



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 115 年第 3 次研商議事會議
議程資料

115 年 8 月 20 日（星期四）下午 2 時
本署 9 樓第 1 會議室

**「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」
115 年第 3 次會議議程**

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認 第 3 頁

參、報告事項

PDF 頁碼

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1	11
二、中醫門診總額執行概況報告。	報 2-1	16
三、115 年第 1 季中醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1	29
四、114 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案	報 4-1	75

肆、討論事項

一、建請將中高度針灸治療之輔助治療品項中新增一項:CH09 膏布治療案。	討 1-1	94
二、建請將「三高病人加強照護方案」之診斷碼，納入中醫支付標準附表 4.4.2 之「特殊疾病」項目，以提高醫師登載率與實質收案率案。	討 2-1	98
三、修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」	討 3-1	107

伍、臨時動議

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 115 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 5 月 21 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：張副署長禹斌

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	陳代表冠仁	陳冠仁
吳代表清源	吳清源	陳代表建輝	陳建輝
李代表元齡	黃輝榮(代)	陳代表博淵	陳博淵
卓代表青峰	卓青峰	陳代表節如	請假
林代表狄昇	林狄昇	黃代表上邦	黃上邦
邱代表國華	邱國華	楊代表志中	楊志中
姜代表智文	姜智文	楊代表啟聖	楊啟聖
柯代表富揚	請假	詹代表永兆	詹永兆
胡代表文龍	胡文龍	廖代表奎鈞	廖奎鈞
孫代表茂峰	請假	劉代表林義	劉林義
張代表田黨	請假	蔡代表素玲	洪小幸(代)
陳代表文戎	陳文戎	羅代表永達	羅永達
陳代表俊良	陳俊良	蘇代表守毅	蘇守毅
陳代表俊龍	陳俊龍	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

蔣翠蘋

衛生福利部中醫藥司

洪小幸

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、林偉翔

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年、賴宛而、李敬

李如英

台灣醫院協會

楊智涵

中華民國藥師公會全國聯合會

本署醫務管理組

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

鄭文柏、溫致群、陳暘、
張智凱

黃珮珊、賴彥壯、洪于淇、
陳依婕、呂姿曄、許博淇
黃瓊萱、王智廣、曾琬茜
陳聿萱、張雅涵、陸品涵
張如薰、賴秋伶、陳珏如
茆家靜

宋兆喻*、黃奕瑄*、余昱臻*、
張景興*

楊淑娟*、林孟萱*、黃珮晴*
蔡瓊玉*、楊惠真*、林裕能*、
戴秀容*、柯依鳳*、林育辰*、
潘佳鈴*、謝佩璇*

賴大年*、賴文琳*、林聖哲*、
盧靜宜*、秦莉英*、高宜聲*、
李昕璇*、劉乃慈*、李岳勳*
陳淑惠*、李金秀*、黃皓綱*、
李昀融*

鄭翠君*、吳乙亭*

壹、主席致詞：(略)。

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：確認。

參、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：

一、洽悉。

二、序號 9「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文修訂案、序號 10「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」115 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項案繼續列管，餘解除列管。

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。

決定：洽悉。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：114年第4季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、依據114年總額公告，「114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計畫」略以，增列風險調整移撥款1.5億元，由每季提撥3,750萬元，其中1.1億元用於逐季補助當季浮動點值低於0.9者則補至0.9；另4,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。
- 二、經統計114年第3季風險調整移撥款撥補就醫率最高分區(中區)1,000萬元；另風險調整移撥款累計至114年第3季補助浮動點值之剩餘款為21.6百萬元，因114年第4季北區浮動點值未達0.9，將全數撥補該區。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、中醫門診總額一般服務 114 年第 4 季點值確認如下表，並將依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	0.98114013	0.98845094	0.98786657
北區	0.89841373	0.94005735	0.94116286
中區	0.93725864	0.96025783	0.95876590
南區	0.94673922	0.96861709	0.96688797
高屏	0.91380795	0.94794679	0.94681437
東區	1.13732881	1.08928193	1.06336317
全區	0.94642984	0.96728061	0.96602466

三、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：有關「115 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」高屏一家無中醫醫事服務機構之鄉鎮區異動情形案。

說明：

- 一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區：新增「宜蘭縣壯圍鄉」（易安堂中醫診所於 115 年 1 月 2 日歇業）；刪除「屏東縣琉球鄉」（琉球中醫診所於 115 年 3 月 30 日開業）。
- 二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區：刪除「宜蘭縣壯圍鄉」；新增「屏東縣琉球鄉」。
- 三、施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 80 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 78 個鄉鎮區。
- 四、以上資料係更新至 115 年 5 月 18 日之統計異動。

決定：洽悉。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂 115 年度「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之專業醫療服務品質指標案，提請討論。

決議：

- 一、本案修訂通過。
- 二、鑑於現行指標沿用已久，並有鈍化情形，請中全會協助蒐集國際相關指標，以提供明年度品質確保方案專業醫療服務指標修訂參考。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」等 5 項中醫總額專款計畫申請程序修訂案，提請討論。

決議：

- 一、通過修訂「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」等 5 項中醫總額專款計畫申請程序，其中中醫癌症病人加強照護整合方案申請程序及資格審查，刪除「其他佐證文件」相關規範，餘計畫修訂照案通過。
- 二、另請中全會後續定期於每月 1 日前，依本署規定格式提供各計畫之繼續教育訓練核定名單。

第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「中醫癌症病人加強照護整合方案」之評估指標量表及衛教資料案，提請討論。

決議：

- 一、通過修訂西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫：「腦血管疾病」及「顱腦損傷」之評估量表新增「EAT-10 吞嚥能力篩查工

具」。

- 二、通過修訂中醫癌症病人加強照護整合方案：三項子計畫之評估量表新增「氣虛型體質量表」。
- 三、請中全會參考國際(如韓醫)常用評估量表，評估納入計畫；另於會後提供肝癌及攝護腺癌之衛教單張。

第四案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關偏遠、山地及離島地區中醫院所，取消專任醫師每月平均申報量 31 - 60 人次九折支付及 60 人次以上限制，改採全額支付案，提請討論。

決議：

- 一、試辦「醫不足施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣」中醫院所取消「專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量」規定。
- 二、試辦後持續追蹤申報情形至 116 年 6 月。

第五案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：建請檢討並取消中醫醫療院所每位專任醫師每月申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療另開內服藥處置費一百五十人次上限之限制案，提請討論。

決議：考量 115 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配未編列相關預算，爰維持現行規定，請中全會評估爭取來年總額預算再議。

第六案

提案單位：社團法人中華民國藥師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」，提請討論。

決議：本案經與會代表反映不符會議提案程序，爰未討論。

第七案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫
第七章註2文字案，提請討論。

決議：本案請中全會評估上傳舌診儀 AI 影像之必要性及可行性後，
再依程序提案修訂支付標準。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午3時30分。

參、報告事項

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

說明：共 9 項，擬解除列管 9 項，繼續列管 0 項。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	115_1_討(4)：全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫條文修訂案。	本案修訂通過，修訂照護模式轉換規範文字為「療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限」。	業於 115 年 5 月 27 日以健保醫字第 1150110398 號公告，自 115 年 6 月 1 日生效。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	115_1_討(5)：有關「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」115 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項案。	為符合 115 年度中醫門診總額核定事項，本署建議「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」依中醫門診總額 114 年第 2 次研商議事會議決議方式扣減，中醫全聯會建議不予扣減。本案續擬提至健保會報告。	1、業於 115 年 7 月 29 日提至健保會第 7 屆 115 年第 6 次委員會議報告。 2、另有關本專款計畫與一般服務重複部分，預計於 116 年總額協商時規劃相關預算調整。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
3	115_2_報(4)：調整「115 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」高屏一家無中醫醫事服務機構之鄉鎮區異動情形案。	一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區：新增「宜蘭縣壯圍鄉」(易安堂中醫診所於 115 年 1 月 2 日歇業)；刪除「屏東縣琉球鄉」(琉球中醫診所於 115 年 3 月 30 日開業)。 二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區：刪除「宜蘭縣壯圍鄉」；新增「屏東縣琉球鄉」。 三、施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 80 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 78 個鄉鎮區。	業於 115 年 6 月 11 日周知各分區業務組配合辦理後續事宜。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
4	115_2_討(1)：修訂 115 年度「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案。	一、本案修訂通過。 二、鑑於現行指標沿用已久，並有鈍化情形，請中全會協助蒐集國際相關指標，以提供明年度品質確保方案專業醫療服務指標修訂參考。	衛生福利部業於 115 年 6 月 17 日衛部保字第 1151260304 號公告。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
5	115_2_討(2): 有關「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」等5項中醫總額專款計畫申請程序修訂案。	一、通過修訂「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」等5項中醫總額專款計畫申請程序，其中中醫癌症病人加強照護整合方案申請程序及資格審查，刪除「其他佐證文件」相關規範，餘計畫修訂照案通過。 二、另請中全會後續定期於每月1日前，依本署規定格式提供各計畫之繼續教育訓練核定名單。	1.業於115年7月28日以健保醫字第1150113963號公告： (1)西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫：自115年1月1日生效。 (2)中醫癌症病人加強照護整合方案：自115年7月28日生效。 (3)餘計畫自115年8月1日生效。 2.有關中醫總額專款計畫承作資格申請作業流程電子化115年8月至9月採紙本及線上申請及審核雙軌制案，業於115年8月13日以健保醫字第1150663540A號請中全會協助受理紙本申請資料至115年9月30日，並輔導會員自115年10月1日起全面改至本署VPN之「醫事機構試辦計畫線上申請作業」申請。	☒ 解除 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
6	115_2_討(3): 有關「西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「中醫癌症病人加強照護整合方案」之評估指標量表及衛教資料案。	一、通過修訂西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫:「腦血管疾病」及「顱腦損傷」之評估量表新增「EAT-10 吞嚥能力篩查工具」。 二、通過修訂中醫癌症病人加強照護整合方案:三項子計畫之評估量表新增「氣虛型體質量表」。 三、請中全會參考國際(如韓醫)常用評估量表,評估納入計畫;另於會後提供肝癌及攝護腺癌之衛教單張。	業於 115 年 7 月 28 日以健保醫字第 1150113963 號公告: 1. 西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫:自 115 年 1 月 1 日生效。 2. 中醫癌症病人加強照護整合方案:自 115 年 7 月 28 日生效。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
7	115_2_討(4): 有關偏遠、山地及離島地區中醫院所,取消專任醫師每月平均申報量 31-60 人次九折支付及 60 人次以上限制,改採全額支付案。	一、試辦「醫不足施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣」中醫院所取消「專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量」規定。 二、試辦後持續追蹤申報情形至 116 年 6 月。	業於 115 年 6 月 26 日以健保醫字第 1150662466 號書函周知中全會及各分區業務組,自費用年月 115 年 7 月至 116 年 6 月「醫不足施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣」中醫院所暫不實施「專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量」規定。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
8	115_2_討(5): 建請檢討並取消中醫醫療院所每位專任醫師每月申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療另開內服藥處置費一百五十人次上限之限制案。	考量 115 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配未編列相關預算,爰維持現行規定,請中全會評估爭取來年總額預算再議。	中全會表示會將本議案納入未來的協商項目,於合宜時機再行提出。	☒ 解除 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
9	115_2_討(7): 新增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七章註2文字案。	本案請中全會評估上傳舌診儀 AI 影像之必要性及可行性後，再依程序提案修訂支付標準。	中全會表示新增第四部中醫第七章註2支付規範(3)文字：申報時應檢附影像電子檔。 用以判斷申報院所是否正確判讀舌型、舌象等及是否執行舌診項目。	☒ ☐ 解除繼續列管

報告事項第二案

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（附件報 2-2 頁）

決定：



(附件)

中醫門診總額執行概況

中央健康保險署
115年8月20日

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

1



大綱

- 115Q2點值預估
- 115Q2醫療供給及利用概況
- 115Q2專款執行報告

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

2



115Q2點值預估說明

一、製表日期：115年8月13日。

二、總額邏輯說明：

1. 總額醫療費用含部分負擔。

2. 分區分配參數依健保會公告東區占率2.22%，其餘五區占率97.78%。

占率分配如下。

2-1. 115年分區預算調整指標共計有6項，預估實際採用之校正資料為實際預算占率

(70%)、戶籍人口占率(16%)、同期就醫次數權值占率(9%)、人數利用及醫療點數成長率(4%)。

2-2. 原地區預算分配所採用之第5、6項指標中醫師密度、偏鄉人口預算分配調升機制並未列入預估作業考量，且其校正占率(6%)均移至實際預算占率。

3. 預算攤月以前1年同期之申報資料分別計算過年期間、連假之週六及日、國定假日、週

六、週日及工作日回攤當年得出每季各月之費用占率。

三、預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採114上半年爭審後核減率，各分區分別計之。

四、風險移撥款400百萬元，依115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撥補。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

3



115年第2季 中醫門診總額各分區點值推估

季別	就醫分區	調整後總額預算(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值		風險調整移撥款補助情形
			非浮動	浮動	浮動點值	平均點值	每點支付金額最高補至0.93元之差值(百萬)
第2季	臺北	2,518	942	1,504	1.0475	1.0292	0
	北區	1,116	472	691	0.9300	0.9584	12.0
	中區	2,141	785	1,366	0.9929	0.9955	0
	南區	1,208	498	720	0.9857	0.9916	0
	高屏	1,360	538	825	0.9950	0.9970	0
	東區	191	59	111	1.1807	1.1178	0
	合計	8,534	3,295	5,217	1.0036	1.0022	12.0

註：

1. 114Q2結算全區平均點值0.95702438

2. 調整後總額預算已加計風險調整移撥款補助情形

3. 北區風險調整移撥款補助前浮動點值為0.9132，平均點值為0.9485。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

4

醫療供給及利用概況

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

5

特約醫事服務機構家數

115年6月全區中醫特約醫事服務機構家數共4,076家，與去年同期比較成長0.7%，增加29家。

年月	台北 北區		中區 南區		高屏	東區	合計
111年6月	1,153	474	1,062	534	561	68	3,852
112年6月	1,182	492	1,085	545	573	70	3,947
113年6月	1,202	490	1,094	553	580	72	3,991
114年6月(A)	1,223	503	1,104	561	586	70	4,047
115年6月(B)	1,241	516	1,102	561	586	70	4,076
成長率 (B/A)-1	1.5%	2.6%	-0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
增減數B-A	18	13	-2	0	0	0	29

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表之特約中醫醫院及中醫診所。

註2：成長率係與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

6



具中醫科醫院醫事服務機構家數

115年6月全區具中醫科醫院家數共150家，與去年同期比較成長4.2%，增加6家。

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
114年6月(A)	27	16	38	25	25	13	144
115年6月(B)	29	17	40	25	27	12	150
成長率 (B/A)-1	7.4%	6.3%	5.3%	0.0%	8.0%	-7.7%	4.2%
增減數B-A	2	1	2	0	2	-1	6

