

# 全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 112年第3次研商議事會議紀錄

時間：112年8月17日下午2時

地點：本署9樓第1會議室

主席：李副署長丞華

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列) (\*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
何代表紹彰	何紹彰	陳代表俊龍	陳俊龍
吳代表清源	吳清源	陳代表俞沛	陳俞沛
卓代表青峰	卓青峰	陳代表博淵	陳博淵
林代表狄昇	請假	陳代表憲法	陳冠仁(代)
林代表源泉	林源泉	傅代表世靜	傅世靜
花代表錦忠	請假	黃代表頌儼	黃頌儼
邱代表瑞發	邱瑞發	黃代表輝榮	黃輝榮
姜代表智文	姜智文	詹代表永兆	詹永兆
柯代表富揚	柯富揚	劉代表林義	劉林義
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表素玲	涂瑜君(代)
張代表廷堅	張廷堅	蔡代表淑貞	蔡淑貞
張代表清田	張清田	羅代表永達	羅永達
陳代表仲豪	陳仲豪	蘇代表守毅	蘇守毅
陳代表俊良	陳俊良	蘇代表芸蒂	蘇芸蒂

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

陳淑華

衛生福利部全民健康保險會

張嘉云

中華民國中醫師公會全國聯合會

李敬、王逸年、賴宛而

本署醫務管理組

林右鈞、黃珮珊、洪于淇

本署醫審及藥材組

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

陳依婕、黃怡娟、王智廣

黃惠卿、蔡政伶、林麗智

楊淑美、鄭正義

賴昱廷

楊淑娟\*、郭乃文\*、黃寶玉\*

謝明珠\*、黃毓棠\*、林孟萱\*

王奕晴\*、林裕能\*、戴秀容\*

陳怡心\*、潘佳鈴\*、謝佩璇\*

李建漳\*、賴文琳\*

謝明雪\*、李金秀\*、黃皓綱\*

李昀融\*、吳建昌\*、廖子喬\*

高菲屏\*

黃兆杰\*、王素惠\*、鄭翠君\*

## 壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

## 貳、報告事項

### 第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

### 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。

決定：洽悉。

### 第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112年第1季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：依衛生福利部 112 年 8 月 8 日衛部健字第 1123360102 號公告修正「112 年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總

額一般服務地區預算分配方式」暨中華民國中醫師公會全國聯合會於 112 年 8 月 8 日(112)全聯醫總兆字第 0617 號函修訂「112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」分配計畫，略以增列風險調整移撥款 3 千萬元，用於逐季補助當季浮動點值低於 0.75 者則補至 0.75，經統計 112 年第 1 季北區分區浮動點值 0.70920902，補至 0.75 所需經費為 24,106,701 元，尚未支用金額 5,893,299 元。

決定：

一、 洽悉。

二、 112 年第 1 季結算點值確認如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
112年 第1季	浮動點值	0.80893858	0.75000000	0.79847261	0.80827381	0.77256082	1.16924259	0.79938470
	平均點值	0.88428532	0.85515586	0.87474026	0.88761742	0.86476814	1.10657709	0.87922141

三、 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

四、 本季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

#### 第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案。

決定：洽悉。

#### 第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫 111 年第 3-4 季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算事宜案。

說明：

- 一、 全民健康保險會討論通過及衛生福利部核定，同意動支 111 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 3 億 1,283 萬元，用於撥補中醫門診總額 111 年第 3、4 季除東區以外之五分區受新冠疫情影響之醫療費用。

111Q3與111Q4中醫結算平均點值補至108年同期之平均點值以0.9為上限，最低補至全國平均點值估算所需的經費

就醫 分區	111Q3		
	結算點值	動支後	
	浮動點值 (FP1)	浮動點值 (FP1N)	浮動點值差值 (FP1N-FP1)
臺北	0.83313433	.	.
北區	0.78612534	0.83156775	0.04544241
中區	0.81151669	0.82567222	0.01415553
南區	0.81221845	0.83151602	0.01929757
高屏	0.81534729	0.83401435	0.01866706
東區	1.16072722	.	.

就醫 分區	111Q4		
	結算點值	動支後	
	浮動點值 (FP2)	浮動點值 (FP2N)	浮動點值差值 (FP2N-FP2)
臺北	0.78300552	0.81219136	0.02918584
北區	0.72672847	0.80399600	0.07726753
中區	0.77445001	0.81564752	0.04119751
南區	0.78317235	0.83088653	0.04771418
高屏	0.74914057	0.81312816	0.06398759
東區	1.12384737	.	.

