



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 112 年第 2 次研商議事會議

112 年 5 月 18 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
112 年第 2 次研商議事會議」會議議程**

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1
二、中醫門診總額執行概況報告。	報 2-1
三、111 年第 4 季中醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1
四、有關全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點之會議內容實錄，改採會議實錄錄音檔對外公開案。	報 4-1
五、修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案。	報 5-1
六、全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務項目之預算扣減方式規劃案。	報 6-1

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等 5 項專業醫療服務品質指標案」	討 1-1
二、112 年全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案「機構內收案對象中醫醫療費用，應自一般服務扣除」案	討 2-1

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 112 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 2 月 23 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

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	陳代表憲法	陳俊明(代)
吳代表清源	吳清源	傅代表世靜	傅世靜
卓代表青峰	卓青峰	黃代表兆杰	黃兆杰
林代表狄昇	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	林代表源泉	林源泉
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表素玲	涂瑜君(代)
張代表廷堅	陳建霖(代)	蔡代表淑貞	蔡淑貞
陳代表仲豪	陳仲豪	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
陳代表俞沛	陳俞沛	張代表清田	張代表清田
陳代表博淵	陳博淵	花代表錦忠	張鈺民(代)

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

陳燕鈴、張嘉云

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年、賴宛而、李敬

本署醫務管理組

劉林義、呂姿曄、洪于淇

朱文珣、黃怡娟、王智廣

蔡政伶、陳怡靜、楊淑美

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

鄭正義

連恆榮、何小鳳、涂奇君

陳惠群、單國浩

楊淑娟*、郭乃文*、黃寶玉*

謝明珠*、黃毓棠*、林孟萱*

蘇彥秀*、王奕晴*、林裕能*

戴秀容*、陳淑眉*、陳怡心*

潘佳鈴*

丁增輝*、賴文琳*

謝明雪*、李金秀*、張慧娟*

黃皓綱*、吳建昌*、李昀融*

廖子喬*、高菲屏*

羅亦珍*、鄭翠君*、王晶*

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：中醫門診總額研商議事會議開會規則。

決定：洽悉。

第二案

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8(修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則及第五章新增支付標準編碼案)、序號9(修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文案)及序號11(中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範案)繼續列管，餘解除列管。

第三案

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。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年度總額「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」依協定事項處理預算扣減計算結果案。

決定：

一、 洽悉。

二、 本項預算 5 億元，執行 8.18 億點，無需扣減預算。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案「機構內收案對象中醫醫療費用，自一般服務扣除」案。

決定：

一、 洽悉。

二、 依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，經統計應扣減金額 1,676,721 元，分兩季扣除重複之預算，於 111 年第 3 季扣減 838,360 元，111 年第 4 季扣減 838,361 元。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年第 3 季中醫門診總額點值結算報告案。

決定：

一、 洽悉。

二、 111 年第 3 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
111年 第3季	浮動點值	0.83313433	0.78612534	0.81151669	0.81221845	0.81534729	1.16072722	0.82202234
	平均點值	0.89685281	0.87302036	0.88174125	0.88854635	0.88875381	1.10335224	0.89110928

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。

第七案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：中醫 4 項不予支付指標自 111 年 7 月起停辦後之監測結果案。

決定：洽悉

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等 6 項專業醫療服務品質指標案」條文案。

決議：本案修訂通過，並依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業事宜。

肆、臨時動議

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：為減少行政公文往返次數及不必要的資源耗用，建請本署同意執行「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」院所能比照「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」條文規定：「逢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」方式執行。修訂「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案。

決議：

- 一、本案有關行政院人事行政總處公布之假期仍須補診及報備，本署研擬定型化例稿，提供醫事機構簡化報備程序。
- 二、請中全會通盤研議將各專款項目於執行一段期間後，導入一般服務部門之可行性。

伍、散會：下午 3 時 14 分

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 112 年第 1 次臨時研商議事會議紀錄

時間：112 年 4 月 7 日上午 9 時 30 分

地點：本署 18 樓大禮堂

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	請假	陳代表憲法	陳俊明*(代)
吳代表清源	吳清源*	傅代表世靜	傅世靜*
卓代表青峰	卓青峰*	黃代表兆杰	請假
林代表狄昇	林狄昇*	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*	林代表源泉	林衍志(代)*
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表素玲	蔡素玲*
張代表廷堅	張廷堅*	蔡代表淑貞	蔡淑貞*
陳代表仲豪	陳仲豪	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*
陳代表俞沛	請假	張代表清田	張清田*
陳代表博淵	陳博淵*	花代表錦忠	花錦忠

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

衛生福利部全民健康保險會

台灣醫院協會

中華民國中醫師公會全國聯合會

本署主任祕書室

本署醫務管理組

陳淑華*

陳燕鈴*、張嘉云*

林佩菽、董家琪

王逸年、賴宛而*、李敬

張禹斌

劉林義、林右鈞、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

朱文珣、虞淑婷、楊淑美

鄭正義

連恆榮、賴昱廷

楊淑娟、郭乃文、黃寶玉

蔡秀幸*、謝明珠*、黃毓棠*

林孟萱*

蘇彥秀*、王奕晴*、戴秀容*

林純美*、丁增輝*、賴文琳*

秦莉英*、盧靜宜*、林聖哲*

黃柏儒*、蕭乃綾*、蔡春梅*

謝明雪*、李金秀*、黃皓綱*

游燕資*、陳美娟*

李名玉*、羅亦珍*、石惠文*

江春桂*、董村鋒*、鄭翠君*

張瑩媛*

參、主席致詞(略)

肆、討論事項

第一案

報告單位：本署醫務管

理組

伍、案由：有關申報醫療費用每點暫付金額/每點支付金額調整案。

決定：

- 一、與會代表均表示仍維持現行以最近一季結算點值進行暫付/核定金額計算。
- 二、請本署每季呈現預估點值與最近一季點值之差異，作為評估每點暫付金額/每點支付金額調整之參考。
- 三、因中醫總額 111 年第 3 季溢付情形較嚴重，爰該總額代表建議季結算後之溢付款可分三次(每月 1 次)進行帳務沖抵，惟僅適用中醫基層。

肆、散會：上午 10 時 35 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 8 項，繼續列管 1 項。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	111_4_討(5)_修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則及第五章新增支付標準編碼案。	本案修訂通過，重點如下： 一、新增 A91「整合醫療照護費加計」70 點。 二、新增 E90「6 歲以下兒童傷科處置加計」200 點，並規範「6 歲以下兒童執行傷科處置得同時申報 E90，同一療程以申報 1 次為限」。 三、修訂第六章針灸合併傷科治療處置費 F01~F84 之支付點數為「針灸+傷科治療點數」，另新增通則「中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報第六章針灸合併傷科治療處置費上限為八十人次，超出八十人次部分以五折支付」。 四、修訂第八章特定疾病門診加強照護個案適用範圍增加適應症腦中風後遺症(ICD-10-CM：I69)。 五、請中全會定期每季於本會議報告執行情形(如：「執行目標」與「預期效益之評估指標」達成情形、醫療利用、療效監測等)，以利協助及推動。	衛生福利部業於112年2月22日以衛部保字第1120106367號公告修訂，並自112年3月1日實施。	☒ 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
2	111_4_討(6)_修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文案。	本案修訂通過。 一、同意適用範圍增加腦血管疾病後遺症及術後疼痛(ICD-10：G89)及術後疼痛ICD-10-CM暫依協商內容所列，訂為F45、G43、G50、G89、H57、I20.9、J34、J39、K08、K13-14、K62、K82.9、L03、M1A、M02、M05-19、M22-26、M36、M43、M45-M51、M53、M54、M60、M65、M67、M70、M75、M76-77、M79-81、M80-81、M84、N23、N48、N50、N64.4、N94、R07、R10、R14、R39、R51-R52、R68、S02、S12、S20、S22、S23、S28、S32-33、S38-40、S42-43、S46-49、S50、S52-53、S56-57、S59-60、S62-63、S66-69、S70、S72-73、S76-79、S80、S82-83、S86-90、S96-98、T82-85，且當次住院開刀後需中醫輔助醫療協助者，請中全會提供本署實證醫學報告並依實證內容增減診斷碼後，再提健保會確認。 二、配合增列術後疼痛病人適用之生理評估支付標準及申報之特定治療項目代號等。	1. 中華民國中醫師公會全國聯合會業於111年12月12日提供術後疼痛中醫介入實證資料，並提報112年2月22日全民健康保險會第6屆112年第1次會議討論通過。 2. 本署業於112年3月23日以健保醫字第1120105361號公告修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，並自112年4月1日實施。	☒ 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
3	111_4_討(8)_有關中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範案。	本案修訂通過，重點如下： 一、中醫支付標準第六章針傷合併增訂通則「同一療程案件，以療程第一次（起始次）申報之針灸及傷科複雜度為主，療程第二次-第六次（後續治療）僅執行針灸或傷科單一治療處置，應以本部第四章及第五章同一複雜度或一般之針灸或傷科申報」。 二、請健保署視需要製作Q&A供中醫院所申報依循。	1. 衛生福利部業於112年2月22日以衛部保字第1120106367號令公告修訂，並自112年3月1日實施。 2. 有關中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範問答輯，預計於112年5月上旬周知分區轉知轄區院所，並置於本署全球資訊網公開周知。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
4	112_1_報(4)_111年度總額「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」依協定事項處理預算扣減計算結果案	本項預算5億元，執行8.18億點，無需扣減預算。	本案執行8.18億點，執行額度亦逾5億點，後續無需辦理扣減預算。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
5	112_1_報(5)_全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案「機構內收案對象中醫醫療費用，自一般服務扣除」案。	依111年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，經統計應扣減金額1,676,721元，分兩季扣除重複之預算，於111年第3季扣減838,360元，111年第4季扣減838,361元。	已於111年第3季扣減838,360元，111年第4季扣減838,361元，並已納入111年第4季點值結算。	☒ 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	112_1_報(7)_中醫 4 項不予支付指標自 111 年 7 月起停辦後之監測結果案。	本署按月監測 4 項指標模擬核減點數，僅 1 項指標「中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)次數大於 1200 人次以上」較去年同期有成長情形(核減點數 48,503 點)，其中 76%集中 1 家診所(37,102 點)，經本署於 111 年 10 月即時介入輔導，追蹤至 111 年 12 月，該診所本項指標已無異常	業於 112 年 2 月 23 日於本會議報告指標監測結果，追蹤至 111 年 12 月無異常指標。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
7	112_1_討(1)_修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等 6 項專業醫療服務品質指標案」條文案。	本案修訂通過，並依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業事宜。	業於 112 年 3 月 22 日以部保字第 1120111064 號公告。	☒ 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
8	112_1_臨(1)_ 為減少行政公文往返次數及不必要的資源耗用，建請本署同意執行「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」院所比照「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」條文規定：「逢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」方式執行。修訂「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案	本案有關行政院人事行政總處公布之假期仍須補診及報備，本署研擬定型化例稿，提供醫事機構簡化報備程序。	已於112年3月20日以健保醫字第1120661043號書函，檢送休診單請分區業務組轉知參與院所報備使用。	☒ 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	112_臨 1_討 (1): 申報醫療費用 每點暫付金額/ 每點支付金額 調整案。	一、與會代表均表示仍維持現行以最近一季結算點值進行暫付/核定金額計算。 二、請本署每季呈現預估點值與最近一季點值之差異，作為評估每點暫付金額/每點支付金額調整之參考。 三、因中醫總額 111 年第 3 季溢付情形較嚴重，爰該總額代表建議季結算後之溢付款可分三次(每月 1 次)進行帳務沖抵，惟僅適用中醫基層。	1. 有關每季呈現預估點值與最近 1 季點值之差異，已列入報告事項第二案。 2. 刻正簽辦特約醫事服務機構可填寫申請書並向本署各分區業務組提出申請，單一年季結算後之溢付醫療費用可由 1 次抵扣改分 3 次(原則每月 1 次)抵扣，以減輕院所財務壓力。前開作業預計於 112 年 5 月初起可供院所向分區業務組申辦。	☐ 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
112年5月18日

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

1



大綱

- 112年第1季點值預估
- 112年第1季醫療供給及利用概況
- 112年第1季專案執行報告

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

2



點值預估說明

- 一、製表日期：112年5月1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%，其餘五區佔率97.78%。
占率分配如下。
 - 2-1. 112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(72%)、戶籍人口佔率(14%)、同期就醫次數權值占率(10%)、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111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112年得出每季各月之費用占率。
 4. 分區調後總額以送核補報占率(99.50080742%)校正，該占率以111Q3結算金額計算得之。
- 三、預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採111上半年爭審後核減率，各分區分別計之。



112年第1季 中醫門診總額各分區點值推估

月份	就醫 分區	跨區就醫調整 後總額(百萬)	預估總數(百萬)		預估點值	
			非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第1季	臺北	1,971	877	1,350	0.8104	0.8851
	北區	848	431	592	0.7052	0.8293
	中區	1,736	751	1,235	0.7980	0.8743
	南區	997	472	660	0.7941	0.8800
	高屏	1,109	522	765	0.7674	0.8618
	東區	152	51	94	1.0796	1.0517
	合計	6,814	3,104	4,697	0.7899	0.8735

註1：111Q1結算全區平均點值1.0289

112Q1預估點值 vs 111Q4結算點值



分區別	暫付點值		112年第1季 預估點值(B)		點值差距(B-A)	
	111年第4季 結算點值(A) 					
	浮動 點值	平均 點值	浮動 點值	平均 點值	浮動 點值	平均 點值
臺北	0.7830	0.8673	0.8104	0.8851	0.0274	0.0178
北區	0.7267	0.8398	0.7052	0.8293	-0.0215	-0.0105
中區	0.7745	0.8595	0.7980	0.8743	0.0235	0.0149
南區	0.7832	0.8718	0.7941	0.8800	0.0109	0.0082
高屏	0.7491	0.8497	0.7674	0.8618	0.0182	0.0121
東區	1.1238	1.0792	1.0796	1.0517	-0.0442	-0.0276
合計	0.7746	0.8633	0.7899	0.8735	0.0153	0.0103