註1：資料來源-本署醫事機構服務檔之醫院層級(含醫學中心、區域醫院、地區醫院)登載「中醫診療科別」者之家數。

註2：115年6月較去年同期家數增減名單：

臺北區(+2)：羅東博愛醫院、羅東聖母醫院

北區(+1)：增加1家：聯新國際醫院桃新分院；

中區(+2)：增加2家：員林基督教醫院、臺中市立老人復健綜合醫院

高屏(+2)：增加2家：國軍高雄總醫院屏東分院附設民眾診療服務處、杏永醫院

東區(-1)：減少1家：台東聖母醫院

註3：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註4：成長率為當年各月與去年同期之比較。

Bureau of National Health Insurance

7



中醫師數

115年6月全區中醫師數共8,012人，與去年同期比較成長2.0%，增加154人。

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
111年6月	2,200	926	1,968	942	1,046	155	7,237
112年6月	2,249	968	2,023	966	1,087	157	7,450
113年6月	2,312	1,007	2,072	989	1,122	160	7,662
114年6月(A)	2,380	1,036	2,110	1,024	1,148	160	7,858
115年6月(B)	2,424	1,064	2,140	1,048	1,174	162	8,012
成長率 (B/A)-1	1.8%	2.7%	1.4%	2.3%	2.3%	1.3%	2.0%
增減數B-A	44	28	30	24	26	2	154

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。

註2：成長率係與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

8



醫院執業之中醫師數

115年6月全區醫院執業之中醫師數共1,040人，與去年同期比較成長1.5%，增加15人。

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
111年6月	242	118	251	154	121	56	942
112年6月	241	126	254	154	118	59	952
113年6月	243	125	275	161	121	59	984
114年6月(A)	257	127	286	174	125	56	1,025
115年6月(B)	266	127	289	172	130	56	1,040
成長率 (B/A)-1	3.5%	0.0%	1.0%	-1.1%	4.0%	0.0%	1.5%
增減數B-A	9	0	3	-2	5	0	15

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。

註2：成長率係與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

9



各分區每萬人口中醫師數

115Q2各分區每萬人口中醫師數：中區4.72最高、北區2.70最低。

年度	111	112	113	114	115Q2
臺北	3.00	3.06	3.12	3.24	3.27
北區	2.48	2.57	2.64	2.72	2.70
中區	4.44	4.55	4.66	4.75	4.72
南區	2.93	3.00	3.13	3.26	3.25
高屏	2.99	3.07	3.19	3.27	3.27
東區	2.95	3.04	3.03	3.17	3.12
總計	3.18	3.26	3.35	3.46	3.45

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

10



各分區每萬人口中醫師數與全國比率

115Q2各分區每萬人口中醫師數與全國比率：中區1.37最高、北區0.78最低。

年度	110	111	112	113	115Q2
臺北/全區	0.94	0.94	0.93	0.94	0.95
北區/全區	0.78	0.79	0.79	0.79	0.78
中區/全區	1.40	1.40	1.39	1.37	1.37
南區/全區	0.92	0.92	0.93	0.94	0.94
高屏/全區	0.94	0.94	0.95	0.95	0.95
東區/全區	0.93	0.93	0.90	0.92	0.91
全區	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

11



整體申報概況【分區別】

115Q2中醫院所全區申報件數1,053萬件，與去年同期比較負成長4.1%；
申報醫療點數90.16億點，與去年同期比較負成長0.2%。

年季	項目	申報件數		申報醫療點數		平均每件 醫療點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
115Q2	臺北	3,011.1	-3.0%	2,524.1	0.3%	838.3	3.4%
	北區	1,437.4	-2.5%	1,224.0	1.4%	851.6	4.0%
	中區	2,741.8	-5.0%	2,309.9	-1.0%	842.5	4.2%
	南區	1,476.0	-4.6%	1,300.8	0.1%	881.3	4.9%
	高屏	1,662.8	-5.5%	1,447.6	-1.5%	870.6	4.3%
	東區	196.3	-2.5%	209.8	1.6%	1,068.8	4.2%
	全區	10,525.4	-4.1%	9,016.2	-0.2%	856.6	4.1%

註1：資料來源：截至115年8月5日多模型健保資料平台。
註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註3：成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

12



醫院中醫科申報概況【分區別】

115Q2申報件數113萬件，與去年同期比較成長2.8%；
申報醫療點數14.02億點，與去年同期比較成長5.6%。

年季	分區	申報件數		申報醫療點數		平均每件醫療點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
115Q2	臺北	285.0	-0.4%	358.5	2.8%	1,258.1	3.2%
	北區	125.2	2.9%	166.3	4.9%	1,328.1	1.9%
	中區	330.1	3.1%	383.3	6.2%	1,161.2	3.0%
	南區	196.9	5.0%	253.3	7.4%	1,286.5	2.3%
	高屏	152.2	6.0%	181.8	8.8%	1,194.5	2.6%
	東區	41.3	1.7%	58.4	3.3%	1,413.4	1.6%
	全區	1,130.7	2.8%	1,401.7	5.6%	1,239.6	2.7%

註1：資料來源：截至115年8月5日多模態健保資料平台。
註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註3：成長率為與前一年同期比較。

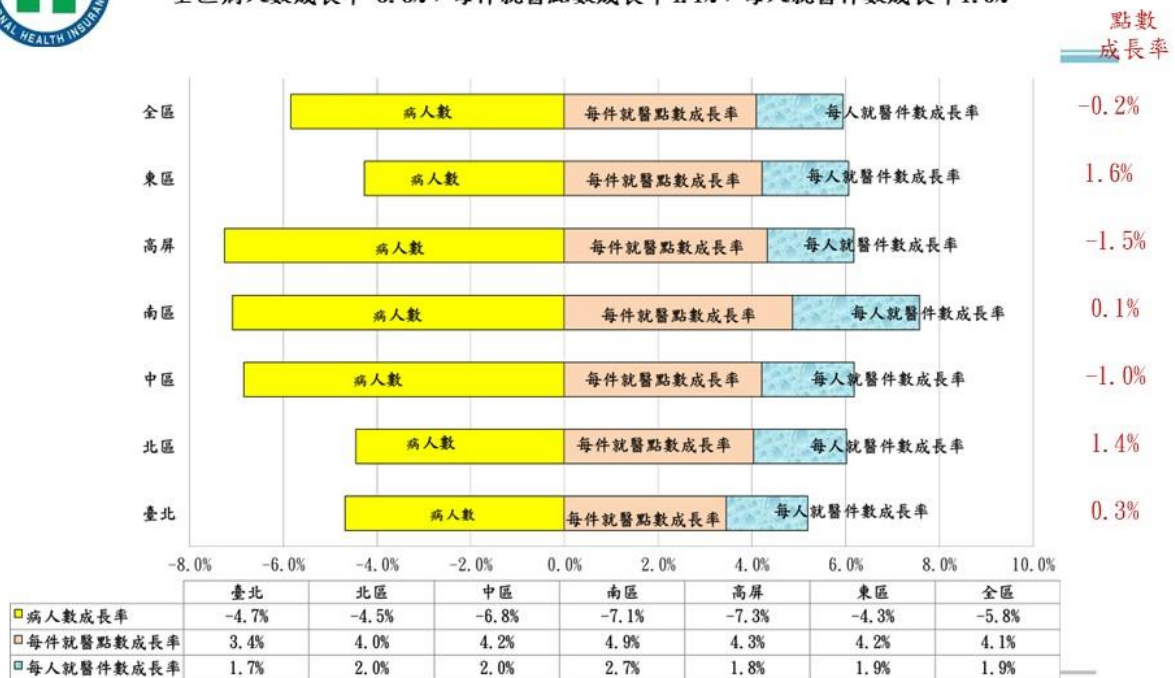
衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

13

115年第2季費用分析解構圖



全區病人數成長率-5.8%；每件就醫點數成長率4.1%；每人就醫件數成長率1.9%



衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

14



中醫專款執行報告 (含醫院層級執行情形)

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

15



中醫專款計畫

- 推動內容：
 - 西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫(112年新增術後疼痛)
 - 中醫提升孕產照護品質計畫(104年新增)
 - 中醫癌症病人加強照護整合方案(115年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)
 - 中醫急症處置計畫(107年新增)
 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109年4月1日生效)
 - 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(111年新增)
*照護機構中醫醫療照護方案專款之論量計酬費用114年移列一般服務)
 - 中醫三高病人加強照護計畫(115年新增，年度結算)

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

25



西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

115年全年預算533.7百萬點，第2季支用132.7百萬點，累計至第2季預算執行率46.5%。

115Q2

院所層級

	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	15	3,315	37.9	40.3
區域醫院	49	4,505	54.4	61.4
地區醫院	55	1,770	26.1	31.0
總計	119	8,535	118.5	132.7

註1：資料來源：截至115年8月5日多模型健保資料平台。

註2：115年第1季支用115.6百萬點。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

17



中醫癌症病人加強照護整合方案

115年全年預算432.5百萬點，第2季支用121.5百萬點，累計至第2季預算執行率54.2%。

115Q2

院所層級

	院所家數	照護人數	照護人 次(千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	16	5,877	30.8	46.3
區域醫院	47	5,167	33.2	53.3
地區醫院	34	902	6.3	7.1
基層院所	197	2,186	12.1	14.7
總計	294	14,014	82.4	121.5

註1：資料來源：截至115年8月5日多模型健保資料平台。

註2：115年第1季支用112.8百萬點。

健康保險署
Bureau of National Health Insurance

18



中醫提升孕產照護品質計畫

115年全年預算82.0百萬點，第2季支用20.6百萬點，累計至第2季預算執行率49.1%。

115Q2

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	9	366	1.6	1.7
區域醫院	13	673	4.1	4.7
地區醫院	10	116	0.6	0.6
基層院所	138	2,250	12.6	13.7
總計	170	3,396	18.9	20.6

註1：資料來源：截至115年8月5日多模型健保資料平台。

註2：115年第1季支用19.61百萬點。

健康保險署
Health Insurance

19



中醫急症處置計畫

115年全年預算20.8百萬點，第2季支用4.641百萬點，累計至第2季預算執行率41.2%。

115Q2

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次 (次)	醫療點數 (萬點)
醫學中心	4	1,257	1,346	458.9
區域醫院	4	35	35	5.3
總計	8	1,292	1,381	464.1

註1：資料來源：截至115年8月5日多模型健保資料平台。

註2：115年第1季支用3.922百萬點。

註3申報院所數：

115Q1：醫學中心：台北馬偕醫院、林口長庚醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院

區域醫院：基隆長庚紀念醫院、部立台北醫院、國軍臺中醫院、嘉義基督教醫院

115Q2：醫學中心：台北馬偕醫院、林口長庚醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院

區域醫院：基隆長庚紀念醫院、部立台北醫院、大林慈濟醫院、嘉義基督教醫院

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

20



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

115年全年預算180.8百萬點，第2季支用55.5百萬點，累計至第2季預算執行率58.7%。

115Q2

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次 (次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	11	1,674	5,065	9.5
區域醫院	26	1,682	6,629	11.0
地區醫院	27	623	3,283	5.0
基層院所	236	4,803	21,458	30.0
總計	300	8,754	36,435	55.5

註1：資料來源：截至115年8月5日多模型健保資料平台。

註2：115年第1季支用50.7百萬點。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

21



照護機構中醫醫療照護方案(論次)

115年全年預算10.8百萬點，第2季支用3.2百萬點，累計至第2季預算執行率53.4%。

115Q2

院所層級	院所家數	醫療點數(萬點)
醫學中心	9	19.5
區域醫院	28	62.9
地區醫院	27	43.1
基層院所	90	198.8
總計	154	324.3

註1：資料來源：截至115年8月5日多模型健保資料平台。

註2：115年第1季支用2.5百萬點。

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

22



115Q2分區申報專款費用點數

單位:百萬點

各分區費用占率以中區36.8%最高、東區4.1%最低。

115Q2								
分區別	住院 輔助	癌症 整合	孕產	急症	腎病	機構 照護	合計	占率
臺北	25.9	15.8	2.3	0.04	8.1	0.7	52.8	15.6%
北區	8.2	16.1	1.6	0.01	7.1	0.3	33.4	9.9%
中區	54.9	38.3	8.6	0.20	21.2	1.2	124.4	36.8%
南區	22.0	24.5	4.7	0.024	6.1	0.4	57.7	17.1%
高屏	18.2	23.7	3.1	0.00	10.5	0.3	55.9	16.5%
東區	3.6	3.1	0.3	4.36	2.5	0.2	14.0	4.1%
全署	132.7	121.5	20.6	4.64	55.5	3.2	338.2	100.0%

註：本表中醫照護含論次點數

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

23



敬請指教

中醫門診總額研商議事會議
102年第3次會議

衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

24

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115 年第 1 季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、本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115年第1季結算結果說明如下(附件報3-4頁)：

(一) 依衛生福利部115年1月28日衛部保字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，中醫總額分配自五分區(不含東區)一般服務費用移撥400百萬元，作為風險調整移撥款，由各季提撥100百萬元，逐季使用至預算使用完畢為止，補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.93 元之差值(且補助後平均點值不得高於次低區域的平均點值)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。全年預算若有結餘則回歸一般服務費用。經統計115年第1季北區業務組浮動點值未達 0.93，故撥補2,232.4萬元(頁次:報3-37頁)。

(二) 115年第1季各區點值如下表：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	1.01884198	1.01131843	1.01184077
北區	0.93000000	0.95950303	0.96277880
中區	0.97215852	0.98267798	0.98417664
南區	0.98598379	0.99189935	0.99302228
高屏	0.97128195	0.98298678	0.98395072
東區	1.21433059	1.13651372	1.11490546
全區	0.98680222	0.99209178	0.99312219

註1：平均點值(含專款)=(一般服務預算+專款結算金額)/(一般服務點數+專款點數)。

其中專款點數不含品質保證保留款及獎勵金點數。

註2：114年專款包含醫療資源不足地區改善方案、西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

、中醫提升孕產照護品質計畫、中醫癌症病人加強照護整合方案、中醫急症處置計畫、中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫、中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案、品質保證保留款之預算及點數。其中114年每季品質保證保留款係以全年實際核發數除以4估算。

(三) 114年第1季各區點值(下表)供參

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
臺北	1.00074069	1.00044989	1.00191784
北區	0.90000000	0.94157757	0.94571930
中區	0.95344019	0.97071321	0.97401663
南區	0.96598379	0.98006169	0.98269857
高屏	0.93174182	0.95901857	0.96196394
東區	1.19864035	1.12821585	1.10297225
全區	0.96329406	0.97774345	0.98013698

