



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

112 年 2 月 23 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

**「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」
112 年第 1 次會議議程**

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、中醫門診總額研商議事會議開會規則。	報 1-1
二、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 2-1
三、中醫門診總額執行概況報告	報 3-1
四、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	報 4-1
五、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	報 5-1
六、111 年第 3 季中醫門診總額點值結算報告案	報 6-1
七、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	報 7-1

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 6 項專業醫療服務品質指標案」條文案	討 1-1
---	-------

伍、臨時動議：

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(下稱照護機構方案)(頁次臨-2)」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(下稱中醫不足方案)(頁次臨-14)」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。	臨-1
--	-----

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 111 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 11 月 17 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室(臺北市信義路 3 段 140 號)

主席：張主任秘書禹斌

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	請假	陳代表俞沛	請假
吳代表清源	吳清源	陳代表淑華	陳淑華
李代表永振	李永振	陳代表博淵	陳博淵
卓代表青峰	廖奎鈞(代)	陳代表瑞瑛	陳瑞瑛
林代表狄昇	林狄昇	陳代表憲法	陳憲法
林代表敏華	林敏華	傅代表世靜	徐昌基(代)
邱代表瑞發	邱瑞發	黃代表兆杰	黃兆杰
姜代表智文	姜智文	黃代表怡超	請假
胡代表文龍	胡文龍	黃代表頌儼	黃頌儼
孫代表茂峰	請假	黃輝榮	黃輝榮
張代表廷堅	請假	詹代表永兆	詹永兆
陳代表仲豪	陳仲豪	詹代表益能	陳建輝(代)
陳代表俊良	陳俊良	蔡代表淑貞	蔡淑貞
陳代表俊龍	陳俊龍	蘇代表守毅	蘇守毅

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

蘇芸蒂

衛生福利部中醫藥司

涂瑜君

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、張嘉云

台灣醫院協會

林佩菽、董家琪

中華民國中醫師公會全國聯合會

李敬、賴宛而、王逸年

本署醫務管理組

游慧真、劉林義、洪于淇

本署醫審及藥材組

本署企劃組

本署財務組

本署資訊組

本署違規查處室

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

陳依婕、韓佩軒、呂姿曄
宋宛蓁、李宛臻、吳庭沂
楊淑美、鄭正義

高幸蓓、單國浩、陳惠群

王宗曦*、趙偉翔、吳箴

李佩耿

吳少庾

朱文玥、陳怡蓓

郭乃文、*王文君*、黃寶玉*

蔡秀幸*、陳祝美*、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*

高宜聲*、秦莉英*

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：第五案決定三、文字修訂「本署將自院所申報 111 年 10 月份費用起啟動「中醫針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費—REA 改支醫令處理」檢核」，其餘洽悉。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號 1(檢討現行「全民健康保險中醫門診總額檔案分析審查異常不予支付指標」計 4 項案)，本署持續監測本案已刪除之

不予支付指標，並於半年後於本會議報告及序號 3(「中醫針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費—REA 改支醫令處理」檢核生效日期及中醫診療部位代碼訂定案)，有關 REA 改支醫令處理檢核邏輯，將自申報 111 年 10 月份費用起啟動，上述序號繼續列管，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：

- 一、洽悉。
- 二、累計至 111 年第 3 季，部分專款項目預算執行率較低，如中醫急症處置計畫(22.7%)、照護機構中醫醫療照護方案(27.3%)，請中全會鼓勵會員積極參與，提升執行率。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年第 2 季中醫門診總額點值結算報告案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、111 年第 2 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 2 季	浮動點值	1.03108059	0.99131232	0.96039146	1.00481244	0.98581955	1.31323219	1.00156380
	平均點值	1.01922446	0.99483080	0.97504744	1.00287605	0.99134576	1.20000000	1.00096107

- 三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。
- 四、本季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、112 年中醫門診一般服務之保障項目比照 111 年保障項目，除藥費依藥物給付項目外，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點 1 元支付，並報健保會同意後實

施。

三、有關 112 年中醫門診總額一般服務預算四季重分配，考量 110 年受疫情影響，110 年第 2 季占率偏低，比照 111 年按 105-109 年各季核定點數平均占率分配(第 1 季 23.209366%、第 2 季 25.148925%、第 3 季 25.846146%、第 4 季 25.795563%)。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商會議」會議時程案。

決定：會議時間如下，請各代表預留時間：

第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 臨時會
112.2.23 (週四下午)	112.5.18 (週四下午)	112.8.17 (週四下午)	112.11.16 (週四下午)	112.11.30 (週四下午)

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「112 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」條文案。

決議：

一、施行區域：

- (一) 無中醫(附表 1-1)、一家中醫鄉(附表 1-2)鄉鎮區修訂：
 1. 無中醫鄉鎮區：共 81 個鄉鎮，移除桃園市復興區、嘉義縣鹿草鄉；增列苗栗縣三灣鄉。
 2. 一家中醫鄉鎮區：共 77 個鄉鎮，移除苗栗縣三灣鄉；增列桃園市復興區、嘉義縣鹿草鄉、嘉義縣中埔鄉、雲林縣臺西鄉。
- (二) 附表 1-1、1-2 鄉鎮區之變更，經本會議報告同意變更施行區域，以會議紀錄發文日起始開放申請巡迴。
- (三) 另中全會建議「一家中醫鄉鎮區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限」規定增列「若屬山地、離島鄉鎮區則不受限」文字一節，因方案已敘明「特殊情況由分區業務組會同中全

會專案評估核定」，爰決議維持原規定。本次所提「桃園市復興區」個案，請中全會 112 年依規定向北區業務組專案申請評估。

二、年度目標值調整：巡迴鄉鎮目標數至少 100 個、服務人次 260,000 人次及服務總天數 11,000 天。

三、申請資格-獎勵開業服務計畫：若最近 12 個月內無申報資料，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計 12 個月為基準。

四、開診規範-獎勵開業服務計畫：

(一)分區業務組核定開業申請後，開業準備期限放寬為 3 個月。

(二)每一診次服務時數改為至少 2(含)小時以上，並敘明夜診時間為 18 時至 22 時。

五、支付方式：

(一)獎勵開業服務計畫-管理原則：每月總服務量納入「其他預算」、「中醫門診總額其他中醫專案」，維持「代辦案件」另計。

(二)巡迴醫療服務計畫：

1. 執行期間，如巡迴服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域，變更論次費用為 2,000 點。

2. 刪除「初診不得申報初診門診診察費 (A90)」規定。

3. 不得執行中醫門診總額其他中醫專案及其他預算。

六、醫療費用申報獎勵開業服務計畫，申報「代辦案件」於特定治療項目代碼(一)填報 C7；申報「中醫門診總額其他中醫專案」、「其他預算」於特定治療項目代碼(二)至(四)任一欄填報 C7。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：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：本案修訂通過，重點如下：

一、保留「施行期間」及「執行目標」。

二、醫療費用申報與審查比照中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案新增「門診日報表」，以核對實際提供醫療服務情形。

三、比照中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，刪除「不得申報初診門診診察費加計(A90)」規定。

第三案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**

案由：修訂 112 年「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案。

決議：

一、本案修訂通過。

二、考量民眾就醫權益，第柒條第五款「未符合中醫全聯會提供之『醫療費用明細標示』院所。」、第六款「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。」維持原條文不修訂。

三、有關第捌條第五款：「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』中醫院所，依核算基礎(A)加計 5%。」之核算基礎加計占率維持不變，文字修正為「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，依核算基礎(A)加計 5%。」。

第四案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：修訂 112 年度「全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫（草案）」案。

決議：

一、本案修訂通過。

二、分配方式同 111 年計畫，修訂相關參數年度。

第五案 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。

決議：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

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。

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

決議：

- 10

第七案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文案。

決議：本案修訂通過增加下列適用範圍：

一、胃癌 ICD-10-CM：

(一)主診斷碼：C16。

**(二)主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、
C79.5-C97.7)+(次診斷碼 C16、Z85.028)。**

二、攝護腺癌 ICD-10-CM：主診斷碼：C61。

三、口腔癌 ICD-10-CM：主診斷碼：C01-C10。

第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範案。

決議：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。

肆、臨時動議：無

伍、散會：下午 5 時 15 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：中醫門診總額研商議事會議開會規則。

決定：



中醫門診總額研商議事 會議開會規則

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



代表組成

- 依據「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」計29名，任期2年(112-113年)。
 - 保險付費者代表2名
 - 台灣醫院協會代表2名
 - 中華民國中醫師公會全國聯合會代表18名
 - 專家學者3名
 - 政府機關代表
 - 主管機關代表(社會保險司)1名
 - 保險人代表2名
 - 主管機關所屬中醫藥管理政策單位(中醫藥司)代表1名

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

2



利益揭露與迴避

- 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，代表若有利益衝突務必迴避。
- 如有違反且情節重大者，經本會議決議後，本署得予更換；其缺額本署得依本要點辦理改推派事宜。



出席與發言

- 出席代表過半數，始得開會。
- 會議代表不克出席，由順位代理人依序代理，非代理人不得代表出席與發言。
- 代表發言應先舉手，經主席按舉手先後安排發言順序；發言者先說明『姓名』、如代理人應補充『代理代表』之姓名。
- 發言時間以3分鐘為原則，經主席同意得延長之；如主席認定與議題無關之發言，得裁定終止。
- 會議以3小時為原則，必要時得延長或縮短。
- 會議採全程錄音。



會議公開事項

- 開會七日前，對外公開會議議程。
- 會議結束後十日，公開出席名單及會議內容實錄。
- 會議錄音檔列入檔案備查以供對外查閱。



年度研商議事會議預定報告/ 討論議題期程

會議名稱	報告議題	討論議題
第1次會議	1. 前一年第3季點值確認。 2. 當年協定事項及內容。	1. 當年協定金額支付標準修訂未盡項目。 2. 其他。
第2次會議	前一年第4季點值確認。	其他。
第3次會議	1. 當年第1季點值確認。 2. 品保款核發報告。	1. 品質保證保留款及其他現行計畫修訂內容(不涉預算變更)第1次提會討論。 2. 其他。
第4次會議及臨時會	1. 當年度第2季點值確認。 2. 地區預算分配(含分區分配與四季分配)。 3. 來年研商議事會議時間。	1. 已執行計畫內容確認。 2. 當年新增預算之計畫草案增訂。 3. 當年協定金額之支付標準項目修訂。 4. 其他。



