



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

111 年 11 月 17 日（星期四）下午 2 時
本署 9 樓第 1 會議室

**「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」
111 年第 4 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、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 2 季中醫門診總額點值結算報告案	報 3-1
四、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	報 4-1
五、112 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議時程案	報 5-1

肆、討論事項

一、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	討 1-1
二、修訂「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案	討 2-1
三、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)」案	討 3-1
四、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	討 4-1
五、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	討 5-1
六、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	討 6-1
七、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	討 7-1
八、有關中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範案	討 8-1

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 111 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 8 月 18 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 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	何紹彰	陳代表瑞瑛	陳瑞瑛
吳代表清源	吳清源	陳代表憲法	陳憲法
李代表永振	李永振	傅代表世靜	廖奎鈞(代)
卓代表青峰	卓青峰	黃代表上邦	黃上邦
林代表狄昇	請假	黃代表兆杰	黃兆杰
林代表敏華	請假	黃代表怡超	蔡素玲(代)
邱代表瑞發	邱瑞發	黃代表頌儼	黃頌儼
柯代表富揚	柯富揚	黃輝榮	黃輝榮
胡代表文龍	胡文龍	詹代表永兆	詹永兆
孫代表茂峰	孫茂峰	詹代表益能	詹益能
陳代表俊龍	陳俊龍	蔡代表三郎	許伯榕(代)
陳代表俞沛	請假	蔡代表宗憲	蔡宗憲
陳代表淑華	陳淑華	蔡代表淑貞	蔡淑貞
陳代表博淵	陳博淵	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

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

游慧真、劉林義、張作貞、
洪于淇、陳依婕、韓佩軒、

本署醫審及藥材組

本署企劃組

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

呂姿曄、宋宛蓁、李宛臻、
吳庭沂、楊淑美、鄭正義
許明慈、何小鳳、單國浩、
陳惠群

王宗曦*、李忠懿

吳少庾

朱文玥

楊淑娟*、郭乃文*、黃寶玉*

吳煥如*、林孟萱*

蘇彥秀*、王奕晴*、戴秀容*

陳淑眉*、洪文琦*

林純美*、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*

王素惠*、詹蕙嘉*、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：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號 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)，有關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節繼續列管，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、請本署醫務管理組於下次報告中增列各縣市中醫師數資料。
- 三、累計至 111 年第 2 季，部分專款項目預算執行率較低，如中醫急症處置計畫(15.2%)、照護機構中醫醫療照護方案(13.3%)，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 1 季中醫門診總額點值結算報告案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、111 年第 1 季結算點值確認如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
111年 第1季	浮動點值	1.04641397	1.08333506	1.01526552	1.05463251	1.03781687	1.27593658	1.04693855
	平均點值	1.02886400	1.05003577	1.00964231	1.03238145	1.02290964	1.17732684	1.02888203

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：110 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「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。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、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。

三、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。

第六案

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方式案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、針傷處置之自然成長率改以近 5 年（106 年到 110 年）的年平均成長率計算，其餘計算方式依議程所提方式辦理。

第七案

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，應自一般服務扣除」案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、本署將俟 111 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 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。

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：建請同意變更「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」施行區域案，提請討論。

決議：同意「施行區域一覽表-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」增列台東縣卑南鄉，刪除苗栗縣西湖鄉、台南市安定區、台東縣鹿野鄉；「施行區域一覽表-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」增列苗栗縣西湖鄉、苗栗縣三灣鄉、台南市安定區、台東縣鹿野鄉，刪除台東縣卑南鄉、金門縣金寧鄉。

肆、臨時動議：無

伍、散會：下午 3 時 37 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：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：

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。	預計於112年第1次研商 議事會議報告。	☐ ☒ 解除繼續 列管列管
2	111_3_報(2)： 中醫門診總額 執行概況報告。	請本署醫務管理組於下 次報告中增列各縣市中 醫師數資料。	已列入本次報告事項第 二案(頁次報2-7頁)。	☒ ☐ 解除繼續 列管列管
3	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。	本署刻正辦理「中醫針 灸、傷科、針灸合併傷科 治療處置費—REA改支醫 令處理」檢核邏輯程式編 寫，惟評估目前現有程 式所需開發時間及測試工 作，本案延後至院所申報 111年10月份費用起檢 核。	☐ ☒ 解除繼續 列管列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
4	111_3_報(6)：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方式案。	針傷處置之自然成長率改以近 5 年（106 年到 110 年）的年平均成長率計算，其餘計算方式依議程所提方式辦理。	本案已提至 111 年 10 月份健保會委員會議確認，將配合結算時程辦理扣減作業。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
5	111_3_報(7)_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。	本署將俟 111 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 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。	本案已提至 111 年 10 月份健保會委員會議確認，將配合結算時程辦理扣減作業。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
6	111_3_討(1)_建請同意變更「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」施行區域案。	同意「施行區域一覽表-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」增列台東縣卑南鄉，刪除苗栗縣西湖鄉、台南市安定區、台東縣鹿野鄉；「施行區域一覽表-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」增列苗栗縣西湖鄉、苗栗縣三灣鄉、台南市安定區、台東縣鹿野鄉，刪除台東縣卑南鄉、金門縣金寧鄉。	本署於 111 年 9 月 16 日健保醫字第 1110662660 號函，周知各分區業務組配合辦理後續事宜。	☒ 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）

決定：



中醫門診總額執行概況

中央健康保險署
111年11月17日



大綱

- 111年第3季點值預估
- 111年第3季醫療供給及利用概況
- 111年第3季專案執行報告



點值預估說明

- 一、製表日期：111年11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(99.81614955%)校正，該占率以111Q1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。



111年第3季 中醫門診總額各分區點值推估

月份	就醫 跨區就醫調整		預估點數(百萬)		預估點值	
	分區	後總額(百萬)	非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第3季	臺北	2,178	926	1,503	0.8329	0.8966
	北區	939	437	640	0.7849	0.8721
	中區	1,864	786	1,334	0.8082	0.8793
	南區	1,028	473	691	0.8032	0.8832
	高屏	1,168	524	796	0.8098	0.8853
	東區	164	53	102	1.0878	1.0579
	合計	7,342	3,198	5,067	0.8178	0.8883

註1：110Q3結算全區平均點值1.0844



111年第3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

5



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9月	1,064	446	1,024	502	536	67	3,639
108年9月	1,085	460	1,032	515	542	70	3,704
109年9月	1,115	466	1,054	523	547	71	3,776
110年9月(A)	1,129	472	1,053	529	557	71	3,811
111年9月(B)	1,153	476	1,064	534	565	68	3,860
成長率(B/A)-1	2.1%	0.8%	1.0%	0.9%	1.4%	-4.2%	1.3%
增減數B-A	24	4	11	5	8	-3	49

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表之特約中醫醫院及中醫診所。

註2：成長率係與前一年同期比較。

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

6



具中醫科醫院 醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
110年9月(A)	25	11	32	25	21	10	124
111年9月(B)	26	14	33	25	20	10	128
成長率(B/A)-1	4.0%	27.3%	3.1%	0.0%	-4.8%	0.0%	3.2%
增減數B-A	1	3	1	0	-1	0	4

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9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(+3)：增加3家：慈祐醫院、天成醫院、為恭紀念醫院。

中區(+1)：增加3家：常春醫院、澄清復健醫院、竹山秀傳醫院。

減少2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。

竹山秀傳醫院(1538041101)自110年12月1日起更名為竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院，醫事機構屬性為(09-醫療社團法人)，新醫事機構代號為(0938040012)。

高屏(-1)：減少1家：廣聖醫院

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。

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

7



中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
107年9月	1,942	799	1,787	845	930	127	6,430
108年9月	2,032	842	1,826	869	947	139	6,655
109年9月	2,078	874	1,872	878	991	149	6,842
110年9月(A)	2,146	891	1,911	903	1,018	159	7,028
111年9月(B)	2,198	931	1,959	930	1,052	152	7,222
成長率(B/A)-1	2.4%	4.5%	2.5%	3.0%	3.3%	-4.4%	2.8%
增減數B-A	52	40	48	27	34	-7	194

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。

註2：成長率係與前一年同期比較。

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

8



醫院執業之中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
107年9月	202	103	203	146	105	39	798
108年9月	212	100	213	157	102	48	832
109年9月	221	106	217	141	115	57	857
110年9月(A)	232	112	234	139	122	58	897
111年9月(B)	241	120	241	148	119	55	924
成長率(B/A)-1	3.9%	7.1%	3.0%	6.5%	-2.5%	-5.2%	3.0%
增減數B-A	9	8	7	9	-3	-3	27

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。

註2：成長率係與前一年同期比較。

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

9



各分區每萬人口中醫師數

年度	107	108	109	110	111Q3
臺北	2.61	2.71	2.83	2.92	2.97
北區	2.22	2.29	2.34	2.42	2.43
中區	4.00	4.07	4.19	4.33	4.32
南區	2.59	2.69	2.49	2.84	2.85
高屏	2.59	2.66	2.76	2.88	2.90
東區	2.52	2.82	3.04	2.99	2.86
總計	2.81	2.90	3.00	3.10	3.11

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

10



各分區每萬人口中醫師數 與全國比率

年度	107	108	109	110	111Q3
臺北/全區	0.93	0.93	0.94	0.94	0.95
北區/全區	0.79	0.79	0.78	0.78	0.78
台中/全區	1.42	1.40	1.40	1.40	1.39
南區/全區	0.92	0.93	0.83	0.92	0.92
高屏/全區	0.92	0.92	0.92	0.93	0.93
東區/全區	0.90	0.97	1.01	0.97	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

11



111年Q3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	宜蘭縣	89	448,945	1.98	5,044
	金門縣	9	140,843	0.64	15,649
	基隆市	75	361,006	2.08	4,813
	連江縣	0	13,938	0.00	-
	新北市	1,051	3,979,218	2.64	3,786
	臺北市	974	2,460,932	3.96	2,527
北區	苗栗縣	114	535,187	2.13	4,695
	桃園市	576	2,271,464	2.54	3,944
	新竹市	134	450,893	2.97	3,365
	新竹縣	107	578,495	1.85	5,406
中區	南投縣	141	480,027	2.94	3,404
	彰化縣	392	1,245,530	3.15	3,177
	臺中市	1,426	2,804,081	5.09	1,966

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

12



111年Q3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	159	664,963	2.39	4,182
	嘉義市	104	262,501	3.96	2,524
	嘉義縣	79	489,169	1.61	6,192
	臺南市	588	1,850,687	3.18	3,147
高屏	屏東縣	161	799,153	2.01	4,964
	高雄市	886	2,722,716	3.25	3,073
	澎湖縣	5	106,806	0.47	21,361
東區	花蓮縣	105	318,858	3.29	3,037
	臺東縣	47	212,721	2.21	4,526
總計		7,222	23,198,133	3.11	3,212

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

13

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%
110年9月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	14	10	4	14	24	15	81	22.0%
	0<X<1	18	12	16	23	19	6	94	25.5%
	1≤X<2	13	12	12	17	16	4	74	20.1%
	2≤X<3	12	6	9	8	6	0	41	11.1%
	3≤X	13	7	27	15	12	4	78	21.2%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
111年9月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	15	10	4	12	24	15	80	21.7%
	0<X<1	15	11	16	26	19	5	92	25.0%
	1≤X<2	14	13	13	15	17	5	77	20.9%
	2≤X<3	9	7	7	8	5	0	36	9.8%
	3≤X	17	6	28	16	12	4	83	22.6%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
較去年同期 增減鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	1	0	0	-2	0	0	-1	
	0<X<1	-3	-1	0	3	0	-1	-2	
	1≤X<2	1	1	1	-2	1	1	3	
	2≤X<3	-3	1	-2	0	-1	0	-5	
	3≤X	4	-1	1	1	0	0	5	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