- ◆ 依據112年4月7日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額112年第1次臨時研商議事會議紀錄決議，維持現行以最近一季結算點值進行暫付/核定金額計算。
- ◆ 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規定，自112年6月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核付，依最近1季結算點值辦理。

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

5



112年第1季 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

6



特約醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
108年3月	1,068	454	1,031	511	540	67	3,671
109年3月	1,095	467	1,048	521	548	71	3,750
110年3月	1,126	469	1,057	531	554	71	3,808
111年3月(A)	1,148	474	1,062	534	558	69	3,845
112年3月(B)	1,169	488	1,078	541	566	69	3,911
成長率(B/A)-1	1.8%	3.0%	1.5%	1.3%	1.4%	0.0%	1.7%
增減數B-A	21	14	16	7	8	0	66

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。



具中醫科醫院 醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
111年3月(A)	26	12	33	25	20	10	126
112年3月(B)	27	15	36	25	21	10	134
成長率(B/A)-1	3.8%	25.0%	9.1%	0.0%	5.0%	0.0%	6.3%
增減數B-A	1	3	3	0	1	0	8

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2：112年3月較去年同期家數增減名單：

臺北區(+1)：增加1家：天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院。

北區(+3)：增加3家：天成醫院、為恭紀念醫院、國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處。

中區(+3)：增加3家：洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院、國軍台中總醫院附設民眾診療服務處、東華醫院。

高屏(+1)：增加1家：屏東榮民總醫院

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。



中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
108年3月	2,001	836	1,832	867	959	139	6,634
109年3月	2,060	874	1,870	895	989	149	6,837
110年3月	2,139	891	1,923	907	1,024	159	7,043
111年3月(A)	2,198	933	1,970	938	1,052	157	7,248
112年3月(B)	2,233	968	2,020	963	1,084	156	7,424
成長率(B/A)-1	1.6%	3.8%	2.5%	2.7%	3.0%	-0.6%	2.4%
增減數B-A	35	35	50	25	32	-1	176

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。



醫院執業之中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
108年3月	216	104	209	155	110	51	845
109年3月	219	107	224	159	116	56	881
110年3月	228	114	240	144	121	60	907
111年3月(A)	242	119	252	151	122	57	943
112年3月(B)	244	125	258	155	118	58	958
成長率(B/A)-1	0.8%	5.0%	2.4%	2.6%	-3.3%	1.8%	1.6%
增減數B-A	2	6	6	4	-4	1	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。



各分區每萬人口中醫醫師數

年度	108	109	110	111	112Q1
臺北	2.71	2.83	2.92	3.00	2.99
北區	2.29	2.34	2.42	2.48	2.50
中區	4.07	4.19	4.33	4.44	4.44
南區	2.69	2.77	2.84	2.93	2.94
高屏	2.66	2.76	2.88	2.99	2.98
東區	2.82	3.04	2.99	2.95	2.94
總計	2.90	3.00	3.10	3.18	3.18

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

11



各分區每萬人口中醫醫師數 與全國比率

年度	108	109	110	111	112Q1
臺北/全區	0.93	0.94	0.94	0.94	0.94
北區/全區	0.79	0.78	0.78	0.78	0.79
中區/全區	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40
南區/全區	0.93	0.92	0.92	0.92	0.93
高屏/全區	0.92	0.92	0.93	0.94	0.94
東區/全區	0.97	1.01	0.97	0.93	0.92
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

12



每萬人口中醫師數組距各區鄉鎮數

年 月	每 萬 人 口 中 醫 師 組 距	台 北	北 區	中 區	南 區	高 屏	東 區	合 計	合 計 %
111 年 3 月 鄉 鎮 數	無 中 醫 師 鄉 鎮	15	11	4	14	24	15	83	22.6%
	0 < X < 1	16	10	16	24	18	5	89	24.2%
	1 ≤ X < 2	13	13	12	15	18	5	76	20.7%
	2 ≤ X < 3	10	5	8	9	6	0	38	10.3%
	3 ≤ X	16	8	28	15	11	4	82	22.3%
	合 計	70	47	68	77	77	29	368	100%
112 年 3 月 鄉 鎮 數	無 中 醫 師 鄉 鎮	14	10	5	12	23	14	78	21.2%
	0 < X < 1	15	9	16	25	20	6	91	24.7%
	1 ≤ X < 2	15	16	10	16	15	5	77	20.9%
	2 ≤ X < 3	9	4	9	9	7	0	38	10.3%
	3 ≤ X	17	8	28	15	12	4	84	22.8%
	合 計	70	47	68	77	77	29	368	100%
較 去 年 同 期 增	無 中 醫 師 鄉 鎮	-1	-1	1	-2	-1	-1	-5	
	0 < X < 1	-1	-1	0	1	2	1	2	
	1 ≤ X < 2	2	3	-2	1	-3	0	1	
	2 ≤ X < 3	-1	-1	1	0	1	0	0	
	3 ≤ X	1	0	0	0	1	0	2	
	合 計	0	0	0	0	0	0	0	

註：無中醫鄉鎮：

臺北區(-1)：宜蘭縣冬山鄉；北區(-1)：桃園市復興區；
中區(+1)：南投縣集集鎮；南區(-2)：臺南市安定區、嘉義縣鹿草鄉；
高屏(-1)：屏東縣林邊鄉；東區(-1)：臺東縣卑南鄉。

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

13



112年第1季各縣市每萬人口中醫師數(一)

分 區 別	縣 市 別	中 醫 師 數	人 口 數	每 萬 人 口 中 醫 師 數	醫 人 比
臺 北 區	宜 蘭 縣	93	449,510	2.07	4,833
	基 隆 市	76	362,177	2.10	4,765
	臺 北 市	984	2,494,813	3.94	2,535
	新 北 市	1,072	4,013,659	2.67	3,744
	金 門 縣	8	142,455	0.56	17,807
	連 江 縣	0	13,989	0.00	0
		2,233	7,476,603	2.99	3,348
北 區	桃 園 市	600	2,293,509	2.62	3,823
	新 竹 市	133	453,536	2.93	3,410
	新 竹 縣	114	584,454	1.95	5,127
	苗 栗 縣	121	534,910	2.26	4,421
		968	3,866,409	2.50	3,994
中 區	臺 中 市	1,475	2,826,230	5.22	1,916
	南 投 縣	145	479,244	3.03	3,305
	彰 化 縣	400	1,244,148	3.22	3,110
		2,020	4,549,622	4.44	2,252

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

14



112年第1季各縣市每萬人口中醫師數(二)

分區別	縣市別	中醫師數人口數		每萬人口 中醫師數	醫人比
南區	雲林縣	162	662,813	2.44	4,091
	嘉義市	109	263,440	4.14	2,417
	嘉義縣	80	487,092	1.64	6,089
	臺南市	612	1,856,642	3.30	3,034
		963	3,269,987	2.94	3,396
高屏	高雄市	913	2,733,964	3.34	2,994
	屏東縣	166	798,016	2.08	4,807
	澎湖縣	5	107,333	0.47	21,467
		1,084	3,639,313	2.98	3,357
東區	花蓮縣	106	318,736	3.33	3,007
	臺東縣	50	212,259	2.36	4,245
		156	530,995	2.94	3,404
總計		7,424	23,332,929	3.18	3,143

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

15



整體申報概況 【分區別】

年季	分區	申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
112Q1	臺北	2,976.0	22.7%	2,271.5	19.3%	763.3	-2.7%
	北區	1,394.3	31.1%	1,054.2	27.5%	756.1	-2.8%
	中區	2,755.5	21.2%	2,061.9	18.6%	748.3	-2.2%
	南區	1,518.5	25.4%	1,181.8	20.6%	778.3	-3.8%
	高屏	1,702.9	26.0%	1,322.5	21.7%	776.6	-3.4%
	東區	181.7	13.7%	162.9	9.0%	896.7	-4.2%
	全區	10,528.8	24.1%	8,054.8	20.5%	765.0	-2.9%

註1：資料來源：截至112年5月2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

16



整體申報醫療費用點數 【費用分類+分區別】

年季	項目 分區	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
112Q1	臺北	884.9	24.4%	12.2	17.0%	934.4	20.6%	440.0	8.0%	2,271.5	19.3%
	北區	435.9	32.0%	6.1	30.6%	436.5	28.3%	175.7	15.5%	1,054.2	27.5%
	中區	756.8	21.8%	12.6	19.7%	855.8	19.0%	436.7	12.5%	2,061.9	18.6%
	南區	480.6	24.3%	6.5	24.2%	466.7	22.7%	227.9	9.8%	1,181.8	20.6%
	高屏	527.8	25.5%	7.4	22.5%	529.6	22.7%	257.8	12.7%	1,322.5	21.7%
	東區	55.3	13.6%	1.0	5.6%	57.1	11.8%	49.5	1.5%	162.9	9.0%
	合計	3,141.3	24.7%	45.7	21.0%	3,280.1	21.6%	1,587.7	10.8%	8,054.8	20.5%

註1：資料來源：截至112年5月2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。

註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年藥費未調整。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

17



整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(1)

年季	分區/ 案件分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫 其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中 醫鄉巡迴醫療 服務		28. 中醫慢性病 連續處方調劑	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (萬)	成長率
112Q1	臺北	1,047.4	26.7%	39.8	31.2%	550.0	21.8%	5.2	11.0%	30.5	22.6%
	北區	510.8	34.2%	22.1	17.1%	283.7	29.9%	9.6	-11.3%	62.7	9.6%
	中區	1,058.1	23.8%	73.5	24.2%	367.3	17.4%	7.0	7.2%	27.3	84.2%
	南區	537.2	29.5%	39.5	10.1%	304.1	19.1%	12.3	91.6%	0.5	25.0%
	高屏	622.1	30.3%	24.7	23.0%	301.4	20.6%	12.5	3.3%	0.2	0.0%
	東區	52.7	18.6%	6.6	36.5%	30.7	11.0%	11.7	5.1%	0.2	0.0%
	全區	3,828.3	27.7%	206.1	21.9%	1,837.2	21.2%	58.4	12.8%	121.5	24.6%

註1：資料來源：截至112年5月2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。0係今年及前一年皆無申報。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

18



申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	分區/ 案件分類	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 (108.6新增)		醫療給付改善方案 及試辦計畫E1		合計	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
112Q1	臺北	621.3	6.6%	3.1	-9.6%	4.43	21.2%	.	0.0%	2,271.5	19.3%
	北區	222.0	15.1%	2.7	9.0%	2.62	10.0%	.	0.0%	1,054.2	27.5%
	中區	537.6	9.1%	5.0	6.6%	13.22	51.2%	0.7	0.0%	2,061.9	18.6%
	南區	277.1	7.9%	5.9	-6.2%	5.65	24.9%	.	0.0%	1,181.8	20.6%
	高屏	351.6	10.4%	6.4	-3.2%	3.74	71.0%	2.0	0.0%	1,322.5	21.7%
	東區	51.0	-0.3%	1.2	-9.8%	9.03	0.7%	.	0.0%	162.9	9.0%
全區		2,060.7	8.8%	24.3	-2.1%	38.71	27.0%	2.8	0.0%	8,054.8	20.5%

註1：資料來源：截至112年5月2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。0係今年及前一年皆無申報。

註4：醫療給付改善方案及試辦計畫E1係為COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫

Bureau of National Health Insurance

19



醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	項目 分區	申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
112Q1	臺北	252.6	22.7%	277.9	22.5%	1,100.2	-0.1%
	北區	103.1	32.6%	122.2	28.5%	1,184.9	-3.0%
	中區	266.6	16.2%	276.9	17.6%	1,038.6	1.2%
	南區	164.3	19.7%	188.3	15.2%	1,146.6	-3.7%
	高屏	104.8	18.2%	114.8	16.7%	1,095.6	-1.2%
	東區	34.0	6.0%	40.7	6.0%	1,198.2	0.0%
全區		925.4	20.0%	1,020.9	19.0%	1,103.2	-0.8%

註1：資料來源：截至112年5月2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

20



醫院中醫科申報醫療 費用點數【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 分區(百萬)	成長率 (百萬)	點數 分區(百萬)	成長率 (百萬)	點數 分區(百萬)	成長率 (百萬)	點數 分區(百萬)	成長率 (百萬)	值 (百萬)	成長 率
112Q1	臺北	127.3	21.3%	5.5	23.0%	77.1	22.5%	68.0	24.7%	277.9	22.5%
	北區	57.5	26.9%	2.0	33.2%	30.7	35.1%	32.0	25.2%	122.2	28.5%
	中區	97.7	15.5%	5.5	15.9%	81.8	15.4%	91.9	22.1%	276.9	17.6%
	南區	74.3	18.9%	3.3	21.0%	48.5	20.1%	62.2	7.5%	188.3	15.2%
	高屏	45.4	17.8%	2.1	18.8%	32.8	16.6%	34.5	15.3%	114.8	16.7%
	東區	13.9	8.9%	0.8	8.2%	10.8	5.3%	15.2	3.9%	40.7	6.0%
	合計	416.2	19.4%	19.2	20.4%	281.7	19.7%	303.7	17.9%	1,020.9	19.0%

註1：資料來源：截至112年5月2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

21



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(1)