112年「全民健康保險醫療給付費用 中醫門診總額研商會議」會議時程

- 會議時間如下，請各代表預留時間：

第2次會議	第3次會議	第4次會議	第1臨時會
112.5.18 (週四下午)	112.8.17 (週四下午)	112.11.16 (週四下午)	112.11.30 (週四下午)

報告事項第二案

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

說明：擬解除列管計 8 項，繼續列管計 3 項。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	111_1_討(6)_ 檢討現行「全民健康保險中醫門診總額檔案分析審查異常不予支付指標」計 4 項案	請本署醫審及藥材組持續監測本案已刪除之不予支付指標，並於半年後於本會報告。	一、將於本次研商議事會議報告事項第七案說明監測結果。 二、建議報告後解除列管。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
2	111_3_報(5): 「中醫針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費—REA 改支醫令處理」檢核生效日期及中醫診療部位代碼訂定案。	一、為利院所申報檢核作業，中醫院所應依支付標準如實申報實際針灸及傷科治療之診療部位。診療之部位代碼「C7:針灸治療同一穴名兩側(左側及右側)」，因無法辨識部位別，爰不予增列。 二、本署將自費用年月 111 年 10 月起啟動「中醫針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費—REA 改支醫令處理」檢核。	因程式開發時間及測試，延自費用年月 111 年 11 月起啟動檢核。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
3	111_4_報(4)_ 112 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目報告案	112 年中醫門診一般服務之保障項目比照 111 年保障項目，除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理外，醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點 1 元支付，並報全民健康保險會同意後實施。	本案業提報 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。	☒ 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
4	111_4_討(1)_修訂「112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」條文案。	一、施行區域： (一)無中醫鄉鎮區：共81個鄉鎮，移除桃園市復興區、嘉義縣鹿草鄉；增列苗栗縣三灣鄉。 (二)一家中醫鄉鎮區：共77個鄉鎮，移除苗栗縣三灣鄉；增列桃園市復興區、嘉義縣鹿草鄉、嘉義縣中埔鄉、雲林縣臺西鄉。 二、年度目標值調整：巡迴鄉鎮目標數至少100個、服務人次260,000人次及服務總天數11,000天。 三、申請資格-獎勵開業服務計畫：若最近12個月內無申報資料，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計12個月為基準。 四、開診規範-獎勵開業服務計畫： (一)分區業務組核定開業申請後，開業準備期限放寬為3個月。 (二)每一診次服務時數改為至少2(含)小時以上，並敘明夜診時間為18時至22時。 五、支付方式： (一)獎勵開業服務計畫-管理原則：每月總服務量納入「其他預算」、「中醫門診總額其他中醫專案」，維持「代辦案件」另計。 (二)巡迴醫療服務計畫： 1. 執行期間，如巡迴服務地區新設立中醫診所，致該地區	業於111年12月23日健保醫字第1110122971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
同前頁		不適用本方案施行區域，變更論次費用為 2,000 點。 2. 刪除「初診不得申報初診門診診察費(A90)」規定。 3. 不得執行中醫門診總額其他中醫專案及其他預算。 六、醫療費用申報獎勵開業服務計畫，申報「代辦案件」於特定治療項目代碼(一)填報 C7；申報「中醫門診總額其他中醫專案」、「其他預算」於特定治療項目代碼(二)至(四)任一欄填報 C7。	同前頁	同前頁
5	111_4_討(2)_修訂「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案。	一、保留「施行期間」及「執行目標」。 二、醫療費用申報與審查比照中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案新增「門診日報表」，以核對實際提供醫療服務情形。 三、比照中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，刪除「不得申報初診門診診察費加計(A90)」規定。	業於 111 年 12 月 28 日健保醫字第 1110122970 號公告。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
6	111_4_討(3)_修訂全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)。	考量民眾就醫權益，維持原條文不予修訂。	業於 111 年 12 月 28 日健保醫字第 1110123002 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
7	111_4_討(4)_修訂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(草案)。	一、本案修訂通過。 二、分配方式同 111 年計畫，修訂相關參數年度。	業於 111 年 12 月 30 日健保醫字第 1110122971 號公告。	☒ ☐ 解除繼續列管
8	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。	業於 112 年 1 月 30 日至 112 年 2 月 6 日預告，刻依程序報請衛生福利部核定。	☐ ☒ 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	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。	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，將依會議決議辦理後續報部事宜。	☐ 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
10	111_4_討(7)_ 修訂「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文案。	本案修訂通過增加下列適用範圍： 一、 胃癌 ICD-10-CM： (一)主診斷碼：C16。 (二)主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C97.7)+(次診斷碼 C16、Z85.028)。 二、 攝護腺癌 ICD-10-CM:主診斷碼：C61。 三、 口腔癌 ICD-10-CM:主診斷碼：C01-C10。	本案修訂內容，業於 112 年 2 月 10 日公告，並溯自 112 年 1 月 1 日生效。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
11	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。	一、 本案業於 112 年 1 月 30 日至 112 年 2 月 6 日預告，刻依程序報請衛生福利部核定。 二、 本署刻正製作 Q&A 供中醫院所申報依循。	☐ 解除 ☒ 繼續列管

報告事項第三案

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案（附件報 3-2 頁）

決定：



(附件)

中醫門診總額執行概況

中央健康保險署
112年2月23日

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

1



大綱

- 112年度中醫門診總額協定結果
- 點值預估
- 近5年醫療供給及利用概況
- 111年專案執行報告
- 其他參考資料(111年及111Q4醫療供給及利用概況及111Q4專案執行報告)

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

2



112年中醫門診總額-協定結果 衛福部112.1.9公告

◆結論：總金額309.8億元，較111年增加14.05億元，成長率為4.344%。

◆協定事項重點：

1. 一般服務項目依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
2. 有關預算扣減方式規劃，請本署會同中醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。



112年中醫門診總額協定重點

一般服務協定重點：

- (1)提升中醫小兒傷科照護品質：0.025億元(112年新增)。
- (2)多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度：4.767億元(112年新增)。
- (3)針傷科合併治療合理給付：3.04億元(112年新增)。
- (4)增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(I69)」：0.172億元(112年新增)。

專款項目協定重點：

- (1)醫療資源不足地區改善方案：全年經費1.72億元。
- (2)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：全年經費4.368億元。
- (3)中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費0.81億元。
- (4)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費0.216億元。
- (5)中醫癌症患者加強照護整合方案：全年經費2.45億元。
- (6)中醫急症處置：全年經費0.05億元。
- (7)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：1.053億元。
- (8)照護機構中醫醫療方案：0.28億元。
- (9)網路頻寬補助費用：0.98億元。
- (10)品質保證保留款：112年專款經費0.276億元，與原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(0.228億元)合併運用(計0.504億元)。



112年中醫門診成長率項目表_一般服務

項 目	協定結果公告	
A. 一般服務	成長率(%)	預估增加金額(百萬元)
A1. 醫療服務成本及人口因素成長率	1.394%	398.6
投保人口預估成長率	-0.264%	
人口結構改變率	0.830%	
醫療服務成本指數改變率	0.832%	
A2. 協商因素成長率	2.678%	765.9
提升中醫小兒傷科照護品質(新增)	0.009%	2.5
多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(新增)	1.667%	476.7
針傷科合併治療合理給付(新增)	1.063%	304.0
「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(I69)(新增)	0.060%	17.2
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.121%	-34.5
一般服務成長率	增加金額	4.072%
	總金額	1.164.5
		29,760.1

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

5



112年中醫門診成長率項目表_專款合計

項 目	協定結果公告	
專款項目	專款金額	增加金額(百萬元)
醫療資源不足地區改善方案	172.0	0
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫 (112年新增腦血管後遺症I69及術後疼痛)	436.8	184.1
中醫提升孕產照護品質計畫	81.0	0
兒童過敏性鼻炎專案照護計畫	21.6	0
中醫癌症患者加強照護整合方案(112年新增胃癌、攝護腺癌及口腔癌)	245.0	0
中醫急症處置	5.0	0
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	105.3	55.3
照護機構中醫醫療方案	28.0	0
網路頻寬補助費用	98.0	0
品質保證保留款	27.6	1.1
專款總金額	1220.3	240.5
較111年度核定總額成長率(一般服務+專款)	增加金額	1,405.0
	總金額	30,980.4

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

6



點值預估說明

一、製表日期：112年2月3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. 111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110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111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(99.66127795%)校正，該占率以111Q2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110下半年爭審後核減率，各分區分別計之。

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

7



111年第4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)	預估點數(百萬)		預估點值	
			非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第4季	臺北	2,119	949	1,499	0.7805	0.8656
	北區	926	452	642	0.7384	0.8465
	中區	1,863	815	1,357	0.7719	0.8575
	南區	1,063	502	722	0.7774	0.8687
	高屏	1,181	556	834	0.7491	0.8494
	東區	164	54	104	1.0532	1.0349
	合計	7,315	3,329	5,157	0.7730	0.8620

註1：110Q4結算全區平均點值1.0153

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

8

醫療供給及利用概況

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
107年12月	1,070	454	1,030	506	539	67	3,666
108年12月	1,091	462	1,043	517	545	70	3,728
109年12月	1,127	468	1,058	530	550	71	3,804
110年12月(A)	1,137	470	1,058	530	558	71	3,824
111年12月(B)	1,159	482	1,074	535	567	68	3,885
成長率(B/A)-1	1.9%	2.6%	1.5%	0.9%	1.6%	-4.2%	1.6%
增減數B-A	22	12	16	5	9	-3	61