註：-1無中醫師鄉鎮；臺北區+1為連江縣南竿鄉；南區-2為臺南市安定區、嘉義縣鹿草鄉

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

14

111年第3季醫療供給及利用概況

整體申報概況 【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
111Q3	台北	3,309.7	38.8%	2,470.6	34.7%	746.5	-2.9%
	北區	1,515.5	35.6%	1,110.0	31.2%	732.4	-3.3%
	中區	2,997.8	26.6%	2,192.0	22.7%	731.2	-3.1%
	南區	1,586.6	27.8%	1,208.1	22.9%	761.4	-3.9%
	高屏	1,778.4	26.5%	1,354.2	23.1%	761.4	-2.7%
	東區	202.0	18.2%	174.4	13.5%	863.4	-4.0%
	全區	11,390.1	31.1%	8,509.2	26.94%	747.1	-3.2%

註1：資料來源：截至111年11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。



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	成長率	點數	成長率	點數	成長率	點數	成長率	值	成長率	
	分區 (百萬)		(百萬)		(百萬)		(百萬)		(百萬)		(百萬)
111Q3	台北	933.7	37.2%	13.7	32.4%	1,036.2	35.0%	487.0	29.6%	2,470.6	34.7%
	北區	443.1	34.0%	6.9	48.6%	470.9	31.5%	189.1	23.7%	1,110.0	31.2%
	中區	792.2	25.7%	13.4	16.4%	928.5	23.9%	457.7	15.9%	2,192.0	22.7%
	南區	481.3	25.2%	6.4	23.9%	487.7	24.8%	232.7	14.8%	1,208.1	22.9%
	高屏	529.6	25.0%	7.5	18.4%	553.8	23.5%	263.2	19.1%	1,354.2	23.1%
	東區	57.4	16.7%	1.1	10.4%	63.6	16.2%	52.3	7.2%	174.4	13.5%
	合計	3,237.2	29.5%	49.0	25.7%	3,540.9	27.9%	1,682.0	20.5%	8,509.2	26.94%

註1：資料來源：截至111年11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

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	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
111Q3	台北	1,234.0	42.3%	34.7	64.7%	492.0	25.8%	6.6	86.5%
	北區	590.3	38.7%	21.1	36.0%	235.5	22.7%	13.4	18.5%
	中區	1,193.4	27.9%	66.9	21.9%	323.2	17.2%	9.1	77.3%
	南區	590.3	31.1%	34.6	6.1%	270.3	17.2%	11.0	99.0%
	高屏	686.4	29.6%	21.6	4.8%	258.4	16.0%	13.4	14.4%
	東區	64.0	22.5%	6.1	35.2%	25.5	6.2%	13.4	19.0%
	全區	4,358.4	33.8%	185.1	24.0%	1,604.9	20.1%	66.9	38.1%

註1：資料來源：截至111年11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

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	28. 中醫慢性病 連續處方調劑		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 (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	值 (百萬)	成長率
111Q3	台北	24.8	39.3%	696.2	27.2%	3.3	23.9%	3.59	174.2%	.	#VALUE!	2470.58	34.7%
	北區	57.8	24.4%	244.0	24.3%	2.8	-7.3%	2.32	12.1%	.	#VALUE!	1109.98	31.2%
	中區	18.9	46.6%	583.6	15.3%	4.6	-1.5%	10.80	75.8%	2.5	#DIV/0!	2191.96	22.7%
	南區	0.3	-61.6%	290.9	14.2%	5.5	-3.7%	5.46	51.1%	.	#VALUE!	1208.10	22.9%
	高屏	0.1	#VALUE!	364.2	18.5%	6.6	7.4%	3.52	112.3%	0.2	#DIV/0!	1354.15	23.1%
	東區	.	#VALUE!	55.8	5.5%	1.2	1.9%	8.47	11.0%	0.3	#DIV/0!	174.38	13.5%
	全區	101.9	30.6%	2,234.7	19.8%	24.0	2.6%	34.17	52.4%	3.0	#DIV/0!	8509.15	26.94%

註1：資料來源：截至111年11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。#DIV/0!係指前一年申報為0。#VALUE!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係參與COVID-19染疫康復者門住診整合計畫整合中醫科之醫療費用。

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

19



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)			
111Q3	台北	266.6	56.7%	275.4	52.3%	1,032.9	-2.8%
	北區	98.6	46.2%	112.8	38.8%	1,144.2	-5.1%
	中區	275.4	25.7%	270.3	23.2%	981.6	-2.0%
	南區	163.9	26.5%	180.9	19.7%	1,103.9	-5.4%
	高屏	108.0	28.8%	113.7	25.5%	1,053.0	-2.5%
	東區	35.9	12.4%	41.2	15.3%	1,145.8	2.5%
	全區	948.4	35.1%	994.3	31.0%	1,048.4	-3.0%

註1：資料來源：截至111年11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

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 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
111Q3	台北	126.0	43.2%	5.8	57.0%	81.4	55.8%	62.2	68.7%	275.4	52.3%
	北區	52.4	34.9%	2.0	47.2%	28.9	47.3%	29.5	37.4%	112.8	38.8%
	中區	96.8	22.8%	5.8	26.6%	84.7	24.9%	83.0	21.6%	270.3	23.2%
	南區	71.0	23.6%	3.4	28.1%	48.8	27.1%	57.7	9.6%	180.9	19.7%
	高屏	44.3	25.5%	2.2	24.5%	33.8	25.9%	33.4	25.1%	113.7	25.5%
	東區	13.2	11.5%	0.8	12.6%	11.5	10.9%	15.7	22.3%	41.2	15.3%
	合計	403.8	30.2%	20.0	35.4%	289.1	34.3%	281.5	28.7%	994.3	31.0%

註1：資料來源：截至111年11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

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		25. 中醫至無中醫 鄉巡迴醫療服務	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
111Q3	台北	47.6	91.0%	26.2	70.0%	137.2	32.8%	1.2	83.5%
	北區	12.4	99.9%	17.6	30.5%	61.0	29.5%	0.1	65.8%
	中區	62.7	25.8%	56.6	20.4%	82.1	20.0%	1.4	316.8%
	南區	26.6	42.4%	29.3	4.9%	70.8	21.8%	3.9	90.2%
	高屏	21.0	41.4%	17.3	5.8%	45.1	21.7%	1.5	319.5%
	東區	6.6	4.0%	5.3	31.4%	10.2	7.2%	1.5	53.1%
	全區	177.0	46.4%	152.4	22.6%	406.4	25.6%	9.6	116.5%

註1：資料來源：截至111年11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

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	28. 中醫慢性病 連續處方調劑		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 (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	值 (百萬)	成長率
111Q3	台北	24.7	39.5%	58.4	72.0%	2.8	41.1%	1.81	340.1%	.	#VALUE!	275.4	52.3%
	北區	57.8	24.4%	19.5	54.1%	1.1	18.1%	0.36	32.0%	.	#VALUE!	112.8	38.8%
	中區	15.0	97.2%	58.7	23.0%	3.8	8.8%	4.89	88.4%	2.5	#DIV/0!	270.3	23.2%
	南區	0.3	-61.6%	43.0	13.1%	4.7	-1.6%	2.50	76.7%	.	#VALUE!	180.9	19.7%
	高屏	0.1	#VALUE!	24.1	33.0%	3.3	3.7%	1.28	110.6%	0.2	#DIV/0!	113.7	25.5%
	東區	.	#VALUE!	14.6	12.8%	0.9	25.3%	2.15	70.8%	0.3	#DIV/0!	41.2	15.3%
	全區	97.9	34.8%	218.3	33.6%	16.6	10.0%	13.01	98.0%	3.0	#DIV/0!	994.3	31.0%

註1：資料來源：截至111年11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。#VALUE!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係參與COVID-19染疫康復者門住診整合計畫整合中醫科之醫療費用。

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

23



111年Q3整體點數分析解構圖



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

24



中醫專案計畫

- 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
 - 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

111Q3

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	1,942	21.2	22.4
區域醫院	38	2,212	24.1	26.6
地區醫院	42	1,110	15.5	17.9
總計	93	4,783	60.8	66.9

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%，
累計至第3季預算執行率75.9%。

資料來源：截至111年11月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



癌症患者加強照護整合計畫

111Q3

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	2,553	13.2	19.71
區域醫院	34	2,080	13.7	21.51
地區醫院	24	720	4.0	5.58
基層院所	53	570	2.7	3.79
總計	124	5,875	33.6	50.59

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%，
累計至第3季預算執行率58.3%。

資料來源：截至111年11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

27



中醫提升孕產照護品質計畫

111Q3

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	5	354	1.7	1.9
區域醫院	11	735	4.6	5.3
地區醫院	13	56	0.2	0.3
基層院所	81	1,615	7.7	8.5
總計	110	2,730	14.3	16.0

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%，
累計至第3季預算執行率58.5%。

資料來源：截至111年11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

28



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

111Q3

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	175	472	0.564
區域醫院	3	21	49	0.055
地區醫院	1	1	3	0.002
基層院所	76	1,342	4,339	4.246
總計	84	1,539	4,863	4.867

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%，
累計至第3季預算執行率57.3%。

資料來源：截至111年11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



中醫急症處置計畫

111Q3

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	3	180	184	0.365
區域醫院	1	6	6	0.006
地區醫院				
基層院所				
總計	4	186	190	0.372

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%，
累計至第3季預算執行率22.7%。

資料來源：截至111年11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



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

111Q3

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	1,163	3.6	6.6
區域醫院	15	585	2.1	3.8
地區醫院	16	428	1.3	2.5
基層院所	62	902	4.2	5.8
總計	101	3,070	11.3	18.7

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%，
累計至第3季預算執行率103.8%。

資料來源：截至111年11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



中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

111Q3

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	71	437	0.3
區域醫院	16	225	1,708	1.2
地區醫院	5	103	523	0.4
基層院所	23	475	2,631	2.0
總計	48	874	5,299	3.9

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%，
累計至第3季預算執行率27.3%。

資料來源：截至111年11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



單位:百萬點

111Q3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 (萬元)	急症 (萬元)	腎臟病	中醫 照護	合計	占率
台北	11.6	9.8	23	85.4	0.4	23	0.7	27.6	17.1%
北區	3.7	6.5	1.5	122.5	0.0	4.9	0.6	18.5	11.4%
中區	32.5	14.3	6.1	157.3	1.8	5.9	1.1	61.4	38.1%
南區	8.7	10.6	5.1	43.8	0.6	2.8	0.8	28.5	17.7%
高屏	8.1	7.6	0.7	75.3	0.0	2.2	0.1	19.5	12.1%
東區	2.3	1.7	0.3	2.5	34.3	0.5	0.6	5.8	3.6%
全署	66.9	50.6	16.0	486.7	37.2	18.7	3.9	161.3	100.0%

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

33



小結

- 中醫門診總額專款項目-中醫急症處置計畫累計至111年Q3之預算執行率(22.7%)不如預期，請中全會鼓勵會員積極參與，提升執行率。
- 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫累計至111年Q3執行率已超出100%。未來執行費用將以浮動點值結算。

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

34

報告事項第三案

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。

說明：

一、本季中醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、有關111年第2季結算結果說明如下（附件報3-2頁）：

（一）111年第2季各區點值如下表：

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2季	浮動點值	1.35245081	1.29022912	1.16785659	1.14890343	1.16135929	1.43801395	1.23615600
	平均點值	1.22042300	1.17348248	1.10675418	1.08896994	1.09828469	1.28578263	1.14604607
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

（二）中醫專案計畫：

專款項目	111Q2			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	58,546	30,674	27,872	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	63,175	60,010	3,165	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	24,312	15,219	9,093	1.0000
4. 癌症患者加強照護整合方案	75,511	45,058	30,454	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	7,009	3,708	3,300	1.0000
6. 中醫急症處置計畫	1,981	243	1,738	1.0000
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	12,500	16,677	-4,177	0.7495
8. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(註2)	13,154	3,332	9,822	1.0000
8. 網路頻寬補助費用(註1、4)	98,000	41,244	56,756	
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42.09%。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111Q2為7家。

三、擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決定：

衛生福利部中央健康保險署
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：111/10/31
程式代號：RGBI3108R02
111年第 2季
結算主要費用年月起迄:111/04—111/06
核付截止日期:111/09/30
頁 次：1

=====

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)111年第2季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 111\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G111合計)} \times \text{各季預算占率}(h_q2) \\ &= 28,688,104,604 \times 25.148925\%(h_q2) \\ &= 7,214,749,911 \text{ (D1)} \end{aligned}$$

