,923,253
高屏	620,661,783	95,125,755	75,719,319	44,975,491	44,986,688	6,433,806	0	887,902,842
小計	3,678,824,169	586,479,215	479,846,631	266,581,462	266,581,462	38,134,843	9,567,163	5,326,014,945

(九)全年各季各分區預算

季別	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	合計
105年 第1季	1,518,463,662	639,890,550	1,374,355,079	779,440,611	866,967,557	5,179,117,459
第2季	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_105)	1,518,463,662	639,890,550	1,374,355,079	779,440,611	866,967,557	5,179,117,459
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
預算成長率	3.10%	3.80%	2.40%	2.76%	2.41%	2.84%

※:預算成長率=〔106年全年分區預算(BD_106)/ 105年全年分區預算(BD_105)－1〕×100%。

註:

- 依據「106年中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式計畫」辦理。
- 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
- 為避免東區分區及其他5分區一般服務預算總額加總後與調整後地區一般部門服務醫療給付費用總額(D1)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D1_5)= 調整後地區一般部門服務醫療給付費用總額(D1)－ 東區分區一般服務預算總額 (D6)。
- 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
 (1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
 (2)條件說明：105年第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；105年第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；
 105年第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；105年第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
- 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
 (1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：Σ各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣAi2)。
 (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。

6. 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

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

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

(3)計算步驟：〈1〉計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，〈2〉計算每位病患於各區就醫次數(a)，〈3〉計算每位病患於各區就醫次數比率($a\%$)=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(104年該季/103年同期)-1。

(3)醫療費用點數成長率(r)：(104年該季申報醫療費用點數/103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(Σdr_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。

9. 指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

(3) 條件說明：

a. 偏鄉定義為每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之院所須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)104年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

b. 同時符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之院所僅能擇一方案辦理。

10. 風險基金提撥及分配：

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

(2) 院所資格：除東區外之五分區鄉鎮市區，該地區當月月底僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，但排除符合指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」者或屬中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫者。

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

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

(1) 於105年第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算負成長之分區補至零成長。

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 22

四、一般服務各分區浮動點值之計算

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

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1,123,855,776(BF)	541,254,003(BG)	250,526(BJ)
2-北區分區	447,076,857(BF)	256,268,297(BG)	59,657(BJ)
3-中區分區	1,022,023,403(BF)	492,123,788(BG)	78,600(BJ)
4-南區分區	518,999,424(BF)	302,071,223(BG)	106,992(BJ)
5-高屏分區	599,954,051(BF)	329,549,436(BG)	5,564(BJ)
6-東區分區	64,378,432(BF)	31,814,778(BG)	12,514(BJ)
7-合計	3,776,287,943(GF)	1,953,081,525(GG)	513,853(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

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	= [1,565,580,021	— 541,254,003—	250,526]／ 1,123,855,776= 0.91121611
北區分區	= [664,203,291	— 256,268,297—	59,657]／ 447,076,857= 0.91231593
中區分區	= [1,407,405,538	— 492,123,788—	78,600]／ 1,022,023,403= 0.89548160
南區分區	= [800,923,253	— 302,071,223—	106,992]／ 518,999,424= 0.96097416
高屏分區	= [887,902,842	— 329,549,436—	5,564]／ 599,954,051= 0.93065101
東區分區	= [121,276,507	— 31,814,778—	12,514]／ 64,378,432= 1.38942829

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)

= [5,447,291,452	— 1,953,081,525—	513,853]／ 3,776,287,943= 0.92516676
-------------------	------------------	--------------------------------------

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)

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

臺北分區	= [1,565,580,021]	[/ [1,123,855,776 + 541,254,003 + 250,526]	= 0.94008487
北區分區	= [664,203,291]	[/ [447,076,857 + 256,268,297 + 59,657]	= 0.94426891
中區分區	= [1,407,405,538]	[/ [1,022,023,403 + 492,123,788 + 78,600]	= 0.92945553
南區分區	= [800,923,253]	[/ [518,999,424 + 302,071,223 + 106,992]	= 0.97533495
高屏分區	= [887,902,842]	[/ [599,954,051 + 329,549,436 + 5,564]	= 0.95523851
東區分區	= [121,276,507]	[/ [64,378,432 + 31,814,778 + 12,514]	= 1.26059554