註1：平均點值(含專款)=(一般服務預算+專款結算金額)/(一般服務點數+專款點數)。其中專款點數不含品質保證保留款及獎勵金點數。

註2：113年專款包含醫療資源不足地區改善方案、西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫提升孕產照護品質計畫、中醫癌症病人加強照護整合方案、兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、中醫急症處置計畫、中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫、中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案、網路頻寬補助費用、品質保證保留款之預算及點數。其中113年每季品質保證保留款係以全年實際核發數除以4估算。

(四) 中醫專款計畫：

各專案項目執行情形如下表：

專款項目	115Q1			單位:千元
	當季預算數 A (註1)	當季暫結金 額D	未支用金額 (A)-(D)	當季浮動 點值
1. 醫療資源不足地區改善方案(註2)	45,750	33,277	12,473	1.00000000
2. 西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫	133,425	115,151	18,274	1.00000000
3. 中醫提升孕產照護品質計畫	20,500	19,560	940	1.00000000
4. 癌症病人加強照護整合方案	108,125	112,569	-4,444	0.95918043
5. 中醫急症處置計畫	5,200	3,919	1,281	1.00000000
6. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	45,200	50,592	-5,392	0.89341585
7. 照護機構中醫醫療照護方案	2,700	2,547	153	1.00000000
8. 中醫三高病人加強照護計畫(年度結束後進行全年結算)	53,000			
9. 品質保證保留款(另行結算)	53,806			

註1. 各項專款當季預算數含前一季未支用金額。網路頻寬補助費用、品質保證保留款為全年預算數。

註2. 醫療資源不足地區改善方案-獎勵開業服務計畫115Q1為8家。

註3. 當季暫結金額=1點/元*當季支用點數。

三、 擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。
決定：

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3508R02

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：115/08/11

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁 次： 1

=====

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)115年第1季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

=115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_G115合計) × 各季預算占率(h_q1)

= 34,878,801,232 × 23.551755%(h_q1)

= 8,214,569,813 (D)

註：

1. 依據114年11月12日「中醫門診總額研商議事會議」114年第3次會議決定，以107-109年及112-113年之各季核定點數平均占率做為115年各季預算重分配之依據。

115年各季預算占率分別為：第1季：23.551755%，第2季：25.209410%，第3季：25.707486%，第4季：25.531349%。

2. 115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_G115合計)為34,878,801,232元，各季調整後預算如下：

115年第1季預算8,500,267,378元，調整後預算為8,214,569,813元 = 34,878,801,232元 × 23.551755%(h_q1)。

115年第2季預算8,690,851,707元，調整後預算為8,792,740,006元 = 34,878,801,232元 × 25.209410%(h_q2)。

115年第3季預算8,579,347,280元，調整後預算為8,966,462,944元 = 34,878,801,232元 × 25.707486%(h_q3)。

115年第4季預算9,108,334,867元，調整後預算為8,905,028,469元

= 115年全年預算－ 115年第1季調整後預算－ 115年第2季調整後預算－ 115年第3季調整後預算

= 34,878,801,232元－ 8,214,569,813元－ 8,792,740,006元－ 8,966,462,944元

= 8,905,028,469元。

(二)115年各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G115合計)

項目	113年各季 一般服務醫療 給付費用總額	112年各季校正 投保人口預估 成長率差額	113年 違反特管辦法 之扣款(註1)	114年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	113年各季校正 投保人口預估 成長率差值	114年 違反特管辦法 之扣款(註2)	115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(註3)
	(Q113)	(PEOP112)	(B2)	(Q114) =(Q113+PEOP112 +B2)×(1+5.468%)	(PEOP113)	(B3)	(Q115) =(Q114+PEOP113 +B3)×(1+4.978%)	(C106)
第1季	7,575,094,979	19,427,754	996,976	8,010,842,727	91,421,442	211,232	8,505,816,626	5,549,248
第2季	7,719,374,586	57,682,813	996,976	8,203,358,388	80,582,575	211,232	8,696,537,291	5,685,584
第3季	7,620,143,973	55,467,952	996,976	8,096,365,876	81,285,689	211,232	8,584,956,807	5,609,527
第4季	8,096,684,569	54,540,082	996,976	8,597,985,106	83,904,762	211,233	9,114,296,094	5,961,227
合 計	31,011,298,107	187,118,601	3,987,904	32,908,552,097	337,194,468	844,929	34,901,606,818	22,805,586
項目	115年調整前各季 一般服務醫療給付費 用	115年各季 預算占率	115年調整後各季 一般服務醫療給付費 用	友善醫事人員 環境-提升中醫 護理照護	115年調整後各季 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		
	(OPD_G115) =(Q115- C106)	(R)	(D) =(OPD_G115合計×R)	(F)	(D1) =(OPD_G115合計×R)-(F)	(B4)		
第1季	8,500,267,378	0.23551755	8,214,569,813	93,775,000	8,120,794,813	69,121,525		
第2季	8,690,851,707	0.25209410	8,792,740,006	93,775,000	8,698,965,006	0		
第3季	8,579,347,280	0.25707486	8,966,462,944	93,775,000	8,872,687,944	0		
第4季	9,108,334,867	0.25531349	8,905,028,469	93,775,000	8,811,253,469	0		
合 計	34,878,801,232	1.00000000	34,878,801,232	375,100,000	34,503,701,232	69,121,525		

=====

註：

1. 114年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q114)

= (113年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q113)+112年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP112) +113年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) × (1+5.468%)。

※113年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 3,987,904元，按季均分。

2. 115年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q115)

= (114年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q114)+113年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP113) +114年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) × (1+4.978%)。

※一般服務成長率為4.978%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.652%，協商因素成長率1.326%。

※依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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114年度中醫一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部114.9.3衛部保字第1140137541號交議總額範圍函確認，以前1年度(114年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前1年度(114年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

※115年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3)844,929元，按季均分。

3. 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+104年各季校正投保人口數成長率差值) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

4. 依據「115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」(報部核定中)，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，再進行預算分配。

=====

(三)友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質(115年新增:提升中醫護理人員照護品質獎勵方案)

全年預算＝ 375,100,000

第1季預算＝ 375,100,000 /4＝ 93,775,000

已支用點數：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小 計：	0(BS)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝第1季預算－暫結金額＝ 93,775,000

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 375,100,000 /4＋ 93,775,000 ＝ 187,550,000

已支用點數：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小 計：	0(BS)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝ 187,550,000

第3季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 375,100,000 /4＋ 187,550,000 ＝ 281,325,000

已支用點數：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小 計：	0(BS)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝ 281,325,000

=====

第4季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 375,100,000 /4＋ 281,325,000 ＝ 375,100,000

已支用點數：

臺北分區： 0
 北區分區： 0
 中區分區： 0
 南區分區： 0
 高屏分區： 0
 東區分區： 0
 小 計： 0(BS)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝第4季預算－暫結金額＝ 375,100,000

全年合計：預算＝ 375,100,000

已支用點數：

臺北分區： 0
 北區分區： 0
 中區分區： 0
 南區分區： 0
 高屏分區： 0
 東區分區： 0
 小 計： 0

已暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝全年預算－已暫結金額＝ 375,100,000－ 0＝ 375,100,000

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 = 183,000,000

第1季:預算=183,000,000/4= 45,750,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 8

(1)獎勵開業已支用點數： 4,956,671(J1) (浮動點數： 3,204,378；非浮動點數： 1,752,293)

(2)獎勵開業保障給付收入： 6,982,552(J2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3)： 4,956,671(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 6,982,552(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： 2,726,734(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 23,568,100(J7)

(3)小計已支用點數： 26,294,834(J8) 暫結金額= 1元/點× 26,294,834(J8)= 26,294,834(J9)

3. 合計:

已支用點數： 31,251,505(J4+J8)

暫結金額： 33,277,386(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 45,750,000 - 33,277,386 = 12,472,614

=====

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=183,000,000/4+ 12,472,614= 58,222,614

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= 58,222,614 - 0= 58,222,614

=====

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=183,000,000/4+ 58,222,614= 103,972,614

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=103,972,614— 0=103,972,614

=====
 第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=183,000,000/4+ 103,972,614= 149,722,614

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=149,722,614 - 0=149,722,614

=====

全年合計:全年預算=183,000,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 8

(1)獎勵開業已支用點數	:	4,956,671(N1)	(浮動點數 : 3,204,378 ; 非浮動點數: 1,752,293)
(2)獎勵開業保障給付收入	:	6,982,552(N2)	
(3)獎勵開業論次費用	:	0(N3)	
(4)小計已支用點數(N1+N3)	:	4,956,671(N4)	結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 6,982,552(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	:	2,726,734(N6)
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	:	23,568,100(N7)
(3)小計已支用點數	:	26,294,834(N8)

結算金額= 26,294,834(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： 31,251,505(N4+N8)

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)

= 33,277,386+ 0+ 0+ 0= 33,277,386

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=183,000,000- 33,277,386=149,722,614

註：依據「115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。

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=533,700,000

第1季:預算= 533,700,000/4= 133,425,000

	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：	85,100,850(V01)	81,889,330(VF01)	3,211,520(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	11,717,647(V02)	11,350,379(VF02)	367,268(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,161,828(V03)	4,949,090(VF03)	212,738(VN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,002,544(V04)	8,541,068(VF04)	461,476(VN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,168,602(V05)	3,826,821(VF05)	341,781(VN05)
(6)小計：	115,151,471(V06)	110,556,688(VF06)	4,594,783(VN06)

已支用點數= 115,151,471

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 115,151,471

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 133,425,000 - 115,151,471 = 18,273,529

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 533,700,000/4+ 18,273,529= 151,698,529

	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)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W04)	0(WF04)	0(WN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W05)	0(WF05)	0(WN05)
(6)小計：	0(W06)	0(WF06)	0(WN06)

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= 151,698,529 - 0 = 151,698,529

=====

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 533,700,000/4+ 151,698,529= 285,123,529

	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)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
(6)小計：	0(X06)	0(XF06)	0(XN06)

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= 285,123,529 - 0= 285,123,529

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 533,700,000/4+ 285,123,529= 418,548,529

	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)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)小計：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)

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= 418,548,529 - 0= 418,548,529

=====

全年合計:全年預算= 533,700,000

	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：	85,100,850(Z01)	81,889,330(ZF01)	3,211,520(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	11,717,647(Z02)	11,350,379(ZF02)	367,268(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,161,828(Z03)	4,949,090(ZF03)	212,738(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,002,544(Z04)	8,541,068(ZF04)	461,476(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,168,602(Z05)	3,826,821(ZF05)	341,781(ZN05)
(6)小計：	115,151,471(Z06)	110,556,688(ZF06)	4,594,783(ZN06)

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)

= 115,151,471 + 0 + 0 + 0 = 115,151,471

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 533,700,000 - 115,151,471 = 418,548,529

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。

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算= 82,000,000

第1季：

預算= 82,000,000/4= 20,500,000

已支用點數= 19,560,080

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 19,560,080

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 20,500,000 - 19,560,080 = 939,920

第2季：

預算=當季預算+前一季未支用金額= 20,500,000 + 939,920 = 21,439,920

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= 21,439,920 - 0 = 21,439,920

=====

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 20,500,000＋ 21,439,920＝ 41,939,920

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＝ 41,939,920－ 0＝ 41,939,920

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 20,500,000＋ 41,939,920＝ 62,439,920

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＝ 62,439,920－ 0＝ 62,439,920

全年合計:

全年預算＝ 82,000,000

已支用點數＝ 19,560,080

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)

＝ 19,560,080＋ 0＋ 0＋ 0＝ 19,560,080

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 82,000,000－ 19,560,080＝ 62,439,920

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。

=====

(四)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=432,500,000

第1季:預算= 432,500,000/4=108,125,000

	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：	24,559,263	21,047,327	3,511,936
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	41,856,851	41,856,851	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,360,411	3,360,411	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	13,214,673	13,214,673	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	9,998,331	9,998,331	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	7,731,172	7,541,758	189,414
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,335,211	1,335,211	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,803,716	3,803,716	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,431,923	2,431,923	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	571,257	571,257	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,135,133	2,135,133	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,570,987	1,570,987	0
(13)卵巢癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(14)鼻咽癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(15)膀胱癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(16)小計：	112,568,928	108,867,578	3,701,350

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 112,568,928

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 108,125,000 - 112,568,928= -4,443,928

浮動點值= (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)= (108,125,000 - 3,701,350) / 108,867,578= 0.95918043

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 108,125,000 +

0= 108,125,000

	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：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	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)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(13)卵巢癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(14)鼻咽癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(15)膀胱癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(16)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= 108,125,000 -

0= 108,125,000

=====

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 108,125,000+ 108,125,000= 216,250,000

	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：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	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)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(13)卵巢癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(14)鼻咽癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(15)膀胱癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(16)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=	216,250,000 -	0 =	216,250,000

=====

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 108,125,000+ 216,250,000= 324,375,000

	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：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	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)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(13)卵巢癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(14)鼻咽癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(15)膀胱癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(16)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=	324,375,000 -	0 =	324,375,000

=====

全年合計：全年預算＝ 432,500,000

	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：	24,559,263	21,047,327	3,511,936
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	41,856,851	41,856,851	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,360,411	3,360,411	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	13,214,673	13,214,673	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	9,998,331	9,998,331	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	7,731,172	7,541,758	189,414
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,335,211	1,335,211	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,803,716	3,803,716	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,431,923	2,431,923	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	571,257	571,257	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,135,133	2,135,133	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,570,987	1,570,987	0
(13)卵巢癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(14)鼻咽癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(15)膀胱癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(16)小計：	112,568,928	108,867,578	3,701,350

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)

＝108,125,000＋0＋0＋0＝108,125,000

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝432,500,000－108,125,000＝324,375,000

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)中醫急症處置計畫 全年預算= 20,800,000

第1季:

$$\text{預算} = 20,800,000/4 = 5,200,000$$

$$\text{已支用點數} = 3,919,384 \quad (\text{浮動點數}: 3,905,403 \quad \text{非浮動點數}: 13,981)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 3,919,384$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 5,200,000 - 3,919,384 = 1,280,616$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,200,000 + 1,280,616 = 6,480,616$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 6,480,616 - 0 = 6,480,616$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,200,000 + 6,480,616 = 11,680,616$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 11,680,616 - 0 = 11,680,616$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,200,000 + 11,680,616 = 16,880,616$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 16,880,616 - 0 = 16,880,616$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 20,800,000$$

$$\text{已支用點數} = 3,919,384 \quad (\text{浮動點數}: 3,905,403 \quad \text{非浮動點數}: 13,981)$$

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

$$= 3,919,384 + 0 + 0 + 0 = 3,919,384$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,800,000 - 3,919,384 = 16,880,616$$

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。

(六)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 全年預算=180,800,000

第1季：

預算= 180,800,000/4= 45,200,000

已支用點數 = 50,592,342 (浮動點數： 50,592,342 非浮動點數： 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 50,592,342

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 45,200,000 - 50,592,342 = -5,392,342