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
110年12月(A)	25	11	34	25	20	10	125
111年12月(B)	26	15	34	25	21	10	131
成長率(B/A)-1	4.0%	36.4%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	4.8%
增減數B-A	1	4	0	0	1	0	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2：111年12月較去年同期家數增減名單：

臺北區(+1)：增加1家-宜蘭員山醫院。

北區(+4)：增加4家：慈祐醫院、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(0)：增加1家：國軍台中總醫院附設民眾診療服務處。

減少1家：法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院，係監所考量，並非承辦的中國附醫要停辦中醫科。

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
107年12月	1,992	837	1,830	868	958	138	6,623
108年12月	2,068	872	1,864	896	985	153	6,838
109年12月	2,150	898	1,919	919	1,017	164	7,067
110年12月(A)	2,191	928	1,971	934	1,051	160	7,235
111年12月(B)	2,235	954	2,017	959	1,086	157	7,408
成長率(B/A)-1	2.0%	2.8%	2.3%	2.7%	3.3%	-1.9%	2.4%
增減數B-A	44	26	46	25	35	-3	173

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
107年12月	211	109	214	156	110	50	850
108年12月	222	108	222	171	117	61	901
109年12月	233	117	237	150	123	63	923
110年12月(A)	242	116	258	154	122	59	951
111年12月(B)	246	125	255	158	119	58	961
成長率(B/A)-1	1.7%	7.8%	-1.2%	2.6%	-2.5%	-1.7%	1.1%
增減數B-A	4	9	-3	4	-3	-1	10

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

13



各分區每萬人口中醫師數

年度	107	108	109	110	111Q4
臺北	2.61	2.71	2.83	2.92	3.00
北區	2.22	2.29	2.34	2.42	2.48
中區	4.00	4.07	4.19	4.33	4.44
南區	2.59	2.69	2.77	2.84	2.93
高屏	2.59	2.66	2.76	2.88	2.99
東區	2.52	2.82	3.04	2.99	2.95
總計	2.81	2.90	3.00	3.10	3.18

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

14



各分區每萬人口中醫醫師數 與全國比率

年度	107	108	109	110	111Q4
臺北/全區	0.93	0.93	0.94	0.94	0.94
北區/全區	0.79	0.79	0.78	0.78	0.78
中區/全區	1.42	1.40	1.40	1.40	1.40
南區/全區	0.92	0.93	0.92	0.92	0.92
高屏/全區	0.92	0.92	0.92	0.93	0.94
東區/全區	0.90	0.97	1.01	0.97	0.93
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

15



每萬人口中醫醫師數組距各區鄉鎮數

年月	每萬人口 中醫醫師組距	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	合計 %
110年12月 鄉鎮數	無中醫醫師鄉鎮	15	11	4	14	24	15	83	22.6%
	0 < X < 1	17	10	16	24	18	7	92	25.0%
	1 ≤ X < 2	12	13	12	14	17	3	71	19.3%
	2 ≤ X < 3	11	5	8	10	6	0	40	10.9%
	3 ≤ X	15	8	28	15	12	4	82	22.3%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
111年12月 鄉鎮數	無中醫醫師鄉鎮	14	11	4	12	24	14	79	21.5%
	0 < X < 1	16	9	16	26	19	6	92	25.0%
	1 ≤ X < 2	14	15	12	15	16	4	76	20.7%
	2 ≤ X < 3	8	4	7	8	6	1	34	9.2%
	3 ≤ X	18	8	29	16	12	4	87	23.6%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
較去年同期 增減鄉鎮數	無中醫醫師鄉鎮	-1	0	0	-2	0	-1	-4	
	0 < X < 1	-1	-1	0	2	1	-1	0	
	1 ≤ X < 2	2	2	0	1	-1	1	5	
	2 ≤ X < 3	-3	-1	-1	-2	0	1	-6	
	3 ≤ X	3	0	1	1	0	0	5	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

臺北區(-1):宜蘭縣冬山鄉。

北區(0) (+2):苗栗縣頭屋鄉、三灣鄉北區 (-2):桃園市復興區、苗栗縣西湖鄉。

南區(-2):臺南市安定區、嘉義縣鹿草鄉。

東區(-1):臺東縣鹿野鄉。

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

16



近5年整體費用申報概況

項目	申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
	值 年 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
107年	39,229.1	2.1%	26,505.8	5.8%	675.7	3.7%
108年	40,335.0	2.8%	28,493.4	7.5%	706.4	4.6%
109年	39,005.2	-3.3%	28,876.1	1.3%	740.3	4.8%
110年	34,921.2	-10.5%	26,886.6	-6.9%	769.9	4.0%
111年	41,348.4	18.4%	31,339.2	16.6%	757.9	-1.6%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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。



近5年整體申報費用點數 【費用分類】

項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
近五年	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
107年	9,034.6	10.2%	180.7	1.0%	12,112.5	2.6%	5,178.0	6.3%	26,505.8	5.8%
108年	10,151.9	12.4%	186.3	3.1%	12,445.7	2.8%	5,709.5	10.3%	28,493.4	7.5%
109年	10,700.2	5.4%	179.1	-3.9%	12,277.2	-1.4%	5,719.7	0.2%	28,876.1	1.3%
110年	10,006.7	-6.5%	159.6	-10.9%	11,118.9	-9.4%	5,601.4	-2.1%	26,886.6	-6.9%
111年	11,917.5	19.1%	179.4	12.3%	12,953.8	16.5%	6,288.6	12.3%	31,339.2	16.6%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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年調高針灸、傷科、針傷科支付標準。



近5年整體申報醫療費用點數 【案件分類】(1)

近五年/ 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 (百萬)	成長率
107年	14,300.3	3.5%	483.1	19.6%	4,164.6	14.0%	183.4	27.0%	1.49	74.0%
108年	14,764.0	3.2%	603.6	25.0%	4,889.2	17.4%	224.0	22.1%	2.62	75.6%
109年	14,635.1	-0.9%	562.1	-6.9%	5,398.4	10.4%	259.8	16.0%	3.12	18.9%
110年	12,975.1	-11.3%	606.3	7.9%	5,412.2	0.3%	214.8	-17.3%	3.11	-0.4%
111年	15,567.5	20.0%	724.7	19.5%	6,258.6	15.6%	248.5	15.7%	4.07	31.1%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

19



近5年整體申報醫療費用點數 【案件分類】(2)

近五年/ 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
107年	7,278.3	4.8%	94.5	21.1%	.	0%	.	0%	26,505.8	5.8%
108年	7,890.9	8.4%	117.6	24.4%	1.4	0%	.	0%	28,493.4	7.5%
109年	7,871.1	-0.3%	117.0	-0.5%	29.4	2045%	.	0%	28,876.1	1.3%
110年	7,487.4	-4.9%	101.9	-12.9%	85.8	191.8%	.	0%	26,886.6	-6.9%
111年	8,306.8	10.9%	96.6	-5.2%	132.4	54.3%	9.1	0%	31,339.2	16.6%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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%係指前一年數字為0

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

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

20



近5年醫院中醫科費用申報概況

項目	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
107年	3,289.9	6.7%	3,022.3	12.1%	918.7	5.1%
108年	3,552.3	8.0%	3,421.8	13.2%	963.3	4.9%
109年	3,271.3	-7.9%	3,353.8	-2.0%	1,025.2	6.4%
110年	2,978.3	-9.0%	3,212.1	-4.2%	1,078.5	5.2%
111年	3,527.0	18.4%	3,768.7	17.3%	1,068.5	-0.9%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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。



近5年醫院中醫科申報費用點數 【費用分類】

項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
近五年	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
107年	1,224.6	13.4%	67.3	5.5%	988.2	7.5%	742.3	17.3%	3,022.3	12.1%
108年	1,417.4	15.7%	72.8	8.2%	1,066.3	7.9%	865.3	16.6%	3,421.8	13.2%
109年	1,427.4	0.7%	68.0	-6.6%	999.7	-6.2%	858.7	-0.8%	3,353.8	-2.0%
110年	1,311.7	-8.1%	62.2	-8.5%	912.2	-8.8%	926.0	7.8%	3,212.1	-4.2%
111年	1,528.3	16.5%	74.1	19.1%	1,076.0	18.0%	1,090.4	17.8%	3,768.7	17.3%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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。



近5年醫院中醫科申報費用點數 【案件分類】(1)

近五年/ 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 (百萬)	成長率
107年	554.6	8.0%	425.7	19.3%	1,292.0	11.3%	21.0	26.9%	1.41	74.7%
108年	606.6	9.4%	468.1	10.0%	1,473.5	14.0%	25.9	23.8%	2.51	78.3%
109年	577.0	-4.9%	450.5	-3.8%	1,505.1	2.1%	29.7	14.7%	2.90	15.8%
110年	502.4	-12.9%	508.7	12.9%	1,374.0	-8.7%	24.9	-16.4%	2.91	0.2%
111年	618.5	23.1%	603.0	18.5%	1,565.7	14.0%	35.1	41.1%	3.91	34.5%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

23



近5年醫院中醫科申報費用點數 【案件分類】(2)

近五年/ 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
107年	670.2	11.6%	57.4	21.0%	.	0%	.	0%	3,022.3	12.1%
108年	771.9	15.2%	72.2	25.7%	1.2	0%	.	0%	3,421.8	13.2%
109年	704.4	-8.7%	73.3	1.6%	10.8	825.0%	.	0%	3,353.8	-2.0%
110年	706.0	0.2%	66.2	-9.7%	26.9	148.5%	.	0%	3,212.1	-4.2%
111年	826.5	17.1%	65.7	-0.9%	50.2	86.3%	9.1	0%	3,768.7	17.3%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

24

111年中醫專案執行報告 (含醫院層級執行情形)

中醫專案計畫

- 推動內容：
 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫
 - 癌症患者加強照護整合方案(移併西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫下腫瘤相關子計畫、化放療延長照護試辦計畫、乳肝癌門診加強照護計畫)
 - 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，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)



西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

院所層級	111全年			
	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	6,246	84.1	90.0
區域醫院	39	7,469	96.3	105.9
地區醫院	47	3,729	67.8	78.2
總計	99	15,445	248.2	274.1