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)

$$= [5,447,291,452] \left[\begin{array}{l} 3,776,287,943 + 1,953,081,525 + 513,853 \end{array} \right] = 0.95068104$$

6. 中醫門診總額平均點值

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

$$= [5,447,291,452 + 77,181,054 + 10,887,353 + 26,866,132] \left[\begin{array}{l} 3,776,287,943 + 1,953,081,525 + 513,853 + 83,060,603 + 26,866,132 \end{array} \right] = 0.95246694$$

註：專款專用暫結金額＝醫療資源不足地區改善方案暫結金額＋西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額＋中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額＋乳癌、肝癌門診加強照護計畫暫結金額＋兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額＋癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫暫結金額(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

＝ 24,363,059 + 33,250,000 + 11,925,000 + 6,250,000 + 1,392,995 + 0

＝ 77,181,054

=====

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)	=	1,565,580,021
北區分區一般服務預算總額(BD2)	=	664,203,291
中區分區一般服務預算總額(BD2)	=	1,407,405,538
南區分區一般服務預算總額(BD2)	=	800,923,253
高屏分區一般服務預算總額(BD2)	=	887,902,842
東區分區一般服務預算總額(BD2)	=	121,276,507

總計		5,447,291,452
----	--	---------------

(二)保留款：

1. 分區當季保留款(T1)=依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)

— [一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)] × 1.2

臺北分區當季保留款(T1)= 0

北區分區當季保留款(T1)= 0

中區分區當季保留款(T1)= 0

南區分區當季保留款(T1)= 0

高屏分區當季保留款(T1)= 0

東區分區當季保留款(T1)= [121,276,507]—[64,378,432+ 31,814,778+ 12,514] × 1.2= 5,829,638

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbil608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

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	5,829,638(T1) =	5,829,638

(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 =	1,565,580,021(BD2) -	0 =	1,565,580,021
修正後北區分區一般服務預算總額 =	664,203,291(BD2) -	0 =	664,203,291
修正後中區分區一般服務預算總額 =	1,407,405,538(BD2) -	0 =	1,407,405,538
修正後南區分區一般服務預算總額 =	800,923,253(BD2) -	0 =	800,923,253
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	887,902,842(BD2) -	0 =	887,902,842
修正後東區分區一般服務預算總額 =	121,276,507(BD2) -	5,829,638 =	115,446,869

總計

5,441,461,814

註：保留款之運用係依據全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 27

六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額 = [修正後分區一般服務預算總額(BD3)

— 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)

— 各分區自墊核退點數(BJ)]

／ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [1,565,580,021	— 541,254,003—	250,526]	／ 1,123,855,776=	0.91121611
北區分區	= [664,203,291	— 256,268,297—	59,657]	／ 447,076,857=	0.91231593
中區分區	= [1,407,405,538	— 492,123,788—	78,600]	／ 1,022,023,403=	0.89548160
南區分區	= [800,923,253	— 302,071,223—	106,992]	／ 518,999,424=	0.96097416
高屏分區	= [887,902,842	— 329,549,436—	5,564]	／ 599,954,051=	0.93065101
東區分區	= [115,446,869	— 31,814,778—	12,514]	／ 64,378,432=	1.29887564

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = [加總修正後分區一般服務預算總額(BD3)

— 加總核定非浮動點數(BG)

— 加總自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(BF)

= [5,441,461,814 — 1,953,081,525— 513,853] / 3,776,287,943 = 0.92362301

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi1608R01

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：106/08/04

106年第 1季

結算主要費用年月起迄:106/01—106/03

核付截止日期:106/06/30

頁 次： 28

3. 修正後一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [修正後分區一般服務預算總額(BD3)

／[一般服務核定浮動點數(BF)

+ 分區核定非浮動點數(BG)