註：

- 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%。
- 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	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額
	(Q109)	(PEOP108)	(B2)	(Q110) =(Q109+PEOP108 +B2)×(1+4.260%)	(PEOP109)	(B3)	(Q111) =(Q110+PEOP109 +B3)×(1+4.176%)	(C106)	(OPD_G111) =(Q111-C106)	(B4)
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	39,610,219
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	53,675,357
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	0
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	0
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	93,285,576

註：

- 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。
- 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。
- 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%)。
- 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。

程式代號：RGBI3108R02

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/31

頁 次： 3

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

程式代號：RGBI3108R02
 111年第2季
 結算主要費用年月起迄：111/04—111/06
 核付截止日期：111/09/30

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： 0

(1)獎勵開業已支用點數： 0(L1) (浮動點數： 0；非浮動點數： 0)

(2)獎勵開業保障給付收入： 0(L2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(L3)

(4)小計已支用點數(L1+L3)： 0(L4) 暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋1元/點×論次費用(L3)＝ 0(L5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 0(L6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 0(L7)

(3)小計已支用點數： 0(L8) 暫結金額＝1元/點× 0(L8)＝ 0(L9)

3. 合計：

已支用點數： 0(L4+L8)

暫結金額： 0(L10=L5+L9)

未支用金額＝第3季預算－第3季暫結金額＝70,871,667－ 0＝70,871,667

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝172,000,000/4＋ 70,871,667＝ 113,871,667

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＝113,871,667－ 0＝113,871,667

程式代號：RGBI3108R02

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/31

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： 8

(1)獎勵開業已支用點數： 8,204,159(N1) (浮動點數： 5,618,936；非浮動點數： 2,585,223)

(2)獎勵開業保障給付收入： 10,840,558(N2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3)： 8,204,159(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 10,840,558(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： 4,618,975(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 42,668,800(N7)

(3)小計已支用點數： 47,287,775(N8) 結算金額= 47,287,775(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： 55,491,934(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+ 0+ 0= 58,128,333

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=172,000,000- 58,128,333=113,871,667

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。

(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1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	

程式代號：RGBI3108R02
 111年第2季
 結算主要費用年月起迄：111/04—111/06
 核付截止日期：111/09/30

第3季：預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 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：	0(X01)	0(XF01)	0(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)小計：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
已支用點數＝	0		
暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝	0		
未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝	66,339,677－	0＝	66,339,677

第4季：預算＝當季預算＋前季未支用金額＝ 252,700,000/4＋ 66,339,677＝ 129,514,677

	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：	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＝	129,514,677－	0＝	129,514,677

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：	88,578,469(Z01)	84,575,846(ZF01)	4,002,623(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	14,440,560(Z02)	13,751,017(ZF02)	689,543(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	6,010,875(Z03)	5,707,125(ZF03)	303,750(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	15,607,470(Z04)	14,118,671(ZF04)	1,488,799(ZN04)
(5)小計：	124,637,374(Z05)	118,152,659(ZF05)	6,484,715(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＋ 0＋ 0＝	123,185,323		
未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝	252,700,000－ 123,185,323＝	129,514,677	

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。

程式代號：RGBI3108R02

111年第2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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/31

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1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1季未支用金額＝ 81,000,000/4＋ 9,092,722＝ 29,342,722

已支用點數＝ 0

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 29,342,722－ 0＝ 29,342,722

第4季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 81,000,000/4＋ 29,342,722＝ 49,592,722

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＝ 49,592,722－ 0＝ 49,592,722

全年合計：

全年預算＝ 81,000,000

已支用點數＝ 31,407,278

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＋ 0＋ 0＝ 31,407,278

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 81,000,000－ 31,407,278＝ 49,592,722

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

=====

(四)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=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:	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3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 91,703,565 - 0= 91,703,565

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 91,703,565= 152,953,565

	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:	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= 152,953,565 - 0= 152,953,565

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:	34,635,658	28,861,327	5,774,331
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	33,808,135	33,808,135	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	2,664,753	2,664,753	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	8,362,418	8,362,418	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	7,532,511	7,532,511	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	5,042,960	4,623,965	418,995
(7)小計:	92,046,435	85,853,109	6,193,326

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+ 0+ 0= 92,046,435

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 245,000,000 - 92,046,435= 152,953,565

註：依據「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

=====

(五)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＝0 (浮動點數：0 非浮動點數：0)
 暫結金額＝1元/點×已支用點數＝0
 未支用金額＝第3季預算－1元/點×第3季已支用點數＝8,700,399－0＝8,700,399

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝21,600,000/4＋8,700,399＝14,100,399
 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＝14,100,399－0＝14,100,399

全年合計：

全年預算＝21,600,000
 已支用點數＝7,499,601
 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＋0＋0＝7,499,601
 未支用金額＝全年預算－暫結金額＝21,600,000－7,499,601＝14,100,399

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。

程式代號：RGBI3108R02
 111年第2季
 結算主要費用年月起迄：111/04—111/06
 核付截止日期：111/09/30

=====

(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＝ 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 0)
 暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0
 未支用金額＝ 第3季預算－1元/點×第1季已支用點數＝ 2,988,018－0＝ 2,988,018

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 5,000,000/4＋2,988,018＝ 4,238,018
 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＝ 4,238,018－0＝ 4,238,018

全年合計：

全年預算＝ 5,000,000
 已支用點數＝ 761,982
 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＋0＋0＝ 761,982
 未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 5,000,000－761,982＝ 4,238,018

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:

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

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

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

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

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

第2季:

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

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

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

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

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

第3季:

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

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 12,500,000 - 0 = 12,500,000$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 50,000,000/4 + 12,500,000 = 25,000,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 25,000,000 - 0 = 25,000,000$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 33,183,954 \quad (\text{浮動點數}: 33,183,954 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

$$= 12,500,000 + 12,500,000 + 0 + 0 = 25,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 50,000,000 - 25,000,000 = 25,000,000$$

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： 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3季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 16,822,056－ 0＝ 16,822,056

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 28,000,000/4＋ 16,822,056＝ 23,822,056

(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＝ 23,822,056－ 0＝ 23,822,056

程式代號：RGBI3108R02

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/31

頁 次： 15

全年合計：

全年預算 = 28,000,000

(1)論次支付費用： 455,726

(2)論量支付已支用點數： 3,722,218 (浮動點數： 2,827,542 非浮動點數： 894,676)

(9)小計已支用點數： 4,177,944

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 + 0 + 0 = 4,177,944

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 28,000,000 - 4,177,944 = 23,822,056

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： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 41,243,986

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 41,243,986

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 98,000,000 - 41,243,986 = 56,756,014

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

調整後地區一般服務醫療給付費用總額 7,214,749,911 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 53,675,357 (B4)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算 7,161,074,554 (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	3,544,816	1,487,666	5,032,482	5,032,482
北區	6,480,585	2,601,388	9,081,973	9,081,973
中區	5,114,385	2,177,318	7,291,703	7,291,703
南區	5,012,440	2,243,036	7,255,476	7,255,476
高屏	9,318,452	3,893,346	13,211,798	13,211,798
東區	8,413,356	3,388,569	11,801,925	11,801,925
合計	37,884,034	15,791,323	53,675,357(B2)	53,675,357(B4)

※醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額＝ 每點1元×(浮動點數＋非浮動點數)。

(二)東區分區一般服務預算總額(D6) = (E) × 2.22% = 7,161,074,554 × 2.22% = 158,975,855 (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(D1_5) = (E) × 97.78% = 7,002,098,699 (加總後四捨五入至整位數) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 66% = 7,002,098,699 × 66% = 4,621,385,141 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 14% = 7,002,098,699 × 14% = 980,293,818 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 10% = 7,002,098,699 × 10% = 700,209,870 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 4% = 7,002,098,699 × 4% = 280,083,948 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 7,002,098,699 × 5% = 350,104,935 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 7,002,098,699 - 4,621,385,141 - 980,293,818 - 700,209,870 - 280,083,948 - 350,104,935 = 70,020,987

程式代號：RGBI3108R02

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/31

頁 次： 17

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
指標	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q2+97Q2+98Q2		110年5月		110年4~6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	4,045,672,564	29.6315%	7,573,365	32.9830%	767,236.986434		29.2555%	29.8372%
北區	1,656,701,975	12.1341%	3,837,178	16.7114%	350,915.138160		13.3807%	13.6467%
中區	3,696,250,352	27.0722%	4,570,573	19.9055%	673,784.301990		25.6921%	26.2029%
南區	1,992,139,000	14.5909%	3,306,901	14.4020%	370,527.919013		14.1286%	14.4095%
高屏	2,262,525,558	16.5713%	3,673,373	15.9981%	408,947.590036		15.5936%	15.9037%
東區					51,127.064266			
小計	13,653,289,449	100.0000%	22,961,390	100.0000%	2,622,538.999899	2,622,539	98.0505%	100.0000%

程式代號：RGBI3108R02

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/31

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	去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差							
計算期間	110年4~6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	-0.178966	-0.215022	0.036056	1	0.00	4,045,672,564	4,045,672,564	29.6315%
北區	-0.161975	-0.160692	-0.001283	2	0.00	1,656,701,975	1,656,701,975	12.1341%
中區	-0.143997	-0.141181	-0.002816	3	0.00	3,696,250,352	3,696,250,352	27.0722%
南區	-0.123089	-0.094638	-0.028451	5	0.00	1,992,139,000	1,992,139,000	14.5909%
高屏	-0.135144	-0.120853	-0.014291	4	0.00	2,262,525,558	2,262,525,558	16.5713%
小計						13,653,289,449	13,653,289,449	100.0000%

指標5(註8)(S5)

當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

指標	當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率			
計算期間	111年2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	0.003300	4,045,672,564	4,059,023,283	29.8136%
北區	-0.002517	1,656,701,975	1,652,532,056	12.1379%
中區	-0.009359	3,696,250,352	3,661,657,145	26.8949%
南區	-0.000834	1,992,139,000	1,990,477,556	14.6201%
高屏	-0.005101	2,262,525,558	2,250,984,415	16.5335%
小計		13,653,289,449	13,614,674,455	100.0000%

(五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	29.6315%	32.9830%	29.8372%	29.6315%	29.8136%
北區	12.1341%	16.7114%	13.6467%	12.1341%	12.1379%
中區	27.0722%	19.9055%	26.2029%	27.0722%	26.8949%
南區	14.5909%	14.4020%	14.4095%	14.5909%	14.6201%
高屏	16.5713%	15.9981%	15.9037%	16.5713%	16.5335%
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)：

第2季指標6分配後剩餘預算(N)= 指標6預算(GF)－ 前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)
 = 70,020,987 - 0
 = 70,020,987

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	1.04641397	0	0
北區	1.08333506	0	0
中區	1.01526552	0	0
南區	1.05463251	0	0
高屏	1.03781687	0	0
小計		0	0(M1)

=====

(七)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=第2季預算Ga+ 第2季預算Gb+ 第2季預算Gc+ 第2季預算Gd+ 第2季預算Ge+ 第2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2季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,369,385,738	323,330,310	208,923,019	82,993,075	104,378,885	20,748,269	2,109,759,296
北區	560,763,494	163,820,821	95,555,540	33,985,666	42,495,387	8,496,417	905,117,325
中區	1,251,110,628	195,132,386	183,475,292	75,824,887	94,160,372	18,956,222	1,818,659,787
南區	674,301,685	141,181,916	100,896,741	40,866,769	51,185,692	10,216,692	1,018,649,495
高屏	765,823,596	156,828,385	111,359,278	46,413,551	57,884,599	11,603,387	1,149,912,796
小計	4,621,385,141	980,293,818	700,209,870	280,083,948	350,104,935	70,020,987	7,002,098,699

(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	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_110)	3,867,436,572	1,657,199,131	3,362,917,252	1,900,216,137	2,128,930,186	12,916,699,278
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	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_111)	4,030,043,888	1,728,806,507	3,501,709,367	1,985,596,628	2,227,598,696	13,473,755,086
預算成長率	4.20%	4.32%	4.13%	4.49%	4.63%	4.31%