註1：若111年該區平均點值大於108年同期平均點值，則經費補至108年同期全區平均點值；

註2：若111年該區平均點值小於108年同期平均點值，則經費補至108年同期平均點值或全區平均點值(取高者)；惟上限補至0.9。

註3：動支後浮動點值=〔(各分區預算+動支經費)-非浮點數-自墊核退〕 / 浮動點值。

二、動支前後111年第3、4季各分區浮動點值如下附表：

決定：

一、洽悉。

二、本署將於112年9月辦理追扣補付作業。

第六案 報告單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：調整「112年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地

## 區改善方案」施行區域一覽表案。

### 決定：

- 一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(計畫附件 1-1)：刪除「宜蘭縣壯圍鄉」、「苗栗縣三灣鄉」、「雲林縣東勢鄉」、「屏東縣林邊鄉」、「宜蘭縣冬山鄉」、「台東縣卑南鄉」；新增「南投縣鹿谷鄉」。
- 二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(計畫附件 1-2)：刪除「苗栗縣銅鑼鄉」、「苗栗縣三義鄉」、「南投縣鹿谷鄉」、「雲林縣林內鄉」；新增「宜蘭縣壯圍鄉」、「苗栗縣三灣鄉」、「雲林縣東勢鄉」、「屏東縣林邊鄉」、「宜蘭縣冬山鄉」、「台東縣卑南鄉」、「雲林縣古坑鄉」、「金門縣金寧鄉」。
- 三、施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 76 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 81 個鄉鎮區(附件 1)。

### 參、討論事項

#### 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修正「112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式案」。

決議：通過修正「112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」(附件 2)，增列「風險移撥款」動支方式提撥及分配，重點如下：

- 一、提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,000 萬元，由各季提撥 750 萬元。
- 二、分配方式：
  1. 自 112 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。
  2. 其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至 0.75 元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經

費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。

3. 若兩區以上浮動點值低於 0.75 時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.75 元。
4. 移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

三、本計畫溯自 112 年 1 月 1 日生效。

**第二案**                   **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**  
**案由：「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」**  
**條文修訂案。**

**決議：通過修訂支付標準第二章藥費加註「出院患者必要時得開給 7 天藥品」。**

**第三案**                   **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**  
**案由：「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文修訂案。**

**決議：通過修訂適用範圍「主診斷為其他癌症且次診斷為胃癌」之「其他癌症」ICD-10-CM 由原 C79.5-C97.7 修訂為 C79.5-C79.7。**

**第四案**                   **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**  
**案由：「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案。**

**決議：本案修訂通過重點如下：**

- 一、適用範圍及收案條件之骨骼、關節相關痛症適應症 (ICD-10-CM) 增列 S03.0、S03.1、S13、S23、S33。
- 二、有關中醫急症診察費夜間及例假日由原先加成改為增

列診療項目之建議，基於支付標準一致性，維持以備註文字呈現。

- 三、有關刪除支付標準 P61002 中醫急症處置費 500 點，改為增列 P61005 針灸(或電針)治療處置費 500 點、P61006 傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費 500 點及 P61007 骨折、脫臼整復復位治療處置費 1,200 點之建議，因增加財務衝擊，請中全會爭取 113 年總額預算支應。

肆、散會：下午 2 時 53 分

112 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案  
施行區域一覽表-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區

縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數
新北市	坪林區	1	台南市	後壁區	1	花蓮縣	豐濱鄉	2
	石門區	1		大內區	1		富里鄉	1
	平溪區	1		左鎮區	1		秀林鄉	3
	雙溪區	1		龍崎區	1		萬榮鄉	3
	烏來區	3		北門區	1		卓溪鄉	3
宜蘭縣	冬山鄉	1	高雄市	東山區	1	台東縣	大武鄉	2
	壯圍鄉	1		田寮區	1		東河鄉	1
	大同鄉	3		茂林區	3		長濱鄉	2
	南澳鄉	3		桃源區	3		卑南鄉	1
新竹縣	橫山鄉	1	屏東縣	那瑪夏區	3		綠島鄉	5
	寶山鄉	1		內門區	1		延平鄉	3
	北埔鄉	1		萬巒鄉	1		海端鄉	3
	峨眉鄉	1		竹田鄉	1		達仁鄉	3
	尖石鄉	3		新埤鄉	1		金峰鄉	3
	五峰鄉	3		車城鄉	1		蘭嶼鄉	6
苗栗縣	南庄鄉	1	金門縣	滿州鄉	2	烈嶼鄉	6	
	獅潭鄉	1		枋山鄉	1	烏坵鄉	6	
	泰安鄉	3		三地門鄉	3	北竿鄉	4	
	頭屋鄉	1		連江縣	霧臺鄉	3	莒光鄉	6
	三灣鄉	1			泰武鄉	3	東引鄉	6
台中市	大安區	1	來義鄉		3	南竿鄉	4	
	和平區	3	春日鄉		3			
南投縣	信義鄉	3	屏東縣		獅子鄉	3		
	仁愛鄉	3		牡丹鄉	3			
	鹿谷鄉	3		瑪家鄉	3			
雲林縣	東勢鄉	1	澎湖縣	林邊鄉	1			
	四湖鄉	1		吉貝村	6			
嘉義縣	溪口鄉	1		白沙鄉	5			
	番路鄉	1		西嶼鄉	5			
	阿里山鄉	3		望安鄉	6			
	東石鄉	1		七美鄉	6			