+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [1,565,580,021	]	／ [ 1,123,855,776 + 541,254,003 + 250,526]	= 0.94008487
北區分區	= [664,203,291	]	／ [ 447,076,857 + 256,268,297 + 59,657]	= 0.94426891
中區分區	= [1,407,405,538	]	／ [ 1,022,023,403 + 492,123,788 + 78,600]	= 0.92945553
南區分區	= [800,923,253	]	／ [ 518,999,424 + 302,071,223 + 106,992]	= 0.97533495
高屏分區	= [887,902,842	]	／ [ 599,954,051 + 329,549,436 + 5,564]	= 0.95523851
東區分區	= [115,446,869	]	／ [ 64,378,432 + 31,814,778 + 12,514]	= 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)

= [5,441,461,814] / [3,776,287,943 + 1,953,081,525 + 513,853] = 0.94966363

5. 修正後中醫門診總額平均點值

= [修正後分區一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額 + 品質保證保留款 + 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)]

／[加總分區一般服務核定浮動點數(GF) + 加總分區核定非浮動點數(BG) + 加總分區自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數

+ 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數(B2))]

= [5,441,461,814 + 77,181,054 + 10,887,353 + 26,866,132] / [3,776,287,943 + 1,953,081,525 + 513,853 + 83,060,603 + 26,866,132]

= 0.95146868

註：專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 乳癌、肝癌門診加強照護計畫暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫暫結金額(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)

= 24,363,059 + 33,250,000 + 11,925,000 + 6,250,000 + 1,392,995 + 0

= 77,181,054

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月105/12(含)以前：於106/04/01～106/06/30期間核付者。

費用年月106/01～106/03：於106/01/01～106/06/30期間核付者。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：105 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告(附件 3)。

說明：

- 一、依據本署 105 年 5 月 10 日健保醫字第 1050005035 號公告修訂之「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、105 年預算計有 21,964,877 元(表 1)。
- 三、特約中醫家數共計 3,783 家，其中 2,959 家中醫院所實際領取品保款(約佔全區中醫院所 78.2%)，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 21,964,896 元，與預算數相較差異 19 元(表 2)。
- 四、另 824 家中醫院所未領取品保款，其中 758 家係不符合本方案第柒點核發資格之規定；另 66 家依第玖點核算基礎減計 100%，故核發金額為「0」。
- 五、本署已於 105 年 8 月 15 日前完成 105 年度中醫門診總額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。
- 六、院所若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，依方案規定，核發之金額將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。

決 定：

表 1：105年度中醫門診總額品質保證保留款預算

年季	105年第1季	105年第2季	105年第3季	105年第4季	合計
預算數	5,338,105	5,476,880	5,401,537	5,748,355	21,964,877

製表日期：106年7月25日

表 2：105年中醫門診總額品質保證保留款指標核發及不核發家數統計

分區	各分區院所家數 (A) =(B)+(C) +(D)	符合分配條件 且領取品保款 之院所家數 (B) 【註 2】	核發品質保證保 留款之金額	未領取品保款		符合分配 之院所家數百 分比 (E) = (B) / (A)	不符合分配 之院所家數百分比 (F) = (C+D) / (A)
				因方案第柒點不 符核發資格院所 家數 (C)	核算基礎減計至 100%之院所家數 (D)【註 4】		
臺北	1,098	826	6,439,362	262	10	75.2%	24.8%
北區	465	363	2,612,763	87	15	78.1%	21.9%
中區	1,062	854	6,292,528	187	21	80.4%	19.6%
南區	538	421	2,969,601	108	9	78.3%	21.7%
高屏	552	440	3,277,836	104	8	79.7%	20.3%
東區	68	55	372,806	10	3	80.9%	19.1%
總計	3,783	2,959	21,964,896	758	66	78.2%	21.8%

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21,964,896元，與預算相較差距19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：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。

註4：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。

製表日期:106年7月25日

製表單位:醫務管理組

第五案

報告單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「兒童過敏性鼻炎試辦照護方案執行報告」

說明：（報告資料後補）

決議：

肆、討論事項

第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂支付標準第九章特殊疾病照護處置費-腦血管及顱腦損傷案，提請討論。

