

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： Σ 各分區各季總預算加總(Σ Ai1)

條件說明：

一、107 年第 1 季：96Q1+97Q1+98Q1 預算加總

二、107 年第 2 季：96Q2+97Q2+98Q2 預算加總

三、107 年第 3 季：96Q3+97Q3+98Q3 預算加總

四、107 年第 4 季：95Q4+96Q4+97Q4 預算加總

指標 2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總(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（首頁 > 人口資料庫 > 人口統計資料 > 近期各月人口資料 > 03 鄉鎮戶數及人口數）

二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標 3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(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(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) / Σ 每位病患於各區就醫次數(a)
- (四) 各區每位病患之就醫次數比率(T)
= 各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)
- (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($\Sigma K1$)

二、舉例說明：

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

分區	病患a1 就醫次數	於各區就醫次數 比率(a1%)	病患a2 就醫次數	於各區就醫次 數比率(a2%)	病患a3 就醫次數	於各區就醫次 數比率(a3%)	病患a4 就醫次數	於各區就醫次 數比率(a4%)	各區每位病患 之就醫次數比 率 T =(a1%+a2%+a3% +a4%)
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.00000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.00000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.33333%	0.916667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.66667%	1.024603
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.00000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.00000%	0.391270
全局	18	100.0000%	28	100.0000%	40	100.0000%	12	100.00000%	4.000000

(三) 計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數 (p) 1_p)	各區每位病患之 就醫次數比率(T)	權值(K1) =T/P	扣除東區分局	權值(K2)
台北	3	0.838095	0.209524	0.209524	0.232241
北區	3	0.428968	0.107242	0.107242	0.118870
中區	2	0.916667	0.229167	0.229167	0.254014
南區	4	1.024603	0.256151	0.256151	0.283923
高屏	3	0.400397	0.100099	0.100099	0.110952
東區	3	0.391270	0.097817	-	-
全局	4		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 (106 年該季/105 年同期) -1。
- 三、醫療費用點數成長率(r)：(106 年該季申報醫療費用點數/105 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)、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為 1、權值為 5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於 0 且 p 值大於 0 之區域，權值加計 +5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於 0 且 r 值大於 0 之區域，權值加計 -5%，非屬前述二要件之區域均以 0 計。

指標 5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

- 一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。
- 二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。
- 三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。
- 五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數
=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)

六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

= $-5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為 0 或無中醫師鄉鎮，其權值以 0 計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 \leq 全國平均值：

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

= $+5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為 0 或無中醫師鄉鎮，其權值以 0 計算。

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

= 各分區 \sum 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

指標 6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

條件說明：

- 一、 偏鄉定義為每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)106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、 106年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = $\Sigma 106$ 年每月申報醫療費用 / $\Sigma 106$ 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。
- 四、 107年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以106年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。