浮動點值= (第1季預算 - 非浮動點數)/ 浮動點數= (45,200,000 - 0)/ 50,592,342= 0.89341585

第2季：

預算=當季預算+前一季未支用金額= 45,200,000 + 0 = 45,200,000

已支用點數 = 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 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 = 45,200,000 - 0 = 45,200,000

第3季：

預算=當季預算+前一季未支用金額= 45,200,000 + 45,200,000 = 90,400,000

已支用點數 = 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 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 = 90,400,000 - 0 = 90,400,000

第4季：

預算=當季預算+前一季未支用金額= 45,200,000 + 90,400,000 = 135,600,000

已支用點數 = 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 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 = 135,600,000 - 0 = 135,600,000

=====

全年合計：

全年預算 = 180,800,000

已支用點數 = 50,592,342 (浮動點數： 50,592,342 非浮動點數： 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)

= 45,200,000 + 0 + 0 + 0 = 45,200,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 180,800,000 - 45,200,000 = 135,600,000

註：依據「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，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。

(七)中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 全年預算 = 10,800,000

第1季：

預算 = 10,800,000/4 = 2,700,000

已支用點數： 2,547,000 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,547,000

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 2,700,000 - 2,547,000 = 153,000

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 2,700,000 + 153,000 = 2,853,000

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 = 2,853,000 - 0 = 2,853,000

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 2,700,000 + 2,853,000 = 5,553,000

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 = 5,553,000 - 0 = 5,553,000

第4季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 2,700,000 ＋ 5,553,000 ＝ 8,253,000

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＝ 8,253,000－0＝ 8,253,000

全年合計：

全年預算＝ 10,800,000

已支用點數＝ 2,547,000

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)

＝ 2,547,000＋0＋0＋0＝ 2,547,000

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 10,800,000－2,547,000＝ 8,253,000

註：依據「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」，本計畫之預算，按季均分及結算，各季預算採浮動點值支付，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。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。

(八)中醫三高病人加強照護計畫 全年預算＝ 53,000,000

1. 個案管理基本費用：

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

2. 個人健康資料加成費：

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

3. 生活習慣自評加成費：

第1季已支用點數： 0

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 0

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 0

衛生福利部中央健康保險署

=====

4. 品質照護獎勵費：

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全 年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

9. 合計：

第1季已支用點數：0

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全 年已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 53,000,000 - 0 = 53,000,000

註：依據「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」，本計畫於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

(九)品質保證保留款:(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+115年編列之品質保證保留款預算

= (105年第1-4季中醫門診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年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)+31,000,000

= (5,519,653,839 + 29,594,349)×0.10% + (5,663,148,319 + 22,435,537)×0.10% + (5,585,243,310 + 24,284,110)×0.10%
+ (5,943,856,930 + 17,370,269)×0.10% + 31,000,000

= 5,549,248 + 5,685,584 + 5,609,527 + 5,961,227 + 31,000,000

= 53,805,586

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1.106年編列之品質保證保留款預算	5,549,248	5,685,584	5,609,527	5,961,227	22,805,586
2.115年編列之品質保證保留款預算	7,750,000	7,750,000	7,750,000	7,750,000	31,000,000
3.合計	13,299,248	13,435,584	13,359,527	13,711,227	53,805,586

註:為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

※依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」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115年度之品質保證保留款(31.0百萬元)合併運用(計53.8百萬元)。

三、各分區一般服務費用總額(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	8,120,794,813 (D1)
一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額	69,121,525 (B4)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算 8,051,673,288 (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	4,607,148	1,821,720	6,428,868	6,428,868
北區	9,436,417	5,296,588	14,733,005	14,733,005
中區	6,899,400	3,339,298	10,238,698	10,238,698
南區	7,606,369	3,648,440	11,254,809	11,254,809
高屏	10,945,694	4,388,286	15,333,980	15,333,980
東區	7,935,968	3,196,197	11,132,165	11,132,165
合計	47,430,996	21,690,529	69,121,525(B2)	69,121,525(B4)

※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% = 8,051,673,288 × 2.22% = 178,747,147 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險調整移撥款(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D2_5) = (E) × 97.78% - 100,000,000 = 7,772,926,141 (加總後四捨五入至整數位)(註3)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 64% = 7,772,926,141 × 64% = 4,974,672,730 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 17% = 7,772,926,141 × 17% = 1,321,397,444 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 9% = 7,772,926,141 × 9% = 699,563,353 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 4% = 7,772,926,141 × 4% = 310,917,046 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 7,772,926,141 × 5% = 388,646,307 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 7,772,926,141 - 4,974,672,730 - 1,321,397,444 - 699,563,353 - 310,917,046 - 388,646,307 = 77,729,261

(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		114年2月		114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%	7,495,006	32.7868%	925,786.530716		29.4477%	30.0071%
北區	1,545,478,864	11.9075%	3,926,579	17.1768%	448,110.793023		14.2537%	14.5245%
中區	3,528,900,120	27.1892%	4,557,713	19.9376%	777,327.393861		24.7255%	25.1952%
南區	1,966,439,444	15.1509%	3,255,149	14.2396%	447,579.516404		14.2368%	14.5073%
高屏 東區	2,189,713,132	16.8712%	3,625,384	15.8592%	486,413.037316 58,610.728541		15.4720%	15.7659%
小計	12,979,031,001	100.0000%	22,859,831	100.0000%	3,143,827.999861	3,143,828	98.1357%	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	114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	-0.026881	-0.002410	-0.024471	4	0.00	3,748,499,441	3,748,499,441	28.8812%
北區	-0.041540	-0.011714	-0.029826	5	0.00	1,545,478,864	1,545,478,864	11.9075%
中區	-0.031438	-0.012199	-0.019239	3	0.00	3,528,900,120	3,528,900,120	27.1892%
南區	-0.019110	-0.005413	-0.013697	2	0.00	1,966,439,444	1,966,439,444	15.1509%
高屏	-0.018176	-0.004844	-0.013332	1	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	114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	0.002583	3,748,499,441	3,758,181,815		29.0177%			
北區	0.008070	1,545,478,864	1,557,950,878		12.0293%			
中區	-0.011830	3,528,900,120	3,487,153,232		26.9251%			
南區	-0.005197	1,966,439,444	1,956,219,858		15.1044%			
高屏	0.000963	2,189,713,132	2,191,821,826		16.9235%			
小計		12,979,031,001	12,951,327,609		100.0000%			

(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%	32.7868%	30.0071%	28.8812%	29.0177%
北區	11.9075%	17.1768%	14.5245%	11.9075%	12.0293%
中區	27.1892%	19.9376%	25.1952%	27.1892%	26.9251%
南區	15.1509%	14.2396%	14.5073%	15.1509%	15.1044%
高屏	16.8712%	15.8592%	15.7659%	16.8712%	16.9235%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第1季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 77,729,261 - 9,236,137 \\
 &= 68,493,124
 \end{aligned}$$

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	0.98114013	30,752,849	579,997
北區	0.89841373	18,599,424	1,889,449
中區	0.93725864	28,147,044	1,765,985
南區	0.94673922	41,915,522	2,232,453
高屏	0.91380795	32,117,299	2,768,253
小計		151,532,138	9,236,137(M1)

(七)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=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。

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	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,436,745,180	433,243,937	209,918,675	89,796,574	112,776,219	19,781,636	2,302,262,221
北區	592,359,155	226,973,796	101,608,079	37,022,447	46,751,430	8,155,819	1,012,870,726
中區	1,352,573,718	263,454,937	176,256,386	84,535,857	104,643,407	18,622,732	2,000,087,037
南區	753,707,691	188,161,710	101,487,754	47,106,731	58,702,693	10,377,325	1,159,543,904
高屏	839,286,986	209,563,064	110,292,459	52,455,437	65,772,558	11,555,612	1,288,926,116
小計	4,974,672,730	1,321,397,444	699,563,353	310,917,046	388,646,307	68,493,124	7,763,690,004

(八)調整後分區一般服務預算總額(加總BD2)

	扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算	8,051,673,288 (E)
—	當季風險調整移撥款(含撥補當季浮動點值<0.93之預算)	100,000,000 (D7)
—	偏鄉人口預算分配調升機制補至1元所需預算	9,236,137 (M1)
+	各分區友善醫事人員環境-提升中醫護理照護	0 (加總BT)

調整後分區一般服務預算總額 7,942,437,151 (加總BD2)

各分區友善醫事人員環境-提升中醫護理照護：

分區	已支用點數 (BS)	暫結金額 =1元/點×已支用點數 (BT)
臺北	0	0
北區	0	0
中區	0	0
南區	0	0
高屏	0	0
東區	0	0
合計	0	0

註：

- 依據衛生福利部115年1月28日公告115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式暨「115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。
- 風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥400百萬元。由各季提撥100百萬元。
 - (1)分配方式:自115年第1季起，用於補助點值至0.93元之差值，逐季使用至預算使用完畢為止。補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.93元之差值(且補助後平均點值不得高於次低區域的平均點值)。
 - (2)當季浮動點值低於0.93元之分區，最高補至0.93元，當季經費若有結餘，則流用至下季。
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115年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
- 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： Σ 各分區各季總預算加總($\Sigma Ai1$)
 - (2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；
第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；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($\Sigma Ai2$)。
 - (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)。
- 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(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，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：計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，計算每位病患於各區就醫次數(a)，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)，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($\Sigma a\%$)，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)，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($\Sigma K1$)。
- 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(114年該季/113年同期)-1。
 - (3)醫療費用點數成長率(r)：(114年該季申報醫療費用點數/113年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(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。
 - (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：當前前一季「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。

10. 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(1)保險人公告之全民健康保險山地離島地區

(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，補助之院所須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)114年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

b. 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。

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 = (115年該區 $yT / 114$ 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115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。

12. 預算經以上開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。

=====

四、估算東區以外五分區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	1,367,498,276(BF)	908,949,949(BG)	47,627(BJ)
2-北區分區	624,166,101(BF)	454,676,732(BG)	43,425(BJ)
3-中區分區	1,266,320,653(BF)	768,976,673(BG)	45,958(BJ)
4-南區分區	675,630,073(BF)	493,355,867(BG)	27,737(BJ)
5-高屏分區	776,804,983(BF)	534,424,099(BG)	5,360(BJ)
6-東區分區	100,174,360(BF)	57,090,642(BG)	11,715(BJ)
7-合計	4,810,594,446(GF)	3,217,473,962(GG)	181,822(GJ)

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	= [2,302,262,221	— 908,949,949	— 47,627]	／ 1,367,498,276 = 1.01884198(點值排序：1)
北區分區	= [1,012,870,726	— 454,676,732	— 43,425]	／ 624,166,101 = 0.89423403(點值排序：5)
中區分區	= [2,000,087,037	— 768,976,673	— 45,958]	／ 1,266,320,653 = 0.97215852(點值排序：3)
南區分區	= [1,159,543,904	— 493,355,867	— 27,737]	／ 675,630,073 = 0.98598379(點值排序：2)
高屏分區	= [1,288,926,116	— 534,424,099	— 5,360]	／ 776,804,983 = 0.97128195(點值排序：4)
東區分區	= [178,747,147	— 57,090,642	— 11,715]	／ 100,174,360 = 1.21433059

3. 風險調整移撥款(含撥補當季浮動點值<0.93之分區)

全年預算 400,000,000元

分區	分區 一般服務 預算總額	分區 一般服務 預算總額 (不含東區)	本季未支用 風險調整移 撥款之預算	撥補前 五分區估算 浮動點值	風險調整移撥 款撥補當季浮 動點值至0.93 之差額	累計至本季 風險調整 移撥款移撥款 之剩餘款	撥補後 五分區估算 浮動點值	風險調整移撥 款撥補後一般 服務預算
	(BD2)	(BD3)	(G)	(Z)	(F)	(I)= (G)-(F)	(Z1)	(BD4)= (BD2)+(F)+(J)
臺北	2,302,262,221	2,302,262,221		1.01884198	0	0	1.01884198	2,302,262,221
北區	1,012,870,726	1,012,870,726		0.89423403	22,323,905	0	0.93000000	1,035,194,631
中區	2,000,087,037	2,000,087,037		0.97215852	0	0	0.97215852	2,000,087,037
南區	1,159,543,904	1,159,543,904		0.98598379	0	0	0.98598379	1,159,543,904
高屏	1,288,926,116	1,288,926,116		0.97128195	0	0	0.97128195	1,288,926,116
東區	178,747,147	-		-	0	-	-	178,747,147
合計	7,942,437,151	7,763,690,004	400,000,000		22,323,905	377,676,095		7,964,761,056

註：風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥400百萬元。由每季提撥100百萬元

1. 分配方式：自115年第1季起，用於補助點值至0.93元之差值，逐季使用至預算使用完畢為止。

2. 當季浮動點值低於0.93元之分區，最高補至0.93元，當季經費若有結餘，則流用至下季。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115年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

3. 風險調整移撥款撥補當季浮動點值至0.93之差額(F)=0.93×各分區一般服務核定浮動點數(BF)-撥補前五分區估算浮動點值(Z)×各分區一般服務核定浮動點數(BF)

4. 撥補後五分區估算浮動點值(Z1)=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算(BD4)-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)

=====

五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD4)

— 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 = [2,302,262,221 — 908,949,949 — 47,627]／ 1,367,498,276 = 1.01884198

北區分區 = [1,035,194,631 — 454,676,732 — 43,425]／ 624,166,101 = 0.93000000

中區分區 = [2,000,087,037 — 768,976,673 — 45,958]／ 1,266,320,653 = 0.97215852

南區分區 = [1,159,543,904 — 493,355,867 — 27,737]／ 675,630,073 = 0.98598379

高屏分區 = [1,288,926,116 — 534,424,099 — 5,360]／ 776,804,983 = 0.97128195

東區分區 = [178,747,147 — 57,090,642 — 11,715]／ 100,174,360 = 1.21433059

2. 全區浮動每點支付金額 = [加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD4)

— 加總核定非浮動點數(GG)

— 加總自墊核退點數(GJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [7,964,761,056 — 3,217,473,962 — 181,822]／ 4,810,594,446 = 0.98680222

3. 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)

= [風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD4))

／[一般服務核定浮動點數(BF)

+ 該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 = [2,302,262,221]／[1,367,498,276 + 908,949,949 + 47,627] = 1.01131843

北區分區 = [1,035,194,631]／[624,166,101 + 454,676,732 + 43,425] = 0.95950303

中區分區 = [2,000,087,037]／[1,266,320,653 + 768,976,673 + 45,958] = 0.98267798

南區分區 = [1,159,543,904]／[675,630,073 + 493,355,867 + 27,737] = 0.99189935

高屏分區 = [1,288,926,116]／[776,804,983 + 534,424,099 + 5,360] = 0.98298678

東區分區 = [178,747,147]／[100,174,360 + 57,090,642 + 11,715] = 1.13651372

4. 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)