※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調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D1_5)＝調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1)－東區分區一般服務預算總額(D6)。
- 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
 (1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(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：當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

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

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

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

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

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

=-5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值：

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

=+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

c. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和(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。

程式代號：RGBI3108R02

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/31

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	1,280,347,751(BF)	789,556,593(BG)	60,993(BJ)
2-北區分區	541,346,512(BF)	368,181,256(BG)	19,842(BJ)
3-中區分區	1,175,038,064(BF)	689,711,785(BG)	26,790(BJ)
4-南區分區	607,027,294(BF)	408,666,910(BG)	22,434(BJ)
5-高屏分區	707,911,297(BF)	452,035,623(BG)	4,378(BJ)
6-東區分區	81,209,569(BF)	45,972,621(BG)	5,067(BJ)
7-合計	4,392,880,487(GF)	2,754,124,788(GG)	139,504(GJ)

程式代號：RGBI3108R02

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/31

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) + 緩起訴捐助款)
 - 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	= [2,109,759,296	- (789,556,593 +	0) -	60,993] /	1,280,347,751 = 1.03108059
北區分區	= [905,117,325	- (368,181,256 +	272,761) -	19,842] /	541,346,512 = 0.99131232
中區分區	= [1,818,659,787	- (689,711,785 +	424,692) -	26,790] /	1,175,038,064 = 0.96039146
南區分區	= [1,018,649,495	- (408,666,910 +	11,575) -	22,434] /	607,027,294 = 1.00481244
高屏分區	= [1,149,912,796	- (452,035,623 +	0) -	4,378] /	707,911,297 = 0.98581955
東區分區	= [158,975,855	- (45,972,621 +	0) -	5,067] /	81,209,569 = 1.39143907

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) + 緩起訴捐助款)
 - 加總自墊核退點數(GJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [7,161,074,554 - (2,754,124,788 + 709,028) - 139,504] / 4,392,880,487 = 1.00300958

註：自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

程式代號：RGBI3108R02

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/31

頁 次： 26

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)

= [調整後分區一般服務預算總額(BD1)

÷[一般服務核定浮動點數(BF)

+ 該分區核定非浮動點數(BG)+ 緩起訴捐助款

+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [2,109,759,296	]	÷ [1,280,347,751 + 789,556,593 + 0 + 60,993]	= 1.01922446
北區分區	= [905,117,325	]	÷ [541,346,512 + 368,181,256 + 272,761 + 19,842]	= 0.99483080
中區分區	= [1,818,659,787	]	÷ [1,175,038,064 + 689,711,785 + 424,692 + 26,790]	= 0.97504744
南區分區	= [1,018,649,495	]	÷ [607,027,294 + 408,666,910 + 11,575 + 22,434]	= 1.00287605
高屏分區	= [1,149,912,796	]	÷ [707,911,297 + 452,035,623 + 0 + 4,378]	= 0.99134576
東區分區	= [158,975,855	]	÷ [81,209,569 + 45,972,621 + 0 + 5,067]	= 1.24993540

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)

= [7,161,074,554] ÷ [4,392,880,487 + 2,754,124,788 + 709,028 + 139,504] = 1.00184961

6. 中醫門診總額平均點值

= [加總調整後分區一般服務預算總額(BD1)+ 專款專用暫結金額+ 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B4)]

÷ [加總分區一般服務核定浮動點數(GF)+ 加總分區核定非浮動點數(GG)+ 緩起訴捐助款+ 加總分區自墊核退點數(GJ)+

專款專用已支用點數(含品質保證保留款)+ 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)]

= [7,161,074,554 + 203,760,866 + 53,675,357] ÷ [4,392,880,487 + 2,754,124,788 + 709,028 + 139,504 + 206,586,925 + 53,675,357]
= 1.00140315

註：

1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 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) + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算
= 30,674,013 + 60,010,323 + 15,218,832 + 45,057,766 + 3,708,475 + 242,917 + 12,500,000 + 3,332,332
+ 20,705,624 + 12,310,584
= 203,760,866

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

程式代號：RGBI3108R02

111年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/31

頁 次： 27

五、啟動該分區保留款方案，修正後一般服務費用總額

(一)分區一般服務預算總額 (BD1)

臺北分區一般服務預算總額(BD1)	=	2,109,759,296
北區分區一般服務預算總額(BD1)	=	905,117,325
中區分區一般服務預算總額(BD1)	=	1,818,659,787
南區分區一般服務預算總額(BD1)	=	1,018,649,495
高屏分區一般服務預算總額(BD1)	=	1,149,912,796
東區分區一般服務預算總額(BD1)	=	158,975,855

總計 7,161,074,554

(二)保留款：

1. 分區當季保留款(T1)=依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD1)

— [一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG)+ 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)] × 1.2

臺北分區當季保留款(T1)= 0

北區分區當季保留款(T1)= 0

中區分區當季保留款(T1)= 0

南區分區當季保留款(T1)= 0

高屏分區當季保留款(T1)= 0

東區分區當季保留款(T1)= [158,975,855]—[81,209,569+ 45,972,621+ 0+ 5,067] × 1.2= 6,351,147

2. 分區累計保留款 (T2) = 分區前季累計保留款(P)+分區當季保留款(T1)

臺北分區累計保留款(T2)= 前季累計保留款	0(P)+ 當季保留款	0(T1)=	0
北區分區累計保留款(T2)= 前季累計保留款	0(P)+ 當季保留款	0(T1)=	0
中區分區累計保留款(T2)= 前季累計保留款	0(P)+ 當季保留款	0(T1)=	0
南區分區累計保留款(T2)= 前季累計保留款	0(P)+ 當季保留款	0(T1)=	0
高屏分區累計保留款(T2)= 前季累計保留款	0(P)+ 當季保留款	0(T1)=	0
東區分區累計保留款(T2)= 前季累計保留款	0(P)+ 當季保留款	6,351,147(T1)=	6,351,147

(三)修正後分區一般服務預算總額(BD2)=調整後分區一般服務預算總額(BD1) (四捨五入至整數位)-分區當季保留款(T1)

修正後臺北分區一般服務預算總額	=	2,109,759,296(BD1)-	0	=	2,109,759,296
修正後北區分區一般服務預算總額	=	905,117,325(BD1)-	0	=	905,117,325
修正後中區分區一般服務預算總額	=	1,818,659,787(BD1)-	0	=	1,818,659,787
修正後南區分區一般服務預算總額	=	1,018,649,495(BD1)-	0	=	1,018,649,495
修正後高屏分區一般服務預算總額	=	1,149,912,796(BD1)-	0	=	1,149,912,796
修正後東區分區一般服務預算總額	=	158,975,855(BD1)- 6,351,147	=		152,624,708

總計	7,154,723,407
----	---------------

註：保留款之運用係依據全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案辦理。

程式代號：RGBI3108R02

111年第2季

衛生福利部中央健康保險署

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:111/04—111/06

核付截止日期:111/09/30

列印日期：111/10/31

頁次：29

六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額 = [修正後分區一般服務預算總額(BD2)
— (各分區一般服務核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款)
— 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	= [2,109,759,296	— (789,556,593 +	0) —	60,993]	／ 1,280,347,751 = 1.03108059
北區分區	= [905,117,325	— (368,181,256 +	272,761) —	19,842]	／ 541,346,512 = 0.99131232
中區分區	= [1,818,659,787	— (689,711,785 +	424,692) —	26,790]	／ 1,175,038,064 = 0.96039146
南區分區	= [1,018,649,495	— (408,666,910 +	11,575) —	22,434]	／ 607,027,294 = 1.00481244
高屏分區	= [1,149,912,796	— (452,035,623 +	0) —	4,378]	／ 707,911,297 = 0.98581955
東區分區	= [152,624,708	— (45,972,621 +	0) —	5,067]	／ 81,209,569 = 1.31323219

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = [加總修正後分區一般服務預算總額(BD2)
— (加總核定非浮動點數(GG) + 緩起訴捐助款)
— 加總自墊核退點數(GJ)]
／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [7,154,723,407 — (2,754,124,788 + 709,028) — 139,504] / 4,392,880,487 = 1.00156380

註：自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

3. 修正後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)

$$= [\text{修正後分區一般服務預算總額(BD2)} \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(BF)} \\ + \text{分區核定非浮動點數(BG)} + \text{緩起訴捐助款} \\ + \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}]]$$

臺北分區	= [2,109,759,296]	÷ [1,280,347,751 + 789,556,593 + 0 + 60,993]	= 1.01922446
北區分區	= [905,117,325]	÷ [541,346,512 + 368,181,256 + 272,761 + 19,842]	= 0.99483080
中區分區	= [1,818,659,787]	÷ [1,175,038,064 + 689,711,785 + 424,692 + 26,790]	= 0.97504744
南區分區	= [1,018,649,495]	÷ [607,027,294 + 408,666,910 + 11,575 + 22,434]	= 1.00287605
高屏分區	= [1,149,912,796]	÷ [707,911,297 + 452,035,623 + 0 + 4,378]	= 0.99134576
東區分區	= [152,624,708]	÷ [81,209,569 + 45,972,621 + 0 + 5,067]	= 1.20000000

4. 修正後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)

$$= [7,154,723,407] \div [4,392,880,487 + 2,754,124,788 + 709,028 + 139,504] = 1.00096107$$

5. 修正後中醫門診總額平均點值

$$= [\text{修正後分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(GG)} + \text{緩起訴捐助款} + \text{加總分區自墊核退點數(GJ)} + \\ \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)}]$$

$$= [7,154,723,407 + 203,760,866 + 53,675,357] \div [4,392,880,487 + 2,754,124,788 + 709,028 + 139,504 + 206,586,925 + 53,675,357] \\ = 1.00054583$$

註：

- 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 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) + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算

$$= 30,674,013 + 60,010,323 + 15,218,832 + 45,057,766 + 3,708,475 + 242,917 + 12,500,000 + 3,332,332 \\ + 20,705,624 + 12,310,584 \\ = 203,760,866$$

- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月111/03(含)以前：於111/07/01～111/09/30期間核付者。

費用年月111/04～111/06：於111/04/01～111/09/30期間核付者。

報告事項第四案

提案單位：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。

說明：

- 一、依據 103 年 2 月 20 日「中醫門診總額研商議事會議」103 年第 1 次會議決議略以，考量 102 年原採用四季重分配之計算方式，常因第一季工作日數較少，調整後預算占率較其他 3 季為低，為避免第一季點值有偏低情形，故改以近五年之各季核定點數平均占率作為各季預算重分配之依據。
- 二、112 年各季預算按 106~110 年各季核定點數平均占率(如下表)重分配後之占率如下:第 1 季 23.749872%、第 2 季 24.651968%、第 3 季 25.691988%、第 4 季 25.906172%。

年季	106 占率	107 占率	108 占率	109 占率	110 占率	106-110年 平均占率
Q1	23.306%	23.079%	22.957%	24.512%	24.895%	23.749872%
Q2	25.181%	25.277%	25.051%	24.512%	23.239%	24.651968%
Q3	26.237%	25.432%	25.806%	26.042%	24.944%	25.691988%
Q4	25.276%	26.212%	26.187%	24.934%	26.922%	25.906172%
合計	100%	100%	100%	100%	100%	100%

註1：109Q1-Q2因受COVID-19疫情影響，報部後核定採合併結算。因中醫門診總額一般服務預算採四季重分配，故將109Q1-Q2核定點數除2，以利計算106-110年各季占率。

註2：實際運算採小數點以下8位，限於版面，本表106-110年度僅呈現小數點以下6位。

- 三、考量110年受疫情影響，110年第2季之核定點數平均占率僅 23.239%，建議可考量比照111年之占率按105-109年各季核定點數平均占率(如下表)，重分配後占率如下：

年季	105 占率	106 占率	107 占率	108 占率	109 占率	105-109年 平均占率
Q1	22.193%	23.306%	23.079%	22.957%	24.512%	23.209366%
Q2	25.724%	25.181%	25.277%	25.051%	24.512%	25.148925%
Q3	25.714%	26.237%	25.432%	25.806%	26.042%	25.846146%
Q4	26.369%	25.276%	26.212%	26.187%	24.934%	25.795563%
合計	100%	100%	100%	100%	100%	100%