年季	分區	21. 中醫一般 案件		22. 中醫其他專 案		24. 中醫慢性病 中醫慢性		25. 中醫至無 中醫鄉巡迴醫 療服務		28. 中醫慢性 病 連續處方調劑	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (萬)	成長率
112Q1	臺北	35.1	28.6%	30.7	30.7%	144.3	18.9%	1.2	48.8%	30.5	22.6%
	北區	11.2	81.5%	19.0	16.8%	69.0	23.8%	0.1	8.7%	62.7	9.6%
	中區	52.1	12.9%	63.0	24.2%	87.6	13.5%	1.2	117.2%	23.1	117.8%
	南區	22.1	30.3%	34.0	9.7%	76.0	17.9%	4.5	52.9%	0.5	25.0%
	高屏	16.5	20.7%	18.9	16.8%	49.2	16.5%	1.6	15.9%	0.2	107.0%
	東區	4.9	-4.2%	5.3	25.1%	12.3	11.9%	1.1	6.1%	0.2	0.0%
	全區	141.9	23.0%	170.9	20.5%	438.4	17.9%	9.6	42.6%	117.2	25.8%

註1：資料來源：截至112年5月2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。0係指前一年申報為0。

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

22



醫院中醫科申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	分區	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 醫療		醫療給付改善 方案及試辦計 畫E1		合計	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值(萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
112Q1	臺北	61.3	22.8%	2.6	0.9%	2.41	101.3%	.	0.0%	277.9	22.5%
	北區	20.5	33.9%	1.3	50.5%	0.58	252.5%	.	0.0%	122.2	28.5%
	中區	62.8	19.0%	4.1	18.0%	5.82	30.3%	0.7	0.0%	276.9	17.6%
	南區	43.7	7.1%	5.2	0.0%	2.81	34.9%	.	0.0%	188.3	15.2%
	高屏	24.0	14.8%	3.5	5.7%	1.20	52.2%	2.0	0.0%	114.8	16.7%
	東區	14.0	1.1%	0.9	1.0%	2.26	-2.8%	.	0.0%	40.7	6.0%
	全區	226.2	16.9%	17.6	7.9%	15.08	36.7%	2.8	0.0%	1,020.9	19.0%

註1：資料來源：截至112年5月2日多模型健保資料庫平台。

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。0係今年及前一年皆無申報。

註4：醫療給付改善方案及試辦計畫E1係為COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫

Bureau of National Health Insurance

23



112年Q1整體費用分析解構圖



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

24



中醫專案計畫

- 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(112年腦血管疾病新增腦血管後遺症(診斷碼I69)、術後疼痛)
- 中醫癌症患者加強照護整合方案(112年新增胃癌、攝護腺癌、口腔癌)
- 中醫提升孕產照護品質計畫(104年新增)
- 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫(105年新增)
- 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年新增)
- 照護機構中醫醫療照護方案(111年新增)



西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

112Q1

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	13	2,149	24.5	26.2
區域醫院	40	2,730	29.6	32.5
地區醫院	48	1,517	20.5	23.9
總計	101	5,755	74.6	82.7

註：112年全年預算436.8百萬，第1季預算執行率18.9%。

資料來源：截至112年5月2日多模型健保資料平台。



中醫癌症患者加強照護整合方案

112Q1

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	13	2,729	13.1	20.3
區域醫院	37	2,439	15.0	24.3
地區醫院	25	806	4.1	5.8
基層院所	59	701	3.0	4.2
總計	134	6,626	35.1	54.6

註：112年全年預算245百萬，第1季預算執行率22.3%。

資料來源：截至112年5月2日多模型健保資料平台。

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

27



中醫提升孕產照護品質計畫

112Q1

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	6	379	1.6	1.8
區域醫院	11	768	4.5	5.2
地區醫院	10	63	0.3	0.3
基層院所	86	1,663	7.6	8.3
總計	113	2,850	14.0	15.6

註：112年全年預算81百萬，第1季預算執行率19.3%。

資料來源：截至112年5月2日多模型健保資料平台。

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

28



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

112Q1

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	3	153	441	53.6
區域醫院	3	14	48	5.8
地區醫院	0	0	0	0.0
基層院所	80	1,169	3,291	341.7
總計	86	1,336	3,780	401.0

註：112年全年預算21.6百萬，第1季預算執行率18.6%。

資料來源：截至112年5月2日多模型健保資料平台。

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

29



中醫急症處置計畫

112Q1

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	213	244	43.0
區域醫院	2	567	578	106.7
地區醫院	0	0	0	0
總計	6	780	822	149.8

註：112年全年預算5百萬，第1季預算執行率30.0%。

資料來源：截至112年5月2日多模型健保資料平台。

醫學中心：台北馬偕醫院、中國醫藥大學附設醫院、高雄長庚紀念醫院、花蓮慈濟醫院
區域醫院：基隆長庚紀念醫院、部立豐原醫院

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

30



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

112Q1

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	9	956	2,877	5.3
區域醫院	15	649	2,199	3.9
地區醫院	17	379	1,170	2.1
基層院所	72	1,190	4,937	7.1
總計	113	3,172	11,183	18.5

註：112年全年預算105.3百萬，第1季預算執行率17.5%。

資料來源：截至112年5月2日多模型健保資料平台。

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

31



照護機構中醫醫療照護方案

112Q1

	院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
論量	醫學中心	6	127	583	42.9
	區域醫院	18	325	2,005	149.5
	地區醫院	9	205	1,072	85.0
	基層院所	26	577	3,338	296.3
	小計	59	1,234	6,998	573.7
論次					62.6
	合計				636.3

註：112年全年預算28百萬，第1季預算執行率22.7%。

資料來源：截至112年5月2日多模型健保資料平台。

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

32



單位:百萬點

112Q1分區申報專案費用點數

分區 別	住院 輔助	癌症 整合	孕產	鼻炎	急症	腎臟 病	中醫 照護	合計	占率
台北	15.6	10.5	2.0	0.7	0.040	2.4	0.7	31.9	17.5%
北區	5.8	7.5	1.4	1.1	.	3.7	0.6	20.1	11.0%
中區	37.1	15.7	5.5	1.5	1.1	5.8	1.6	68.3	37.4%
南區	12.1	11.9	5.0	0.3	.	3.2	1.0	33.5	18.3%
高屏	9.5	7.6	1.3	0.4	0.001	2.7	1.1	22.7	12.4%
東區	2.7	1.3	0.4	0.0	0.3	0.7	0.8	6.2	3.4%
全署	82.7	54.6	15.6	4.0	1.5	18.5	5.7	182.6	100.0%

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

33



小結

- 中醫門診總額各項專案計畫在112年Q1之預算執行率除了中醫急症處置計畫(30.0%)外，其餘專案不如預期，請中全會鼓勵會員積極參與，提升執行率。
- 中醫門診總額各項專案計畫未來執行費用若超出預算，將以浮動點值結算。

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

34



敬請指教

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年第 4 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、查111年度總額協定事項「照護機構中醫醫療照護方案」，依111年度預算執行結果，扣減當年度未執行及重複部分費用。經統計(下表)「照護機構中醫醫療照護方案」應扣減金額1,676,721元，爰於111年第3季扣減838,360元，111年第4季扣減838,361元(頁次:報3-4頁)。

項目	協定文字	說明
照護機構中醫醫療照護方案(專款)	依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。	經統計應扣減金額1,676,721 元，分兩季扣除重複之預算，於 111 年第 3 季扣減 838,360 元，111 年第 4 季扣減 838,361 元。

- 三、有關111年第4季結算結果說明如下(頁次:報3-3)：

(一)111年第4季各分區結算點值如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
110年 第4季	浮動點值	1.03586572	1.04516650	0.99859246	1.03327601	0.99666571	1.23748201	1.02448848
	平均點值	1.02271829	1.02728264	0.99909667	1.02013319	0.99794619	1.15621946	1.01531658
111年 第4季	浮動點值	0.78300552	0.72672847	0.77445001	0.78317235	0.74914057	1.12384737	0.77464217
	平均點值	0.86727374	0.83984032	0.85945430	0.87178570	0.84973350	1.07922271	0.86325539

(二)中醫專案計畫：

專款項目	111Q4			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	78,071	37,023	41,048	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	63,175	81,916	-18,741	0.7595
3. 提升孕產照護品質計畫	33,625	16,705	16,920	1.0000
4. 癌症患者加強照護整合方案	102,212	54,596	47,616	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	9,236	3,923	5,313	1.0000
6. 中醫急症處置計畫	3,867	395	3,472	1.0000
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	12,500	19,945	-7,445	0.6267
8. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(註2)	19,464	5,007	14,458	1.0000
8. 網路頻寬補助費用(註1、4)	98,000	83,029	14,971	
9. 品質保證保留款(另行結算)	49,306			

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. 照護機構中醫醫療照護方案自111年1月公告實施。

註3. 當季暫結金額=1點/元*當季支用點數。

註4. 網路頻寬補助費用累計至本季執行率為84.72%。預算如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1103360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

註5. 醫療資源不足地區改善方案-獎勵開業服務計畫111Q4為7家。

(三)另111年中醫門診保留款分配作業已完成，計算明細詳附件
(頁次:報3-29頁)。

四、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：RGBI3108R02

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：112/04/28

111年第 4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁 次： 1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)111年第4季調整後中醫一般服務醫療給付費用總額

=111年全年中醫一般服務醫療給付費用總額預算－111年第1~3季調整後中醫一般部門服務醫療給付費用總額
= 28,688,104,604－ 6,658,327,196－ 7,214,749,911－ 7,414,769,401
= 7,400,258,096 (D1)

註：

1. 依據110年11月18日「中醫門診總額研商議事會議」110年第3次會議決定，以105-109年(近五年)之各季核定點數平均占率做為111年各季預算重分配之依據。111年各季預算占率分別為：第1季：23.209366%，第2季：25.148925%，第3季：25.846146%，第4季：25.795563%。

2. 111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_G111合計)為28,688,104,604元，各季調整後預算如下：

111年第1季預算6,997,212,495元，調整後預算為6,658,327,196元＝ 28,688,104,604× 23.209366%(h_q1)。

111年第2季預算7,155,102,960元，調整後預算為7,214,749,911元＝ 28,688,104,604× 25.148925%(h_q2)。

111年第3季預算7,054,607,724元，調整後預算為7,414,769,401元＝ 28,688,104,604× 25.846146%(h_q3)。

111年第4季預算7,481,181,425元，調整後預算為7,400,258,096元

= 111年全年預算－ 111年第1季預算－ 111年第2季預算－ 111年第3季預算

= 28,688,104,604元－ 6,658,327,196元－ 7,214,749,911元－ 7,414,769,401元

= 7,400,258,096元。

(二)111年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G111合計)

項目	109年各季 一般服務醫療 給付費用總額	108年各季校正 投保人口預估 成長率差額	109年 違反特管辦法 之扣款(註1)	110年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	109年各季校正 投保人口預估 成長率差值	110年 違反特管辦法 之扣款(註2)	111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)	111年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算
	(Q109)	(PEOP108)	(B2)	(Q110) =(Q109+PEOP108 +B2)×(1+4.260%)	(PEOP109)	(B3)	(Q111) =(Q110+PEOP109 +B3)×(1+4.176%)	(C106)	(OPD_G111) =(Q111-C106)
第1季	6,447,238,604	-7,665,531	7,265,101	6,721,473,480	-5,418,561	5,994,059	7,002,761,743	5,549,248	6,997,212,495
第2季	6,600,256,222	-10,064,237	7,265,101	6,878,508,758	-10,761,702	5,994,059	7,160,788,544	5,685,584	7,155,102,960
第3季	6,511,133,243	-11,733,645	7,265,101	6,783,848,615	-12,641,350	5,994,059	7,060,217,251	5,609,527	7,054,607,724
第4季	6,916,461,387	-10,104,140	7,265,102	7,208,142,661	-27,123,730	5,994,059	7,487,142,652	5,961,227	7,481,181,425
合 計	26,475,089,456	-39,567,553	29,060,405	27,591,973,514	-55,945,343	23,976,236	28,710,910,190	22,805,586	28,688,104,604

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

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：112/04/28

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：2

(三)111年支應扣減金額後調整後各季一般服務醫療給付費用總額(D2合計)

項目	111年調整後各季 地區一般服務醫療 給付費用總額	扣減與照護機構 中醫醫療照護方案 重複之預算(註4)	111年支應扣減金額後 調整後各季地區一般 服務醫療給付費用總額	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額
	(D1)	(B4)	(D2) =(D1)-(B4)	(B5)
第1季	6,658,327,196	0	6,658,327,196	39,610,219
第2季	7,214,749,911	0	7,214,749,911	53,675,357
第3季	7,414,769,401	838,360	7,413,931,041	59,086,987
第4季	7,400,258,096	838,361	7,399,419,735	60,152,981
合 計	28,688,104,604	1,676,721	28,686,427,883	212,525,544

註：

1. 110年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q110)
= (109年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q109)+108年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP108) + 109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+4.260%)。
※110年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 29,060,405元，按季均分。
2. 111年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q111)
= (110年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q110)+109年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP109) + 110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+4.176%)。
※一般服務成長率為4.176%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.085%，協商因素成長率3.091%。
※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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110年度中醫一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會110年第2次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度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。
※111年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 23,976,236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. 扣減與照護機構中醫醫療照護方案重複之預算(B4)：依據111年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，照護機構中醫醫療照護方案，依111年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。援例於未結算之季別扣減預算1,676,721元，111年第3季扣減838,360元，111年第4季扣減838,361元。
5. 依據「111年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式計畫」，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再進行預算分配。

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 = 172,000,000

第1季:預算=172,000,000/4= 43,000,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 6

(1) 獎勵開業已支用點數： 3,426,245(J1) (浮動點數： 1,840,573；非浮動點數： 1,585,672)

(2) 獎勵開業保障給付收入： 4,711,940(J2)

(3) 獎勵開業論次費用： 0(J3)