= [7,964,761,056]／[4,810,594,446 + 3,217,473,962 + 181,822] = 0.99209178

5. 中醫門診總額平均點值

= [加總風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD4) + 專款專用暫結金額 +

醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B4)] / [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(GG) +

加總分區自墊核退點數(GJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金) + 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)]

臺北分區	= [2,302,262,221 + 53,616,057 + 6,428,868]				
	／ [1,367,498,276 + 908,949,949 + 47,627 + 51,738,221 + 6,428,868]				= 1.01184077
北區分區	= [1,035,194,631 + 35,480,616 + 14,733,005]				
	／ [624,166,101 + 454,676,732 + 43,425 + 33,751,067 + 14,733,005]				= 0.96277880
中區分區	= [2,000,087,037 + 118,077,636 + 10,238,698]				
	／ [1,266,320,653 + 768,976,673 + 45,958 + 117,041,359 + 10,238,698]				= 0.98417664
南區分區	= [1,159,543,904 + 56,898,637 + 11,254,809]				
	／ [675,630,073 + 493,355,867 + 27,737 + 56,055,583 + 11,254,809]				= 0.99302228
高屏分區	= [1,288,926,116 + 59,208,347 + 15,333,980]				
	／ [776,804,983 + 534,424,099 + 5,360 + 59,139,641 + 15,333,980]				= 0.98395072
東區分區	= [178,747,147 + 17,798,277 + 11,132,165]				
	／ [100,174,360 + 57,090,642 + 11,715 + 17,864,839 + 11,132,165]				= 1.11490546
全 區	= [7,964,761,056 + 341,079,570 + 69,121,525]				
	／ [4,810,594,446 + 3,217,473,962 + 181,822 + 335,590,710 + 69,121,525]				= 0.99312219

註：

1. 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 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫(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) + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 品質保證保留款預算
2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 115年品質保證保留款預算 / 4
 *當季品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算 = (106年各季預算 + 115年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月114/12(含)以前:於115/04/01～115/06/30期間核付者。

費用年月115/01～115/03:於115/01/01～115/06/30期間核付者。

七、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
114年 第1季	2,208,391,626	970,623,403	1,936,602,029	1,113,223,447	1,237,347,176	7,466,187,681
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_114)	2,208,391,626	970,623,403	1,936,602,029	1,113,223,447	1,237,347,176	7,466,187,681
115年 第1季	2,302,262,221	1,035,194,631	2,000,087,037	1,159,543,904	1,288,926,116	7,786,013,909
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_115)	2,302,262,221	1,035,194,631	2,000,087,037	1,159,543,904	1,288,926,116	7,786,013,909
預算成長率	4.25%	6.65%	3.28%	4.16%	4.17%	4.28%

※預算成長率＝〔115年全年分區預算(BD_115)/114年全年分區預算(BD_114)－1〕×100%。

八、補充資料：本資料呈現若未採「中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」，一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

(一) 扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	1,227,612,178(BF)	0.98114013	-----	808,227,063
	2-北區分區	130,205,024	0.98114013	127,749,374	109,579,818
	3-中區分區	117,731,941	0.98114013	115,511,532	77,580,950
	4-南區分區	57,538,891	0.98114013	56,453,715	43,231,638
	5-高屏分區	75,998,127	0.98114013	74,564,812	53,733,596
	6-東區分區	12,026,151	0.98114013	11,799,339	7,147,538
2-北區分區	7-合計	1,621,112,312(GF)		386,078,772(AF)	1,099,500,603(BG)
	1-臺北分區	78,316,000	0.89841373	70,360,170	57,952,425
	2-北區分區	461,713,408(BF)	0.89841373	-----	320,221,959
	3-中區分區	50,338,289	0.89841373	45,224,610	35,807,931
	4-南區分區	23,587,701	0.89841373	21,191,514	18,673,359
	5-高屏分區	16,104,016	0.89841373	14,468,069	11,849,684
	6-東區分區	2,585,181	0.89841373	2,322,562	1,416,276
3-中區分區	7-合計	632,644,595(GF)		153,566,925(AF)	445,921,634(BG)
	1-臺北分區	23,931,425	0.93725864	22,429,935	16,708,710
	2-北區分區	15,717,345	0.93725864	14,731,217	12,424,154
	3-中區分區	1,045,047,178(BF)	0.93725864	-----	619,530,364
	4-南區分區	23,688,149	0.93725864	22,201,922	19,211,284
	5-高屏分區	12,766,415	0.93725864	11,965,433	9,295,241
	6-東區分區	1,768,882	0.93725864	1,657,900	968,018
7-合計		1,122,919,394(GF)		72,986,407(AF)	678,137,771(BG)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3508R02

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：115/08/11

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁 次： 39

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	19,786,117	0.94673922	18,732,293	13,065,636
	2-北區分區	8,656,763	0.94673922	8,195,697	6,651,949
	3-中區分區	33,433,307	0.94673922	31,652,623	23,176,323
	4-南區分區	537,342,610(BF)	0.94673922	-----	384,381,609
	5-高屏分區	29,380,218	0.94673922	27,815,405	22,561,804
	6-東區分區	1,402,381	0.94673922	1,327,689	781,511
5-高屏分區	7-合計	630,001,396(GF)		87,723,707(AF)	450,618,832(BG)
	1-臺北分區	13,631,451	0.91380795	12,456,528	9,830,469
	2-北區分區	6,314,367	0.91380795	5,770,119	4,716,151
	3-中區分區	17,168,891	0.91380795	15,689,069	11,244,535
	4-南區分區	32,204,213	0.91380795	29,428,466	26,806,461
	5-高屏分區	640,080,541(BF)	0.91380795	-----	435,002,452
	6-東區分區	2,293,247	0.91380795	2,095,587	1,497,363
6-東區分區	7-合計	711,692,710(GF)		65,439,769(AF)	489,097,431(BG)
	1-臺北分區	4,221,105	1.13732881	4,800,784	3,165,646
	2-北區分區	1,559,194	1.13732881	1,773,316	1,082,701
	3-中區分區	2,601,047	1.13732881	2,958,246	1,636,570
	4-南區分區	1,268,509	1.13732881	1,442,712	1,051,516
	5-高屏分區	2,475,666	1.13732881	2,815,646	1,981,322
	6-東區分區	80,098,518(BF)	1.13732881	-----	45,279,936
7-合計		92,224,039(GF)		13,790,704(AF)	54,197,691(BG)

(二)醫療資源不足地區之論量計酬一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	4,176,006(BF)	0.98114013	-----	1,582,276
	2-北區分區	786,818	0.98114013	771,979	456,238
	3-中區分區	386,606	0.98114013	379,315	216,548
	4-南區分區	321,315	0.98114013	315,255	164,057
	5-高屏分區	355,819	0.98114013	349,108	140,835
	6-東區分區	664,551	0.98114013	652,018	285,636
2-北區分區	7-合計	6,691,115(GF)		2,467,675(AF)	2,845,590(BG)
	1-臺北分區	143,550	0.89841373	128,967	50,305
	2-北區分區	8,314,954(BF)	0.89841373	-----	4,615,938
	3-中區分區	382,526	0.89841373	343,667	268,987
	4-南區分區	100,451	0.89841373	90,247	59,082
	5-高屏分區	188,036	0.89841373	168,934	68,083
	6-東區分區	163,662	0.89841373	147,036	68,554
3-中區分區	7-合計	9,293,179(GF)		878,851(AF)	5,130,949(BG)
	1-臺北分區	25,389	0.93725864	23,796	17,796
	2-北區分區	181,993	0.93725864	170,575	128,701
	3-中區分區	5,808,588(BF)	0.93725864	-----	2,698,925
	4-南區分區	76,845	0.93725864	72,024	46,936
	5-高屏分區	160,532	0.93725864	150,460	64,676
	6-東區分區	130,409	0.93725864	122,227	71,423
7-合計		6,383,756(GF)		539,082(AF)	3,028,457(BG)

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	195,142	0.94673922	184,749	148,518
	2-北區分區	71,797	0.94673922	67,973	50,252
	3-中區分區	88,060	0.94673922	83,370	43,990
	4-南區分區	6,936,839(BF)	0.94673922	-----	3,284,381
	5-高屏分區	228,446	0.94673922	216,279	110,907
	6-東區分區	84,062	0.94673922	79,585	32,783
5-高屏分區	7-合計	7,604,346(GF)		631,956(AF)	3,670,831(BG)
	1-臺北分區	45,827	0.91380795	41,877	14,585
	2-北區分區	64,143	0.91380795	58,614	36,160
	3-中區分區	215,566	0.91380795	196,986	106,326
	4-南區分區	160,893	0.91380795	147,025	83,347
	5-高屏分區	9,975,893(BF)	0.91380795	-----	3,991,001
	6-東區分區	134,931	0.91380795	123,301	62,380
6-東區分區	7-合計	10,597,253(GF)		567,803(AF)	4,293,799(BG)
	1-臺北分區	21,234	1.13732881	24,150	8,240
	2-北區分區	16,712	1.13732881	19,007	9,299
	3-中區分區	18,054	1.13732881	20,533	4,522
	4-南區分區	10,026	1.13732881	11,403	10,637
	5-高屏分區	36,968	1.13732881	42,045	12,784
	6-東區分區	6,758,353(BF)	1.13732881	-----	2,675,421
	7-合計	6,861,347(GF)		117,138(AF)	2,720,903(BG)

(三)一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數合計

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	1,231,788,184(BF)	0.98114013	-----	809,809,339	47,627
	2-北區分區	130,991,842	0.98114013	128,521,353	110,036,056	
	3-中區分區	118,118,547	0.98114013	115,890,847	77,797,498	
	4-南區分區	57,860,206	0.98114013	56,768,970	43,395,695	
	5-高屏分區	76,353,946	0.98114013	74,913,921	53,874,431	
	6-東區分區	12,690,702	0.98114013	12,451,357	7,433,174	
2-北區分區	7-合計	1,627,803,427(GF)		388,546,448(AF)	1,102,346,193(BG)	47,627(BJ)
	1-臺北分區	78,459,550	0.89841373	70,489,137	58,002,730	
	2-北區分區	470,028,362(BF)	0.89841373	-----	324,837,897	43,425
	3-中區分區	50,720,815	0.89841373	45,568,277	36,076,918	
	4-南區分區	23,688,152	0.89841373	21,281,761	18,732,441	
	5-高屏分區	16,292,052	0.89841373	14,637,003	11,917,767	
3-中區分區	6-東區分區	2,748,843	0.89841373	2,469,598	1,484,830	
	7-合計	641,937,774(GF)		154,445,776(AF)	451,052,583(BG)	43,425(BJ)
	1-臺北分區	23,956,814	0.93725864	22,453,731	16,726,506	
	2-北區分區	15,899,338	0.93725864	14,901,792	12,552,855	
	3-中區分區	1,050,855,766(BF)	0.93725864	-----	622,229,289	45,958
	4-南區分區	23,764,994	0.93725864	22,273,946	19,258,220	
	5-高屏分區	12,926,947	0.93725864	12,115,893	9,359,917	
	6-東區分區	1,899,291	0.93725864	1,780,127	1,039,441	
	7-合計	1,129,303,150(GF)		73,525,489(AF)	681,166,228(BG)	45,958(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3508R02

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：115/08/11

115年第 1季

結算主要費用年月起迄:115/01—115/03

核付截止日期:115/06/30

頁 次： 43

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	19,981,259	0.94673922	18,917,042	13,214,154	
	2-北區分區	8,728,560	0.94673922	8,263,670	6,702,201	
	3-中區分區	33,521,367	0.94673922	31,735,993	23,220,313	
	4-南區分區	544,279,449(BF)	0.94673922	-----	387,665,990	27,737
	5-高屏分區	29,608,664	0.94673922	28,031,683	22,672,711	
	6-東區分區	1,486,443	0.94673922	1,407,274	814,294	
5-高屏分區	7-合計	637,605,742(GF)		88,355,662(AF)	454,289,663(BG)	27,737(BJ)
	1-臺北分區	13,677,278	0.91380795	12,498,405	9,845,054	
	2-北區分區	6,378,510	0.91380795	5,828,733	4,752,311	
	3-中區分區	17,384,457	0.91380795	15,886,055	11,350,861	
	4-南區分區	32,365,106	0.91380795	29,575,491	26,889,808	
	5-高屏分區	650,056,434(BF)	0.91380795	-----	438,993,453	5,360
6-東區分區	6-東區分區	2,428,178	0.91380795	2,218,888	1,559,743	
	7-合計	722,289,963(GF)		66,007,572(AF)	493,391,230(BG)	5,360(BJ)
	1-臺北分區	4,242,339	1.13732881	4,824,934	3,173,886	
	2-北區分區	1,575,906	1.13732881	1,792,323	1,092,000	
	3-中區分區	2,619,101	1.13732881	2,978,779	1,641,092	
	4-南區分區	1,278,535	1.13732881	1,454,115	1,062,153	
	5-高屏分區	2,512,634	1.13732881	2,857,691	1,994,106	
	6-東區分區	86,856,871(BF)	1.13732881	-----	47,955,357	11,715
	7-合計	99,085,386(GF)		13,907,842(AF)	56,918,594(BG)	11,715(BJ)

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 12 月 17 日健保醫字第 1130126278 號公告之「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」(附件 1，頁次 4-2 頁)辦理。
- 二、114 年原預算計有 52,605,586 元，扣除 113 年申復核定補付 243,613 元，可支用預算為 52,361,973 元(表 1，報 4-14 頁)。
- 三、特約中醫院所家數共計 4,329 家，其中 3,220 家中醫院所領取品保款(約占全區中醫院所 74.4%)，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 52,361,949 元，與預算數相較有餘額 24 元(表 2，報 4-15 頁)，其餘額回歸健保基金。
- 四、符合各項指標之分區院所分布(表 3，報 4-16 頁及表 4，報 4-17 頁)，各層級符合分配條件之家數(表 5，報 4-17 頁)及領取金額(表 6，報 4-18 頁)。
- 五、本署已於 115 年 7 月 15 日前完成品質保證保留款撥款作業，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，自次年度中醫門診總額品質保留款項下支應。

決定：

全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案

中華民國107年1月8日健保醫字第1060016997號公告修訂
中華民國108年5月31日健保醫字第1080007611號公告修訂
中華民國109年2月7日健保醫字第1090001213號公告修訂
中華民國110年1月19日健保醫字第1100000291號公告修訂
中華民國111年1月5日健保醫字第1100017843號公告修訂
中華民國111年12月28日健保醫字第1110123002號公告修訂
中華民國112年12月21日健保醫字第1120665398號公告修訂
中華民國113年12月17日健保醫字第1130126278號公告修訂

壹、依據：

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。

貳、目的：

本方案之實施，在於提升中醫醫療服務品質，獎勵績效卓越之中醫門診特約醫事服務機構。

參、預算來源：

全民健康保險年度中醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

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、第七項及第捌點第三項與第玖點第一項，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2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。

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) × 該院所年平均核付率(含部分負擔，註1)