註：111年全年預算252.7百萬，醫療點數累計至第4季預算執行率108.3%。

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫癌症患者加強照護整合方案

院所層級	111全年			
	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	5,002	50.2	74.9
區域醫院	35	4,292	54.5	87.5
地區醫院	28	1,382	15.3	21.6
基層院所	61	1,050	10.0	13.5
總計	137	11,489	129.9	197.5

註：111年全年預算245百萬，醫療點數累計至第4季預算執行率80.6%。

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫提升孕產照護品質計畫

院所層級	111全年			
	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	743	6.7	7.3
區域醫院	13	1,580	19.4	22.4
地區醫院	14	128	1.0	1.0
基層院所	96	3,607	30.2	33.3
總計	129	5,971	57.3	64.1

註：111年全年預算81百萬，醫療點數累計至第4季預算執行率79.2%。

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。

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

29



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

院所層級	111全年			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	4	392	1,786	2.2
區域醫院	3	36	188	0.2
地區醫院	2	2	10	0.01
基層院所	100	3,335	13,882	13.9
總計	109	3,764	15,866	16.3

註：111年全年預算21.6百萬，醫療點數累計至第4季預算執行率75.5%。

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。

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

30



中醫急症處置計畫

院所層級	111全年			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	5	714	955	1.5
區域醫院	3	53	53	0.08
地區醫院	1	1	1	0.001
基層院所				
總計	9	768	1,009	1.5

註：111年全年預算5百萬，醫療點數累計至第4季預算執行率30.6%。

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。

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

31



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

院所層級	111全年			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	8	1,844	13,267	24.6
區域醫院	17	1,030	8,475	15.0
地區醫院	19	727	5,030	9.4
基層院所	78	1,765	16,433	23.0
總計	122	5,312	43,205	71.9

註：111年全年預算50百萬，醫療點數累計至第4季預算執行率143.8%。112年全年預算105.3百萬

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。

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

32



中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

院所層級	111全年			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	4	145	1,349	1.0
區域醫院	18	365	4,805	3.4
地區醫院	7	195	1,635	1.2
基層院所	30	800	8,516	6.5
總計	59	1,504	16,305	12.1

註：111年全年預算28百萬，醫療點數累計至第4季預算執行率43.3%。

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。

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

33



111年分區申報專案費用點數

單位：百萬點

分區別	住院 輔助	癌症 整合	孕產	鼻炎	急症	慢性腎 臟病	照護 機構	合計	占率
台北	45.7	36.8	8.9	2.7	0.2	9.1	2.0	105.5	16.5%
北區	18.2	26.2	6.0	4.3	0.0	18.7	1.8	75.1	11.8%
中區	127.9	56.1	23.6	5.5	0.2	22.5	3.5	239.2	37.5%
南區	39.8	43.7	21.6	1.4	0.0	11.2	2.3	120.0	18.8%
高屏	33.5	29.2	2.8	2.3	0.0	8.4	1.0	77.3	12.1%
東區	9.0	5.6	1.2	0.1	1.1	2.0	1.6	20.5	3.2%
全署	274.1	197.5	64.1	16.3	1.5	71.9	12.1	637.6	100.0%

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

34



111年各季中醫專款預算執行情形

序號	專款項目	111Q1	111Q2	111Q3	111Q4	111全年	預算	執行率
1	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	64.7	60.1	66.9	81.9	273.6	252.7	108.3%
2	中醫癌症患者加強照護整合方案	47.1	45.1	50.6	54.7	197.4	245.0	80.6%
3	中醫提升孕產照護品質計畫	16.2	15.2	16.0	16.7	64.1	81.0	79.2%
4	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	3.8	3.7	4.9	3.9	16.3	21.6	75.5%
5	中醫急症處置計畫	0.5	0.2	0.4	0.4	1.5	5.0	30.6%
6	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	16.5	16.7	18.7	20.0	71.9	50.0	143.8%
7	中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	0.8	3.0	3.9	4.5	12.1	28.0	43.3%
		149.6	144.0	161.3	182.1	637.0	682.6	93.3%

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

35



小結

- 111年中醫門診總額專款項目-中醫急症處置計畫之預算執行率(30.6%)及中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案之預算執行率(43.3%)不如預期，請中全會鼓勵會員積極參與，提升執行率。
- 111年西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫及中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫執行率已超出100%，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

36



敬請指教

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

37



其他參考資料 (111年及111第4季)

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

38



整體申報概況 【分區別】

年季	項目	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
111年	台北	11,869.4	21.1%	8,966.9	18.7%	755.5	-2.0%
	北區	5,393.2	22.2%	4,014.1	20.6%	744.3	-1.3%
	中區	10,962.0	16.7%	8,112.1	15.3%	740.0	-1.2%
	南區	5,841.0	17.0%	4,529.4	15.0%	775.4	-1.7%
	高屏	6,542.8	15.7%	5,064.5	14.3%	774.1	-1.2%
	東區	739.9	10.5%	652.1	9.2%	881.3	-1.3%
	全區	41,348.4	18.4%	31,339.2	16.6%	757.9	-1.6%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

39



整體申報醫療費用點數 【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 (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
111年	台北	3,395.8	22.1%	49.8	13.4%	3,743.9	19.2%	1,777.4	12.0%	8,966.9	18.7%
	北區	1,607.5	22.8%	23.8	27.3%	1,694.3	19.8%	688.6	17.4%	4,014.1	20.6%
	中區	2,929.2	17.6%	49.7	7.2%	3,418.7	15.0%	1,714.6	12.4%	8,112.1	15.3%
	南區	1,799.0	16.8%	24.1	13.7%	1,808.6	15.2%	897.8	11.3%	4,529.4	15.0%
	高屏	1,970.8	16.3%	28.0	9.0%	2,054.2	13.8%	1,011.5	11.4%	5,064.5	14.3%
	東區	215.2	12.1%	4.0	4.7%	234.2	9.1%	198.8	6.3%	652.1	9.2%
	合計	11,917.5	19.1%	179.4	12.3%	12,953.8	16.5%	6,288.6	12.3%	31,339.2	16.6%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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110年調高針灸、傷科、針傷科支付標準。

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

40



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		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 (百萬)	成長率
111年	台北	4,358.9	24.1%	131.0	33.9%	1,889.5	17.2%	22.9	26.2%	0.99	42.1%
	北區	2,062.6	23.7%	84.1	29.7%	917.0	18.0%	51.0	10.9%	2.39	27.7%
	中區	4,317.2	17.2%	259.7	22.2%	1,270.7	15.1%	33.2	36.8%	0.67	28.7%
	南區	2,130.3	18.2%	143.1	9.8%	1,058.5	14.0%	39.2	44.7%	0.02	0.4%
	高屏	2,471.0	17.2%	85.3	2.2%	1,018.8	13.7%	52.2	-1.2%	0.01	0.0%
	東區	227.5	12.3%	21.6	23.9%	104.1	10.5%	50.2	7.6%	.	0.0%
	全區	15,567.5	20.0%	724.7	19.5%	6,258.6	15.6%	248.5	15.7%	4.07	31.1%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

41



整體申報醫療費用點數 【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
111年	台北	2,536.7	10.6%	13.0	4.1%	13.87	132%	0.6	0%	8,966.9	18.7%
	北區	877.8	16.6%	10.5	-7.7%	8.79	22%	.	0%	4,014.1	20.6%
	中區	2,170.1	10.2%	18.7	-7.1%	41.81	86%	8.0	0%	8,112.1	15.3%
	南區	1,115.0	10.3%	23.1	-8.2%	20.25	45%	.	0%	4,529.4	15.0%
	高屏	1,398.2	11.3%	26.3	-5.3%	12.65	83%	0.2	0%	5,064.5	14.3%
	東區	209.0	3.1%	4.8	0.6%	35.02	20%	0.3	0%	652.1	9.2%
	全區	8,306.8	10.9%	96.6	-5.2%	132.39	54%	9.1	0%	31,339.2	16.6%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

42



醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	項目	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	(百萬 點)	成長率	值	成長率
111年	台北	970.8	22.4%	1,020.3	22.0%	1,051.0	-0.3%
	北區	365.9	28.6%	427.8	24.6%	1,169.1	-3.0%
	中區	1,037.1	17.3%	1,033.3	16.9%	996.3	-0.4%
	南區	618.5	14.9%	701.2	12.3%	1,133.8	-2.3%
	高屏	400.4	14.4%	430.3	13.0%	1,074.5	-1.2%
	東區	134.3	4.4%	155.8	8.5%	1,160.2	3.9%
	全區	3,527.0	18.4%	3,768.7	17.3%	1,068.5	-0.9%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

43



醫院中醫科申報 醫療費用點數【費用分類+分區別】

年	項目	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
111年	台北	468.6	18.7%	21.2	23.9%	297.2	22.6%	233.3	28.2%	1,020.3	22.0%
	北區	198.9	20.6%	7.2	29.0%	107.5	28.5%	114.1	28.3%	427.8	24.6%
	中區	369.6	15.6%	21.8	18.1%	319.3	16.8%	322.6	18.5%	1,033.3	16.9%
	南區	272.5	14.0%	12.6	16.1%	183.3	15.6%	232.8	7.9%	701.2	12.3%
	高屏	167.5	14.6%	8.1	11.6%	125.8	11.8%	128.9	12.2%	430.3	13.0%
	東區	51.1	8.6%	3.1	7.0%	42.9	3.5%	58.6	12.6%	155.8	8.5%
	合計	1,528.3	16.5%	74.1	19.1%	1,076.0	18.0%	1,090.4	17.8%	3,768.7	17.3%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

44



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(1)