註1：109Q1-Q2因受COVID-19疫情影響，報部後核定採合併結算。因中醫門診總額一般服務預算採四季重分配，故將109Q1-Q2核定點數除2，以利計算105-109年各季占率。

註2：實際運算採小數點以下8位，限於版面，本表105-109個年度僅呈現小數點以下6位。

四、另112年中醫門診一般服務之保障項目擬比照111年保障項目，除藥費依藥物給付項目，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(保障醫不足地區民眾就醫可近性及就醫權益)，並報健保會同意後實施。

決 定：

報告事項第五案

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議事會議」會議時程案。

說明：

一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，至少每 3 個月開會 1 次，必要時得召開臨時會議。

二、112 年會議時間，擬訂如下表，請代表預留時間：

會議名稱	第 1 次 會議	第 2 次 會議	第 3 次 會議	第 4 次 會議	第 1 次 臨時會
會議日期	2/23 星期四 (下午)	5/18 星期四 (下午)	8/17 星期四 (下午)	11/16 星期四 (下午)	11/30 星期四 (下午)

決定：

肆、討論事項

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，提請討論。

說明：

一、依本會 111 年 10 月 16 日中醫門診醫療服務審查執行會第 47 次會議決議事項辦理。

二、修正建議綜整如下：

(一)施行區域：

1. 一家中醫鄉鎮區(附件 1-2)，以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，另列「山地、離島地區不限」。
2. 方案施行期間，附表 1-1、1-2 鄉鎮區之變更，改以健保署與中全會共同評估後，以函文方式知會健保署。

(二)年度目標:修訂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:獎勵開業服務計畫中醫師資格，至少 12 個月平均每月申報點數需大於 15 萬點(無最近十二個月申報資料則以申請本方案時，最後申報月份的前至少十二個月為計算標準)。

(四)開診規範：

1. 開業準備期限，由 2 個月放寬為 3 個月。
2. 門診時數規定每診次至少 2(含)小時，但每週總時數不變。夜診時間介於每日 18 時至 22 時。

(五)支付方式：

1. 獎勵開業服務計畫管理原則:總服務量核定總點數(含部分負擔)計算，含「代辦」、「中醫門診總額其他中醫專案」及「其他預算」點數。每點支付金額結算，「代辦」再另計。
2. 巡迴醫療服務因新設立中醫機構致施行區域撤出本方案範圍，以保險人及中全會共同評估後並函文保險人同意，自中全會函文發文日起變更論次費用(以 2,000 點

支付)。

3. 巡迴醫療服務不得申報中醫門診總額其他中醫專案(含第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護)及其他預算案件。

(六)餘酌修文字及年度。

本署說明(詳修正彙總表):

一、施行區域：

(一)無中醫、一家中醫鄉鎮區(彙總表 P.1-2(討 1-4 頁)，附件 1-1、1-2(討 1-46、47 頁))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)一家中醫鄉鎮區屬山地離島者之巡迴點共計 35 點，如放寬巡迴計畫數，預計增加 1,820 萬元。為利預算控制，建議維持一家中醫鄉鎮區以二個巡迴醫療計畫數為限，若有特殊情況，再依專案評估核定之。(彙總表 P.3(討 1-6 頁))

(三)附表 1-1、1-2(討 1-46、47 頁)鄉鎮區之變更，考量行政程序，建議經中醫研商會議報告同意變更施行區域，另敘明以會議紀錄發文日起始開放申請巡迴。(彙總表 P.5(討 1-8 頁))

二、參照近 3 年執行成效，同意年度目標值修訂。(彙總表 P.6(討 1-9 頁))

三、申請資格：現行計算方式以 12 個月採計，建議不納入「至少」文字。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。(彙總表 P.7(討 1-10 頁))

四、支付方式：獎勵開業服務計畫管理原則：考量代辦案件非健保

主要業務，建議維持不納入「代辦案件」，同意納入「其他預算」部門、中醫門診總額其他中醫專案。(彙總表 P.21-22(討 1-14、25 頁))

五、開診規範、巡迴醫療服務撤出施行區域範圍而變更論次費用為 2,000 點及巡迴醫療不得執行其他案件等，本署無修訂意見。

六、餘酌修文字內容。

決議：

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修正彙整表

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
一、依據： 維持原條文	一、依據： 維持原條文	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
二、目的： 維持原條文	二、目的： 維持原條文	二、目的： 鼓勵中醫師至中醫醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分布，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護。	
三、預算來源： 112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為172百萬元。	三、預算來源： 修訂年度	三、預算來源： 111年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為172百萬元。	修訂年度
四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以111年10月25日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。	四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫 說明1:修訂統計時間 說明2:附件1-1，增加澎湖縣白沙鄉吉貝村備註	四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以110年11月2日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。	四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫 一、修訂年度。 二、修訂附件1-1。 1.比較111年第3次中醫研商會議決議(詳附件P.17)內容： (1)移除「桃園市復興

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
			區」：復興台地中醫診所8月1日開業。 (2) 移除「嘉義縣鹿草鄉」：王竣禾中醫診所6月21日開業。 (3) 增列「苗栗縣三灣鄉」：聖祐中醫診所9月30日歇業。 2. 增加文字補充說明，備註3，澎湖縣白沙鄉吉貝村另列為6級分級區。
四、施行區域： (二) 巡迴醫療服務計畫：以111年10月25日調查時，為附件1-1 所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件1-2 所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。	四、施行區域： (二) 巡迴醫療服務計畫： 說明：修訂統計時間	四、施行區域： (二) 巡迴醫療服務計畫：以110 年 11 月 2 日調查時，為附件 1-1 所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件1-2 所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。	一、修訂年度 二、修訂附件1-2。 比較111年第3次中醫研商會議決議內容： 1. 移除苗栗縣三灣鄉。 2. 增列 (1) 桃園市復興區。 (2) 嘉義縣鹿草鄉。 (3) 雲林縣臺西鄉：天人中醫診所10月1日歇業；仁愛中醫診所開業中。 (4) 嘉義縣中埔鄉：王冠中醫診所6月11日歇

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
			業、常春堂中醫診所6月30日歇業，全德中醫診所開業中。
四、施行區域： (三)建議維持原條文	說明：新增「山地、離島地區」不受二點計畫限制。 四、施行區域： (三)附件1-2之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，<u>但山地及離島地區不受此限制</u>。以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。特殊情況者，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。	四、施行區域： (三)附件1-2之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。特殊情況者，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。	一、若112年放寬附件1-2施行區域屬山地、離島地區之巡迴點數限制，試算如下： (一)不限鄉鎮區執行數： 1. 離島區：屏東縣琉球鄉(8村)、澎湖縣湖西鄉(22村)、金門縣金沙鎮(8里)扣除原先已開業村里，總計35個村里。若全數執行巡迴醫療服務，論次費用一次10,000點(P23065)，每一年總計1,820萬點(35*1萬點*52週)。 2. 山地區：桃園市復興區(10里)扣除原先已開業村里，9個村里。論次費用2,000

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
			點，9個村里全數執行巡迴醫療服務，一年總計93.6萬點（9*0.2萬*52週）。 3. 山地、離島不限制巡迴點數：總計一年1,913.6萬 （二）限制鄉鎮區二個執行數： 1. 離島區：三個離島區，總計6個巡迴點，一年總計312萬點（6*1萬*52週）。 2. 山地區：一個山地區，兩個巡迴點，一年總計20.8萬（2*0.2萬*52週） 3. 山地、離島區限制巡迴點數，總計332.5萬點 二、爰建議維持現行以專案評估方式辦理山地、離島地區核定，以利控制預算。

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
四、施行區域： (四)於本方案執行期間，經保險人及中醫全聯會評估並，並報經全民健康保險中醫門診總額研商議事會議報告同意，確屬適用本方案之地區，自會議紀錄發文日起，始可開放符合本方案申請資格之中醫師申請。	說明：方案施行期間，附表1-1、1-2地區別之新增，改以健保署與中醫師全聯會共同評估後，以函文方式知會健保署。 四、施行區域： (四)於本方案執行期間，經保險人及中醫全聯會共同評估後，並於3月底、6月底及9月底，以函文方式，報經保險人同意，確屬適用本方案之地區，自中醫全聯會函文日起，始可開放符合本方案申請資格之中醫師申請。	四、施行區域： (四)於本方案執行期間，經保險人及中醫全聯會評估並報經全民健康保險中醫門診總額研商議事會議同意，確屬適用本方案之地區，始可開放符合本方案申請資格之中醫師申請。	一、考量行政程序以共同研訂為主，不建議自研商議事會議取消，並採納委員建議改以報告案方式於會上說明。 二、依107年第2次研商議事會議決議，經本署及中全會同意後提至研商議事會議報告，即可開放符合者申請，不需另行公告。惟未敘明開放時間點，增加文字內容敘明以「會議紀錄公告日起」，始可開放。
五、施行期間： 自公告日起至112年12月31日。	五、施行期間： 說明：修訂年度	五、施行期間： 自公告日起至111年12月31日。	修訂年度
六、年度目標：	六、年度目標：	六、年度目標： (一)獎勵開業服務計畫：以當年度新增5個計畫數為目標，若目標數滿額後才提出申請者，將優先列為下一年度計畫申請。	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
六、年度目標： (二)巡迴醫療服務計畫： 1. 鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務，本年度以至少執行<u>100</u>個鄉鎮(區)數為目標。 2. 本計畫以達成服務人次<u>260,000</u>人次，服務總天數<u>11,000</u>天為執行目標。	說明：鄉鎮目標數、服務人次及服務總天數執行目標。 六、年度目標： (二)巡迴醫療服務計畫： 1. 鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務，本年度以至少執行<u>100</u>個鄉鎮(區)數為目標。 2. 本計畫以達成服務人次<u>260,000</u>人次，服務總天數<u>11,000</u>天為執行目標。	六、年度目標： (二)巡迴醫療服務計畫： 1. 鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務，本年度以至少執行80個鄉鎮(區)數為目標。 2. 本計畫以達成服務人次240,000人次，服務總天數10,000天為執行目標。	一、同意調整巡迴醫療服務計畫執行目標。 二、近三年執行成效，皆達成目標數： (一)108：112鄉鎮數、11,1天、27.9萬人次。 (二)109：116鄉鎮數、13,34天、31.6萬人次。 (三)110：116鄉鎮數、12,2天、26萬人次。
七、申請資格：	七、申請資格：	七、申請資格： (一)申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。 (二)保險醫事服務機構須具備全民健康保險憑證(以下	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
		稱健保卡)讀卡設備，並確實刷卡、上傳及登錄資料。	
七、申請資格： (三)獎勵開業服務計畫：須為中醫全聯會所屬縣市公會會員並符合開業資格之中醫師，其最近十二個月全民健康保險(以下稱本保險)平均每月申報點數(含部分負擔)須大於十五萬點(無最近十二個月申報資料則以申請本方案前，最後有申報資料，採計十二個月為計算基準)，但符合中醫負責醫師訓練計畫之院所醫師且受訓滿兩年者(檢具相關證明文件)不受此限。	說明：最近12個月內申請點數文字修正 七、申請資格： (三)獎勵開業服務計畫：須為中醫全聯會所屬縣市公會會員並符合開業資格之中醫師，其最近<u>至少</u>十二個月全民健康保險(以下稱本保險)(無最近十二個月申報資料則以申請本方案時，最後申報月份的前至少十二個月為計算標準)平均每月申報點數(含部分負擔)須大於十五萬點，但符合中醫負責醫師訓練計畫之院所醫師且受訓滿兩年者(檢具相關證明文件)不受此限。	七、申請資格： (三)獎勵開業服務計畫：須為中醫全聯會所屬縣市公會會員並符合開業資格之中醫師，其最近十二個月全民健康保險(以下稱本保險)平均每月申報點數(含部分負擔)須大於十五萬點，但符合中醫負責醫師訓練計畫之院所醫師且受訓滿兩年者(檢具相關證明文件)不受此限。 (四)巡迴醫療服務計畫：須為中醫保險醫事服務機構，且實際參與巡迴服務之中醫保險醫事服務機構均應申請辦理本計畫，其他中醫師不得以支援方式辦理。	維持以12個月申報資料採計。另酌修計算說明文字。