說明：當年申報醫療服務點數及年平均核付率以次年1月底為截止點。

(二)前述核算基礎，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。

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

(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

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，案經審核同意列入核發者，其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，若次年度無同項預算，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。

陸、核發資格：

一、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，得符合核發品質保證保留款資格；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。

二、符合核發品質保證保留款資格核定分數計算：

(一)符合本方案第捌點第二項者，給予核定分數20分。

(二)符合本方案第捌點第三項者，給予核定分數15分。

(三)符合第捌點第四至六項者，各給予核定分數10分。

(四)符合本方案第玖點第一項者，當年申報健保費用醫師扣核定分數2分，單一院所最多扣核定分數10分。

(五)符合本方案第玖點第二至五項者，各給予扣核定分數5分。

三、符合核發品質保證保留款資格院所，依核定分數由高而低排列，取前90%之院所進行核發。

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12月每萬人口中醫師數3.0(含)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減率者。
- 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36條至第40條、第44條至第45條等所列違規情事之一，並經核定違規者以保險人第一次核定違規函所載處置日期認定(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者)。倘停止或終止特約期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。
- 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。
- 五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。
- 六、未參與「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」中醫院所。(註4)
- 七、未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」(詳附件)之院所。

捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則：

- 一、符合核發品質保證保留款資格前30%之院所，核算基礎(A)加計100%。
- 二、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)加計100%。
- 三、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」之院所。
- 四、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(含)以上者，依核算基礎(A)加計10%；超過45天(含)以上者，

依核算基礎(A)加計20%。(註5)

五、中醫門診特約醫事服務機構參與「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%。

六、為推動中醫門診特約醫事服務機構於健保資訊網服務系統(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)。

玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：

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)。

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)。

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)。

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)。

五、為促使院所積極提供慢性病照護(含慢性病連續處方箋)，中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件、中醫慢性病、中醫慢性病連續處方調劑及過敏性鼻炎照護計畫中，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為3%(含)以下者，依核算基礎(A)減計10%(註10)。

拾、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

中醫門診總額品質保證保留款實施方案各項指標操作定義
-適用範圍含醫院附設中醫部門

指標項目	操作型定義
註1：年平均核付率	(全年初核核定點數)/(全年申請點數+部分負擔)
註2：當年度在前一年12月每萬人口中醫師數3.0(含)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12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	(全年複核核減點數)/(全年申請點數+部分負擔) [註]未完成複核月份以初核核減率計算，截取時間點為次年2月底(傳票日期)前。
註4：未參與「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」中醫院所。	保險人未曾撥付當年度「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」「補助網路月租費」之中醫院所。
註5：中醫門診特約醫事服務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6：「每月完成門診時間網路登錄」	院所全年每月於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)。

指標項目	操作型定義
註7：「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」	1. 分母：全年同一院所、同月看診總人數加總。 2. 分子：全年同一院所、同一病人、同月看診次數8次（含）以上人數加總。 3. 指標計算(S)：分子總和 / 分母總和。 4. 全年計算平均比率，進行百分位排序。 5. 所有資料排除符合以下任一條件者： (1) 診察費=0 (2) 案件類別 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)。之專款項目案件。
註8：「同日重複就診率」	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件。 2. 公式說明： 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。 分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子總和 / 分母總和。 4. 指標進行百分位排序。 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(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)之專款項目案件。

指標項目	操作型定義
註9：「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」	1. 資料範圍：所有屬中醫門診給藥天數小於等於7日案件。 2. 公式說明： 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。 分母：同一院所給藥案件之給藥日份加總。 ※給藥案件係藥費不為0，或給藥天數不為0。 3. 指標計算：分子 / 分母。 4. 指標進行百分位排序。 5. 資料排除以下任一條件者：案件分類為A3(預防保健)、B6(職災案件)、22(中醫其他專案)、25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)及31(中醫居家)之案件。
註10：「院所提供慢性病照護未達一定比例」	1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件(案件分類21)、中醫其他專案案件分類22)之特定治療項目(一)為 JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、中醫慢性病(案件分類24)及中醫慢性病連續處方調劑(案件分類28)之案件。 2. 說明：慢性病給藥7天以上之件數占率 A. 分子：分母院所當年度申報下列案件分類，給藥7天以上之件數總計。 案件分類：22(中醫其他專案)之特定治療項目為(一)JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 B. 分母：院所當年度申報下列案件分類之件數總計。

指標項目	操作型定義
	案件分類：21(中醫一般案件)、22(中醫其他專案)之特定治療項目(一)為JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】 3. 資料排除診察費為0或補報原因註記為「2：補報部分醫令或醫令差額」之案件。
【核發費用計算範例】	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)× 該院所平均核付率(含部分負擔) 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 3. 各院所品質保證保留款核算基礎合計= $\Sigma(B)$ = (60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數)之合計 4. 符合核發資格之分數計算原則，如下： ①符合本方案第捌點第二項者，核予20分。 ②符合本方案第捌點第三項者，核予15分。 ③符合第捌點第四至六項者，各核予10分。 ④符合本方案第玖點第一項者，當年度申報醫療費用之中醫師扣減2分，單一中醫院所最多扣減10分。 ⑤符合本方案第玖點第二至五項者，各扣減5分。

指標項目	操作型定義
	⑥符合核發品質保證保留款資格中醫院所，依前項分數加總並由高而低排列，取前90百分位進行核發。 5. 試算範例如下： (1)僅符合基本資格(無本方案第柒、捌、玖點之情事)者 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算× (A) × 60% / Σ(B) (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×(A)×(60%+10%)/ Σ(B) (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× A×(60%+100%+10%-10%)/ ΣB

全民健康保險中醫門診總額 中藥用藥安全管理及品質提升作業要點

一、目的：

為重視中藥保存安全，提升中醫醫療品質，訂定本要點，以加強中醫門診特約醫事服務機構(以下稱中醫醫療院所)藥品管理作業，確保民眾用藥權益與安全。

二、申請方式：

符合本要點第三點第一項之中醫醫療院所，應填具申請書(如附表一)並檢附查檢表(如附表二)，向中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)申請認證。

三、評核方式：

(一)中醫醫療院所之專任醫師均須參加中醫全聯會辦理之「中藥用藥安全管理及品質提升作業」講習會，並取得證明後，以自評方式提出申請。經中醫全聯會審查合格之院所名單，每季公告於該會網站。

(二)訪查評估：由中醫全聯會「中醫門診醫療服務審查執行會」之各分區會每年就該區合格院所數抽取二十分之一的院所進行實地訪查，並依本要點之檢查表評分；訪查不合格之院所改善後可提出複查。未提出複查或經複查仍未合格者，則列入該年度不合格院所名單。

(三)認證合格之中醫醫療院所，如經中醫全聯會、保險人分區業務組或地方衛生主管機關依本要點查檢表再評核未合格者，該院所亦不予核發該年度「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款」。

四、本要點之評核作業由中醫全聯會研訂後公告實施。

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點
申請書

申請日期： 年 月 日

基 料	院所名稱		院所代碼		
	負責醫師姓名		院所醫師數		名
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	上課日期	
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註
	學分證明書		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他		
	中藥用藥安全管理及品質提升作業要點查檢表		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他		
保險醫事服務機構	機構章戳	中醫全聯會審核意見欄	1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 審核委員： 日期章戳： （本欄由審查單位填寫）		

註：請將本表併同本要點之附表二郵寄至中華民國中醫師公會全國聯合會(22069 新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2)審查。

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點

查檢表

醫療院所名稱：

醫療院所代碼：

地址：

電話：

填表日期：

項目	分類	查檢內容	符合	配分
壹、人員規範*		執行中藥用藥安全管理之院所，中醫師(藥師)應具有中藥用藥安全訓練及醫療品質提升學分(時)認證		20
貳、使用及調劑*		中醫師或藥師調劑		10
參、藥品	1.購入	合格藥廠、藥商名冊		5
	2.輸出	應依中醫師開具處方箋交付藥品		5
	3.銷燬	過期、變質藥品應定期銷燬		5
	4.儲存	1.應依藥品特性個別保存放於通風、密封、冷凍、冷藏		5
		2.設有專人管理		5
		3.倉儲藥品應個別列有數量、保存期限		5
肆、毒劇藥品*	1.調劑	中醫師或藥師調劑		10
	2.處方	看到毒劇藥品處方應向開立醫師確認品項、數量		10
	3.購入輸出	每筆登記：使用人員、患者、日期、劑量、剩餘量		5
	4.管理	設有專人管理		5
	5.儲存	1.應有明顯標示、警語並上鎖保存		5
		2.藥品應於業務處所設置簿冊，詳實登載毒劇藥品定期之收支、銷燬、減損及結存情形		5
伍、評分(本欄由中醫全聯會填寫)	總分			
	是否合格	☐ 合格 ☐ 未合格		
考評標準：1、總分 81 分以上(含)及格 2、總分 70 至 80 分得於一個月後申請複查 3、總分 69 分以下得於二個月後申請複查 4、*為必要合格項目				

註：請將本表併同本要點之附表一郵寄至中華民國中醫師公會全國聯合會(22069 新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2)審查。

表 1：114年度中醫門診總額品質保證保留款預算

附件 1

年季	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
預算數	12,999,248	13,135,584	13,059,527	13,411,227	52,605,586

製表日期：115年7月1日

預算： 52,605,586
 申復： 243,613
 實際預算： 52,361,973

附件 2

表2、114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			不符分配條件(1109家)				
	各分區院所家數 (A) = (B)+(C)+(D)	領取品保款之院所家數 (B) 【註2】	核發金額	因方案第柒點不符核發資格院所家數 (D) 【註4】	核算基礎減計至100%之院所家數(C) 【註3】	領取品保款金額之院所家數占率 (E) = (B) / (A)	不符核發資格之院所家數占率 (F) = (D) / (A)	核算基礎減計至100%之院所家數占率 (G)=(C)/(A)
臺北	1,311	927	13,257,930	335	49	70.7%	25.6%	3.7%
北區	535	402	8,041,378	112	21	75.1%	20.9%	3.9%
中區	1,173	926	15,719,909	194	53	78.9%	16.5%	4.5%
南區	598	419	5,557,928	159	20	70.1%	26.6%	3.3%
高屏	629	490	8,699,719	116	23	77.9%	18.4%	3.7%
東區	83	56	1,085,085	21	6	67.5%	25.3%	7.2%
總計	4,329	3,220	52,361,949	937	172	74.4%	21.6%	4.0%

註1：114年預算係合計106年於一般服務之額度及114年編列之品質保證保留款額度共52,605,586元，扣減申復金額243,613元，實際預算52,361,973元。

註2：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52,361,949，與預算相較結餘24元。

註3：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。

註5：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條至第40條、第44條至第45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。
- (六)未參與「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」中醫院所。
- (七)未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」之院所。
- (八)符合核發品質保證保留款資格中醫院所，依前項分數加總並由高而低排列，取前90百分位進行核發。
- (九)114年符合核發品質保證保留款資格前30%之院所，核算基礎(A)再加計100%。

製表日期:115年7月1日

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	不符合比率
1	49	16	45	8	14	1	133	3.1%
2	132	54	118	60	63	9	436	10.1%
3	2	3	10	2	2	0	19	0.4%
4	111	36	30	76	37	4	294	6.8%
5	54	3	6	7	4	2	76	1.8%
6	74	34	159	39	17	10	333	7.7%
7	79	32	88	39	42	8	288	6.7%
8	9	2	5	4	6	5	31	0.7%
9	271	90	203	136	134	27	861	19.9%
10	340	133	322	96	113	16	1020	23.6%
11	41	4	27	17	10	6	105	2.4%
12	165	40	44	51	42	5	347	8.0%
13	47	18	50	15	23	6	159	3.7%

註:本表原因別如下:

1. 當年度在前1年12月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90百分位，且超過前一年該區之年總平
 3. 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
 4. 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
 5. 未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。
 6. 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。
 7. 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%。
 8. 同日重複就診率超過全國80百分位者，減計10%。
 9. 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%。
 10. 慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者，減計10%。
 11. 未符合「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」中醫院所。
 12. 未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」之院所。
 13. 未符合總得分前90%之院所。
- *因各院所可能有多種不予核發註記項目，本表統計院所家數總和不同實際院所家數。

表4 符合指標減計/加計院所數

原因別		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	占總家
減計	7	79	32	88	39	42	8	288	6.7%
	8	9	2	5	4	6	5	31	0.7%
	9	271	90	203	136	134	27	861	19.9%
	10	340	133	322	96	113	16	1,020	23.6%
加計	0	318	130	268	129	160	13	1,018	23.5%
	1	0	2	1	2	0	0	5	0.1%
	6	48	34	41	14	22	6	165	3.8%
	D-0	105	105	198	81	73	13	575	13.3%
	D-10%	12	14	21	8	8	2	65	1.5%
	D-20%	71	70	127	34	19	4	325	7.5%
	F	1,270	531	1,146	581	619	77	4,224	97.6%
	G	323	98	208	136	163	10	938	21.7%

註.