說明：

一、依據 106 年 7 月 16 日審查執行會第 24 次會議決議辦理。

二、新增及修訂項目如下：

編號	診療項目	支付點數
C05	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置一至三次) 註1： 每二週 月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	2000
C06	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置四至六次) 註1： 每二週 月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	3000
C07	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置七至九次) 註1： 每二週 月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	4000
新增C08	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置十至十二次) 註1： 每二週 月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	5500

編號	診療項目	支付點數
新增C09	<p>特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置<u>十二次以上</u>)</p> <p>註1：每<u>二週</u>月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。</p> <p>註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</p>	7000

健保署意見：

- 一、針對調整「特定疾病門診加強照護處置費-腦血管疾病及顱腦損傷」調整行政作業方式，由每二週改為每月申報一次，並新增 C07 及 C08 兩項醫令代碼乙節，若經會議通過，本署配合調整相關檢核程式。
- 二、按 105 年申報資料模擬試算，若院所醫療行為未改變情況下，本項調整案一年將減少 11 百萬點(由 49.6 百萬點減少至 38.6 百萬點，詳附件 4)。

決議：

105 年「特定疾病門診加強照護處置費-腦血管疾病及顱腦損傷」
全聯會所提調整案之財務影響評估

醫令	支付點數	現行(二週結)		修訂後(月結)	
		申報件數	申報點數 (百萬點)	申報件數	申報點數 (百萬點)
C05	2,000	8,348	16.7	2,717	5.4
C06	3,000	9,944	29.8	2,726	8.2
C07	4,000	763	3.1	2,554	10.2
C08 (預訂新增)	5,500			1,875	10.3
C09 (預訂新增)	7,000			635	4.4
合計		19,055	49.6	10,507	38.6

第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請增加複雜性傷科之適應症範圍案，提請討論。

說明：

- 一、依據本會 106 年 7 月 16 日中醫門診醫療服務審查執行會第 24 次會議決議辦理。
- 二、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部（中醫）第五章傷科醫療附表 4.5.2 複雜性傷科適應症範圍，目前第七碼僅列 A,P,Q,R,S，其中關於骨折後期影響僅列第七碼 S（後遺症），而第七碼為 D 的部分未列入，現行附表 4.5.2 未能包含全部的適應症。
- 三、複雜性傷科處置原始規劃是以傷科三處(含)以上治療、骨折、脫臼整復疾傷治療為主，在 ICD-9-CM 轉 ICD-10-CM 部分代碼在對照上常會有漏失，建議修訂附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則第一點「複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名」為「複雜性傷科適應症為申報 ICD-10-CM 三個傷科疾病代碼(含)以上、骨折(不含開放性骨折第 7 碼為 A 者)、脫臼整復」，並廢除附表 4.5.2。

健保署意見：

- 一、複雜性傷科適應症增加 ICD-10-CM 第七碼為 D(後續照護)者亦可申報乙節，若為醫療專業所需，本署同意新增並配合辦理。
- 二、建議修訂 4.5.1 複雜性傷科支付原則及刪除附表 4.5.2 乙節，適應症刪除 ICD-10-CM 代碼列表後將可能導致定義不明確，院所恐不易遵循規範，建議若列表有遺漏或不足之處，可重新檢視並調整該表。

決議：

第三案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：檢送「107 年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、依據本會 106 年 7 月 16 日中醫門診醫療服務審查執行會第 24 次會議決議辦理。
- 二、為鼓勵院所開立慢性病案件，建請於方案中第捌條「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」：新增第八項：「為鼓勵中醫院所開立慢性病給藥(連續處方簽)，中醫門診特約醫事服務機構當年度開藥件數(24、28 案件)大於 1,000 件以上且慢性病給藥天數占率指標 $PR \geq 60$ 以上，依核算基礎(A)加計 10%。」
- 三、參數定義為(一)院所申請報 24 案件、28 案件該年總合大於 1,000 件(二)慢性病開藥天數占率=(該院所 24 案件、28 案件給藥天數總合)/該院所總給藥天數。