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	八、申請與審查程序及須檢附之文件： (一)申請與審查程序： 1. 符合申請資格者，須自方案公告日起15個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中醫全聯會受理收件。 2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。 3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。 4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結果送請所轄區保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會。	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
八、申請與審查程序及須檢附之文件： (一)申請與審查程序： 5. 獎勵開業服務計畫：申請中醫師自保險人分區業務組審查結果通知函寄達日起，應於<u>三個月</u>內完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，並回報中醫全聯會確定之開業時間、地址及門診時間表。	說明：開業準備期限：建議由2個月修改為3個月，原訂2個月期限，時間過於緊迫，因此多延長1個月期限。 八、申請與審查程序及須檢附之文件： (一)申請與審查程序： 5. 獎勵開業服務計畫：申請中醫師自保險人分區業務組審查結果通知函寄達日起，應於<u>三個月</u>內完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，並回報中醫全聯會確定之開業時間、地址及門診時間表。	5. 獎勵開業服務計畫：申請中醫師自保險人分區業務組審查結果通知函寄達日起，應於<u>二個月</u>內完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，並回報中醫全聯會確定之開業時間、地址及門診時間表。	考量2個月內完成開業登記及簽訂合約之時限過於緊迫，爰放寬3個月內完成。
6. 巡迴醫療服務計畫：自核定日發文日起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執行之延續性，<u>111年度</u>原有計畫延續至<u>112年度</u>執行，且符合<u>112年度</u>公告之施行區域者，其實施日期追溯至<u>112年</u>計畫公告實施日當月底止，<u>112年度</u>應重新提出申請。		6. 巡迴醫療服務計畫：自核定日發文日起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執行之延續性，<u>110年度</u>原有計畫延續至<u>111年度</u>執行，且符合<u>111年度</u>公告之施行區域者，其實施日期追溯至<u>111年</u>計畫公告實施日當月底止，<u>111年度</u>應重新提出申請。	修改計畫年度

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
八、申請與審查程序及須檢附之文件： (二)須檢附之文件： 1. 獎勵開業服務計畫 (1)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獎勵開業服務計畫申請表(附件2)。	八、申請與審查程序及須檢附之文件： (二)須檢附之文件： 說明:修訂年度 (1)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獎勵開業服務計畫申請表(附件2)。	八、申請與審查程序及須檢附之文件： (二)須檢附之文件： 1. 獎勵開業服務計畫 (1)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獎勵開業服務計畫申請表(附件2)。 (2)獎勵開業服務計畫書，其內容應包含： A. 書寫格式：以 word 形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號定型，橫式書寫。 B. 前言。 C. 開業服務地區之現況分析(含當地人口分布狀況、地理環境概況、交通情況、醫療資源分析)。 D. 預定開業之詳細地址，並檢附診間空間規劃分配圖。	修改計畫年度

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
八、申請與審查程序及須檢附之文件： (2)獎勵開業服務計畫書 E. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、<u>其</u>學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資、<u>中醫負責醫師訓練合格證明</u>)並檢具<u>相關證明文件</u>。		E. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、其學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。 F. 預定醫療門診時間表。	補充七、(三)須「檢具證明文件」文字說明。
2. 巡迴醫療服務計畫： (1)建議維持原條文	2. 巡迴醫療服務計畫： (1)說明：附件4，備註文字刪除。	2. 巡迴醫療服務計畫： (1)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巡迴醫療服務計畫申請表(附件3)、醫事人員名冊(附件4)。 (2)巡迴醫療服務計畫書，其內容應包含： A. 書寫格式：以 word 形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號定型，橫式書寫。 B. 封面：包括計畫名稱、執行單位、巡迴醫療服	不建議刪除，因中醫之調劑有無藥師調劑則給予不同點數，為利分區查核，須有藥事人員報備資訊。

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	務點所屬縣市、鄉鎮（區）、執行期間。 C. 前言：請敘述巡迴醫療服務動機，包括巡迴醫療服務地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。 D. 目的：分點具體列述巡迴醫療服務所要達成之目標。 E. 巡迴醫療服務地點現況分析，請依下列項目分別具體列述相關內容： a. 巡迴醫療服務點所屬地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務點所屬地區分布情形及面積、當地戶籍人口數及其性別年齡別分布情形等相關資料。 b. 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴醫療服務點地理環境概況（檢附簡要地圖更佳）、當地對外交通情形、當地距最近中醫特約醫事服務機構	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	所需車程時間等。 c. 醫療需求情形：請詳述巡迴醫療服務點所屬地區之醫療服務使用狀況、現存各類醫事人員及各類醫事服務機構情形。 F. 執行計畫： a. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。 b. 每週診療時間。 c. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。 d. 巡迴醫療服務設置點地址及空間配置圖。 G. 經當地衛生主管機關報備核准之中醫師、相關醫事人員及巡迴地點同意函。 H. 評估預期效益：請詳述巡迴醫療服務實施後預期達成之效益指標。	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
九、開診規範： (一)獎勵開業服務計畫： 1. 經中醫全聯會評估通過之申請案件，於分區業務組評估結果通知函寄達<u>3個月</u>內未完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，該案件視同作廢，不予支付任何保障額度，且不再接受同一申請人之申請案件。	九、開診規範： (一)獎勵開業服務計畫： 說明：建議由2個月修改為3個月，原訂2個月期限，時間過於緊迫，因此多延長1個月期限。 1. 經中醫全聯會評估通過之申請案件，於評估結果通知函寄達<u>3個月</u>內未完成開業登記並申請為中醫門診特約醫事服務機構者，該案件視同作廢，不予支付任何保障額度，且不再接受同一申請人之申請案件。	九、開診規範： (一)獎勵開業服務計畫： 1. 經中醫全聯會評估通過之申請案件，於評估結果通知函寄達2個月內未完成開業登記並申請為中醫門診特約醫事服務機構者，該案件視同作廢，不予支付任何保障額度，且不再接受同一申請人之申請案件。	九、開診規範： (一)獎勵開業服務計畫： 一、考量2個月內完成開業登記及簽訂合約，時限過於緊迫，放寬3個月內完成。 二、比照前開八、(一)5，酌修文字內容。
2. 門診服務時數，每週至少提供五天35小時(每週至少須含2次夜診)，<u>每診次至少2(含)小時以上，夜診</u>	說明：開診門診時數規定中，有關每診次最少3小時，建議刪除，但每周總時數不變，因開診鄉鎮人口較分散，尤其是夜診時段，若依條文規範，需要開業到8-9點，晚上看診病人數少，耗費時間，還會增加女性人員返家風險。 2. 門診服務時數，每週至少提供五天35小時(每週至少須含2次夜診)，<u>每診次至少2(含)小時以上，夜間</u>	2. 門診服務時數，每週至少提供五天35小時(每週至少須含2次夜診)，每一門診時段至少3小時，且兩門	一、針對門診服務時數，獎勵開業計畫已訂定每週及機構負責醫師最少服務時數，在符合服務時

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
時間應介於每日18時至22時，且兩門診時段間至少間隔半小時，且該保險醫事服務機構負責醫師之門診服務時數須至少三天24小時；門診天數、時段、地點依申請計畫書為依據，若逢行政院人事行政總處公布之假期，可為休診日。當月未達上述工作天數及門診時間者，則依實際比例扣款(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)，因天災、事故等特殊因素，經向保險人分區業務組報備者，不在此限。請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理；若產假期間無支援醫師代理者，保險人得不予支付保障額度。執行本計畫特約醫事服務機構之支援醫師，均應依相關規定向當	時間應介於每日18時至22時，且兩門診時段間至少間隔半小時，且該保險醫事服務機構負責醫師之門診服務時數須至少三天24小時；門診天數、時段、地點依申請計畫書為依據，若逢行政院人事行政總處公布之假期，可為休診日。當月未達上述工作天數及門診時間者，則依實際比例扣款(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)，因天災、事故等特殊因素，經向保險人分區業務組報備者，不在此限。請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理；若產假期間無支援醫師代理者，保險人得不予支付保障額度。執行本計畫特約醫事服務機構之支援醫師，均應依相關規定向當地	診時段間至少間隔半小時，且該保險醫事服務機構負責醫師之門診服務時數須至少三天24小時；門診天數、時段、地點依申請計畫書為依據，若逢行政院人事行政總處公布之假期，可為休診日。當月未達上述工作天數及門診時間者，則依實際比例扣款(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)，因天災、事故等特殊因素，經向保險人分區業務組報備者，不在此限。請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理；若產假期間無支援醫師代理者，保險人得不予支付保障額度。執行本計畫特約醫事服務機構之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於10個工作日前以	長其他規定之下，減少每一診次服務時長限制，以利機構彈性安排看診時間。 二、比照西醫醫不足，敘明夜診時間為18時至22時。

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
地衛生主管機關報備，於10個工作日前以書面函知中醫全聯會，並由中醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查，惟臨時有特殊狀況者，不在此限。	衛生主管機關報備，於10個工作日前以書面函知中醫全聯會，並由中醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查，惟臨時有特殊狀況者，不在此限。	書面函知中醫全聯會，並由中醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查，惟臨時有特殊狀況者，不在此限。 3. 執行本計畫之保險醫事服務機構可同時申請巡迴醫療服務計畫，但巡迴看診時數不列入上述門診服務時數計算。 4. 開業登記日起至月底未滿一個月者，則按實際門診日數發給保障額度(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)。 5. 門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師 休診單（附件5、6）於前月25日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。 6. 中醫全聯會及保險人分	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	區業務組將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段，以電話抽查有無依所訂門診時段提供服務。 7. 經中醫全聯會及保險人分區業務組查證保險醫事服務機構無故休診同一年累計達二週或同一年連續請假休診二個月者(不含請產假之負責醫師)，即終止該醫事服務機構執行本計畫。 (二)巡迴醫療服務計畫： 1. 以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天至多1次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，每週至多3次定點定時中醫巡迴醫療服務(特殊地區每天及每週之巡迴次數及醫師數由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查後核定)。	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	2. 每次巡迴醫療服務時間不得少於3小時(其服務時間以實際醫療時間計算，不包含車程、用膳及休息時間)。 3. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同意之每週診療時間提供醫療服務，並於所轄保險人分區業務組核定日(發文日)一個月內開始執行，超過一個月仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本計畫之辦理。如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流…等，得事後核准。 4. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，若為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	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	(課)日，則為休診日，不須補診及報備。 5. 至離島地區執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構，若因天候狀況導致交通受阻，巡迴醫療服務得增加服務天數1天（限申報1診次）。當次執行完畢後，應檢具當地衛生主管機關報備函、交通延誤證明(由航空公司、船公司或警察機關等單位開立)等資料，向所轄保險人分區業務組申請備查且副知中醫全聯會，並依規定申報當日產生之醫療費用及論次費用。 6. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務時間、每週服務次數或地點、核備醫事人員等，須先將變更計畫及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	定。變更巡迴醫療服務者應俟保險人分區業務組核定後，始得變更計畫。 7. 申請巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件7辦理)。 8. 保險人應將本年度巡迴醫療服務相關訊息(含執行之保險醫事服務機構名稱、時間及地點)建置於保險人全球資訊網網站，以供查詢。 9. 巡迴時間、時段、地點，依執行本計畫之保險醫事服務機構申請書所列時間表為依據，惟保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮西醫、牙醫及中醫之巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。 10. 巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
十、支付方式 (一)獎勵開業服務計畫：	十、支付方式 (一)獎勵開業服務計畫：	十、支付方式 (一)獎勵開業服務計畫： 1. 獎勵標準： (1)第一級：除第二級、第三級以外之醫療資源不足地區，每月保障額度30萬點。 (2)第二級：醫療資源不足之山地地區，每月保障額度35萬點。 (3)第三級：醫療資源不足之離島地區，每月保障額度40萬點。 2. 醫療費用計算： (1)按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)申報醫療費用。	
	說明1:修改管理方式計算項目。說明2:計算總服務量全部計入，最後給付時「代辦」及「其他部門」再另計。 例:代辦5萬點，門診26萬點，總計31萬點(達標)。最後給付代辦另計，26萬補足至30萬，爰給付30萬+5萬點=35萬點。		一、補充定義:現行結算以「每月總服務量」作為與保障額度比較之基準值，敘明以「核定點數(含部分負擔)」計算。 二、有關中全會建議，說明如下： (一)中醫門診總額其他中