(4) 小計已支用點數(J1+J3)： 3,426,245(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 4,711,940(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： 2,131,980(J6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數： 20,610,400(J7)

(3) 小計已支用點數： 22,742,380(J8) 暫結金額= 1元/點× 22,742,380(J8)= 22,742,380(J9)

3. 合計:

已支用點數： 26,168,625(J4+J8)

暫結金額： 27,454,320(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 43,000,000 - 27,454,320= 15,545,680

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 15,545,680= 58,545,680

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 7

(1) 獎勵開業已支用點數： 4,777,914(K1) (浮動點數： 3,778,363；非浮動點數： 999,551)

(2) 獎勵開業保障給付收入： 6,128,618(K2)

(3) 獎勵開業論次費用： 0(K3)

(4) 小計已支用點數(K1+K3)： 4,777,914(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 6,128,618(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： 2,486,995(K6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數： 22,058,400(K7)

(3) 小計已支用點數： 24,545,395(K8) 暫結金額= 1元/點× 24,545,395(K8)= 24,545,395(K9)

3. 合計:

已支用點數： 29,323,309(K4+K8)

暫結金額： 30,674,013(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 58,545,680 - 30,674,013= 27,871,667

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

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：112/04/28

111年第 4季

結算主要費用年月起迄:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

頁 次： 4

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 27,871,667= 70,871,667

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 7

(1)獎勵開業已支用點數	:	7,644,640(L1)	(浮動點數 : 5,162,546 ; 非浮動點數: 2,482,094)
(2)獎勵開業保障給付收入	:	9,151,861(L2)	
(3)獎勵開業論次費用	:	6,000(L3)	
(4)小計已支用點數(L1+L3)	:	7,650,640(L4)	暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(L3)= 9,157,861(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	:	2,688,197(L6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	:	23,954,220(L7)	
(3)小計已支用點數	:	26,642,417(L8)	暫結金額= 1元/點× 26,642,417(L8)= 26,642,417(L9)

3. 合計:

已支用點數: 34,293,057(L4+L8)
 暫結金額 : 35,800,278(L10=L5+L9)
 未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 70,871,667 - 35,800,278= 35,071,389

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 35,071,389= 78,071,389

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 7

(1)獎勵開業已支用點數	:	8,536,538(M1)	(浮動點數 : 5,677,497 ; 非浮動點數: 2,859,041)
(2)獎勵開業保障給付收入	:	10,083,077(M2)	
(3)獎勵開業論次費用	:	26,000(M3)	
(4)小計已支用點數(M1+M3)	:	8,562,538(M4)	暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(M3)= 10,109,077(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	:	2,724,546(M6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	:	24,189,680(M7)	
(3)小計已支用點數	:	26,914,226(M8)	暫結金額= 1元/點× 26,914,226(M8)= 26,914,226(M9)

3. 合計:

已支用點數: 35,476,764(M4+M8)
 暫結金額 : 37,023,303(M10=M5+M9)
 未支用金額= 第4季預算 - 第4季暫結金額= 78,071,389 - 37,023,303= 41,048,086

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

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：112/04/28

111年第 4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：5

全年合計:全年預算=172,000,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數：9

(1)獎勵開業已支用點數	: 24,385,337(N1)	(浮動點數 : 16,458,979 ; 非浮動點數: 7,926,358)
(2)獎勵開業保障給付收入	: 30,075,496(N2)	
(3)獎勵開業論次費用	: 32,000(N3)	
(4)小計已支用點數(N1+N3)	: 24,417,337(N4)	結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 30,107,496(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	: 10,031,718(N6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	: 90,812,700(N7)	
(3)小計已支用點數	: 100,844,418(N8)	結算金額=100,844,418(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：125,261,755(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)

= 27,454,320+ 30,674,013+ 35,800,278+ 37,023,303=130,951,914

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=172,000,000-130,951,914= 41,048,086

註：依據「111年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

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：112/04/28

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：6

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=252,700,000

第1季:預算= 252,700,000/4= 63,175,000

	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：	46,303,653(V01)	44,249,978(VF01)	2,053,675(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	7,721,274(V02)	7,366,564(VF02)	354,710(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,140,155(V03)	2,970,649(VF03)	169,506(VN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	7,461,969(V04)	6,809,263(VF04)	652,706(VN04)
(5)小計：	64,627,051(V05)	61,396,454(VF05)	3,230,597(VN05)

已支用點數= 64,627,051

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 64,627,051

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 63,175,000 - 64,627,051 = -1,452,051

浮動點值= (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (63,175,000 - 3,230,597) / 61,396,454 = 0.97634960

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 252,700,000/4 + 0 = 63,175,000

	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：	42,274,816(W01)	40,325,868(WF01)	1,948,948(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	6,719,286(W02)	6,384,453(WF02)	334,833(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,870,720(W03)	2,736,476(WF03)	134,244(WN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,145,501(W04)	7,309,408(WF04)	836,093(WN04)
(5)小計：	60,010,323(W05)	56,756,205(WF05)	3,254,118(WN05)

已支用點數= 60,010,323

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 60,010,323

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 63,175,000 - 60,010,323 = 3,164,677

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 252,700,000/4+ 3,164,677= 66,339,677

	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：	45,158,047(X01)	43,281,778(XF01)	1,876,269(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,830,943(X02)	8,466,497(XF02)	364,446(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,158,223(X03)	2,997,794(XF03)	160,429(XN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,022,788(X04)	9,104,253(XF04)	918,535(XN04)
(5)小計：	67,170,001(X05)	63,850,322(XF05)	3,319,679(XN05)

已支用點數= 67,170,001

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 67,170,001

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 66,339,677 - 67,170,001 = -830,324

浮動點值= (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (66,339,677 - 3,319,679) / 63,850,322 = 0.98699577

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 252,700,000/4+ 0= 63,175,000

	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：	54,556,837(Y01)	52,355,010(YF01)	2,201,827(YN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,521,736(Y02)	10,017,519(YF02)	504,217(YN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,202,144(Y03)	3,992,660(YF03)	209,484(YN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	12,634,991(Y04)	11,548,580(YF04)	1,086,411(YN04)
(5)小計：	81,915,708(Y05)	77,913,769(YF05)	4,001,939(YN05)

已支用點數= 81,915,708

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 81,915,708

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 63,175,000 - 81,915,708 = -18,740,708

浮動點值= (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (63,175,000 - 4,001,939) / 77,913,769 = 0.75946860

全年合計:全年預算= 252,700,000

	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：	188,293,353(Z01)	180,212,634(ZF01)	8,080,719(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	33,793,239(Z02)	32,235,033(ZF02)	1,558,206(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	13,371,242(Z03)	12,697,579(ZF03)	673,663(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	38,265,249(Z04)	34,771,504(ZF04)	3,493,745(ZN04)
(5)小計：	273,723,083(Z05)	259,916,750(ZF05)	13,806,333(ZN05)

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)

= 63,175,000 + 60,010,323 + 66,339,677 + 63,175,000 = 252,700,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 252,700,000 - 252,700,000 = 0

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 = 81,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 81,000,000 / 4 = 20,250,000$$

$$\text{已支用點數} = 16,188,446$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 16,188,446$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 20,250,000 - 16,188,446 = 4,061,554$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 81,000,000 / 4 + 4,061,554 = 24,311,554$$

$$\text{已支用點數} = 15,218,832$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 15,218,832$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 24,311,554 - 15,218,832 = 9,092,722$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 81,000,000 / 4 + 9,092,722 = 29,342,722$$

$$\text{已支用點數} = 15,968,070$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 15,968,070$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 29,342,722 - 15,968,070 = 13,374,652$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 81,000,000 / 4 + 13,374,652 = 33,624,652$$

$$\text{已支用點數} = 16,704,717$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 16,704,717$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 33,624,652 - 16,704,717 = 16,919,935$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 81,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 64,080,065$$

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

$$= 16,188,446 + 15,218,832 + 15,968,070 + 16,704,717 = 64,080,065$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 81,000,000 - 64,080,065 = 16,919,935$$

註：依據「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

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：112/04/28

111年第 4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁 次： 9

=====

(四)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=245,000,000

第1季:

預算= 245,000,000/4= 61,250,000

	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：	18,069,805	15,112,104	2,957,701
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	16,683,158	16,683,158	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,355,485	1,355,485	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	4,270,092	4,270,092	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	3,852,864	3,852,864	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,757,265	2,501,397	255,868
(7)小計：	46,988,669	43,775,100	3,213,569

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 46,988,669

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 61,250,000 - 46,988,669= 14,261,331

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 14,261,331= 75,511,331

	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：	16,565,853	13,749,223	2,816,630
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	17,124,977	17,124,977	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,309,268	1,309,268	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	4,092,326	4,092,326	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	3,679,647	3,679,647	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,285,695	2,122,568	163,127
(7)小計：	45,057,766	42,078,009	2,979,757

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 45,057,766

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 75,511,331 - 45,057,766= 30,453,565

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 30,453,565= 91,703,565

	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:	17,857,636	14,853,189	3,004,447
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	19,489,279	19,489,279	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	1,477,926	1,477,926	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	4,799,010	4,799,010	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	4,250,499	4,250,499	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	2,867,404	2,618,917	248,487
(7)小計:	50,741,754	47,488,820	3,252,934

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 50,741,754

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 91,703,565 - 50,741,754= 40,961,811

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 40,961,811= 102,211,811

	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:	19,963,634	16,740,348	3,223,286
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	20,355,834	20,355,834	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	1,421,634	1,421,634	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	5,024,242	5,024,242	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	4,629,201	4,629,201	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	3,200,993	2,926,066	274,927
(7)小計:	54,595,538	51,097,325	3,498,213

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 54,595,538

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 102,211,811 - 54,595,538= 47,616,273

全年合計: 全年預算= 245,000,000

	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:	72,456,928	60,454,864	12,002,064
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	73,653,248	73,653,248	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	5,564,313	5,564,313	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	18,185,670	18,185,670	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	16,412,211	16,412,211	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	11,111,357	10,168,948	942,409
(7)小計:	197,383,727	184,439,254	12,944,473

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)

= 46,988,669+ 45,057,766+ 50,741,754+ 54,595,538= 197,383,727

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 245,000,000 - 197,383,727= 47,616,273

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

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：112/04/28

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：11

=====

(五)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算= 21,600,000

第1季:

預算= 21,600,000/4= 5,400,000
 已支用點數 = 3,791,126 (浮動點數: 2,493,622 非浮動點數: 1,297,504)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,791,126
 未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 5,400,000 - 3,791,126 = 1,608,874

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 21,600,000/4 + 1,608,874 = 7,008,874
 已支用點數 = 3,708,475 (浮動點數: 2,465,884 非浮動點數: 1,242,591)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,708,475
 未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數 = 7,008,874 - 3,708,475 = 3,300,399

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 21,600,000/4 + 3,300,399 = 8,700,399
 已支用點數 = 4,864,319 (浮動點數: 3,244,599 非浮動點數: 1,619,720)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 4,864,319
 未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數 = 8,700,399 - 4,864,319 = 3,836,080

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 21,600,000/4 + 3,836,080 = 9,236,080
 已支用點數 = 3,923,025 (浮動點數: 2,598,360 非浮動點數: 1,324,665)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,923,025
 未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數 = 9,236,080 - 3,923,025 = 5,313,055

全年合計:

全年預算 = 21,600,000
 已支用點數= 16,286,945
 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)
 = 3,791,126+ 3,708,475+ 4,864,319+ 3,923,025= 16,286,945
 未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 21,600,000 - 16,286,945= 5,313,055

註：依據「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

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：112/04/28

111年第 4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁 次： 12

(六)中醫急症處置計畫 全年預算＝ 5,000,000

第1季:

預算＝ 5,000,000/4＝ 1,250,000

已支用點數 ＝ 519,065 (浮動點數： 518,991 非浮動點數： 74)

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 519,065

未支用金額 ＝ 第1季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數 ＝ 1,250,000 － 519,065 ＝ 730,935

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 5,000,000/4 ＋ 730,935 ＝ 1,980,935

已支用點數 ＝ 242,917 (浮動點數： 242,917 非浮動點數： 0)

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 242,917

未支用金額 ＝ 第2季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數 ＝ 1,980,935 － 242,917 ＝ 1,738,018

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 5,000,000/4 ＋ 1,738,018 ＝ 2,988,018

已支用點數 ＝ 371,464 (浮動點數： 371,464 非浮動點數： 0)

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 371,464

未支用金額 ＝ 第3季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數 ＝ 2,988,018 － 371,464 ＝ 2,616,554

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 5,000,000/4 ＋ 2,616,554 ＝ 3,866,554

已支用點數 ＝ 394,982 (浮動點數： 394,982 非浮動點數： 0)

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 394,982

未支用金額 ＝ 第4季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數 ＝ 3,866,554 － 394,982 ＝ 3,471,572

全年合計:

全年預算 ＝ 5,000,000

已支用點數＝ 1,528,428

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)

＝ 519,065＋ 242,917＋ 371,464＋ 394,982＝ 1,528,428

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 5,000,000 － 1,528,428＝ 3,471,572

註：依據「全民健康保險中醫急症處置計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。

當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

=====

(七)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 全年預算= 50,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 50,000,000 / 4 = 12,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 16,507,191 \quad (\text{浮動點數}: 16,507,191 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 16,507,191$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 12,500,000 - 16,507,191 = -4,007,191$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (12,500,000 - 0) / 16,507,191 = 0.75724574$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 0 = 12,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 16,676,763 \quad (\text{浮動點數}: 16,676,763 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 16,676,763$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 12,500,000 - 16,676,763 = -4,176,763$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (12,500,000 - 0) / 16,676,763 = 0.74954594$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 0 = 12,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 18,685,457 \quad (\text{浮動點數}: 18,685,457 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 18,685,457$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 12,500,000 - 18,685,457 = -6,185,457$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (12,500,000 - 0) / 18,685,457 = 0.66896946$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000 / 4 + 0 = 12,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 19,945,499 \quad (\text{浮動點數}: 19,945,499 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 19,945,499$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 12,500,000 - 19,945,499 = -7,445,499$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第4季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (12,500,000 - 0) / 19,945,499 = 0.62670781$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 71,814,910 \quad (\text{浮動點數}: 71,814,910 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

$$= 12,500,000 + 12,500,000 + 12,500,000 + 12,500,000 = 50,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 50,000,000 - 50,000,000 = 0$$