年	分區	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(百萬)	成長率
111年	台北	162.2	36.0%	100.8	35.0%	519.4	13.8%	3.7	9.8%	0.99	43.0%
	北區	41.2	66.6%	71.7	28.7%	235.2	16.5%	0.4	-12.8%	2.39	27.7%
	中區	228.0	15.0%	220.4	21.3%	319.7	14.2%	4.9	209.2%	0.51	56.1%
	南區	91.9	20.9%	122.9	10.1%	273.9	12.7%	15.1	40.7%	0.02	0.4%
	高屏	71.3	19.6%	68.8	-1.4%	175.7	14.3%	6.0	33.4%	0.01	0.0%
	東區	23.7	-3.3%	18.5	20.6%	41.8	7.9%	5.0	18.2%	.	0.0%
	全區	618.5	23.1%	603.0	18.5%	1,565.7	14.0%	35.1	41.1%	3.91	34.5%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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。#VALUE! 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

45



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(2)

年	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 (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
111年	台北	216.2	27.2%	10.5	13.7%	6.37	161.4%	0.6	0.0%	1,020.3	22.0%
	北區	71.5	31.8%	4.2	18.0%	1.19	63.8%	.	0.0%	427.8	24.6%
	中區	225.2	13.9%	14.7	0.7%	19.85	103.4%	8.0	0.0%	1,033.3	16.9%
	南區	168.2	8.3%	19.6	-8.3%	9.50	53.0%	.	0.0%	701.2	12.3%
	高屏	91.1	19.4%	13.0	-8.2%	4.36	62.6%	0.2	0.0%	430.3	13.0%
	東區	54.1	3.6%	3.6	10.9%	8.93	74.1%	0.3	0.0%	155.8	8.5%
	全區	826.5	17.1%	65.7	-0.9%	50.21	86.3%	9.1	0.0%	3,768.7	17.3%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

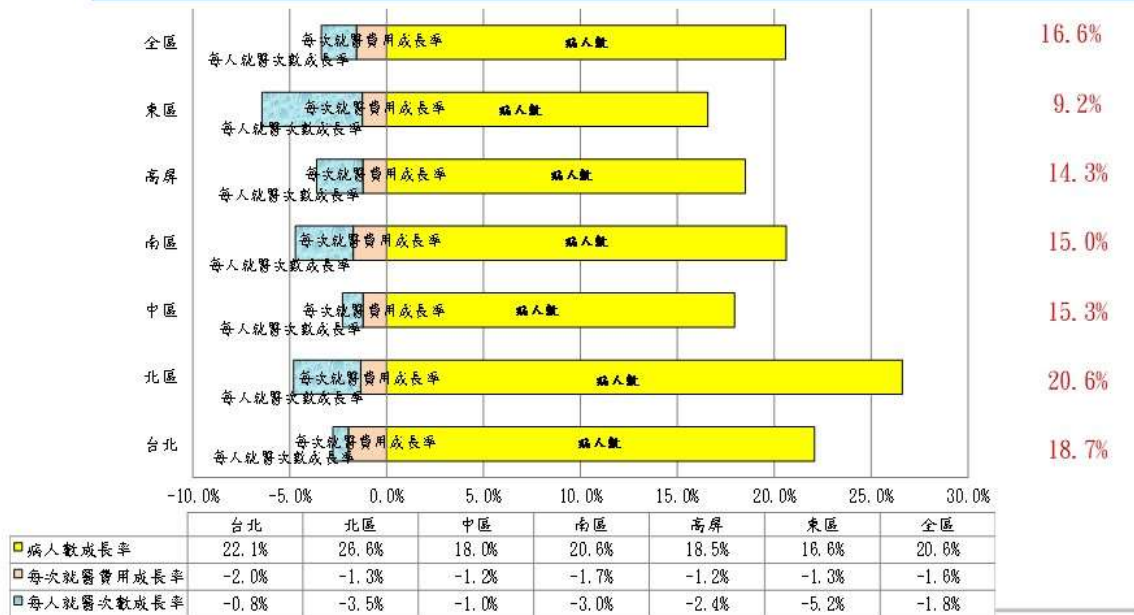
Bureau of National Health Insurance

46



111年整體費用分析解構圖

點數成長率



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

47



111年第4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	91	449,062	2.03	4,935
	基隆市	75	361,526	2.07	4,820
	臺北市	987	2,480,681	3.98	2,513
	新北市	1,074	3,995,551	2.69	3,720
	金門縣	8	141,295	0.57	17,662
	連江縣	0	13,983	0.00	0
		2,235	7,442,098	3.00	3,330
北區	桃園市	596	2,281,464	2.61	3,828
	新竹市	134	452,473	2.96	3,377
	新竹縣	110	580,503	1.89	5,277
	苗栗縣	114	535,132	2.13	4,694
		954	3,849,572	2.48	4,035
中區	臺中市	1,471	2,814,459	5.23	1,913
	南投縣	146	479,595	3.04	3,285
	彰化縣	400	1,245,239	3.21	3,113
		2,017	4,539,293	4.44	2,251

48



111年第4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	160	664,092	2.41	4,151
	嘉義市	106	262,924	4.03	2,480
	嘉義縣	80	488,158	1.64	6,102
	臺南市	613	1,852,997	3.31	3,023
		959	3,268,171	2.93	3,408
高屏	高雄市	917	2,728,137	3.36	2,975
	屏東縣	164	798,703	2.05	4,870
	澎湖縣	5	107,223	0.47	21,445
		1,086	3,634,063	2.99	3,346
東區	花蓮縣	109	318,892	3.42	2,926
	臺東縣	48	212,551	2.26	4,428
		157	531,443	2.95	3,385
總計		7,408	23,264,640	3.18	3,140

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

49



整體申報概況 【分區別】

年季	分區	值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
111Q4	台北	3,339.9	26.6%	2,494.1	21.4%	746.8	-4.1%
	北區	1,543.0	31.2%	1,131.9	25.4%	733.6	-4.4%
	中區	3,088.6	24.7%	2,249.8	19.1%	728.4	-4.5%
	南區	1,679.4	27.4%	1,272.6	20.5%	757.8	-5.4%
	高屏	1,878.4	25.1%	1,426.3	19.6%	759.3	-4.4%
	東區	206.0	17.2%	177.4	10.0%	861.1	-6.1%
	全區	11,735.4	26.3%	8,752.1	20.60%	745.8	-4.5%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

50



整體申報醫療費用點數 【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	
	分區	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
111Q4	台北	957.2	28.6%	14.2	21.8%	1,045.9	23.8%	476.7	4.9%	2,494.1	21.4%
	北區	458.6	31.2%	6.7	32.2%	479.8	27.7%	186.8	8.4%	1,131.9	25.4%
	中區	822.0	25.0%	14.2	14.8%	952.9	21.7%	460.7	5.6%	2,249.8	19.1%
	南區	510.7	25.8%	6.9	21.0%	513.3	24.0%	241.8	5.1%	1,272.6	20.5%
	高屏	561.3	25.1%	8.0	18.8%	582.9	22.0%	274.1	5.5%	1,426.3	19.6%
	東區	59.1	16.5%	1.1	6.0%	64.7	14.7%	52.5	-1.0%	177.4	10.0%
	合計	3,368.9	26.8%	51.1	20.0%	3,639.5	23.3%	1,692.5	5.4%	8,752.1	20.60%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

51



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
111Q4	台北	1,251.2	32.7%	39.5	36.2%	516.4	22.0%	6.6	13.6%	24.3	10.6%
	北區	600.2	35.8%	25.2	35.2%	253.0	23.7%	13.9	8.7%	65.4	35.8%
	中區	1,236.2	28.4%	72.7	23.3%	337.1	16.1%	9.0	24.3%	19.4	31.5%
	南區	626.6	32.5%	38.1	5.0%	285.3	18.2%	12.8	72.5%	0.6	20.0%
	高屏	727.7	31.0%	24.1	16.5%	275.0	18.3%	13.3	-13.2%	0.4	0.0%
	東區	65.6	25.0%	6.1	34.3%	27.1	9.1%	13.2	3.1%	.	0.0%
	全區	4,507.6	31.5%	205.8	22.4%	1,693.8	19.6%	68.7	12.1%	110.1	29.0%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

52



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
111Q4	台北	672.8	3.9%	3.3	-9.0%	4.03	40.5%	0.6	0.0%	2,494.10	21.4%
	北區	233.6	7.3%	3.0	-8.2%	2.40	-19.5%	.	0.0%	1,131.87	25.4%
	中區	577.2	3.9%	5.0	-3.8%	12.28	46.3%	1.7	0.0%	2,249.84	19.1%
	南區	298.5	4.3%	5.8	-17.4%	5.54	17.7%	.	0.0%	1,272.58	20.5%
	高屏	375.7	4.5%	6.7	-12.9%	3.86	72.8%	.	0.0%	1,426.26	19.6%
	東區	55.4	-1.1%	1.2	6.0%	8.78	-6.6%	.	0.0%	177.42	10.0%
	全區	2,213.2	4.3%	24.9	-10.5%	36.90	20.6%	2.3	0.0%	8,752.06	20.60%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。
 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

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

53



醫院中醫科申報概況 【分區別】

項目		申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
年季	分區	值	成長率	值	成長率	值	成長率
		(千件)		(百萬)			
111Q4	台北	281.5	26.1%	294.5	23.6%	1,046.1	-1.9%
	北區	108.9	32.4%	125.8	26.8%	1,155.2	-4.2%
	中區	290.2	16.8%	286.7	15.2%	988.1	-1.4%
	南區	175.1	19.1%	193.3	12.3%	1,104.2	-5.7%
	高屏	112.0	15.9%	119.3	12.4%	1,065.1	-3.0%
	東區	36.8	4.7%	42.3	4.7%	1,151.3	0.0%
	全區	1,004.4	20.6%	1,061.9	17.4%	1,057.3	-2.7%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。
 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

54



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	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
111Q4	台北	132.9	23.0%	6.1	27.2%	86.3	26.4%	69.2	21.2%	294.5	23.6%
	北區	56.6	21.8%	2.1	29.5%	32.0	34.1%	35.0	28.9%	125.8	26.8%
	中區	102.0	15.3%	6.1	17.1%	88.4	15.8%	90.1	14.5%	286.7	15.2%
	南區	75.4	18.3%	3.6	21.3%	51.8	19.2%	62.6	1.0%	193.3	12.3%
	高屏	46.1	14.9%	2.2	14.2%	34.9	13.9%	36.0	7.9%	119.3	12.4%
	東區	13.9	7.6%	0.9	6.3%	11.7	3.8%	15.9	2.8%	42.3	4.7%
	合計	426.8	18.6%	21.1	21.0%	305.1	20.2%	308.8	12.8%	1,061.9	17.4%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