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
(2)管理原則(年限計算：自醫事服務機構簽約日開始累進計算服務年限；每月總服務量以「核定總點數(含部分負擔)」計算：包含門診、巡迴醫療、中醫門診總額其他中醫專案服務量及其他預算案件，不含代辦案件：	(2)管理原則(年限計算：自醫事服務機構簽約日開始累進計算服務年限；每月總服務量以「核定總點數(含部分負擔)」計算：包含門診、巡迴醫療服務量，不含代辦案件、中醫門診總額其他中醫專案及其他預算案件：	(2)管理原則(年限計算：自醫事服務機構簽約日開始累進計算服務年限；每月總服務量計算：包含門診、巡迴醫療服務量，不含代辦案件及其他預算案件)：	醫專案：依現行計算方式，其他中醫專案以本方案專款支應，敘明文字，併入管理原則計算。 (二)其他預算案件：申報案件多為居家醫療中醫服務且亦能服務當地行動不便之民眾，敘明文字，併入管理原則計算。 (三)代辦案件：非本署主責服務，爰不建議納入代辦案件計算。 三、中全會建議每月總服務量計算方式，即全部案件併入計算，依照範例，總服務量31萬點已經超過保障額度(已達標)，依方案規定略以，則每月核定點數(含部分負擔)超過保障額度者以核定點數計算之費用支付。 四、若以中全會建議方式給付，一方面對總服務量大於保障額度之院所有

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
			失公平，二方面恐導致代辦醫療服務與健保給付醫療服務比例失衡。 五、參照「十、(一)3.每點支付金額結算文字」，當月核定點數(含部分負擔)，刪除「總」。
<u>(一)獎勵開業服務計畫：</u> <u>2.醫療費用計算：(2)管理原則</u> A. 承辦本計畫後第七個月起，若當月核定<u>總</u>點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，以80%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度35%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定<u>總</u>點數(含部分負擔)未達保障額度20%者，以70%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度20%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。 B. 滿一年者，自第十三個	<u>(一)獎勵開業服務計畫：</u> <u>2.醫療費用計算：(2)管理原則</u>	<u>(一)獎勵開業服務計畫：</u> <u>2.醫療費用計算：(2)管理原則</u> A. 承辦本計畫後第七個月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，以80%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度35%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度20%者，以70%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度20%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。	比照管理原則文字，刪除「總」。

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度45%者，以75%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度45%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度30%者，以65%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度30%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。 C. 滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度50%者，以60%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度50%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫。		B. 滿一年者，自第十三個月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度45%者，以75%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度45%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度30%者，以65%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度30%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。 C. 滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度50%者，以60%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度50%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫。	比照管理原則文字，刪除「總」。 比照管理原則文字，刪除「總」。

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度40%者，以50%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度40%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度10%者，以當月核定點數計算之費用支付。		畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度40%者，以50%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度40%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度10%者，以當月核定點數計算之費用支付。 D. 獎勵開業之醫事服務機構依上述A至C點規定提供巡迴醫療服務後，須依其最高巡迴點之數量持續提供巡迴醫療服務至當年度12月底。 E. 若獎勵開業之醫事服務機構未依上述A至C點規定於該開業鄉鎮承辦巡迴醫療服務計畫，經所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案評估後，由保險人分區業務組終止本	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	方案之辦理。惟若屬特殊情況者，得專案向保險人分區業務組申請至鄰近本方案施行地區提供巡迴醫療服務計畫。 註：依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。 (3)自辦理本計畫之年度開始起算，第三年年底終止計畫補助(延續辦理期間不須另提出申請)，且不再接受同一申請人申請本計畫；又延續辦理計畫者，其起迄日期應依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理。 (4)本計畫中醫師參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)併入保障額度計算，每月核定點數(含部分負擔)未達保障額度者，不予支付	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
		當月巡迴醫療服務之論次費用。 (5)本計畫申報之門診診察費納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算；針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置納入該支付標準之合計申報量計算。	
3. 每點支付金額之結算： 建議維持原條文	說明：代辦案件另計。 3. 每點支付金額之結算： (1)每月核定點數(含部分負擔)超過保障額度者：以核定點數計算之費用支付，屬浮動點數者依該區當季之浮動點值計算，每點支付金額不低於1元，<u>代辦案件另計</u>。 (2)每月核定點數(含部分負擔)低於保障額度者：依本方案第十項第一款第二目醫療費用計算之管理原則核付，其保障額度之點數依該區當季之浮動點值計算，惟每點支付	3. 每點支付金額之結算： (1)每月核定點數(含部分負擔)超過保障額度者：以核定點數計算之費用支付，屬浮動點數者依該區當季之浮動點值計算，每點支付金額不低於1元。 (2)每月核定點數(含部分負擔)低於保障額度者：依本方案第十項第一款第二目醫療費用計算之管理原則核付，其保障額度之點數依該區當季之浮動點值計算，	按現行點值結算方式「代辦案件」全部計算，爰不再另外說明。

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明																								
	金額不低於1元， <u>代辦案件另計</u> 。	惟每點支付金額不低於1元。																									
4. 承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件8)，並於次月20日前費用申報時以電子檔案，報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。		4. 承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件8)，並於次月20日前費用申報時以電子檔案，報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。	修改附件8備註6內容，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫，治療處置規範填報。																								
<table><tr><th>地區</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th></tr><tr><td>0. 中醫資源不足</td><td>2,000</td><td>P23064</td></tr><tr><td>1. 一級偏遠</td><td>3,000</td><td>P23007</td></tr><tr><td>2. 二級偏遠</td><td>5,000</td><td>P23063</td></tr><tr><td>3. 山地</td><td>8,800</td><td>P23008</td></tr><tr><td>4. 一級離島</td><td>11,000</td><td>P23009</td></tr><tr><td>5. 二級離島</td><td>12,100</td><td>P23010</td></tr><tr><td>6. 三級離島</td><td>13,200</td><td>P23011</td></tr></table>		地區	支付點數	申報代碼	0. 中醫資源不足	2,000	P23064	1. 一級偏遠	3,000	P23007	2. 二級偏遠	5,000	P23063	3. 山地	8,800	P23008	4. 一級離島	11,000	P23009	5. 二級離島	12,100	P23010	6. 三級離島	13,200	P23011		
地區	支付點數	申報代碼																									
0. 中醫資源不足	2,000	P23064																									
1. 一級偏遠	3,000	P23007																									
2. 二級偏遠	5,000	P23063																									
3. 山地	8,800	P23008																									
4. 一級離島	11,000	P23009																									
5. 二級離島	12,100	P23010																									
6. 三級離島	13,200	P23011																									
		(二)巡迴醫療服務計畫： 1. 本計畫論量計酬費用，由中醫門診總額 一般服務預算支應。每點支付金額以1元計算，於一般服務預算分區預算分配前先行結算。 2. 本計畫之論次支付方式：各地區別論次支付點數及申報代碼如下，偏遠及山地離島地區分類詳附件1-1，中醫資源不足地區詳附件1-2。																									

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
註1：如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數10,000點。 註2：若原為附件1-1、附件1-2施行區域，因新設立2家(含)以上之中醫診所，報經全民健康保險中醫門診總額研商議事會議報告同意後，自中醫研商議事會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報 P23064，支付2,000點。	註1：如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數10,000點。 註2：巡迴醫療服務，變更施行區域之論次支付費用，若原為附件1-1、附件1-2施行區域，因新設立2家(含)以上之中醫診所，保險人及中醫全聯會共同評估後，並函文保險人同意，自中全會函文發文日起，變更其論次費用申報代碼為P23064。	註：如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數10,000點。	一、於年度執行時，因中醫特約醫事服務機構設立，以致施行區域變更而撤出附件1-1、1-2範圍，為保障原核定執行巡迴醫療服務之院所，申報論次費用有所依據，新增備註2。 二、敘明自本署中醫研商議事會議紀錄發文日起始變更申報。
		3. 本計畫之門診診察費加成支付：保險人於結算時，門診診察費按本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數加計1成支付；院所申報該項費用時，無須申報加計之成數。 4. 本計畫醫療服務支付標準申報規定： (1)本計畫申報之門診診察費不納入門診合理量計	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	算。 (2)針灸、傷科及針灸合併傷科治療每次診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。 (3)本計畫之針灸、傷科及針灸合併傷科治療不併入該院所之合計申報量計算，且不受醫療服務支付標準第四部中醫通則五至通則六針灸、傷科及針灸合併傷科治療申報量打折支付之規定。 (4)巡迴醫療服務之案件因非至保險醫事服務機構就醫，爰不得申報初診門診診察費(A90)。 (5)若因特殊情形，經保險人分區業務組核定同意，同一醫師同一日得至不同地點提供2診次巡迴醫療，其費用申報依本計畫執行之看診診次計算。	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
(二)巡迴醫療服務計畫： 4. 申報規定： <u>(6) 巡迴醫療服務未明列者，則按支付標準第四部中醫規範辦理。</u>			明列巡迴醫療服務申報規定，依支付標準規定辦理，不另列申報方式。
5. 依本計畫所申請之專款專用支付項目費用不列入「<u>112年度中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案</u>」計算。		5. 依本計畫所申請之專款專用支付項目費用不列入「111年度中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。	年度調整
6. 執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件8)，並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。		6. 執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件8)，並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。	修改附件8備註6內容，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫，治療處置規範填報。
<u>7. 本計畫巡迴醫療服務不得申報中醫門診總額其他中醫專案(含第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護)及其他預算案件。</u>	說明:巡迴醫療服務單純 <u>7. 本計畫不得申報中醫門診總額其他中醫專案(含第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護)及其他預算案件。</u>		敘明本計畫巡迴醫療服務，不得執行中醫門診總額其他中醫專案及其他部門專案。

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	(三)本方案點值結算方式： 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。	
十一、醫療服務申報、審查與管理原則： 維持原條文	十一、醫療服務申報、審查與管理原則： 維持原條文	十一、醫療服務申報、審查與管理原則： (一)執行本方案之保險醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。 (二)本方案須配合健保卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，須填具健保卡例外就醫名冊(如附件9)。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付；另巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴醫療服務之巡迴點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴服務。 (三)醫療費用申報與審查： 1. 門診醫療費用點數申報格式與填報作業 (1)總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。 (2)點數清單段 A. 案件分類：請填報	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
a. 獎勵開業服務計畫請填報「C7(醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫)，<u>含代辦案件</u>」，<u>執行中醫門診總額其他中醫專案或其他預算案件</u>，則於特定治療項目代號(二)~(四)任一欄位填報C7。		「25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。 B. 特定治療項目代號(一) a. 獎勵開業服務計畫請填報「C7(醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫)」。 b. 巡迴醫療服務計畫請填報「C6(醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫)」。 C. 部分負擔代號及部分負擔點數 a. 山地離島地區：請填報免收部分負擔規定山地離島地區之就醫代碼「007」，部分負擔點數請填0。	比照牙醫、西醫不足獎勵開業規範，執行代辦案件中醫門診總額其他中醫專案或其他預算案件時，於其他特定治療項目代號欄位，填報C7，以利判斷獎勵開業院所。