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。

(八)中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 全年預算＝ 28,000,000

第1季：

預算＝ 28,000,000/4＝ 7,000,000

(1)論次支付費用： 96,195

(2)論量支付已支用點數： 749,417 (浮動點數： 574,169 非浮動點數： 175,248)

(9)小計已支用點數： 845,612

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 845,612

未支用金額＝ 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 7,000,000－ 845,612＝ 6,154,388

第2季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 28,000,000/4＋ 6,154,388＝ 13,154,388

(1)論次支付費用： 359,531

(2)論量支付已支用點數： 2,972,801 (浮動點數： 2,253,373 非浮動點數： 719,428)

(9)小計已支用點數： 3,332,332

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 3,332,332

未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 13,154,388－ 3,332,332＝ 9,822,056

第3季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 28,000,000/4＋ 9,822,056＝ 16,822,056

(1)論次支付費用： 473,000

(2)論量支付已支用點數： 3,884,845 (浮動點數： 3,018,317 非浮動點數： 866,528)

(9)小計已支用點數： 4,357,845

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 4,357,845

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 16,822,056－ 4,357,845＝ 12,464,211

第4季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 28,000,000/4＋ 12,464,211＝ 19,464,211

(1)論次支付費用： 531,000

(2)論量支付已支用點數： 4,475,612 (浮動點數： 3,369,436 非浮動點數： 1,106,176)

(9)小計已支用點數： 5,006,612

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 5,006,612

未支用金額＝ 第4季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 19,464,211－ 5,006,612＝ 14,457,599

全年合計：

全年預算 = 28,000,000

(1)論次支付費用：1,459,726

(2)論量支付已支用點數：12,082,675 (浮動點數：9,215,295 非浮動點數：2,867,380)

(9)小計已支用點數：13,542,401

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)

= 845,612 + 3,332,332 + 4,357,845 + 5,006,612 = 13,542,401

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 28,000,000 - 13,542,401 = 14,457,599

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，「論次費用」每點支付金額以1元支付，各季預算扣除論次費用後，其餘項目採浮動點值支付，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。

(九)網路頻寬補助費用 全年預算 = 98,000,000

第1季已支用點數：20,538,362

第2季已支用點數：20,705,624

第3季已支用點數：20,765,939

第4季已支用點數：21,019,237

全年已支用點數：83,029,162

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 83,029,162

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 98,000,000 - 83,029,162 = 14,970,838

註：預算如有不足，依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(十)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+111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%)+26,500,000

= (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% + 26,500,000

= 5,549,248 + 5,685,584 + 5,609,527 + 5,961,227 + 26,500,000

= 49,305,586

※依據衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111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111年度之品質保證保留款(26.5百萬元)合併運用(計49.3百萬元)。

三、一般服務費用總額(註1)

(一)扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算

支應扣減金額後調整後地區一般服務醫療給付費用總額 7,399,419,735 (D2)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 60,152,981 (B5)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算 7,339,266,754 (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	4,572,440	1,979,738	6,552,178	6,552,178
北區	7,201,754	3,603,768	10,805,522	10,805,522
中區	5,485,071	2,248,586	7,733,657	7,733,657
南區	6,365,427	2,886,248	9,251,675	9,251,675
高屏	9,118,186	4,086,574	13,204,760	13,204,760
東區	8,950,870	3,654,319	12,605,189	12,605,189
合計	41,693,748	18,459,233	60,152,981	60,152,981(B5)

※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% = 7,339,266,754 × 2.22% = 162,931,722 (加總後四捨五入至整數位)

(三)分配至其他5分區一般預算服務總額(D2_5) = (E) × 97.78% = 7,176,335,032 (加總後四捨五入至整數位) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 66% = 7,176,335,032 × 66% = 4,736,381,121 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 14% = 7,176,335,032 × 14% = 1,004,686,904 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 10% = 7,176,335,032 × 10% = 717,633,503 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 4% = 7,176,335,032 × 4% = 287,053,401 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 7,176,335,032 × 5% = 358,816,752 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 7,176,335,032 - 4,736,381,121 - 1,004,686,904 - 717,633,503 - 287,053,401 - 358,816,752 = 71,763,351

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

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：112/04/28

111年第 4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁 次： 17

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	95Q4+96Q4+97Q4		110年11月		110年10~12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	4,025,382,379	28.9992%	7,513,443	32.8678%	830,866.186781		29.5943%	30.1781%
北區	1,672,890,030	12.0516%	3,838,816	16.7930%	375,464.641768		13.3735%	13.6373%
中區	3,784,142,258	27.2613%	4,555,963	19.9302%	715,208.027389		25.4747%	25.9772%
南區	2,079,771,210	14.9828%	3,292,908	14.4050%	390,722.320175		13.9170%	14.1915%
高屏	2,318,827,170	16.7051%	3,658,426	16.0040%	440,951.366620		15.7061%	16.0159%
東區					54,309.457125			
小計	13,881,013,047	100.0000%	22,859,556	100.0000%	2,807,521.999858	2,807,522	98.0656%	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

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：112/04/28

111年第 4季

結算主要費用年月起迄:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

頁 次： 18

=====

指標4(註7)(S4)								
去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差								
指標								
計算期間	110年10~12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	-0.061698	-0.031321	-0.030377	1	0.00	4,025,382,379	4,025,382,379	29.2181%
北區	-0.048169	0.009462	-0.057631	3	0.00	1,672,890,030	1,672,890,030	12.1426%
中區	-0.044930	0.013188	-0.058118	4	0.00	3,784,142,258	3,784,142,258	27.4671%
南區	-0.044740	0.021241	-0.065981	5	-0.05	2,079,771,210	1,975,782,650	14.3411%
高屏	-0.041598	0.012365	-0.053963	2	0.00	2,318,827,170	2,318,827,170	16.8311%
小計						13,881,013,047	13,777,024,487	100.0000%

指標5(註8)(S5)				
當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率				
指標				
計算期間	111年8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	0.005804	4,025,382,379	4,048,745,698	29.1092%
北區	0.013007	1,672,890,030	1,694,649,311	12.1840%
中區	-0.012624	3,784,142,258	3,736,371,246	26.8633%
南區	0.008571	2,079,771,210	2,097,596,929	15.0811%
高屏	0.005448	2,318,827,170	2,331,460,140	16.7624%
小計		13,881,013,047	13,908,823,324	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

111年第 4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/04/28

頁 次： 19

(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	28.9992%	32.8678%	30.1781%	29.2181%	29.1092%
北區	12.0516%	16.7930%	13.6373%	12.1426%	12.1840%
中區	27.2613%	19.9302%	25.9772%	27.4671%	26.8633%
南區	14.9828%	14.4050%	14.1915%	14.3411%	15.0811%
高屏	16.7051%	16.0040%	16.0159%	16.8311%	16.7624%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第4季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 71,763,351 - 20,566,318 \\
 &= 51,197,033
 \end{aligned}$$

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	0.83313433	23,606,949	3,939,187
北區	0.78612534	12,866,282	2,751,772
中區	0.81151669	24,650,040	4,646,121
南區	0.81221845	26,142,191	4,909,012
高屏	0.81534729	23,396,484	4,320,226
小計		110,661,946	20,566,318(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

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：112/04/28

111年第 4季

結算主要費用年月起迄:111/10-111/12

核付截止日期:112/03/31

頁 次： 20

=====

(七)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=第4季預算Ga+ 第4季預算Gb+ 第4季預算Gc+ 第4季預算Gd+ 第4季預算Ge+ 第4季預算Gf。

分區	預算(Ga) =GA×指標1占率	預算(Gb) =GB×指標2占率	預算(Gc) =GC×指標3占率	預算(Gd) =GD×指標4占率	預算(Ge) =GE×指標5占率	第4季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,373,512,634	330,218,482	216,568,156	83,871,550	104,448,686	14,846,730	2,123,466,238
北區	570,809,707	168,717,072	97,865,834	34,855,746	43,718,233	6,170,062	922,136,654
中區	1,291,199,067	200,236,109	186,421,090	78,845,245	96,390,021	13,956,977	1,867,048,509
南區	709,642,511	144,725,149	101,842,959	41,166,615	54,113,513	7,670,749	1,059,161,496
高屏	791,217,202	160,790,092	114,935,464	48,314,245	60,146,299	8,552,515	1,183,955,817
小計	4,736,381,121	1,004,686,904	717,633,503	287,053,401	358,816,752	51,197,033	7,155,768,714

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

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：112/04/28

111年第4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁次：21

(八)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
110年 第1季	1,817,886,169	781,695,963	1,602,393,010	918,701,338	1,021,348,652	6,142,025,132
第2季	2,049,550,403	875,503,168	1,760,524,242	981,514,799	1,107,581,534	6,774,674,146
第3季	2,105,004,291	898,578,221	1,784,028,845	979,020,047	1,114,725,581	6,881,356,985
第4季	2,066,217,147	893,846,867	1,815,811,604	1,029,582,229	1,148,317,506	6,953,775,353
合 計(BD_110)	8,038,658,010	3,449,624,219	6,962,757,701	3,908,818,413	4,391,973,273	26,751,831,616
111年 第1季	1,920,284,592	823,689,182	1,683,049,580	966,947,133	1,077,685,900	6,471,656,387
第2季	2,109,759,296	905,117,325	1,818,659,787	1,018,649,495	1,149,912,796	7,002,098,699
第3季	2,182,994,334	940,361,954	1,866,728,942	1,029,893,262	1,169,921,169	7,189,899,661
第4季	2,123,466,238	922,136,654	1,867,048,509	1,059,161,496	1,183,955,817	7,155,768,714
合 計(BD_111)	8,336,504,460	3,591,305,115	7,235,486,818	4,074,651,386	4,581,475,682	27,819,423,461
預算成長率	3.71%	4.11%	3.92%	4.24%	4.31%	3.99%

※預算成長率＝〔111年全年分區預算(BD_111)/110年全年分區預算(BD_110)－1〕×100%。

※各分區預算全年成長率皆未小於0，各分區預算不須撥補。

註：

- 依據「111年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」辦理。
- 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
- 為避免東區分區及其他5分區一般服務預算總額加總後與支應扣減金額後調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D2)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預預算服務總額(D2_5)＝支應扣減金額後調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D2)－東區分區一般服務預算總額(D6)。
- 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
(1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
(2)條件說明：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(ΣAi2)。
(2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。

6. 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

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

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

(3)計算步驟：<1>計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，<2>計算每位病患於各區就醫次數(a)，<3>計算每位病患於各區就醫次數比率($a\%$)=每位病患於各區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(a)，<4>各區每位病患之就醫次數比率(T)=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)，<5>計算各區每人就醫次數之權值($K1$)=各區每位病患之就醫次數比率(T)/全國就醫人數(p)，<6>扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值($K2$)=各區每人就醫次數之權值($K1$)/加總五區每人就醫次數之權值($\Sigma K1$)。7. 指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

(1)保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。

(2)人數利用率成長率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(110年該季/109年同期)-1。(3)醫療費用點數成長率(r)：(110年該季申報醫療費用點數/109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(案件分類B6)案件、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。

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

8. 指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

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

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

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

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

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率>=全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)=-5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。※該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值：

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率>=全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)=+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。※該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

c. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和(Σdr_peop)

= 各分區 Σ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)。

※成長率之計算係與前季季中比較。

9. 指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

(1) 每季結算時，「偏鄉」之中醫醫療院所，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，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，補助之院所須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)110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。

10. 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 $Ty = \Sigma$ 該區各季 $Ts + \Sigma$ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

b. 成長率 $= (111\text{年該區}yT / 110\text{年該區}yT) - 1$ 。

c. 各分區撥補比例 $= (\text{分母各區}Ty) / \Sigma (\text{成長率大於0之分區}Ty)$ 。

(2) 撥補程序

a. 於111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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

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：112/04/28

111年第 4季

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

頁 次： 24

四、一般服務各分區浮動點值之計算

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

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1,497,605,253(BF)	950,764,551(BG)	68,505(BJ)
2-北區分區	643,513,082(BF)	454,449,210(BG)	28,167(BJ)
3-中區分區	1,353,653,682(BF)	818,679,250(BG)	32,148(BJ)
4-南區分區	718,413,113(BF)	496,495,430(BG)	24,781(BJ)
5-高屏分區	834,611,730(BF)	558,704,307(BG)	10,005(BJ)
6-東區分區	96,573,387(BF)	54,383,411(BG)	14,564(BJ)
7-合計	5,144,370,247(GF)	3,333,476,159(GG)	178,170(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

111年第 4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/10—111/12

核付截止日期:112/03/31

列印日期：112/04/28

頁 次： 25

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(BD1)

— 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, 123, 466, 238	—	950, 764, 551	—	68, 505]	／ 1, 497, 605, 253 = 0. 78300552
北區分區	= [922, 136, 654	—	454, 449, 210	—	28, 167]	／ 643, 513, 082 = 0. 72672847
中區分區	= [1, 867, 048, 509	—	818, 679, 250	—	32, 148]	／ 1, 353, 653, 682 = 0. 77445001
南區分區	= [1, 059, 161, 496	—	496, 495, 430	—	24, 781]	／ 718, 413, 113 = 0. 78317235
高屏分區	= [1, 183, 955, 817	—	558, 704, 307	—	10, 005]	／ 834, 611, 730 = 0. 74914057
東區分區	= [162, 931, 722	—	54, 383, 411	—	14, 564]	／ 96, 573, 387 = 1. 12384737