減計原因別 7.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%。

8.同日重複就診率超過全國80百分位者，減計10%。

9.7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%。

10.慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者。

加計原因別 0-符合核發品質保證保留款資格前30%之院所，核算基礎(A)再加計100%。(114年新增加計指標)

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

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%(D10%);超過45天以上者，依核算基礎加計20%(D20%)。

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	領取家數占率	領取金額	領取金額占率
醫學中心	14	0.4%	2,537,047	4.8%
區域醫院	32	0.9%	2,586,288	4.9%
地區醫院	21	0.6%	660,054	1.3%
基層院所	3,325	98.0%	46,578,560	89.0%
小計	3,392	100.0%	52,361,949	100%

註.符合分配條件之院所包括3,292家領取金額不為0之院所

表6、114年中醫品保款依核發金額級距分級之家數及核發金額

核發金額 百分位	院所家數			核發金額(單位:千元)		
	醫院	基層	小計	醫院	基層	小計
核發金額為0	83	1,026	1,109			
0-10百分位	0	322	322		363	363
10-20百分位	1	321	322	3	822	825
20-30百分位	0	322	322		1,238	1,238
30-40百分位	2	320	322	11	1,655	1,666
40-50百分位	1	321	322	6	2,190	2,196
50-60百分位	4	318	322	34	2,781	2,815
60-70百分位	6	316	322	67	3,613	3,680
70-80百分位	5	317	322	79	4,904	4,983
80-90百分位	10	312	322	239	7,528	7,768
90百分位以上	34	288	322	5,344	21,484	26,828
總計	146	4,183	4,329	5,783	46,579	52,362

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請將中高度針灸治療之輔助治療品項中新增一項：CH09

膏布治療案，提請討論。

說明：

- 一、依本會115年7月12日中醫門診醫療服務審查執行會第62次會議決議事項辦理。
- 二、目前中醫臨床上針灸治療後常見使用外敷膏布(如：三黃散、如意金黃散、青草膏…)來增進治療之療效。
- 三、膏布治療(CH09)對於患處之初期/中後期之預後亦起到相當輔助治療之療效。
- 四、目前只有中/高度傷科治療有此輔助選項，建議中/高度針灸治療亦增列此輔助選項。

健保署意見：

- 一、查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四章針灸治療處置費，現行規範須合併輔助治療項目之中醫診療項目如下表：

診療項目	須合併任一輔助治療項目
中度複雜性針灸 高度複雜性針灸	CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、 CH03 熱療含紅外線治療、CH04 電療、 <u>CH05 放血治療、CH06 艾灸治療或</u> <u>CH07 眼部特殊針灸</u>
中度複雜性傷科 高度複雜性傷科	CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、 CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、 <u>CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或</u> <u>CH10 夾板固定治療</u>

- 二、財務影響評估：

- (一) 本案係新增輔助治療項目，本署尊重中全會專業意見。
- (二) 本案為執行面作業調整，整體接受服務之病人群體大致相同，推估無財務衝擊，且可減輕民眾自費負擔。

擬辦：修訂後支付標準如附件(頁次討 1-3~1-4)，本案如經同意，將

提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告。

決議：

第四部 中 醫

第四章 針灸治療處置費

通則：

一、本章治療處置費用均內含材料費。

二、複雜性針灸治療之審查：抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.1、附表 4.4.2 及附表 4.4.3 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

三、申報附表 4.4.3 所列適應症為「病毒感染後疲勞症候群」(ICD-10-CM：G93.3)，於病毒感染確診後六個月內初次因前開適應症就診者，於初次就診日三個月後不得以前開適應症申報高度複雜性針灸診療項目，僅能申報一般針灸診療項目。

-ICD-10-CM(2023 年版)：G93.31、G93.32、G93.39 (自一百十四年一月一日起適用)。

編號	診療項目	支付點數
D01	一般針灸	
D02	—另開內服藥	227
	—未開內服藥	227
D03	電針治療	
D04	—另開內服藥	227
	—未開內服藥	227
D05	中度複雜性針灸	
D06	—另開內服藥	327
	—未開內服藥	327
	註：	
	1.適應症：	
	(1)附表4.4.1所列疾病。	
	(2)無附表4.4.1所列疾病，但有附表4.4.2所列特殊疾病者。	
	2.支付規範：	
	(1)須針灸下列二個以上部位：頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、右踝、右膝、右大腿、右小腿。	
	(2)須合併以下任一輔助治療：CH01拔罐治療、CH02刮痧治療、CH03熱療(含紅外線治療)、CH04電療、CH05放血治療、CH06艾灸治療、或CH07眼部特殊針灸或CH09膏布治療。	
	(3)治療時間合計十分鐘以上。	
D07	高度複雜性針灸	
D08	—另開內服藥	427
	—未開內服藥	427
	註：	
	1.適應症：	
	(1)附表4.4.3所列疾病。	
	(2)中度複雜性針灸適應症(附表4.4.1)合併有附表4.4.2特殊疾	

編號	診療項目	支付點數
	病。 2. 支付規範： (1) 須針灸下列二個以上部位：頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、右踝、右膝、右大腿、右小腿。 (2) 須合併以下任一輔助治療：CH01拔罐治療、CH02刮痧治療、CH03熱療(含紅外線治療)、CH04電療、CH05放血治療、CH06艾灸治療、<u>或</u>CH07眼部特殊針灸<u>或</u>CH09膏布治療。 (3) 治療時間合計二十分鐘以上。	

討論事項第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請將「三高病人加強照護方案」之診斷碼，納入中醫支付標準附表 4.4.2 之「特殊疾病」項目，以提高醫師登載率與實質收案率案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 115 年 7 月 12 日中醫門診醫療服務審查執行會第 62 次會議決議事項辦理。
- 二、三高病人加強照護方案的收案條件：保險人每半年依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)，以三高[高血糖(ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13)、高血脂(ICD-10-CM 前 4 碼為 E78.0-E78.5)及高血壓(ICD-10-CM 前 3 碼為 I10-I15、或前 4 碼為 I27.0、I27.2、I67.4、I87.3、I97.3)]主要於中醫院所就醫者做為較需照護名單，交付參與方案之中醫院所提供健康管理。
- 三、對比支付標準附表 4.4.2 特殊疾病：

	收案條件屬於特殊疾病的診斷	建議新增特殊疾病的診斷
高血糖	E10 第一型糖尿病 E11 第二型糖尿病 E13 其他特定糖尿病	E08 起因於潛在病的糖尿病
高血脂		E78.0 純高膽固醇血症 E78.1 純高三酸甘油酯血症 E78.2 混合型高血脂症 E78.3 高乳糜微粒血症 E78.4 其他高血脂症 E78.5 高血脂症 (Hyperlipidemia, unspecified)
高血壓	I27.0 原發性肺性高血壓 I27.2 其他續發性肺性高血壓	I10 本態性(原發性)高血壓 I11 高血壓性心臟病 I12 高血壓性慢性腎臟病 I13 高血壓性心臟及慢性腎臟病

		I15 續發性高血壓 I67.4 高血壓性腦病變 I87.3 慢性靜脈高血壓(特發性) I97.3 醫療處置後高血壓
--	--	---

健保署意見：

一、查全民健康保險中醫三高病人加強照護方案收案對象診斷碼納入範圍如下：

疾病別	診斷碼
高血糖	前三碼為 E08-E13
高血脂	前 4 碼為 E78.0-E78.5
高血壓	前 3 碼為 I10-I15、或前 4 碼為 I27.0、I27.2、I67.4、I87.3、I97.3

二、另查全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫，
(一)「附表4.4.2特殊疾病」所列之三高疾病如下：

疾病別	診斷碼
高血糖	• E10 第一型糖尿病 • E11 第二型糖尿病 • E13 其他特定糖尿病
高血脂	無相關診斷碼
高血壓	I27 其他肺性心臟病

(二)涉「附表4.4.2特殊疾病」之支付標準項目如下：

診療項目	適應症規範
中度複雜性針灸 (D05、D06)	1. 附表 4.4.1 所列疾病。 2. 無附表 4.4.1 所列疾病，但有 附表 4.4.2 所列特殊疾病者。
高度複雜性針灸 (D07、D08)	1. 附表 4.4.3 所列疾病。 2. 中度複雜性針灸適應症(附表 4.4.1) 合併有 附表 4.4.2 特殊疾病。
中度複雜性傷科 (E03、E04、E13、E14)	1. 附表 4.5.1 所列疾病。 2. 無附表 4.5.1 所列疾病，但有 附表 4.4.2 所列特殊疾病者。
高度複雜性傷科-中度複	適應症為中度複雜性傷科適應症附表

診療項目	適應症規範
雜性傷科合併特殊疾病 (E07、E08)	4.5.1)且合併有特殊疾病(附表 4.4.2)。

註：內含前開診療項目之針灸合併傷科項目皆適用適應症規範。

三、財務影響評估

(一)針灸處置項目(表1)：

1. 一般針灸及電針治療案件轉換為中度複雜性針灸案件
 - (1) 主診斷為本次新增之「特殊疾病」(附表4.4.2)之一般針灸及電針治療申報情形：114年1月至6月醫令量約1.2萬件，占全年47.1%。115年1月至6月約1.4萬件，以前一年同期占率推估，全年約3萬件。
 - (2) 以前開條件之病人由「一般針灸或電針治療」轉換為「中度複雜性針灸」每件增加100點，推估需增加3百萬點。
2. 中度複雜性針灸案件轉換為高度複雜性針灸案件
 - (1) 任一次診斷為本次新增之「特殊疾病」(附表4.4.2)之中度複雜性針灸申報情形：114年1月至6月醫令量約1.8萬件，占全年47.3%。115年1月至6月約1.9萬件，以前一年同期占率推估，全年約4萬件。
 - (2) 以前開條件之病人由「中度複雜性針灸」轉換為「高度複雜性針灸」每件增加100點，推估需增加4百萬點。

(二)傷科處置項目(同表1)：

1. 一般傷科案件轉換為中度複雜性傷科案件
 - (1) 主診斷為本次新增之「特殊疾病」(附表4.4.2)之一般傷科申報情形：114年1月至6月醫令量為229件，占全年50.0%。115年1月至6月為297件，以前一年同期占率推估，全年為594件。
 - (2) 以前開條件之病人由「一般傷科」轉換為「中度複雜性傷科」每件增加200點，推估需增加0.1百萬點。
2. 中度複雜性傷科案件轉換為高度複雜性傷科案件

(1) 任一次診斷為本次新增之「特殊疾病」(附表4.4.2)之中度複雜性傷科申報情形:114年1月至6月醫令量為327件，占全年35.9%。115年1月至6月為572件，以前一年同期占率推估，全年執行量為1,593件。

(2) 以前開條件之病人由「中度複雜性傷科」轉換為「高度複雜性傷科」每件增加450點，推估需增加0.7百萬點。

表 1：針灸處置及傷科處置新增之「特殊疾病」之財務衝擊

診療項目轉換	原支付點數	轉換後支付點數	轉換後差額	推估申報量	財務衝擊(萬點)
一般針改為中度針	227	327	100	30,248	302.5
中度針改為高度針	327	427	100	40,133	401.3
一般傷改為中度傷	227	427	200	594	11.9
中度傷改為高度傷	427	877	450	1,593	71.7
合計				72,568	787.4

(三) 針灸合併傷科處置項目：

依各醫令之轉換情形，以 114 年及 115 年各針傷合併處置主次診斷為新增之「特殊疾病」申報情形推估年申報量，並以支付點數差額推估，約增加 1.35 百萬元(表 2)。

表 2：針灸合併傷科處置新增之「特殊疾病」之財務衝擊

診療項目代碼	診療項目	支付點數	對應診療項目代碼	對應診療項目	對應支付點數	轉換後差額	推估申報量	財務衝擊(萬點)
F01	一般針灸合併一般傷科--另開內服藥	454	F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第一次	754	300	2,345	70.4
F02	一般針灸合併一般傷科--未開內服藥		F38	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第二至六次—另開內服藥	554	100	311	3.1
			F39	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第二至六次—未開內服藥	554	100	912	9.1
F06	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)--起始次	1,104	F40	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)--起始次	1,204	100	21	0.2
F07	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)--後續治療—另開內服藥	454	F41	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)--後續治療—另開內服藥	554	100	115	1.2

診療項目代碼	診療項目	支付點數	對應診療項目代碼	對應診療項目	對應支付點數	轉換後差額	推估申報量	財務衝擊(萬點)
F08	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)--後續治療—未開內服藥	454	F42	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)--後續治療—未開內服藥	554	100	15	0.2
F18	電針合併一般傷科--另開內服藥 電針合併一般傷科--未開內服藥	454	F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第一次	754	300	85	2.6
F19			F38	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第二至六次—另開內服藥	554	100	11	0.1
			F39	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第二至六次—未開內服藥	554	100	33	0.3
F35	中度複雜性針灸合併一般傷科--另開內服藥	554	F54	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科--療程第一次	854	300	1,203	36.1
F36	中度複雜性針灸合併一般傷科--未開內服藥		F55	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科--療程第二至六次—另開內服藥	654	100	182	1.8
			F56	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科--療程第二至六次—未開內服藥	654	100	632	6.3
F52	高度複雜性針灸合併一般傷科--另開內服藥	654	F54	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科--療程第一次	854	200	205	4.1
F53	高度複雜性針灸合併一般傷科--未開內服藥							
合計							6,070	135.4

註：F01、F02、F18、F19、F35、F36、F52、F53 以現行對應項目各療程申報比率推估。

(四)綜上，推估本項目一年約需9.23百萬元。

三、綜上，本署意見說明如下：

(一)若增列附表4.4.2之疾病範圍推估一年需增加財務支出9.23百萬元，本年度未編列相關預算支應，請中全會確認是否以「醫療服務成本指數改變率」支應。

(二)附表4.4.2「特殊疾病」包括罕見疾病及複雜度較高之疾病，考量增列疾病不宜以申報樣態為衡酌依據，建請中全會審慎評估所列之三高疾病納入附表4.4.2之標準一致性及合宜性，或提出其複雜度適合列入附表4.4.2之理由。

(三)中醫三高病人加強照護方案甫上路，請中全會向會員宣導，醫療費用申報時應正確填報診斷碼。

擬辦：

- 一、請中全會向會員宣導，醫療費用申報時應正確填報診斷碼。
- 二、本案若確認需修訂支付標準(附件，頁次討2-7~討2-9)，將依程序提至醫療服務共同擬訂會議報告。

決議：

第四部 中 醫

附表 4.4.2 特殊疾病

一、衛生福利部公告之罕見疾病。

二、下表所列疾病：

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起 適用	中文病名
A15	A15	呼吸道結核病
B01	B01	水痘
B02	B02	帶狀疱疹
B05	B05	麻疹
B06	B06	德國麻疹
B20	B20	人類免疫不全病毒疾病
B97.2	B97.2、U07.1	歸類於他處冠狀病毒所致的疾病
B97.3	B97.3	歸類於他處反轉錄病毒所致的疾病
D65	D65	瀰漫性血管內凝血症
D66	D66	遺傳性第VIII凝血因子缺乏症
D67	D67	遺傳性第IX凝血因子缺乏症
D68	D68	其他凝血缺乏
D69	D69	紫斑症及其他出血性病態
D70	D70	嗜中性白血球缺乏症
D82	D82	與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症
D83	D83	常見多樣性免疫缺乏症
D84	D84	其他免疫缺乏症
E04	E04	其他非毒性甲狀腺腫
E05	E05	甲狀腺毒症
E06	E06	甲狀腺炎
E08	E08	起因於潛在病的糖尿病
E10	E10	第一型糖尿病
E11	E11	第二型糖尿病
E13	E13	其他特定糖尿病
E15	E15	非糖尿病的低血糖性昏迷
E28	E28	卵巢功能障礙
E78.0	E78.0	純高膽固醇血症
E78.1	E78.1	純高三酸甘油酯血症
E78.2	E78.2	混合型高血脂症
E78.3	E78.3	高乳糜微粒血症
E78.4	E78.4	其他高血脂症
E78.5	E78.5	高血脂症
F90	F90	注意力不足過動症
F95	F95	抽搐症
I10	I10	本態性(原發性)高血壓
I11	I11	高血壓性心臟病
I12	I12	高血壓性慢性腎臟病
I13	I13	高血壓性心臟及慢性腎臟病