註 1：本一覽表統計截止日期：112 年 8 月 4 日，共 76 個鄉鎮(區)。(澎湖縣白沙鄉吉貝村屬澎湖縣白沙鄉，故不另計入鄉鎮(區)數)。

註 2：1 表一級偏遠；2 表二級偏遠；3 表山地鄉；4 表一級離島；5 表二級離島；6 表三級離島。

註 3：澎湖縣白沙鄉吉貝村，考量地理及交通因素，另列分級級數為 6。



112 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案  
施行區域一覽表—家中醫醫事服務機構之鄉鎮區

縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區	
新北市	三芝區	台南市	柳營區	高雄市	甲仙區	
	金山區		六甲區	屏東縣	恆春鎮	
	萬里區		西港區		長治鄉	
	貢寮區		七股區		麟洛鄉	
	石碇區		將軍區		鹽埔鄉	
	八里區		山上區		高樹鄉	
宜蘭縣	蘇澳鎮		楠西區		南州鄉	
	三星鄉		南化區		九如鄉	
	冬山鄉		官田區		琉球鄉	
	壯圍鄉		玉井區		崁頂鄉	
桃園市	復興區		安定區			林邊鄉
新竹縣	芎林鄉		雲林縣	古坑鄉	花蓮縣	鳳林鎮
苗栗縣	卓蘭鎮			林內鄉		壽豐鄉
	銅鑼鄉			東勢鄉		光復鄉
	三義鄉	二崙鄉		瑞穗鄉		
	造橋鄉	褒忠鄉		台東縣	太麻里鄉	
	西湖鄉	臺西鄉			池上鄉	
	三灣鄉	元長鄉			成功鎮	
台中市	石岡區	口湖鄉			鹿野鄉	
彰化縣	線西鄉	布袋鎮			元長鄉	卑南鄉
	埔鹽鄉	六腳鄉			澎湖縣	湖西鄉
	二水鄉	義竹鄉	金門縣	金沙鎮		
	田尾鄉	梅山鄉		金寧鄉		
	芳苑鄉	大埔鄉				
	竹塘鄉	中埔鄉				
	大城鄉	鹿草鄉				
南投縣	集集鎮	高雄市	湖內區			
	鹿谷鄉		六龜區			
	中寮鄉		杉林區			
	魚池鄉		永安區			
	國姓鄉		彌陀區			

註 1：本一覽表統計截止日期：112 年 8 月 4 日，共 81 個鄉鎮(區)。

註 2：本一覽表為僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，分級級數為:0 中醫資源不足。

## 112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區 預算分配計畫

### 壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

### 貳、目的：

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

### 參、計畫期間：112年1月1日起至112年12月31日止。

### 肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算（扣除106年度於一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元），按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

### 二、風險調整移撥款之提撥及分配：

(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,000 萬元，由每季提撥 750 萬元。

### (二)分配方式：

1. 自 112 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

2. 其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至 0.75 元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/∑各院補助金額)。

3. 若兩區以上浮動點值低於 0.75 元時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.75 元。

4. 移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

三、112年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

- (一)66%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。
- (二)14%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
- (三)10%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。
- (四)4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。
- (五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。
- (六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)111年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3. 111年全國每月申報醫療費用點數之平均值 =  $\Sigma$ 111年

各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數/ $\Sigma$ 111年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

4. 112年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以111年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

四、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，以及含已撥補分區之風險調整移撥款，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