3. 全區浮動每點支付金額 = [加總調整後分區一般服務預算總額(BD1)

— 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, 318, 700, 436 — 3, 333, 476, 159 — 178, 170] / 5, 144, 370, 247 = 0. 77464217

4. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD1)} \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(BF)} \\ + \text{該分區核定非浮動點數(BG)} \\ + \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}]]$$

臺北分區	= [2,123,466,238]	÷ [1,497,605,253 + 950,764,551 + 68,505]	= 0.86727374
北區分區	= [922,136,654]	÷ [643,513,082 + 454,449,210 + 28,167]	= 0.83984032
中區分區	= [1,867,048,509]	÷ [1,353,653,682 + 818,679,250 + 32,148]	= 0.85945430
南區分區	= [1,059,161,496]	÷ [718,413,113 + 496,495,430 + 24,781]	= 0.87178570
高屏分區	= [1,183,955,817]	÷ [834,611,730 + 558,704,307 + 10,005]	= 0.84973350
東區分區	= [162,931,722]	÷ [96,573,387 + 54,383,411 + 14,564]	= 1.07922271

5. 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)

$$= [7,318,700,436] \div [5,144,370,247 + 3,333,476,159 + 178,170] = 0.86325539$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD1)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B5)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(GG)} + \text{加總分區自墊核退點數(GJ)} + \\ \text{專款專用已支支點數(含品質保證保留款)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B5)}]$$

$$= [7,318,700,436 + 226,928,641 + 60,152,981] \div [5,144,370,247 + 3,333,476,159 + 178,170 + 251,568,309 + 60,152,981] \\ = 0.86530170$$

註：

$$1. \text{專款專用暫結金額} = \text{醫療資源不足地區改善方案暫結金額} + \text{西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額} + \text{中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額} + \text{癌症患者加強照護整合方案暫結金額} + \text{兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額} + \text{中醫急症處置計畫暫結金額} + \text{中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} + \text{中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案} + \text{網路頻寬補助費用暫結金額} + \text{品質保證保留款預算} \\ = 37,023,303 + 63,175,000 + 16,704,717 + 54,595,538 + 3,923,025 + 394,982 + 12,500,000 + 5,006,612 \\ + 21,019,237 + 12,586,227 \\ = 226,928,641$$

$$2. \text{品質保證保留款預算} = 106\text{年各季品質保證保留款預算} + 111\text{年品質保證保留款預算} / 4$$

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月111/09(含)以前:於112/01/01~112/03/31期間核付者。

費用年月111/10~111/12:於111/10/01~112/03/31期間核付者。

=====

一、分區累計保留款(T2) =

分區第一季保留款(T2_1) + 分區第二季保留款(T2_2) + 分區第三季保留款(T2_3) + 分區第四季保留款(T2_4)

臺北分區累計保留款(T2-T) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
北區分區累計保留款(T2-N) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
中區分區累計保留款(T2-C) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
南區分區累計保留款(T2-S) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
高屏分區累計保留款(T2-K) =	0(T2_1) +	0(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	0
東區分區累計保留款(T2-E) =	0(T2_1) +	6,351,147(T2_2) +	0(T2_3) +	0(T2_4) =	6,351,147

二、保留款分配

(一)分區保留款分配—東區分區

1. 東區分區累計保留款： 6,351,147(T2-E)

(1)第1階段分配—該分區每季結算平均點值小於1元時，由分區保留款補助該季分區預算，最高補助至平均點值1.0元為限。

111年第1季分配：	分配金額：	0
111年第2季分配：	分配金額：	0
111年第3季分配：	分配金額：	0
111年第4季分配：	分配金額：	0

第1階段已分配金額：	0	尚未分配金額：	0
------------	---	---------	---

(2)第2階段分配—列入該分區「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件獎勵，最高獎勵至浮動點值每點1.5元。若該保留款不足支應，則依該類案件之補助金額，按比例分配。

111年第1季分配：	補助後點值:1.5元所需金額：	3,925,491	實際分配金額：	1,455,813
111年第2季分配：	補助後點值:1.5元所需金額：	4,206,775	實際分配金額：	1,560,143
111年第3季分配：	補助後點值:1.5元所需金額：	4,517,443	實際分配金額：	1,675,355
111年第4季分配：	補助後點值:1.5元所需金額：	4,475,539	實際分配金額：	1,659,818

第2階段已分配金額： 6,351,129 尚未分配金額： 18，四捨五入之差值，無保留款餘額。

(3)第3階段分配—列入該區「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務基本承作(論次)費用之獎勵，加計兩成支付。若該保留款不足支應，則依該補助金額，按比例分配。

111年第1季分配：	基本承作(論次)費用：	0	分配金額：	0
111年第2季分配：	基本承作(論次)費用：	0	分配金額：	0
111年第3季分配：	基本承作(論次)費用：	0	分配金額：	0
111年第4季分配：	基本承作(論次)費用：	0	分配金額：	0

第3階段-加成部分已分配金額： 0 尚未分配金額： 0

(4)第4階段分配—列入該區執行「案件分類22(中醫其他專款)之專款案件」獎勵，最高獎勵至浮動點值每點1.5元。若該保留款不足支應，則依該補助金額，按比例分配。

111年第1季分配：	補助後點值:1.5元所需金額：	0	分配金額：	0
111年第2季分配：	補助後點值:1.5元所需金額：	0	分配金額：	0
111年第3季分配：	補助後點值:1.5元所需金額：	0	分配金額：	0
111年第4季分配：	補助後點值:1.5元所需金額：	0	分配金額：	0

第4階段已分配金額： 0 尚未分配金額： 0

=====

(5)第5階段分配—列入其他區「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件獎勵，最高獎勵至浮動點值每點1.2元。若該保留款不足支應，則依該類案件之補助金額，按比例分配。

111年第1季分配：	補助後點值:1.2元	分配金額：	0		
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
111年第2季分配：	補助後點值:1.2元	分配金額：	0		
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
111年第3季分配：	補助後點值:1.2元	分配金額：	0		
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
111年第4季分配：	補助後點值:1.2元	分配金額：	0		
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
第5階段已分配金額：	0	尚未分配金額：	0		
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

三、保留款分配後餘額：經第1至5階段分配後，如有餘額，則回歸該分區次年第1季該區之保留款。

東區分區保留款分配後餘額為 0元。

【說明】：

- 一、依據「中醫門診總額保留款機制作業方案」辦理。
- 二、第1階段分配之分配金額，係指啟動保留款機制之分區，該分區平均點值小於1之補助款。其每家院所補助金額(E)=核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)－補助前點值(B))。
- 三、第2階段分配之分配金額，係指啟動保留款機制之分區，該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件，其核定浮動點數(含部分負擔)最高以每點點值1.5元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依該類案件之補助金額，按比例分配。其每家院所補助金額(E)=核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)－補助前點值(B))。
- 四、第3階段分配之分配金額，係指前項分配後之餘款，列入啟動保留款機制之分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務基本承作(論次)費用之鼓勵，加計2成支付，如保留款不足時，則該類案件之補助金額，按比例分配。其補助金額(E)=核定醫療費用點數(A)×論次加計成數(D)。
- 五、第4階段分配之分配金額，係指前項分配後之餘款，列入啟動保留款機制之分區執行「案件分類22(中醫其他專款)之專款案件」之獎勵，其核定浮動點數(含部分負擔)最高以每點點值1.5元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依該類案件之補助金額，按比例分配。其每家院所補助金額(E)=核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)－補助前點值(B))。
- 六、第5階段分配之分配金額，係指前項分配後之餘款，列入其他未啟動保留款機制之分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件，其核定浮動點數(含部分負擔)最高以每點點值1.2元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依該類案件之補助金額，按比例分配。
 - (1)預算足夠時，補助金額(G)=核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)－補助前點值(B))。
 - (2)預算不足時，補助金額(G)=前項分配後之餘款×補助至點值1.2所需金額占率。

報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點之會議內容實錄，改採會議實錄錄音檔對外公開。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點第 8 條規定，保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將「會議內容實錄」對外公開。
- 二、查本署全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱藥物共擬會議)之會議內容實錄，係採「會議實錄錄音檔」對外公開，未有會議實錄文字。
- 三、考量本署已將會議全程錄音，收錄與會人員發言內容，為提升行政效率及發文時效，自本(5)月份起會議內容實錄，將比照藥物共擬會議，會議內容實錄以「會議實錄錄音檔」對外公開。

決定：

報告事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(下稱研商議事作業要點)案。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點辦理。
- 二、為使會議有效進行及討論聚焦，明列出席代表達一定次數為續聘必要條件(修訂研商議事作業要點第4點)。
- 三、為增進研商議事會議效率，擬保留各總額研商議事會議召開次數之彈性，維持每季召開1次之原則，惟當次會議若無需討論之議案得不召開，結算點值之確認，改以書面確認，爰將研商議事作業要點第2點條文「至少每3個月召開1次會議」研擬修訂為「每3個月召開1次會議為原則」。
- 四、研商議事作業要點修正條文對照表如附件。

決定：

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點修正條文對照表

修正條文	現行條文	健保署說明
同現行條文。	一、 全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜,特訂定本作業要點。	同現行條文(無修訂)。
二、 保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門) 至少 每3個月召開一次會議 <u>為原則</u> ,必要時得召開臨時會議。	二、 保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)至少每3個月召開一次會議,必要時得召開臨時會議。	為增進議事效率,保留行政作業彈性,倘無討論之議案則不召開會議,結算點值改採書面確認。
三、 保險人召開各總額部門會議時,應依會議類別分別邀請下列代表出席: (一)保險付費者代表2名。 (二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下: 1. 醫院總額: (1)各層級醫院代表20名至28名,由台灣醫院協會推薦。 (2)中華民國藥師公會全國聯合會代表1名。	三、 保險人召開各總額部門會議時,應依會議類別分別邀請下列代表出席: (一)保險付費者代表2名。 (二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下: 1. 醫院總額: (1)各層級醫院代表20名至28名,由台灣醫院協會推薦。 (2)中華民國藥師公會全國聯合會	考量本會議事涉各醫事專業團體權益,爰於西醫及醫院總額本研商議事會議代表名額增列中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表1名。

修正條文	現行條文	健保署說明
(3) 特殊材料提供者代表 1 名。 (4) 藥品提供者代表 1 名。 (5) 中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。 (6) 西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (7) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。 (8) <u>中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。</u> 2. 西醫基層總額： (1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。 (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (4) 藥品提供者代表 1 名。 (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國	代表 1 名。 (3) 特殊材料提供者代表 1 名。 (4) 藥品提供者代表 1 名。 (5) 中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。 (6) 西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (7) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。 2. 西醫基層總額： (1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。	

修正條文	現行條文	健保署說明
聯合會代表 1 名。 (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。 (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。 (8) <u>中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。</u> 3. 牙醫門診總額： (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。 (3) 台灣醫院協會代表 4 名。 (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (5) 中華牙醫學會代表 1 名。 (6) 中華民國醫院牙科協會代表 2 名。 4. 中醫門診總額：	(3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (4) 藥品提供者代表 1 名。 (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。 (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。 (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。 3. 牙醫門診總額： (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。 (3) 台灣醫院協會代表 4 名。 (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。	

修正條文	現行條文	健保署說明
(1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 台灣醫院協會代表 2 名。 5. 門診透析： (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。 (2) 台灣醫院協會代表 1 名。 (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。 (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。 (三) 專家學者 3 名。 (四) 政府機關代表： 1. 主管機關代表 1 名。 2. 保險人代表 2 名。 3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫	(5) 中華牙醫學會代表 1 名。 (6) 中華民國醫院牙科協會代表 2 名。 4. 中醫門診總額： (1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。 (2) 台灣醫院協會代表 2 名。 5. 門診透析： (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。 (2) 台灣醫院協會代表 1 名。 (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。 (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。 (三) 專家學者 3 名。	

修正條文	現行條文	健保署說明
藥管理政策之單位代表 1 名。 4. 牙醫門診總額:主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。 前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生： (一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。 (二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。 (三) 專家學者由保險人遴選。 (四) 機關代表由該機關指派。	(四) 政府機關代表： 1. 主管機關代表 1 名。 2. 保險人代表 2 名。 3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。 4. 牙醫門診總額:主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。 前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生： (一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。 (二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。 (三) 專家學者由保險人遴選。 (四) 機關代表由該機關指派。	
四、 本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其	四、 本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應	為使會議有效進行及討論聚焦，明列代表出席達一定次

修正條文	現行條文	健保署說明
<u>本職進退；代表任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。</u> 本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。	隨其本職進退。 本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。	數為續聘必要規範。
同現行條文。	五、 保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。 被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。	同現行條文(無修訂)。
同現行條文。	六、 代理人及列席單位出席規範： (一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人2名。代表因故不能出席會議時，	同現行條文(無修訂)。

修正條文	現行條文	健保署說明
	得依代理人順位由 1 人代理出席。 (二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。 (三) 列席單位出席人員以 2 名為限。	
同現行條文。	七、 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。 本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。	同現行條文(無修訂)。
同現行條文。	八、 保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開： (一) 會議議程。 (二) 會議內容實錄。 (三) 利益揭露聲明書。	同現行條文(無修訂)。

報告事項第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務項目之預算扣減方式規劃案。

說明：

一、依衛生福利部 112 年 1 月 9 日衛部健字第 1123360002 號公告 112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額及其分配、衛生福利部全民健康保險會（下稱健保會）112 年 3 月 22 日第 6 屆 112 年第 2 次委員會議決議事項暨中華民國中醫師公會全國聯合會（下稱中全會）112 年 5 月 8 日（112）全聯醫總兆字第 0400 號書函（附件 1_頁次報 6-4 頁）辦理。