55



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		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
111Q4	台北	47.3	38.7%	30.9	34.5%	146.1	19.1%	1.2	-11.5%	24.3	11.2%
	北區	13.5	87.6%	21.8	36.6%	66.0	16.1%	0.1	-46.9%	65.4	35.8%
	中區	64.7	15.7%	62.1	22.8%	86.5	13.3%	1.4	182.4%	16.1	69.2%
	南區	27.6	31.4%	32.9	5.3%	74.5	17.4%	4.9	40.3%	0.6	20.0%
	高屏	20.0	21.7%	19.7	13.6%	48.0	14.2%	1.6	1.0%	0.4	0.0%
	東區	6.7	1.1%	5.1	27.8%	11.3	9.6%	1.2	1.8%	.	0.0%
	全區	179.7	27.3%	172.6	21.4%	432.4	16.4%	10.4	26.0%	106.8	33.5%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

56



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 (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
111Q4	台北	63.7	19.8%	2.8	3.5%	2.16	130.3%	0.6	0.0%	294.5	23.6%
	北區	21.9	28.4%	1.4	21.6%	0.41	27.2%	.	0.0%	125.8	26.8%
	中區	62.0	7.1%	4.2	12.3%	5.79	45.8%	1.7	0.0%	286.7	15.2%
	南區	45.7	1.6%	5.0	-13.6%	2.76	26.3%	.	0.0%	193.3	12.3%
	高屏	25.4	4.8%	3.3	-11.8%	1.24	75.4%	.	0.0%	119.3	12.4%
	東區	14.8	-2.6%	0.9	18.6%	2.20	-3.1%	.	0.0%	42.3	4.7%
	全區	233.5	9.9%	17.7	-1.5%	14.56	40.1%	2.3	0.0%	1,061.9	17.4%

註1：資料來源：截至112年2月2日倉儲資料。

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

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

57



111年Q4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

58



西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

111Q4

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	2,154	24.8	26.6
區域醫院	39	2,622	29.3	32.1
地區醫院	46	1,384	20.0	23.3
總計	98	5,593	74.1	81.9

註：111年全年預算252.7百萬，醫療點數第1季執行率25.6%，第2季執行率23.8%，

第3季執行率26.5%，累計至第4季預算執行率108.3%。

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫癌症患者加強照護整合方案

111Q4

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	2,735	13.7	20.5
區域醫院	34	2,233	14.9	23.8
地區醫院	25	782	4.5	6.3
基層院所	57	654	2.9	4.0
總計	129	6,361	36.0	54.7

註：111年全年預算245百萬，醫療點數第1季執行率19.2%，第2季執行率18.4%，

第3季執行率20.7%，累計至第4季預算執行率80.6%。

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫提升孕產照護品質計畫

111Q4

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	383	1.9	2.0
區域醫院	11	781	5.0	5.7
地區醫院	10	56	0.3	0.3
基層院所	83	1,650	7.8	8.6
總計	110	2,848	15.0	16.7

註：111年全年預算81百萬，醫療點數第1季執行率20.0%，第2季執行率18.8%，第3季執行率19.7%，累計至第4季預算執行率79.2%。

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

111Q4

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	4	154	465	0.57
區域醫院	3	20	58	0.06
地區醫院				
基層院所	78	1,116	3,255	3.29
總計	85	1,290	3,778	3.93

註：111年全年預算21.6百萬，醫療點數第1季執行率17.6%，第2季執行率17.2%，第3季執行率22.5%，累計至第4季預算執行率75.5%。

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫急症處置計畫

111Q4

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	5	197	206	0.40
區域醫院				
地區醫院				
基層院所				
總計	5	197	206	0.40

註：111年全年預算5百萬，醫療點數第1季執行率10.4%，第2季執行率4.9%，第3季執行率7.4%，累計至第4季預算執行率30.6%。

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

111Q4

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	8	1,198	3.7	6.8
區域醫院	15	608	2.3	4.0
地區醫院	15	461	1.4	2.6
基層院所	65	1,038	4.6	6.6
總計	103	3,297	12.1	20.0

註：111年全年預算50百萬，醫療點數第1季執行率33.1%，第2季執行率33.3%，第3季執行率37.4%，累計至第4季預算執行率143.8%。

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 111Q4

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	4	106	503	0.4
區域醫院	18	255	1,835	1.3
地區醫院	6	116	664	0.5
基層院所	23	467	2,927	2.3
總計	51	944	5,929	4.5

註：111年全年預算28百萬，醫療點數第1季執行率2.7%，第2季執行率10.6%，
第3季執行率13.9%，累計至第4季預算執行率43.3%。

資料來源：截至112年2月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



111Q4分區申報專案費用點數

單位：百萬點

分區 別	住院 輔助	癌症整 合	孕產	鼻炎 (萬元)	急症 (萬元)	慢性腎 臟病	照護 機構	合計	占率
台北	15.1	10.8	2.3	70.5	0.8	2.5	0.7	32.2	17.7%
北區	6.6	7.7	1.6	108.4	0.1	5.3	0.7	23.0	12.6%
中區	37.0	15.2	6.2	146.2	4.0	6.1	1.2	67.2	36.9%
南區	11.1	11.2	5.3	27.7	.	3.1	0.8	31.9	17.5%
高屏	9.5	8.3	0.9	38.0	0.6	2.2	0.6	22.0	12.1%
東區	2.6	1.4	0.3	2.0	34.1	0.7	0.4	5.9	3.2%
全署	81.9	54.7	16.7	392.8	39.5	20.0	4.5	182.1	100.0%

報告事項第四案

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。

說明：

- 一、依衛生福利部 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暨衛生福利部全民健康保險會 111 年 10 月 28 日第 5 屆 111 年第 10 次委員會議決議事項辦理。
- 二、111 年度中醫門診醫療給付費用總額協定項目「提升民眾於黃金治療期針傷照護」(預算 500 百萬元)，協定事項之一為依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
- 三、查本項預算係用於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，中醫醫療院所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上限，自 45 人次調升為 60 人次。推估調升合理量，同時將影響院所申報態樣，另中醫刪除其不予支付指標每月每位病人看診次數限制。
- 四、有關前開協定事項之扣減當年未執行額度之計算方式，本署經提至前揭委員會議決議以 111 年針傷處置申報量較 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)計算本項預算之執行情形；另因針傷處置次數增加，將增加診察費及藥費，爰以平均每件針傷處置申報之診察費及藥費推估此部分增加點數。
- 五、預算執行情形(附件_報 4-3 頁)：
 - (一). 針傷處置：統計 111 年針傷處置申報總計 2,197.7 萬件及 55.35 億點，較 110 年 2,013 萬件及 49.58 億點，增加 184.7 萬件、5.77 億點，經扣除自然成長(以 106 年至 110 年之年平均成長率-1.73%，因為負成長爰以零成長計為自然成長率)後，增加約 184.7 萬件、5.77 億點。
 - (二). 伴隨增加之診察費及藥費：統計 111 年申報情形，針傷處置費平均每增加 1 人次，診察費醫令數增加 0.265 人次、

每日藥費增加 1.167 人次，以前述增加 184.7 萬件計算，診察費約增加 1.62 億點【0.265 人次*1,847,008 件*330 點】、藥費約增加 0.8 億點【1.167 人次*1,847,008 件*37 點】。

六、綜上，本項預算 5 億元，執行 8.18 億點【5.77 億點+1.62 億點+0.8 億點】，執行之額度已逾 5 億元，本案後續無需辦理預算扣減作業。

決定：

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	21,977,415	5,534,497,173		9.2%	11.6%	

111年全年扣除自然成長率0%(以106年至110年件數平均成長率-1.73%，本表以零成長為自然成長率)後：

年度	醫令數(C)	醫令點數(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)
111較 110年 增加	1,847,008	576,824,828	9.2%	9.2%	1,847,008	576,824,828

	增加人次	單價	預算
診察費	489,456	330	161,520,480
藥費	2,156,350	37	79,784,950
		總計	818,130,258

有申報針傷處至案件之診察費、藥費申報情形

	針傷醫令數	診察費醫令數	藥費醫令數
111 全年	21,977,415	5,824,002	25,658,256

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
0.265	1.167

報告事項第五案

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。

說明：

- 一、依據 111 年 8 月 18 日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 111 年第 3 次研商會議決議辦理。
- 二、上開會議決議，「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(下稱本方案)依 111 年申報費用之住民，回推該住民 110 年全年中醫門診申報醫療費用點數，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」專款後點數，於 111 年一般服務予以扣減。
- 三、111 年本方案共服務 1,423 位住民，論量支付申報點數約 1,158 萬點，其中 169 位住民於 110 年居住於照護機構內且曾外出至中醫門診就醫，110 年中醫門診申報點數約 205 萬點，經扣除「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」申報點數後，共 160 位住民於 110 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 168 萬點(附件_報 5-2 頁)。
- 四、考量 111 年中醫門診總額第 4 季點值推估於預估點值較第 3 季低，有關本案一般服務之扣減金額，建議平均分攤於 111 年第 3、4 季結算進行。

決定：

111年1-12月「照護機構中醫醫療照護方案」收案對象110年中醫醫療利用情形

分區	機構住民 人數(人)	110年機構外 就醫件數(件)	110年申報費用 點數(點)	排除住院病患中醫輔助計畫		
				人數	件數	110年申報費用 點數(點)
臺北業務組	14	97	75,730	13	92	69,480
北區業務組	52	546	593,524	51	541	587,574
中區業務組	41	651	621,608	38	555	498,168
南區業務組	38	515	474,674	37	413	366,324
高屏業務組	10	57	83,526	9	41	62,826
東區業務組	14	188	200,499	12	87	92,349
總計	169	2,054	2,049,561	160	1,729	1,676,721