健保署意見：本署意見詳後附修正對照表(附件 5)。

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)條文修正彙整表

107 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
<p>壹、依據</p> <p>同 106 年現行條文。</p>	<p>壹、 方案依據：</p> <p>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。</p>	
<p>貳、目的</p> <p>同 106 年現行條文。</p>	<p>貳、 目的：</p> <p>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。</p>	
<p>參、預算來源：<u>依健保會第 3 屆 106 年第 4 次委員會議決議：</u></p> <p>一、 <u>品質保證保留款列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。</u></p> <p>二、 <u>可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提健保會通過。</u></p>	<p>參、 預算來源：</p> <p>一、 依健保會第 2 屆 105 年第 8 次委員會議決議，品質保證保留款應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近兩年(105 年、106 年)該保留款成長率之累計額度為限，106 年該保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。</p> <p>二、105 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中「品質保證保留款」成長率 0.1%(22 百萬元)與</p>	<p>配合 107 年總額協商通則，將品質保證保留款列為專款項目，預算額度、成長率及預算來源俟委員會議決議後修訂內容並辦理報部核定事宜，餘修正如下：</p> <p>參、 預算來源：<u>依健保會第 3 屆 106 年第 4 次委員會議決議：</u></p> <p>一、 品質保證保留款列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。</p> <p>二、 可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提健保會通過。</p>

107 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
	106 年度該項目之成長率 0.1%(22.8 百萬元)，全年經費為 44.8 百萬元。	
肆、 支用條件： 同 106 年現行條文。	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 3 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。	無修訂意見
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－ <u>當年申報藥費</u> 與藥品調劑費 ）× 平均核付率（含部分負擔，註 1）	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－當年申報藥費與藥品調劑費）× 平均核付率（含部分負擔，註 1）	考量藥品調劑費自 104 年起已不屬於中醫門診總額保障項目，建議可列入核算基礎。

107 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
<p>說明：當年申報醫療服務點數以次年3月底為截止點。</p> <p>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</p>	<p>說明：當年申報醫療服務點數以次年3月底為截止點。</p> <p>(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。</p> <p>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> <p>(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</p> <p>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</p>	<p>配合107年度品質保證保留款移列至專款項目，院所申復後同意列入核發品保款者，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，若次年無該項專</p>

107 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
<p>同意列入核發者，其核發金額將<u>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</u>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。</p>	<p>同意列入核發者，其核發金額將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。</p>	<p>款，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。</p>
<p>陸、核發資格： 同 106 年現行條文。</p>	<p>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。</p>	
<p>同 106 年現行條文。</p>	<p>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 11 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</p>	

107 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
	<p>減率者。</p> <p>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（以處分日期認定）者。</p> <p>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。</p> <p>五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。</p>	
<p>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： (新增第七項加計原則)</p>	<p>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：</p> <p>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)</p>	

107 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
	<p>加計 100%。</p> <p>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』之醫院。</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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</p>	

107 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
<p><u>七、為鼓勵院所提供慢性病照護(含連續處方箋)，中醫門診特約醫事服務機構當年度申報件數(24、28 案件)大於 1,000 件以上，且慢性病給藥天數占率超過 60 百分位者，依核算基礎(A)加計 10%</u></p>	<p>即時查詢病患就醫資訊方案」者，依核算基礎(A)加計 5%。</p> <p>六、為推動中醫門診特約醫事服務機構於全民健康保險資訊網服務系統(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）。</p>	<p>1. 文字修正如草案內容。</p> <p>2. 105 年度整體申報中醫慢性病(案件分類 24)約 33 億點，申報連續處方調劑(案件分類 28)約 65 萬點；其中醫院中醫科申報中醫慢性病(案件分類 24)約 11 億點，申報連續處方調劑(案件分類 28)約 60 萬點。</p> <p>3. 以 105 年申報資料試算，符合本項核發指標院所 596 家，占率 16%，以層級區分，核發占率最高為醫學中心(57%)。</p>

107 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
<p>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： (將新訂之加計原則移至減計原則)</p> <p><u>五、為鼓勵院所積極提供慢性病照護(含連續處方箋)，中醫門診特約醫事服務機構未同時符合當年度申報件數(24、28 案件)大於 1,000 件以上，且慢性病給藥天數占率超過 60 百</u></p>	<p>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：</p> <p>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)。</p> <p>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 7)。</p> <p>三、「同日重複就診率」超過 80 百分位者，核算基礎(A)減計 10% (註 8)。</p> <p>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 9)。</p>	<p>全國僅有 43 家院所符合減計原則二，65 家院所符合減計原則三，建議新提出之加計原則可移至減計原則，修正如下：</p>