二、旨揭需提報預算扣減方式規劃項目如下：

(一). 111 年新增項目：提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護（預算 500 百萬元）。

(二). 112 年新增項目：

1. 提升中醫小兒傷科照護品質（預算 2.5 百萬元）。

2. 多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度（預算 476.7 百萬元）。

3. 針傷合併治療合理給付（預算 304.0 百萬元）。

4. 增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症（診斷碼新增 I69）（預算 17.2 百萬元）。

三、有關前開協定事項之扣減當年未執行額度之計算方式如下：

(一). 111 年新增項目：「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」（附件 2_頁次報 6-6 頁）：

1. 本項計算方式 111 年係以該年度針傷處置醫令量較 110 年增加數，扣除 106 年至 110 年件數年平均成長率（視為自然成長）後，做為針傷處置申報上限放寬之執行數；另以平均每件針傷處置申報之診察費及藥費推估因針傷處置增加致診察費及藥費增加點數。統計 111 年執行 818 百萬點，逾預算額度（500 百萬元），爰 111 年無預算扣減。

2. 查健保會 112 年 3 月 22 日委員會議就「111 年各部門總額預算扣減執行結果」決議略以，請檢討並提出本案執行數之精準估算方式；至於執行數過低或過高之協定項目，請持續追蹤至 112 年度執行情形（含：實際增加費用、未執行額度等）。

3. 依前述預算扣減方式，以 112 年申報資料及針傷處置自然成長率改為近 5 年（107 年到 111 年）年平均成長率計算，說明如下：

(1) 統計 112 年 3 月針傷處置申報總計 2.2 百萬件、574.3 百萬點，考量 109 年、110 年受疫情影響且因本署自 111 年 3 月起修訂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上限，由 45 人次調升為 60 人次，故以 111 年 3 月針傷處置醫令數占全年比率 9.29%【2,043,792 人次/ 21,990,700 人次】推估 112 年全年約執行 6,179.6 百萬點【574,326,394 點/9.29%】。

(2) 承上，112 年全年推估申報 23.4 百萬件、6,179.6 百萬點較 111 年全年針傷處置申報之 22.0 百萬件、5,537.9 百萬點，增加 136.1 萬件、641.8 百萬點，經扣除自然成長（以疫情前 107 年至 111 年之年平均成長率-0.19%，以零成長做為自然成長率）後，增加約 136.1 萬件、641.8 百萬點。另依 112 年 3 月申報情形，針傷處置費平均每增加 1 人次，診察費醫令數增加 0.286 人次、每日藥費增加 1.202 人次，推估診察費約增加 128.6 百萬點【0.286 人次*1,361,109 件*330 點】、藥費約增加 60.5 百萬點【1.202 人次*1,361,109 件*37 點】總計增加 830.9 百萬點。

(二). 112 年新增項目：

1. 計算方式：本署前於 112 年 5 月 2 日函詢中全會前開預算之年扣減計算方式，中全會建議以 112 年 3 月至 12 月申報點

數除以 10 個月算出每月平均值再乘以 12 月做為年度總申報費用，若未達協商額度做為扣減當年度未執行之額度。

2. 考量一般服務需扣減未使用額度之項目中，有三項增編預算係用於新增診療項目或擴增適應症，無 111 年申報量可推估，爰研擬依該會意見辦理，並初步以現有申報資料（112 年 3 月）推估全年執行情形如下（附件 3_頁次報 6-7 頁）：

(1) 提升中醫小兒傷科照護品質：112 年 3 月共申報 214 件，4.3 萬點，推估 112 年全年件數為 0.3 萬件，0.5 百萬點。

(2) 多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度：112 年 3 月共申報 5.1 百萬件，3.57 百萬點，推估 112 年全年件數為 61.3 萬件，42.9 百萬點。

(3) 特定疾病門診加強照護適應症腦中風後遺症（診斷碼增列 I69）：112 年 3 月共申報 51 件，0.27 百萬點，推估 112 年全年件數為 612 件，總計 3.29 百萬點。

3. 另「針傷合併治療合理給付」係調升支付點數，爰研擬以調整前後差異點數及上述計算方式試算，112 年 3 月差異點數為 38.4 百萬點，推估全年為 460.9 百萬點。

四、本案將提報衛生福利部全民健康保險會扣減之計算方式。

決定：

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 書函

會址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2
電話：(02)2959-4939
傳真：(02)2959-2499
E-mail：tw.tm@msa.hinet.net
承辦人：王逸年 分機：17

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 112 年 5 月 8 日
發文字號：(112)全聯醫總兆字第 0400 號
速 別：
附 件：

主 旨：有關 112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額協定
五個項目預算扣檢方式案，復如說明段，請鑒察。

說 明：

- 一、復大署 112 年 5 月 2 日健保醫字第 1120661503 號函。
- 二、「提升中醫小兒傷科照護品質」(2.5 百萬)代碼 E90、「針傷合併治療合理給付」(304.0 百萬)治療處置代碼開頭為 F01-F84、「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」(476.7 百萬)代碼 A91 及「腦中風後遺症」ICD10 代碼為 I69(17.2 百萬)等四項計算方式，建議以 112 年 3 月至 12 月申請點數除以 10 個月算出每月平均值再乘以 12 月做為年度總申請費用，若未達協商額度做為扣減當年度未執行之額度。

三、「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」112 年第 4 季結算時，依本方案申報費用之收案住民，回推該住民 111 年全年中醫門診一般部門申報醫療費用點數，排除「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案-癌症住院」專款、委辦案件後點數及 111 年已扣除過收案住民後，於 112 年一般服務予以扣減。



正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 詹永兆

針灸、傷科、針灸合併傷科申報情形

年度	醫令數	醫令點數	人數	醫令成長率(A)	點數成長率	人數成長率
106 全年	21,586,516	4,510,332,931	2,618,685	-	-	-
107 全年	22,155,750	4,740,092,133	2,620,885	2.6%	5.1%	0.1%
108 全年	23,146,177	5,198,784,386	2,632,283	4.5%	9.7%	0.4%
109 全年	22,644,286	5,147,490,429	2,556,351	-2.2%	-1.0%	-2.9%
110 全年	20,130,407	4,957,672,345	2,311,464	-11.1%	-3.7%	-9.6%
111 全年	21,990,700	5,537,862,436	2,451,138	9.2%	11.7%	6.0%
五年平均成長率	-0.19%					
111 3月	2,043,792	514,475,712	1,911,404	-	-	-
112 3月	2,170,292	574,326,394	2,058,558	6.2%	11.6%	7.7%
推估112 全年	23,351,809	6,179,610,955				
111年3月占全年比率	9.29%					
112年全年扣除自然成長率0%(以107年至111年件數平均成長率-0.19%，以零成長計)後：						
全年度	111年與112年醫令數差額(C)	111年與112年醫令點數差額(D)	醫令成長率	非自然成長之成長率(B=A-0%)	非自然成長醫令數(C'=C/A*B)	非自然成長醫令點數(D'=D/A*B)
112年較111年增 全年	1,361,109	641,748,519	6.2%	6.2%	1,361,109	641,748,519
				增加人次	單價	預算
			診察費	389,632	330	128,578,702
			藥費	1,636,007	37	60,532,242
					總計	830,859,463
有申報針傷處置案件之診察費、藥費申報情形						
	針傷醫令數	診察費醫令數	藥費醫令數			
112 3月	2,170,292	621,270	2,608,617			
平均每1針傷醫令，開立診察費及藥費次數						
		診察費醫令數	藥費醫令數			
		0.286	1.202			

表1：3項新增診療項目或擴增適應症之112年執行量推估			
預算項目	預算金額	112年3月 醫令點數 A	推估112年 全年點數 $B=A*12$
1-小兒傷科照護品質	2,500,000	42,800	513,600
2-多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度	476,700,000	3,574,970	42,899,640
4-特定疾病門診加強照護l69	17,200,000	274,100	3,289,200
表2：針傷合併治療調升支付點數之112年執行量推估			
預算項目	預算金額	112年3月 差異點數 C	推估112年 全年點數 $D=C*12$
3-針傷合併治療給付	304,000,000	38,409,703	460,916,436
註：差異點數係指支付點數調整前後之差異點數加總。			

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位:本署醫審及藥材組

案由:有關修訂「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「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等5項專業醫療服務品質指標案，提請討論。

說明:

- 一、為配合本署112年中醫門診總額新增試辦計畫，品保方案研議增修「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」等5項專業醫療服務品質指標，資料範圍排除「JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)」、「JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)」及「JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)」之案件(修正對照表如附件1-頁次討1-2頁)。
- 二、前述修訂內容，經函詢中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)，該會於112年3月30日函復均同意新增前開排除條件(附件2-頁次討1-10頁)。
- 三、另「全民健康保險各總額部門110年度執行成果紀錄」評核委員建議，確實規劃結果面指標及檢討各項指標之參考值部分(附件3-頁次討1-18頁)，中全會回應經該會內部討論，目前並無合宜指標，各項指標之參考值亦維持原方式暫不調整。
- 四、擬具本案修訂「附表中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)」(附件4-頁次討1-21頁)。

擬 辦:

擬依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業事宜。

決 議:

「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」
附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標
修正對照表

序 號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	修正草案	備註
		計算公式及說明	計算公式及說明	
1	就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0 之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22 且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)。	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0 之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22 且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計	排除條件增訂112年新增試辦計畫案件。

序號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	修正草案	備註
		C. 案件分類:31且任一特定治療項目代號為 EC。 (6)其他部門:提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明: 分子:按各區、病人 ID、就醫日期歸戶,計算就診2次(含)以上之筆數。 分母:按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算:分子 / 分母。	<u>畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)。</u> C. 案件分類:31 且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門:提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明 分子:按各區、病人 ID、就醫日期歸戶,計算就診2次(含)以上之筆數。 分母:按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算:分子/分母	
2	使用中醫門診處方用藥數重疊二日以上之比率	1. 資料範圍:所有屬中醫總額之門診給藥小於等於7日案件,排除如下案件: (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用:符合下列任一條件: A. 案件分類:25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類:22 且特定治療項目(一)為C8、	1. 資料範圍:所有屬中醫總額之門診給藥小於等於7日案件,排除如下案件: (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用:符合下列任一條件: A. 案件分類:25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類:22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、	排除條件增訂112年新增試辦計畫之案件。

序號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	修正草案	備註
		J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)。 C. 案件分類:31 且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門:提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) (7)中醫針灸傷科及脫臼整復(案件分類 29) 2. 公式說明: 分子:按各區及病人 ID 歸戶,計算每個 ID 的重複給藥日份加總,排除給藥日份重複為1日之重複日數。 分母:各區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。	JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)。 C. 案件分類:31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門:提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) (7)中醫針灸傷科及脫臼整復(案件分類 29) 2. 公式說明: 分子:按各區及病人 ID 歸戶,計算每個 ID 的重複給藥日份加總,排除給藥日份重複為1日之重複日數。 分母:各區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。	
3	使用中醫門診者之平均中醫就診次數	1. 資料範圍:中醫門診總額診察費大於0,排除如下案件: (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30)	1. 資料範圍:中醫門診總額診察費大於0,排除如下案件: (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5)	排除條件增訂112年新增試辦計畫之案件。

序 號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	修正草案	備註
		(4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22 且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)。 C. 案件分類：31 且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明： 分子：各區中醫門診總額就診案件數。 分母：各區中醫門診總額就診人數。 3. 指標計算：分子/分母。	(5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、<u>JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)</u>。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明： 分子：各區中醫門診總額就診案件數。 分母：各區中醫門診總額就診人數。 3. 指標計算：分子/分母。	
4	就診中醫門診後隔日再次就	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6)	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6)	排除條件增訂112年新增試

序 號	指標項目	現行方案 (112. 3. 22公告)	修正草案	備註
	診中醫 之比率	(2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：按各區、病人ID歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。 分母：各區申報總件數。 3. 指標計算：分子 / 分母。	(2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、<u>JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)</u>。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：按各區、病人ID歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。 分母：各區申報總件數。	辦計畫 之案件。

序號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	修正草案	備註
			3. 指標計算：分子 / 分母。	
5	於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率	1. 資料範圍：中醫門診總額針傷科案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22 且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)。 C. 案件分類：31 且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療	1. 資料範圍：中醫門診總額針傷科案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、<u>JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)</u>。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療	排除條件增訂112年新增試辦計畫之案件。

序 號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	修正草案	備註
		服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明： 分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費超過 20 次以上次數之總和。 分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。 ※中醫針傷科醫令代碼：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94、D01、D02、D03、D04、D05、D06、D07、D08、E01、E02、E03、E04、E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。(排除醫令點數=0之案件)。 ※例如院所該月份同一患者申報針灸、傷科處	服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明： 分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費超過 20 次以上次數之總和。 分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。 ※中醫針傷科醫令代碼：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94、D01、D02、D03、D04、D05、D06、D07、D08、E01、E02、E03、E04、E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。(排除醫令點數=0之案件)。 ※例如院所該月份同一患者申報針灸、傷科處	

序 號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	修正草案	備註
		置費21次，分子以 $21-20=1$ 計，以此類推。 3. 指標計算：分子/分母。	置費21次，分子以 $21-20=1$ 計，以此類推。 3. 指標計算：分子/分母。	

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2
電話：(02)2959-4939
傳真：(02)2959-2499
E-mail：tw.tm@msa.hinet.net
承辦人：王逸年 分機 17

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 112 年 3 月 30 日
發文字號：(112)全聯醫總兆字第 0315 號
速 別：
附 件：品質確保方案專業意見表乙份。