註：

1. 資料來源：院民基本資料檔、門診清單明細檔(擷取日期：112.01.31)
2. 擷取條件：111年及110年照護機構在住住民且111年有使用照護機構中醫醫療照護方案(特定治療項目代號為JR)者，且110年就醫科別為中醫科。
3. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(特定治療項目代號(一)任一碼為C8、JC、JD、JQ)
4. 人數以ID歸戶。

報告事項第六案

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。

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，「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」及「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6-4)。

項目	協定文字	說明
提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(一般服務)	依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。	經統計(詳報告事項第四案)本項預算 5 億元，執行 8.18 億點【5.77 億點+1.62 億點+0.8 億點】，執行之額度已逾 5 億萬元，本案後續無需辦理預算扣減作業。
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(詳報告事項第五案)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3季結算結果說明如下(頁次:報6-3)：

(一)111年第3季各分區點值如下表：

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3季	浮動點值	1.26337995	1.15910858	1.05743795	1.06133488	1.07385221	1.28743787	1.13608909
	平均點值	1.16559603	1.09574514	1.03665018	1.03667165	1.04485736	1.18792365	1.08441827
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

(二)中醫專案計畫：

專款項目	111Q3			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	70,872	35,800	35,071	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	66,340	67,170	-830	0.9870
3. 提升孕產照護品質計畫	29,343	15,968	13,375	1.0000
4. 癌症患者加強照護整合方案	91,704	50,742	40,962	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	8,700	4,864	3,836	1.0000
6. 中醫急症處置計畫	2,988	371	2,617	1.0000
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	12,500	18,685	-6,185	0.6690
8. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(註2)	16,822	4,358	12,464	1.0000
8. 網路頻寬補助費用(註1、4)	98,000	62,010	35,990	
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63.28%。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111Q3為7家。

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：112/02/07

111年第 3季

結算主要費用年月起迄:111/07—111/09

核付截止日期:111/12/31

頁 次： 1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)111年第3季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$= 111\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(\text{OPD_G111合計}) \times \text{各季預算占率}(\text{h_q3})$$

$$= 28,688,104,604 \times 25.846146\%(\text{h_q3})$$

$$= 7,414,769,401 (\text{D1})$$

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：

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

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

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

$$111\text{年第4季預算}7,481,181,425\text{元，調整後預算為}7,400,258,096\text{元}$$

$$= 111\text{年全年預算} - 111\text{年第1季預算} - 111\text{年第2季預算} - 111\text{年第3季預算}$$

$$= 28,688,104,604\text{元} - 6,658,327,196\text{元} - 7,214,749,911\text{元} - 7,414,769,401\text{元}$$

$$= 7,400,258,096\text{元。}$$

(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

111年第 3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:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/07

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	0
合 計	28,688,104,604	1,676,721	28,686,427,883	152,372,563

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：112/02/07

111年第 3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

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： 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= 78,071,389 - 0= 78,071,389

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：112/02/07

111年第 3季

結算主要費用年月起迄:111/07—111/09

核付截止日期:111/12/31

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：15,848,799(N1) (浮動點數：10,781,482；非浮動點數：5,067,317)
 (2)獎勵開業保障給付收入：19,992,419(N2)
 (3)獎勵開業論次費用：6,000(N3)
 (4)小計已支用點數(N1+N3)：15,854,799(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額=19,998,419(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：7,307,172(N6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數：66,623,020(N7)
 (3)小計已支用點數：73,930,192(N8) 結算金額=73,930,192(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：89,784,991(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+0=93,928,611
 未支用金額=全年預算—全年暫結金額=172,000,000—93,928,611=78,071,389

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：112/02/07

111年第 3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

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

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：112/02/07

111年第 3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁 次： 7

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：	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)小計：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)

已支用點數= 0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 63,175,000 - 0 = 63,175,000

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：	133,736,516(Z01)	127,857,624(ZF01)	5,878,892(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	23,271,503(Z02)	22,217,514(ZF02)	1,053,989(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,169,098(Z03)	8,704,919(ZF03)	464,179(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	25,630,258(Z04)	23,222,924(ZF04)	2,407,334(ZN04)
(5)小計：	191,807,375(Z05)	182,002,981(ZF05)	9,804,394(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 + 0 = 189,525,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 252,700,000 - 189,525,000 = 63,175,000

註：依據「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：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：112/02/07

111年第 3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁 次： 8

=====

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算 = 81,000,000

第1季:

預算 = 81,000,000/4 = 20,250,000

已支用點數 = 16,188,446

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 16,188,446

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 20,250,000 - 16,188,446 = 4,061,554

第2季:

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

已支用點數 = 15,218,832

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 15,218,832

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

第3季:

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

已支用點數 = 15,968,070

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 15,968,070

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

第4季:

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

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 = 33,624,652 - 0 = 33,624,652

全年合計:

全年預算 = 81,000,000

已支用點數 = 47,375,348

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)

= 16,188,446 + 15,218,832 + 15,968,070 + 0 = 47,375,348

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 81,000,000 - 47,375,348 = 33,624,652

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：112/02/07

111年第 3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

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:	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	0	0	0
(7)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= 102,211,811 - 0= 102,211,811

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:	52,493,294	43,714,516	8,778,778
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	53,297,414	53,297,414	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	4,142,679	4,142,679	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	13,161,428	13,161,428	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	11,783,010	11,783,010	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	7,910,364	7,242,882	667,482
(7)小計:	142,788,189	133,341,929	9,446,260

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+ 0= 142,788,189

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 245,000,000 - 142,788,189= 102,211,811

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：112/02/07

111年第 3季

結算主要費用年月起迄:111/07—111/09

核付截止日期:111/12/31

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1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1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1季未支用金額＝ 21,600,000/4＋3,836,080＝ 9,236,080

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＝ 9,236,080－0＝ 9,236,080

全年合計:

全年預算＝ 21,600,000

已支用點數＝ 12,363,920

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＋0＝ 12,363,920

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 21,600,000－12,363,920＝ 9,236,080

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：112/02/07

111年第 3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

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 = 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1季已支用點數 = 3,866,554 - 0 = 3,866,554

全年合計:

全年預算 = 5,000,000
 已支用點數= 1,133,446
 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+ 0= 1,133,446
 未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 5,000,000 - 1,133,446= 3,866,554

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:

預算= 50,000,000/4= 12,500,000

已支用點數 = 16,507,191 (浮動點數: 16,507,191 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,507,191

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 12,500,000 - 16,507,191 = -4,007,191

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

第2季:

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

已支用點數 = 16,676,763 (浮動點數: 16,676,763 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 16,676,763

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 12,500,000 - 16,676,763 = -4,176,763

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

第3季:

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

已支用點數 = 18,685,457 (浮動點數: 18,685,457 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 18,685,457

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 12,500,000 - 18,685,457 = -6,185,457

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

第4季:

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

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1季已支用點數 = 12,500,000 - 0 = 12,500,000

全年合計:

全年預算 = 50,000,000

已支用點數 = 51,869,411 (浮動點數: 51,869,411 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)

= 12,500,000 + 12,500,000 + 12,500,000 + 0 = 37,500,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 50,000,000 - 37,500,000 = 12,500,000

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。

=====

(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＋前一季未支用金額＝ 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＋前一季未支用金額＝ 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＋前一季未支用金額＝ 28,000,000/4＋ 12,464,211＝ 19,464,211

(1)論次支付費用： 0

(2)論量支付已支用點數： 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 0)

(9)小計已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 19,464,211－ 0＝ 19,464,211

=====

全年合計：

全年預算 = 28,000,000

(1)論次支付費用：928,726

(2)論量支付已支用點數：7,607,063 (浮動點數：5,845,859 非浮動點數：1,761,204)

(9)小計已支用點數：8,535,789

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 + 0 = 8,535,789

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 28,000,000 - 8,535,789 = 19,464,211

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：0

全年已支用點數：62,009,925

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 62,009,925

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 98,000,000 - 62,009,925 = 35,990,075

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 7,413,931,041 (D2)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 59,086,987 (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 7,354,844,054 (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	4,699,718	1,902,918	6,602,636	6,602,636
北區	7,142,951	3,554,162	10,697,113	10,697,113
中區	5,491,927	2,240,968	7,732,895	7,732,895
南區	5,492,170	2,570,667	8,062,837	8,062,837
高屏	9,255,767	4,070,215	13,325,982	13,325,982
東區	9,034,719	3,630,805	12,665,524	12,665,524
合計	41,117,252	17,969,735	59,086,987	59,086,987(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% = 7,354,844,054 × 2.22% = 163,277,538 (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% = 7,191,566,516 (加總後四捨五入至整數位) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 66% = 7,191,566,516 × 66% = 4,746,433,901 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 14% = 7,191,566,516 × 14% = 1,006,819,312 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 10% = 7,191,566,516 × 10% = 719,156,652 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 4% = 7,191,566,516 × 4% = 287,662,661 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 7,191,566,516 × 5% = 359,578,326 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 7,191,566,516 - 4,746,433,901 - 1,006,819,312 - 719,156,652 - 287,662,661 - 359,578,326 = 71,915,664

(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	96Q3+97Q3+98Q3		110年8月		110年7~9月			
分區	各分區各季總預算 (Ail)	指標1占率 =(Ail/ΣAil)	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	4,067,660,394	29.9898%	7,544,346	32.9226%	772,586.822654		28.8565%	29.4452%
北區	1,666,787,981	12.2888%	3,839,494	16.7551%	365,396.259523		13.6477%	13.9261%
中區	3,666,236,032	27.0302%	4,564,570	19.9192%	693,112.136892		25.8881%	26.4162%
南區	1,942,046,149	14.3182%	3,300,631	14.4036%	375,079.683269		14.0094%	14.2952%
高屏	2,220,761,046	16.3730%	3,666,334	15.9995%	417,639.567816		15.5991%	15.9173%
東區					53,522.529731			
小計	13,563,491,602	100.0000%	22,915,375	100.0000%	2,677,336.999885	2,677,337	98.0008%	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：112/02/07