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

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

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

## 附件1：指標之操作型定義

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

指標：

指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率

分子：各分區各季總預算(Ai1)

分母： $\Sigma$  各分區各季總預算加總( $\Sigma Ai1$ )

條件說明：

- 一、第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總
- 二、第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總
- 三、第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總
- 四、第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總

指標2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)

分母： $\Sigma$  各分區去年同期戶籍人口數加總( $\Sigma Ai2$ )

條件說明：

- 一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）  
[http://www.ris.gov.tw/zh\\_TW/346](http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346)（首頁 >人口政策及統計資料 >人口統計資料庫 > 人口統計資料 > 各月人口資料 > 03鄉鎮戶數及人口數）
- 二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)

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

條件說明：

- 一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。
- 二、資料擷取時間點：中醫門診特約醫事服務機構申報資料【不含職業災害案件（案件分類 B6）、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。

### 三、計算步驟：

- (一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)
- (二)計算每位病患於各區就醫次數(a)
- (三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)  
=每位病患於各區就醫次數(a)/ $\Sigma$  每位病患於各區就醫次數( $\Sigma a$ )
- (四)各區每位病患之就醫次數比率(T)  
=各區  $\Sigma$  每位病患於各區就醫次數比率( $\Sigma a\%$ )
- (五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)  
=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)
- (六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)  
=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( $\Sigma K1$ )

### 四、舉例說明：

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

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

### (三)計算各分區就醫次數之權值

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

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即  $(\frac{111\text{年該季}}{110\text{年同期}}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(\frac{111\text{年該季申報醫療費用點數}}{110\text{年同期申報醫療費用點數}}) - 1$ 。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： $\sum$  各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

- 一「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。
- 二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。
- 三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。
- 五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數  
$$= \text{各分區各鄉鎮市區中醫師數} \div (\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數} \div 10,000)$$
- 六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值  
(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：  
$$\begin{aligned} & * \text{該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率} \geq \text{全國每萬人口中醫師數成長率} \\ & \text{各鄉鎮市區權值}(\text{dr\_peop}) \\ & = -5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計}) \end{aligned}$$

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

\*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值：

\*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 >=全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)

=+5%(m)\*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

\*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

= 各分區  $\sum$  各鄉鎮市區權值(dr\_peop)

\*成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

一、 每季結算時，「偏鄉」之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，若分區前一季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。

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

條件說明：

一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)111年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

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



- 三、 111年全國每月申報醫療費用點數之平均值 =  $\Sigma$ 111年每月申報醫療費用 /  $\Sigma$ 111年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
- 四、 112年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以111年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

## 附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

※五分區預算分配之計算操作型定義

一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)  
= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算 GF+  
預算(東區) +當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

指標1預算 GA= (T) \* 97.78% \* 66%

指標2預算 GB= (T) \* 97.78% \* 14%

指標3預算 GC= (T) \* 97.78% \* 10 %

指標4預算 GD= (T) \* 97.78% \* 4%

指標5預算 GE= (T) \* 97.78% \* 5%

指標6預算 GF= (T) \* 97.78% \* 1%

二、各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

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

指標1占率 (Ai1 /  $\Sigma$  Ai1)

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(二) 各分區各季預算 Gb

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

指標2占率 (Ai2 /  $\Sigma$  Ai2)

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

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

指標3占率  $(A_{i3} / \sum A_{i3})$

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

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

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

※各分區各季經指標4加權後之預算  $(A_{i4})$

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

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

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

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

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

※各分區指標5權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算  $(A_{i5})$

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

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

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 Gf

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

三、 各分區各季預算  $T_s = \text{該區當季預算 } G_a + \text{該區當季預算 } G_b + \text{該區當季預算 } G_c + \text{該區當季預算 } G_d + \text{該區當季預算 } G_e + \text{該區當季預算 } G_f + \text{當季撥補之風險調整移撥款 } G_h。$

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

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

1. 成長率 =  $(\text{112年該區各季核算 } T_y / \text{111年該區各季核算 } T_y) - 1。$

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

(二) 撥補程序

1. 於112第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算  $T_y$  負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

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

	111年該區 全年 預算 Ty (百萬元)	112年該區 全年 預算 Ty (百萬元)	成長率	負成長 分區 差額	撥補比例	撥補方式	調整金額	撥補後 Ty	撥補後成長率
	V	W	W/V-1	X	Y	X*Y=Z	Z	W+Z	
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長 分區小計		14,178.9			100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

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

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

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

三、平均點值

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

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

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