主 旨：檢送本會函復「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建議事項專業意見表
(二)，請鑒察。

說 明：復大署 111 年 12 月 19 日健保審字第 1110672479 號函。



正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

理事長 詹永兆



「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建議事項專業意見表(二)

序號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	中全會建議事項	備註
		計算公式及說明	計算公式及說明	
1	就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支按照護機構提供中醫一般門診案件)。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明：	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支按照護機構提供中醫一般門診案件)、<u>JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)</u>。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明	

「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建議事項專業意見表(二)

序號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	中全會建議事項	備註
		分子：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。 分母：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子 / 分母。	分子：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。 分母：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子/分母	
2	使用中醫門診處方用藥數重疊二日以上之比率	1. 資料範圍：所有屬中醫門診總額之門診給藥小於等於 7 日案件，排除如下案件： (1) 職業災害(案件分類B6) (2) 預防保健(案件分類A3) (3) 中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30) (4) 法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5) 中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22 且特定治療項目（一）為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)。 C. 案件分類：31 且任一特定治療項目代號為 EC。	1. 資料範圍：所有屬中醫門診總額之門診給藥小於等於 7 日案件，排除如下案件： (1) 職業災害(案件分類B6) (2) 預防保健(案件分類A3) (3) 中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30) (4) 法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5) 中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22 且特定治療項目（一）為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、<u>JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)</u>。 C. 案件分類：31 且任一特定治療項目代號為 EC。	

「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建議事項專業意見表(二)

序號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	中全會建議事項	備註
		(6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) (7)中醫針灸傷科及脫臼整復(案件分類29) 2. 公式說明： 分子：按各區及病人ID歸戶，計算每個ID的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為1日之重複日數。 分母：各區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。	(6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) (7)中醫針灸傷科及脫臼整復(案件分類29) 2. 公式說明： 分子：按各區及病人ID歸戶，計算每個ID的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為1日之重複日數。 分母：各區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。	
3	使用中醫門診之平均就診次數	1. 資料範圍：中醫門診總額診察費大於0，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)。	1. 資料範圍：中醫門診總額診察費大於0，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、<u>JT(胃癌中醫門</u>	

「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建議事項專業意見表(二)

序號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	中全會建議事項	備註
		C. 案件分類：31 且任一特定治療項目代號為 EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明： 分子：各區中醫門診總額就診案件數。 分母：各區中醫門診總額就診人數。 3. 指標計算：分子/分母。	<u>診加強照護計畫</u>)、JU (攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY (口腔癌中醫門診加強照護計畫)。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為 EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明： 分子：各區中醫門診總額就診案件數。 分母：各區中醫門診總額就診人數。 3. 指標計算：分子/分母。	
4	就診中醫門診後隔日再診中醫之比率	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提	

「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建議事項專業意見表(二)

序號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	中全會建議事項	備註
		供中醫一般門診案件)。 C. 案件分類：3I且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：按各區、病人 ID 歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。 分母：各區申報總件數。 3. 指標計算：分子 / 分母。	供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)。 C. 案件分類：3I且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：按各區、病人 ID 歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。 分母：各區申報總件數。 3. 指標計算：分子 / 分母。	
5	於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率	1. 資料範圍：中醫門診總額針傷科案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、	1. 資料範圍：中醫門診總額針傷科案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、	

「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建議事項專業意見表(二)

序號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	中全會建議事項	備註
		JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)。 C. 案件分類：31 且任一特定治療項目代號為 EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明： 分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費超過 20 次以上次數之總和。 分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。 ※中醫針傷科醫令代碼：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94、D01、D02、D03、D04、D05、D06、D07、D08、E01、E02、E03、E04、E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、	JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、<u>JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)</u>。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為 EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明： 分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費超過 20 次以上次數之總和。 分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。 ※中醫針傷科醫令代碼：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94、D01、D02、D03、D04、D05、D06、D07、D08、E01、E02、E03、E04、E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、	

「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建議事項專業意見表(二)

序號	指標項目	現行方案 (112.3.22公告)	中全會建議事項	備註
		F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。(排除醫令點數=0之案件)。 ※例如院所該月份同一患者申報針灸、傷科處置費21次，分子以21-20=1計，以此類推。 3. 指標計算：分子/分母。	F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。(排除醫令點數=0之案件)。 ※例如院所該月份同一患者申報針灸、傷科處置費21次，分子以21-20=1計，以此類推。 3. 指標計算：分子/分母。	



全民健康保險各總額部門 110 年度執行成果評核紀錄

(本紀錄僅供年度總額協商參考)

中華民國 110 年 8 月

衛生福利部全民健康保險會彙製

中華民國 111 年 8 月

- 2.中醫於疫情期間投入清冠一號處方開立，提供民眾感染後之中醫方劑治療，建議評估清冠一號於實際臨床運用對病人之效益，收集客觀實證資料，以評估投入資源對民眾健康之助益。

二、一般服務項目執行績效

(一)就 109 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明

- 1.對評核意見均有回應。有關中醫利用率降低之問題，雖中醫近年廣泛連結各式資源推廣中醫，但未見反應於就醫率之上升，需要有更積極之作為。建議中全會建立短期成效指標，例如不同族群對中醫之認知、使用情境與意願等，以驗證相關努力是否達到預期之效果。
- √2.對於專業服務品質指標意見回覆，所提醫療執行過程與標準程序。規劃仍屬於過程指標，建議確實規劃結果面指標，以建立中醫治療之實證基礎資料。
- 3.對於評核委員指出「中醫醫療院所加強感染控制合格率」，在報告中未提供訪查作業方式，回應內容只引述訪查相關規定，宜再補充具體執行方式。
- 4.民眾醫療費用負擔之評估分析，除運用健保署調查資料外，中醫在第一線照顧民眾，應可掌握民眾負擔及費用支出之資訊，進行詳實評估。中全會可透過調查研究，對自費情形深入瞭解與分析，據以研擬具體對策。
- 5.有關評核委員建議納入對照組以強化中醫介入之科學實證評估，過去已有相關研究利用健保申報資料，進行介入對照組比較研究，因此中全會回應「健保申報非研究計畫，無法納入『對照組』之說明」，未竟合理。

(二)維護保險對象就醫權益

- 1.醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施：
 - (1)110 年「醫護人員對病人進行衛教」比例持續下降，為各部門中最低，且「從來都沒有的比例」上升到 41%，「會與醫師共同討論照護或治療方式的的比例」也比過去 4 年低。

- (2)爰上，請評估 110 年問卷題目改變之影響，並提出改善策略。
建議中全會利用繼續教育等管道，強化中醫師衛教宣導教育。
亦可參酌其他部門之經驗，改善此現象。

2.民眾自費情形及改善措施：

為減輕病人負擔，109 年已增編總額預算，增加健保給付中藥品項，但 110 年民眾有自費者仍占 30.6%，自費金額 500 元以上的比例增加，且自費原因與醫療院所建議有關者近 8 成，中醫部門宜設法改善此現象，並持續觀察病人自費情形是否有減少。

3.就醫可近性與及時性之改善措施：

(1)110 年「曾經在假日有緊急需求求診比率」較 109 年上升近 1 倍，建議可分析需求時段為週六或週日，配合獎勵假日開診作業。

(2)「受到 COVID-19 疫情影響而不去就醫」之比率 109 年度為 17.4%，110 年度為 27.5%，中醫部門應提出兼顧防疫與民眾醫療服務之對策。

4.中醫近年積極走入社區，與不同資源連結，開發「中醫 e 點通」APP、製作養生保健手冊等多元化活動，大幅提升中醫的能見度。建議可參考 program evaluation(方案評估)的知識與技巧，查驗各項活動執行的品質與成效，作為後續改善之參考。

5.有關維護保險對象就醫權益所提出之改善方案，建議利用病患抽樣調查，或申報資料分析等方式，瞭解改善方案的成效，作為修正方案之參考。

(三)專業醫療服務品質之確保與提升

1.專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施：

4 (1)各項品質監測指標全國平均值皆符合預期方向與參考值，惟目前參考值多訂為「前 3 年統計平均值 $\pm$ 10%」，未能達提升品質之目的，建議檢討修訂。

(2)建議除統計數據與圖表的呈現外，宜就各項指標之意涵及解讀，提供簡要的說明。

附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)

修正如畫底線及刪除線

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 點值					
每點支付金額改變率	每季	$\pm 10\%$	資料分析	保險人	$[(\text{每季分配總額}/\text{每季審核後之總點數}) - 1] \times 100\%$
2. 保險對象就醫調查					
保險對象就醫調查	每年	每年於評核會議報告前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註：105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為中醫門診總額實施前一次、實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
民眾申訴檢舉成案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	保險人	當年度民眾申訴檢舉成案件數。
3. 專業醫療服務品質					
就診中醫門診後同日再次就診中醫	每季	參考值：以前 5 年同季平均值 $\pm 20\%$ 。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費 >0 之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6)

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
之比率					(2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。 B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明： 分子：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶，計算就診 2 次(含)以上之筆數。 分母：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
使用中醫門診者處方用藥日數重疊	每季	參考值：以前 5 年同季平均值 $\pm$ 20%。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額之門診給藥小於等於7日案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6)

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
二日以上之比率					(2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。 B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) (7)中醫針灸傷科及脫臼整復(案件分類29) 2. 公式說明： 分子：按各區及病人ID歸戶，計算每個ID的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為1日之重複日數。 分母：各區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。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
使用中醫門診者之平均中醫就診次數	每季	參考值：以前5年同季平均值 $\pm 20\%$ 。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：中醫門診總額診察費大於0且排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：各區中醫門診總額就診案件數。 分母：各區中醫門診總額就診人數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
就診中醫門診後隔日再	每季	參考值：以前5年同季平均值 $\pm 20\%$ 。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
次就診中醫之比率					件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：按各區、病人ID歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。 分母：各區申報總件數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
於同院所針	自97年	參考值：以前5年同季	資料分析	保險人	1. 資料範圍：中醫門診總額針傷科案件排除如下案件：

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
傷科處置次數每月大於二十次之比率	第3季起每季	平均值±20%。			(1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費超過20次以上次數之總和。 分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。 ※中醫針傷科醫令代碼：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					B89、B90、B91、B92、B93、B94。D01、D02、D03、D04、D05、D06、D07、D08、E01、E02、E03、E04、E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。(排除醫令點數=0之案件)。 ※例如院所該月份同一患者申報針灸、傷科處置費21次，分子以21-20=1計，以此類推。 3. 指標計算：分子 / 分母。
中醫醫療院所加強感染控制執行率	每季	96 年重新審查認證第一季參考值合格率为 75%。 96 年重新審查認證第三季起參考值合格率为 80%。	資料分析	受託單位	1. 公式說明： 分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季合格機構數。 分母：中醫門診特約醫療院所數(該季最後一個月院所數)。 2. 指標計算：分子/分母。
中醫醫療院所加強感染控制合格率	每季累算	抽審合格率为 85%	資料分析	受託單位	1. 公式說明： 分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查合格院所數。 分母：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查院所數。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					2. 指標計算：分子/分母。
健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	每季	參考值：以前3年同季平均值 $\pm 10\%$ 。	資料分析	保險人	1. 資料排除法定傳染病通報且隔離案件(案件分類 C5) 2. 公式說明： 分子：中醫健保醫療資訊雲端查詢系統查詢人數 分母：中醫門診病人數 3. 指標計算：分子/分母。
兩年內初診患者人數比率	每季	參考值：以前3年同季平均值 $\pm 10\%$ 。	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：同一患者二年內(費用年月相減)未到中醫院所看診人數。 分母：統計期間看診中醫門診總人數。 2. 指標計算：分子/分母。
4. 其他醫療服務品質(中長程指標)					
符合針灸治療規範比率	每季	$\geq$ 前一年同期符合針灸治療規範比率	資料分析	受託單位	符合針灸治療規範人次/實際接受針灸治療人次(參考值啟用第一年各季，均以91年7-9月為基期)
符合傷科治療規範比率	每季	$\geq$ 前一年同期符合傷科治療規範比率	資料分析	受託單位	符合傷科治療規範人次/實際接受傷科治療人次(參考值啟用第一年各季，均以91年7-9月為基期)

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112 年全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案「機構內收案對象中醫醫療費用，應自一般服務扣除」案，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部 112 年 1 月 9 日公告「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」及中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)112 年 4 月 25 日電子郵件辦理。
- 二、「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(下稱本方案)自 111 年起實行，112 年本方案協定事項：依 112 年度預算執行結果，於當年一般服務扣減與本項重複部分之費用。
- 三、中全會針對本方案 112 年扣減費用，建議依 111 年扣減方式，新增排除「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」案件、代辦案件及 111 年已扣減之收案住民。

四、本署說明：

- (一)除中全會建議之專款項目及代辦案件外，其餘非由中醫一般服務支應之中醫專款項目，包含「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，建議一併排除。
- (二)建議比照 111 年扣減方式，依 112 年申報費用之住民，回推該住民 111 年全年中醫門診申報醫療費用點數，並排除 111 年接受本方案服務之照護機構住民，視為自一般服務轉移至專款之費用，予以扣減。
- (三)費用估算：112 年 1-3 月本方案共服務 1,234 位住民，論量支付申報點數約 573.7 萬點，排除 111 年接受本方案服務之照護機構住民後，111 年居住於照護機構內且曾外出至中醫

門診就醫之住民共 68 人，申報約 66.4 萬點。

(四)經排除專款項目案件及代辦案件後，共 50 位住民於 111 年居住於照護機構內且曾外出至中醫門診就醫，申報點數約 25.5 萬點。

(五)本案一般服務之扣減，將俟 112 年第 4 季結算時，依 112 年申報費用之住民，回推該住民 111 年全年中醫門診申請點數，並排除 111 年接受本方案服務之住民，予以扣減。

決議：