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起 適用	中文病名
I15	I15	續發性高血壓
I67.4	I67.4	高血壓性腦病變
I87.3	I87.3	慢性靜脈高血壓(特發性)
I97.3	I97.3	醫療處置後高血壓
I20	I20	心絞痛
I21	I21	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)
I22	I22	續發性 ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)
I23	I23	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)後造成之併發症(二十八天內)
I24	I24	其他急性缺血性心臟病
I25	I25	慢性缺血性心臟病
I26	I26	肺栓塞
I27	I27	其他肺性心臟病
I28	I28	其他肺血管疾病
I42	I42	心肌病變
I50	I50	心臟衰竭
I71	I71	主動脈瘤及剝離
I73	I73	其他末梢血管疾病
I74	I74	動脈栓塞及血栓症
I80	I80	靜脈炎及血栓靜脈炎
I82	I82	其他靜脈栓塞及血栓
I89	I89	其他非感染性之淋巴管和淋巴結疾患
J44	J44	慢性阻塞性肺病
J45	J45	氣喘
J93	J93	氣胸及氣漏
J96	J96	呼吸衰竭，他處未歸類
J98	J98	其他呼吸衰竭
K72	K72、K76.82	肝衰竭，他處未歸類者
K74	K74	肝纖維化及硬化
K80	K80	膽結石
L10	L10	天庖瘡
L11	L11	其他棘層鬆解性疾患
L12	L12	類天庖瘡
L40	L40	乾癬
L51	L51	多形性紅斑
L52	L52	結節性紅斑
L89	L89	壓迫性潰瘍
L94	L94	其他局限性結締組織疾患
L97	L97	下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者
M33	M33	皮多肌炎
M34	M34	全身性硬化症(硬皮症)
M35	M35	結締組織其他全身性侵犯

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一十四年一月一日起 適用	中文病名
M35.0	M35.0	乾燥症候群(Sjogren 氏)
M35.00	M35.00	乾燥症候群
N18	N18	慢性腎臟疾病
N19	N19	腎衰竭
O10~O16 、 O20~O29	O10~O16 、 O20~O29	妊娠
R64	R64	惡病質

討論事項 第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」，提請討論。

說明：

一、國人多有中西藥並用之情形，於照護機構中之住民亦然，然多中藥與西藥間，可能因交互作用影響病人用藥安全，因此，建議於「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」新增由中醫醫療團隊中之藥師，提供「中西藥整合藥事服務」，以促進機構住民用藥安全及健康權益。

二、前揭計畫增修內容如下：

(一)醫療團團隊新增藥師提供中西藥整合藥事服務，且可為專兼任藥師。

(二)給付項目及支付標準比照中醫師提供服務，給付論次費用，每診次支付 1,000 點，診次及服務人次規範同中醫師。

本署意見：

一、本方案係以中醫總額專款預算支應，給付內容僅論次費用，每次 1,000 點（自 114 年起，論量計酬費用移列至一般服務），其預算執行情形如下：

(一)113 及 114 年專款預算分別為 4.8 百萬及 8 百萬，預算執行率各為 166.3%及 113%，均逾預算編列數。

(二)115 年預算為 10.8 百萬，截至今年 6 月，預算執行數為 5.8 百萬，執行率為 53.5%，均高於去年同期(3.9 百萬、48.9%)。

二、鑑於本次提案涉中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)，建議藥全會先與中全會經溝通研議並達成共識後，本署再行後續辦理作業。

決議：

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(草案)

110年12月30日健保醫字第1100017739號公告

111年12月28日健保醫字第1110122970號公告修訂

112年12月19日健保醫字第1120125466號公告修訂

114年1月23日健保醫字第1140101705號公告修訂

114年12月16日健保醫字第1140666365號公告修訂

115年○○月○日健保醫字第○○號公告修訂

一、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。

二、目的

鼓勵中醫醫療團團隊至照護機構執行中醫醫療服務，提升因失能或就醫不便住民之醫療照護可近性，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，減少住民外出就診中醫人次。

三、預算來源

- (一) 本方案論次支付費用由全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「照護機構中醫醫療照護方案」專款項目下支應。
- (二) 本方案論量支付費用由中醫門診總額一般服務預算支應。

四、施行機構

- (一) 依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設立標準」、「長期照顧服務機構設立標準」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」等法規命令設置立案之護理之家、老人安養、養護機構、住宿式長照機構、身心障礙福利機構之住宿機構或榮譽國民之家。
- (二) 各縣市至少以服務一家照護機構為原則，並以護理之家為優先。
- (三) 每家照護機構僅能接受一家中醫門診特約醫事服務機構提供服務。

五、施行期間

115年1月1日至115年12月31日。

六、執行目標

- (一) 本年度以至少200家照護機構為目標。
- (二) 以達成80,000服務人次，服務總天數6,000天為目標。

七、申請資格

- (一) 保險醫事服務機構：須最近二年內未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。
- (二) 中醫師資格：須執業登記於該保險醫事服務機構之專任醫師。
- (三) 藥師資格：須執業登記或報備支援於該保險醫事服務機構之藥師。
- (四) 照護機構須備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀錄。
- (五) 保險醫事服務機構於照護機構須建置全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將住民健保卡攜回院所。

八、申請與審查程序及須檢附之文件

(一) 申請與審查程序

- 1. 符合申請資格者，自本方案公告日起15個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)。
- 2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。
- 3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。
- 4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結果函送所轄保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會及其中醫門診醫療服務審查執行會各區分會(以下稱中執會)。
- 5. 保險人核定發文日為執行起日；申請延續執行者，以本年1月1日為執行起日。

(二) 須檢附之文件

1. 保險醫事服務機構申請時須檢附本方案申請表(附件1)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書(附件2)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表(附件3)、及計畫書；申請延續執行者，須檢附本方案申請表(附件1)及經當地衛生主管機關核准報備支援之中醫師、相關醫事人員同意函。
2. 前開計畫書內容應包含：
 - (1) 書寫格式：以 word 形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，標楷書14號定型，橫式書寫。
 - (2) 封面：包括方案名稱、執行單位、執行期間。
 - (3) 前言：請敘述執行方案動機，包括照護機構地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。
 - (4) 目的：分點具體列述執行方案所要達成之目標。
 - (5) 執行方案：
 - A. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。
 - B. 每週診療時間。
 - C. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。
 - D. 照護機構地址及住民數。
 - (6) 經當地衛生主管機關核准報備支援之中醫師、相關醫事人員同意函。
 - (7) 評估預期效益：請詳述執行方案實施後預期達成之效益指標。

九、醫療服務提供方式

- (一) 保險醫事服務機構指派中醫師、藥師及其他必要之醫事人員，至照護機構提供中醫醫療服務或中西藥整合藥事服務，每週以一個時段為限，每時段至少須三小時。
- (二) 前開同一時段提供診療服務之中醫師及提供中西藥整合藥事服務之藥師，以一名為限。
- (三) 若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前以書面函文送保險人分區業務組備查並副知中醫全聯會及該照護機構，

服務異動者，應檢附門診異動表(附件4)；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並得事後核准；行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。

(四) 前項若執行院所或照護機構因時間或場地無法配合，得經雙方協調同意，報請保險人分區業務組備查且不須補診。另為保障照護機構住民權益，如有常態性休診未補診情形，得作為次年度中醫全聯會及所轄保險人分區業務組審查及核定參考。

(五) 如欲變更醫療服務時間、每週服務次數或照護機構，須先檢送變更計畫書及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更照護機構者，須俟保險人分區業務組核定後，始得執行。

十、給付項目及支付標準：

(一) 論次支付(支付標準編號 P6901C)：每時段(診次)支付1,000點，每時段(診次及中西藥整合藥事服務人次)至少以三小時為計支單位，未達三小時不予支付。

(二) 論量支付：

1. 診察費、藥費、藥品調劑費、針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)第四部中醫所列之項目申報。

2. 每診次及中西藥整合藥事服務人次以各以15人次為上限，16人次以上部分，自申報點數最少之案件計算起，不予支付；照護機構核定床數50床以上者，每診次以25人次為上限；26人次以上部分，自申報點數最少之案件計算起，不予支付。

(三) 支付規定：

1. 本方案申報之門診診察費不納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算。

2. 針灸、傷科及針灸合併傷科治療之診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制，以及不納入醫療服務支付標準之合計申報量計算。

(四) 本方案論次費用預算按季均分，結算方式如下：

- 1.各季預算採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。若有結餘，則流用至下季。
- 2.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) 本方案申報點數不列入「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。

十一、醫療費用申報與審查

(一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。
2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
 - (1) 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
 - (2) 特定治療項目(一)：請填報「JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)」代碼。
 - (3) 就醫科別：請填報「60中醫科」。
3. 論次費用：支付標準編號 P6901C。

(二) 論次費用之申報，保險醫事服務機構次月20日前須至健保資訊網服務系統(VPN)登錄醫療服務費用明細，傳送資料後列印「全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表」(附件5)，蓋上院所印信，信封上請註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」，寄至所屬保險人分區業務組，由保險人各分區業務組依執行結果核定。

(三) 保險醫事服務機構於每月費用申報前，應至 VPN「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院住民名冊。

(四) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

(五) 執行本方案之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件6)，並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。

(六) 本方案所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一

事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。

十二、 評核指標

照護機構接受本方案之中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較114年減少。

十三、 執行報告

執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益。執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。

十四、 退場機制

- (一) 參與本方案之保險醫事服務機構，如於方案執行期間有違反特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約之日起退出執行本方案。
- (二) 辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、資料不齊全(含書面資料及電子檔案)或參與方案有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本方案日起退出本方案。
- (三) 保險醫事服務機構如經保險人終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人申請複核，但以一次為限。

十五、 其他事項

- (一) 報備支援規定：支援醫事人員均應依醫事相關法規向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請中醫師考量醫療負擔能力提供支援服務。
- (二) 本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料。

十六、 新年度方案未公告前，延用前一年度方案；新年度方案依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度方案者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十七、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正。

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 申請表

申請日期： 年 月 日

醫事服務 機構名稱		醫事服務 機構代碼	
醫事服務 機構地址		醫事服務 機構電話 (聯絡人)	
照護機構 名稱		機構代碼	
照護機構 地址		照護機構 電話(聯絡人)	
執行時段	每週 次，每星期 上午(下午) 時 分至 時 分，共 小時		
參與照護方案醫事人力			
醫師		藥事人員	
位		位	
護理人員		位	
醫事類別	醫事人員姓名	身分證統一編號	證書字號
醫師			
(藥師)			
(護理師/護士)			
院所印章		負責醫師簽章：	
註： 1.參與本方案中醫師及相關醫事人員，應依各該醫事人員法相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援。參與照護方案醫事人力眾多，可另行檢附名冊。 2.本表填報以單一照護機構為限。			

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院（所）自 年 月 日起以支援方式派中醫師至
（照護機構名稱）_____（照護機構代號）支援中醫一般門診，
前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間（設施）、設備及診療
紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用，如有經通
知改善未改善事項者，依健保相關法規辦理，並同意配合下列作業事
項：

- 一、每月20日（併費用申報作業辦理）前，至健保資訊網服務系統（VPN）
「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全
院住民名冊。
- 二、醫事人員執行相關診療服務後，於醫療院所病歷及照護機構診療紀
錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或
蓋章。
- 三、申請支援核備檢送之相關文件資料正確無誤，檢附下列資料，☐
1. 前往支援醫療作業說明表、☐2. 衛生主管機關核定公文影本或
醫事人員報備支援申請書、☐3. 支援照護機構之門診時程表、☐4.
照護機構立案證明影本。☐5. 照護機構平面圖（標示診療室位置）、
☐6. 照護機構診察室照片數張（須清晰可見整體空間及內部配置）。
- 四、於照護機構建置健保卡讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，
不得將院民健保卡攜回院所。刷卡方式說明：_____
- 五、照護機構必須配合保險人因業務需要所為之訪查或調閱相關資料。

特約醫事服務機構及 負責醫師大、小印章	照護機構印章及負責人印章

中華民國

年

月

日

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表

服務機構代號：_____ 服務機構名稱：_____

照護機構代號：_____ 照護機構名稱：_____

作業項目	服務內容或作業方式
病歷及診療紀錄製作及保存方式	-服務機構 ☐ 手寫 ☐ 電腦 住民病歷 ☐ 存放地點，請說明：_____ -照護機構 ☐ 手寫 ☐ 電腦 診療紀錄 ☐ 存放地點，請說明：_____ -醫事人員執行相關診療服務後，於病歷及診療紀錄內記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章： ☐ 是 ☐ 否 否者，請說明實情：_____
處方作業方式	☐ 交付 ☐ 專人領藥 ☐ 其他，請說明：_____
備註事項	
特約醫事服務機構及負責醫師之印信及印鑑	醫事服務機構印信 負責醫師印

※注意事項：

1. 特約醫事服務機構第一次申請該照護機構支援或原填寫事項有異動時填報。
2. 依支援之照護機構分別填報醫療作業內容。

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

年 月門診異動表

一、申請單位資料：

1. 醫療院所名稱：
2. 負責醫師：
3. 聯絡電話：()
4. 聯絡地址：□□□

二、照護機構資料：

1. 照護機構名稱：
2. 電話：
3. 地址：

三、支援照護機構時段異動表：

(一)原支援照護機構時段：

星期	日	一	二	三	四	五	六
日期							
時段							
中醫師							

(二)異動後時段：

星期	日	一	二	三	四	五	六
日期							
時段							
中醫師							

全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表

中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案論次費用

受理日期：		受理編號：							
醫事服務機構名稱：		醫事服務機構代號：		醫事類別：		費用年月：			
編號	醫事人員 姓名	醫事人員 身分證字號	支付別	日期	服務地點	服務 時段	服務 時數	診療 人次	申請 金額
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
小計									
總 表	項目 支付表	申請次數	服務時數	診療人次	每次 申請金額	申請金額總數			
	P6901C								
	總計								
負責醫師姓名：			一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。 二、支付別：P6901C，每診次支付 1,000 點，每診次至少三小時，未達三小時不予支付。 三、診療人次：填寫當次診療之人次。 四、填寫時同一請領人姓名應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」。 填表日期： 年 月 日						
醫事服務機構地址：									
電話：									
印信：									

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案門診日報表

所屬分會：
 承辦單位：
 醫事服務機構代碼：
 服務地點：
 核准代碼：
 照護機構代碼：

日期		月	日	時間： 時 分～ 時 分																
編號	姓名	身分證 統一編號	出生年月日	性別	電話	診察 費	藥 費 (天)	調劑費	治療處置							醫療 費用	部分 負擔	申請 費用	身 份 別	備註

註： 1. 依本方案規定填具本表。2. 核實申報均須同時填報本表，並於次月20日前合併EXCEL電子檔或紙本送保險人分區業務組備查，並副知全聯會及所轄中執會各區分會。3. 性別欄：男填1女填0。4. 診察費欄：請依申報之診察費支付標準代碼填入。5. 藥費欄請填入天數(例如給藥7天，填入"7")。6. 治療處置欄：依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定申報。7. 申請費用=醫療費用-部分負擔。8. 身份別：山地離島地區一律填入"007"；非山地離島地區：重大傷病填入"001"，低收入戶填入"003"，榮民(眷)填入"004"，一般民眾免填。9. 若當日無人看診仍應檢送當次門診日報表。