107 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
<u>分位者，依核算基礎(A)減計 10%</u>		
同 106 年現行條文。	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	指標操作型定義 擬增(修)部分劃線標示	健保署意見
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 11 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 11 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: 醫療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	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。 2. 公式說明： 分子：分母中健保雲端藥歷系	

指標項目	指標操作型定義 擬增(修)部分劃線標示	健保署意見
	統查詢人數 分母：中醫門診病人數 3. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第二位(四捨五入)】	
註6：「每月完成門診時間網路登錄」	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。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「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：「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」	1. 分母：同一院所、同月看診總人數。 2. 分子：同一院所、同一病人、同月看診次數 8 次(含)以上人數。 3. 指標計算(S)：分子 / 分母。 4. 各月計算比率，全年計算平均比率，進行百分位排序。 $\text{平均每月比率} = \frac{\sum S}{\text{月份數}}$ 5. 所有資料排除符合以下任一條件者：	

指標項目	指標操作型定義 擬增(修)部分劃線標示	健保署意見
	<p>(1) 診察費=0</p> <p>(2) 案件類別 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、<u>24(慢性病)</u>、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、<u>28(連續處方箋)</u>之專款項目案件。</p>	
<p>註 8：「同日重複就診率」</p>	<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。</p> <p>2. 公式說明：</p> <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</p>	

指標項目	指標操作型定義 擬增(修)部分劃線標示	健保署意見
	獎勵開業服務)、28(連續處方箋)案件。	
註 9：「7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率」	<p>1. 資料範圍：所有屬中醫總額之門診給藥小於等於 7 日案件。</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：案件類別 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、及 29(傷科)案件。</p>	
「院所提供慢性病照護達一定比例」	<p>1. 資料範圍：門診特約醫事服務機構當年度申報中醫慢性病(案件分類 24)及中醫慢性病</p>	<p>1. 新增指標項目及操作型定義</p> <p>2. 建議移列至減計原則，未同時符合兩項條件者依核算基礎</p>

指標項目	指標操作型定義 擬增(修)部分劃線標示	健保署意見
	<p><u>連續處方調劑(案件分類 28)案件。</u></p> <p>2. <u>說明：</u></p> <p>(1) <u>條件 1:院所當年申報案件分類 24、28 案件總件數≥1,000 件。</u></p> <p>(2) <u>慢性病開藥天數占率：</u></p> <p>A. <u>分子：分母院所當年度申報案件分類 24、28 之開藥天數總計</u></p> <p>B. <u>分母：院所當年度申報之總開藥天數</u></p> <p>C. <u>指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第 2 位(四捨五入)】</u></p> <p>3. <u>需同時符合條件 1 與慢性病開藥天數占率高於 60 百分位。</u></p>	(A)減計10%。
【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-當年申報藥費與藥品調劑費)× 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	指標操作型定義 擬增(修)部分劃線標示	健保署意見
	<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>	

第四案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：請健保署於全球資訊網公布「中醫假日看診統計資料」，提請討論。

說明：健保署網站(首頁>資訊公開>健保資訊公開>重要統計資料)中已公布「西醫基層院所及牙醫基層院所假日看診統計資料」，為使民眾能對基層院所假日看診情形完整的了解，建請增加「中醫假日看診統計資料」。

健保署意見：

- 一、本署統計且公開西醫及牙醫基層院所假日看診資料，目的係考量民眾假日就醫需求，提升其基層院所假日看診率，請貴會評估提升中醫基層院所假日開診率之必要性，若經評估確有必要，本署配合統計及公開資料，並請貴會協助後續輔導及協調中醫基層院所假日看診事宜。
- 二、該項統計資料未有個別院所看診情形，民眾若有假日中醫就醫需要，建議可透由健保快易通 APP 查詢中醫各醫療院所假日看診情形。

決議：