111年第 3季

結算主要費用年月起迄:111/07—111/09

核付截止日期:111/12/31

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7~9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	-0.199528	-0.193497	-0.006031	1	0.00	4,067,660,394	4,067,660,394	29.9898%
北區	-0.145712	-0.109367	-0.036345	2	0.00	1,666,787,981	1,666,787,981	12.2888%
中區	-0.120745	-0.074578	-0.046167	4	0.00	3,666,236,032	3,666,236,032	27.0302%
南區	-0.107594	-0.058036	-0.049558	5	0.00	1,942,046,149	1,942,046,149	14.3182%
高屏	-0.111729	-0.072718	-0.039011	3	0.00	2,220,761,046	2,220,761,046	16.3730%
小計						13,563,491,602	13,563,491,602	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5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	0.009295	4,067,660,394	4,105,469,297	30.3086%
北區	0.000196	1,666,787,981	1,667,114,671	12.3075%
中區	-0.008561	3,666,236,032	3,634,849,385	26.8342%
南區	-0.006466	1,942,046,149	1,929,488,879	14.2444%
高屏	-0.005456	2,220,761,046	2,208,644,574	16.3053%
小計		13,563,491,602	13,545,566,806	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

111年第 3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:111/07—111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/07

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	29.9898%	32.9226%	29.4452%	29.9898%	30.3086%
北區	12.2888%	16.7551%	13.9261%	12.2888%	12.3075%
中區	27.0302%	19.9192%	26.4162%	27.0302%	26.8342%
南區	14.3182%	14.4036%	14.2952%	14.3182%	14.2444%
高屏	16.3730%	15.9995%	15.9173%	16.3730%	16.3053%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第3季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 71,915,664 - 1,666,855 \\
 &= 70,248,809
 \end{aligned}$$

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	1.03108059	0	0
北區	0.99131232	14,756,677	128,199
中區	0.96039146	28,883,549	1,144,030
南區	1.00481244	0	0
高屏	0.98581955	27,828,929	394,626
小計		71,469,155	1,666,855(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：112/02/07

111年第 3季

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

頁次：20

(七)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=第3季預算Ga+ 第3季預算Gb+ 第3季預算Gc+ 第3季預算Gd+ 第3季預算Ge+ 第3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3季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,423,446,034	331,471,095	211,757,114	86,269,457	108,983,157	21,067,477	2,182,994,334
北區	583,279,769	168,693,583	100,150,475	35,350,289	44,255,102	8,632,736	940,361,954
中區	1,282,970,576	200,550,352	189,973,860	77,755,793	96,489,967	18,988,394	1,866,728,942
南區	679,603,899	145,018,226	102,804,882	41,188,115	51,219,775	10,058,365	1,029,893,262
高屏	777,133,623	161,086,056	114,470,321	47,099,007	58,630,325	11,501,837	1,169,921,169
小計	4,746,433,901	1,006,819,312	719,156,652	287,662,661	359,578,326	70,248,809	7,189,899,661

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：112/02/07

111年第 3季

結算主要費用年月起迄:111/07—111/09

核付截止日期:111/12/31

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	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_110)	5,972,440,863	2,555,777,352	5,146,946,097	2,879,236,184	3,243,655,767	19,798,056,263
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	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_111)	6,213,038,222	2,669,168,461	5,368,438,309	3,015,489,890	3,397,519,865	20,663,654,747
預算成長率	4.03%	4.44%	4.30%	4.73%	4.74%	4.37%

※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%。

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：112/02/07

111年第 3季

結算主要費用年月起迄:111/07—111/09

核付截止日期:111/12/31

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	1,504,602,758(BF)	929,410,532(BG)	47,591(BJ)
2-北區分區	639,507,191(BF)	437,597,994(BG)	31,152(BJ)
3-中區分區	1,328,313,114(BF)	788,741,575(BG)	39,112(BJ)
4-南區分區	687,944,660(BF)	471,111,898(BG)	20,016(BJ)
5-高屏分區	793,057,318(BF)	523,295,176(BG)	8,860(BJ)
6-東區分區	95,157,434(BF)	52,816,349(BG)	9,365(BJ)
7-合計	5,048,582,475(GF)	3,202,973,524(GG)	156,096(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R02

111年第 3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:111/07—111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/07

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	= [2,182,994,334	—	929,410,532	—	47,591]	／ 1,504,602,758 = 0.83313433
北區分區	= [940,361,954	—	437,597,994	—	31,152]	／ 639,507,191 = 0.78612534
中區分區	= [1,866,728,942	—	788,741,575	—	39,112]	／ 1,328,313,114 = 0.81151669
南區分區	= [1,029,893,262	—	471,111,898	—	20,016]	／ 687,944,660 = 0.81221845
高屏分區	= [1,169,921,169	—	523,295,176	—	8,860]	／ 793,057,318 = 0.81534729
東區分區	= [163,277,538	—	52,816,349	—	9,365]	／ 95,157,434 = 1.16072722

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)

= [7,353,177,199 — 3,202,973,524 — 156,096] / 5,048,582,475 = 0.82202234

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	= [2,182,994,334]	÷ [1,504,602,758 + 929,410,532 + 47,591]	= 0.89685281
北區分區	= [940,361,954]	÷ [639,507,191 + 437,597,994 + 31,152]	= 0.87302036
中區分區	= [1,866,728,942]	÷ [1,328,313,114 + 788,741,575 + 39,112]	= 0.88174125
南區分區	= [1,029,893,262]	÷ [687,944,660 + 471,111,898 + 20,016]	= 0.88854635
高屏分區	= [1,169,921,169]	÷ [793,057,318 + 523,295,176 + 8,860]	= 0.88875381
東區分區	= [163,277,538]	÷ [95,157,434 + 52,816,349 + 9,365]	= 1.10335224

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)

$$= [7,353,177,199] \div [5,048,582,475 + 3,202,973,524 + 156,096] = 0.89110928$$

6. 中醫門診總額平均點值

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

$$= [7,353,177,199 + 223,943,873 + 59,086,987] \div [5,048,582,475 + 3,202,973,524 + 156,096 + 229,452,433 + 59,086,987] \\ = 0.89414323$$

註：

$$1. \text{專款專用暫結金額} = \text{醫療資源不足地區改善方案暫結金額} + \text{西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額} + \text{中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額} + \text{癌症患者加強照護整合方案暫結金額} + \text{兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額} + \text{中醫急症處置計畫暫結金額} + \text{中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} + \text{中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案} + \text{網路頻寬補助費用暫結金額} + \text{品質保證保留款預算} \\ = 35,800,278 + 66,339,677 + 15,968,070 + 50,741,754 + 4,864,319 + 371,464 + 12,500,000 + 4,357,845 \\ + 20,765,939 + 12,234,527 \\ = 223,943,873$$

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

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月111/06(含)以前:於111/10/01~111/12/31期間核付者。

費用年月111/07~111/09:於111/07/01~111/12/31期間核付者。

報告事項第七案

提案單位：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
說明：

- 一、案源於111年本署全面檢討不予支付指標，經111年第1次本會議決議同意停辦4項指標，回歸例行抽審作業，並請本署持續監測半年後報告。
- 二、自111年7月停辦後，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(報7-2頁)。

決定：

序 號	指標名稱	模擬核減點數							
		110年	111年						
		7-12月 (停辦前)	7-12月 (停辦後)	7月	8月	9月	10月	11月	12月
1	中醫同一院所同一 患者同月看診次數 過高	12,564	10,589	2,926	3,082	1,752	1,328	285	1,216
2	中醫用藥日數重複 率過高	237,550	122,706	15,214	27,078	23,432	17,970	27,251	11,761
3	中醫門診申報同院 所同病人當月針傷 處置次數過高	14,193	7,806	1,670	1,362	1,658	427	554	2,135
4	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	0	48,503	6,188	12,337	13,338	*輔導介入 11,401	4,771	468

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」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，提請討論。

說明:

- 一、為避免案件分類 C5（法定傳染病通報且隔離案件）之代辦案件影響中醫指標數值失真，研擬增修「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫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」、「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」及「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」等6項專業醫療服務品質指標排除 C5代辦案件(如附表_討1-2~8頁)。
 - 二、本署前於 111 年 12 月 19 日函請中華民國中醫師公會全國聯合會針對「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之醫療服務品質指標提供增刪或修正意見，該會回復同意上述 6 項指標排除 C5 代辦案件(如附件_討 1-9 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。

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	±10%	資料分析	保險人	【(每季分配總額/每季審核後之總點數)-1】×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之比率	每季	參考值：以前5年同季平均值±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) (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)

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<u>(5)</u>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。 <u>(6)</u>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二日以上之比率	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) (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) <u>(4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5)</u> <u>(5)</u>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、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					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。 <u>(6)</u>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) <u>(7)</u>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。
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±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) <u>(4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5)</u> <u>(5)</u>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)。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 <u>(6)</u>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次就診中醫之比率	每季	參考值：以前5年同季平均值±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) (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) <u>(4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5)</u> <u>(5)</u>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。 <u>(6)</u>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。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					分母：各區申報總件數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率	自 97 年第 3 季起每季	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) <u>(4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5)</u> <u>(5)中醫專款專用：符合下列任一條件：</u> 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。 <u>(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)。</u> 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、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					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。 2. 指標計算：分子/分母。
健保醫療資訊	每季	參考值：以前3年同季	資料分析	保險人	<u>1. 資料排除法定傳染病通報且隔離案件(案件分類 C5)</u>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
雲端查詢系統查詢率		平均值±10%。			<u>2.</u> 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 <u>3.</u> 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±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	≥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	≥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）

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.tn@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 1 月 18 日
發文字號：(112)全聯醫總兆字第 0189 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，請鑒察。

說 明：

- 一、復大署 111 年 12 月 19 日健保審字第 1110672479 號函。
- 二、「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」其他
指標內容，本會由內部小組研議，相關結果意見，再另行
函復。

中醫全聯會
啟(四)

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

理事長 詹永兆

總收文 112 年 1 月 18 日收到
健保審

中央健康保險署
審 1120051025