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	b. 非山地離島地區：依現行全民健康保險法第四十三、四十八條規定辦理，若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，部分負擔得予減免20%。 2. 巡迴醫療服務計畫： (1) 保險醫事服務機構依本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數申報門診診察費，申報時不須加計成數。 (2) 本計畫採「論次加論量」支付方式： A. 應依據論次費用申請表格式(附件10)於次月20日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)及郵寄紙本至保險人分區業務組。 B. 並應就保險對象逐案併每月其他醫療費用	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	向保險人申報，每位中醫師每月巡迴看診診次平均門診量限定70人次，超過70人次之部分，其門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療處置費，自申請金額最少之案件計算起，不予支付，如巡迴醫療服務點屬山地、離島或由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查核定之特殊情形者，該巡迴醫療服務點每位中醫師每診次平均門診量不受70人次限制。 C. 執行本計畫時，平均門診量前70人次之門診診察費，適用醫療服務支付標準第四部中醫部門之第一階段門診診察費（支付標準編號：A01、A11、A02、A12）。 D. 該診次如無法於巡迴	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	點過卡(含診療人數為0人者),應於申報論次支付點數時檢附彩色照片三張(可彩色列印,不限相片紙),須有服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點、時間之照片為佳。繳交照片如有不符合規定或無法辨識者,則核減該診次論次支付點數。 (3)管理原則:執行巡迴醫療服務者,若連續5個月每月每診平均就醫人次少於10人(不含10人),由中醫全聯會函請執行者,於次月更換巡迴醫療服務點;若經更換巡迴醫療服務點後,再連續3個月,每月每診平均就醫人次少於10人(不含10人),由中醫全聯會評估後,轉請保險人分區業務組通知該院所終止執行本計畫。但執行巡迴醫療服務點為離島地區或山地地區者,不	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
		在此限。	
<u>十二、執行報告：</u> 維持原條文	<u>十二、執行報告：</u> 維持原條文	<u>十二、執行報告：</u> 執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告予中醫全聯會；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益；巡迴醫療服務計畫執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。	
<u>十三、考核事項：</u> 維持原條文	<u>十三、考核事項：</u> 維持原條文	<u>十三、考核事項：</u> (一)考核程序：參與本方案之保險醫事服務機構，1年至少考核1次。 1. 於1月1日至6月30日期間開始執行方案者：應於7月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點(附件11-1、11-2)。 2. 自7月1日後始執行本方案者：應於12月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點(附件11-1、11-2)。 3. 考核成績將作為下年度審核之參考。另保險人分區業務組視需要依其自	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	評項目進行實地審查。 (二)考核方式與項目： 1. 實地考核或電話抽查評核(由保險人分區業務組依實際情況，自行評估選用評核方式)。 2. 院所考核表評核（附件11-1）。 3. 民眾滿意度調查表評核（附件11-2）。 4. 綜合討論及評分。 (三)考核結果： 1. 評分結果為96分(含)以上者，列入優等。 2. 評分結果為80~95分者，列入良等。 3. 評分結果為71~79分者，列入觀察等級，由保險人分區業務組予以觀察一季要求改善，次年度未達80分者，則不予執行本方案。 4. 評分結果為70分(含)以下者，列入輔導等級，由保險人分區業務組予以輔導一季要求改善，經複核未改善者，終止執行本方	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
		案。	
<u>十四、注意事項：</u> 維持原條文	<u>十四、注意事項：</u> 維持原條文	<u>十四、注意事項：</u> (一)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、日報表資料不齊全(含書面資料及電子檔案)、未依本方案規定事項辦理者，經保險人分區業務組及中醫全聯會重新評估後，由保險人分區業務組同意更換、裁撤或終止本方案之辦理。 (二)於方案執行期間，若巡迴醫療服務計畫施行地區有新設立之中醫保險醫事服務機構，原提供巡迴醫療服務計畫之中醫保險醫事服務機構可持續執行原核定內容至當年度年底。	
<u>十五、違規處理</u> 維持原條文	<u>十五、違規處理</u> 維持原條文	<u>十五、違規處理</u> (一)辦理本方案之保險醫事服務機構或醫事人員，如因涉及違反特管辦法第三十八條至第四十條所列違規	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
維持原條文	維持原條文	情事之一，自保險人第一次發函處分所載之停約日起即停止執行本方案(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，另獎勵開業服務計畫費用支付方式自當年度執行本計畫起至本計畫終止日，以保障額度總額九折支付。 (二)因違反前項規定而停止執行本方案者，得於收到該函正本日起30日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組提起申復。	
<u>十六、</u> 維持原條文	<u>十六、</u> 維持原條文	十六、本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，於實施半年後進行期中檢討，並於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況、本地就醫率等資料。	
<u>十七、</u> 維持原條文	<u>十七、</u> 維持原條文	十七、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關	

112年度建議條文	中全會建議	111年度原條文	健保署說明
		核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	

111 112年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

施行區域一覽表-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區

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

註1：本一覽表統計截止日期：111 年 7 月 25 日，共 82 個鄉鎮(區)。

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

註3：澎湖縣白沙鄉吉貝村，考量地理及交通因素，另列分級級數為6。

111 112年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

施行區域一覽表-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區

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

註1：本一覽表統計截止日期：111 年 7 月 25 日，共74 77個鄉鎮(區)。

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

~~111~~ 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

獎勵開業服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基本資料	醫事服務機構名稱		醫事服務機構代碼		電話	
	醫師姓名		身分證統一編號		中醫師證書字號	台中字第 號
	醫師學經歷					
	聯絡地址					
開業地區及時間	開業地區	區分會 縣市 鄉鎮區 村				
	地區別	☐ 偏遠		☐ 山地		☐ 離島
	電話					
	地址					
評估情形	中醫全聯會評估意見	☐ 同意， ☐ 不同意		原因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				

111 112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

巡迴醫療服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基本資料	醫事服務機構名稱		醫事服務機構代碼		電話	
	醫師姓名		身分證統一編號		中醫師證書字號	台中字第 號
	醫師學經歷					
	醫事服務機構地址					
服務地區及時間	服務地區	區分會 鄉鎮區	縣市 村	服務時間	每週	次每星期
	地點		地址			
	時段			電話		
	承作方式	一律為論次加論量				
評估情形	中醫全聯會評估意見	☐ 同意， ☐ 不同意		原因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				

註：本表以申請醫師數為單位，醫師數為2人者，則須填寫2份，若醫師人數眾多，可另行檢附名冊。

111 112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 巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

巡迴醫療地點：				縣(市)	鄉(鎮、區)	村(里)
巡迴醫療期間：民國 年 月 日到民國 年 月 日						
時間：每星期 上午(下午) 時 分至 時 分共 小時						
駐點地址				駐點電話		
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號		
醫事服務機構地址				醫事服務機構電話		
醫事人力(參與巡迴醫療計畫醫事人力)						
醫師		藥事人員		護理人員		行政人員
位		位		位		位
醫師姓名				醫師姓名		
身分證統一編號				身分證統一編號		
證書字號				證書字號		
藥事人員姓名				護理人員姓名		
身分證統一編號				身分證統一編號		
證書字號				證書字號		

註：參與本方案醫事人員，應依相關規定向當地衛生主管機關報備支援(藥事人員應向保險人分區業務組報備)。

院所印章：

負責醫師簽章：

111 112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 獎勵開業服務計畫門診時段異動表

(一) 原門診時段： 年 月

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時 間							
下午 時 間							
晚上 時 間							

合計 天 小時/週

(二) 新門診時段 年 月起

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時 間							
下午 時 間							
晚上 時 間							

合計 天 小時/週

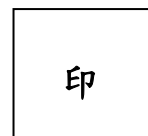
執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



門診時段異動表辦法：

1. 依「111 112年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之第九項開診規範辦理。
2. 每月門診時段異動表應於前月二十五日之前送至中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查。

111 112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 獎勵開業服務計畫休診單

本人： (姓名) 因 (事由)

將於 年 月 日 時起至 年 月 日 時止休診

合計 月 天 小時

門診補班，於① 月 日 時起至 月 日 時

② 月 日 時起至 月 日 時

③ 月 日 時起至 月 日 時

④ 月 日 時起至 月 日 時

合計 天 小時

執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日

印

印

休診及補班規範：

1. 依「111 112年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之第九項開診規範辦理。
2. 本休診單應於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。
3. 門診補班可於休診日前、後辦理，但限於當月完成。且補班天數及時數應和請假天數及時數相同。
4. 跨月休診，應於當月個別補班；如遇臨時或突發事由於月底後三日，得於下個月前三日補班完成。

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之標示製作作業說明

一、預算來源

~~111~~ 112總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

二、標示應包含下列內容

1. 全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務
2. 全民健保標誌
3. 巡迴地點及時間
4. 主辦單位衛生福利部中央健康保險署
5. 承作醫療院所名稱

三、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務	巡迴地點及時間	主辦單位：衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	高度:7公分 寬度:7.05公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20公分 寬度:20.3公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17公分 寬度:17.2公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度:30公分 寬度:30.4公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

1. 西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
2. 中醫：底色為深紅色，字體為白色
3. 牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

四、支付原則及核銷方式

1. 同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為5,000元。
2. 核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明08628407)。
3. 標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起1個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年12月始承作計畫者，申請核銷期限為當年12月10日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

111 112年全民健康保險巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐海報

☐立牌

☐直立旗

☐布條

核銷金額： 元

-----原始支出憑證黏貼處-----

所屬分會：_____ 附件 8
 承辦單位：_____
 醫事服務機構代碼：_____
 地 點：_____鄉_____村
 核准代碼：_____

111 112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區醫療服務門診日報表

日期	月	日	時間：	時 分～ 時 分																	
編號	姓名	身分證 統一編號	出 生 年月日	性別	住址	電話	診察費	藥 費 (天)	調劑費	治療處置	當地 住民		醫療 費用	部分 負擔	申請 費用	身份 別	備 註				
											是	否									

註： 1. 依本方案規定填具本表。2. 核實申報均須同時填報本表，並於次月20日前合併EXCEL電子檔或紙本送保險人分區業務組備查，並副知全聯會及所轄中執會各區分會。3. 性別欄：男填1女填0。4. 診察費欄：請依申報之診察費支付標準代碼填入。5. 藥費欄請填入天數(例如給藥7天，填入"7")。6. 治療處置欄：~~限擇一項申報，並在所屬申報代碼下打"✓"~~ 依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫治療處置規範填報。7. 當地住民欄：請在是否處擇一打"✓"。8. 申請費用=醫療費用-部分負擔。9. 身份別：山地離島地區一律填入"007"；非山地離島地區：重大傷病填入"001"，低收入戶填入"003"，榮民(眷)填入"004"，一般民眾免填。10. 若當日無人看診仍應檢送當次門診日報表。

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

就醫日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證字號	連絡電話	無卡原因
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公)： (宅)： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損

註：1. 本表由醫療院所自存備查，不須再寄送至保險人分區業務組。

106.10.5版

2. 本表請院所自行印製使用。

3. 門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：已加保未領到卡、遺失、毀損換發期間或因災害導致健保卡遺失或毀損請填 C001。

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫論次費用申請表

第 年 月 頁共 頁

受理日期				受理編號							
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號							
編號	醫事人員姓名	醫事人員身分證號	支付別	日期	鄉(鎮)名	村(里)名	地點	診療人次	申請金額	核減額	核定額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
本頁小計											
總表	項 目	申請次數	診療人次	每次申請金額	申請金額總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額		
	支付別										
	P23064案件										
	P23007案件										
	P23063案件										
	P23008案件										
	P23009案件										
	P23010案件										
	P23011案件										
	P23065案件										
總計											
負責醫師姓名：		一、本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得支付。									
醫事服務機構地址：		二、編號：每月填送均自1號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。									
電話：		三、支付別：中醫：中醫門診巡迴醫療服務計畫：論次費用「次」計填寫。 P23064中醫資源不足地區中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23007一級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23063二級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23008山地地區中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23009一級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23010二級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23011三級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。 (註:如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構，至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數10,000點)									
印信：		四、填寫時請依同一醫事人員姓名、同一「支付別」集中申報。 五、本申請表應於次月20日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明中醫門診巡迴醫療服務計畫（論次費用）。									

111 112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

院所考核表 ☐開業 ☐巡迴

填報日期： 年 月 日

- 一、考核對象： 中醫診所
二、考核地點： 鄉(區) 村(里)

※每1開業或巡迴點(村或里)填報院所考核表1份，及檢附4張照片(可彩色列印)。

※每1開業或巡迴點(村或里)檢附至少10份民眾滿意度調查表(特殊情形由各分區業務組自行決定份數)(請將上述2項※同一巡迴點裝訂成一份)。

三、考核項目：

(一)診療服務評核

1、是否有中低收入戶減免掛號費或免收掛號費？

☐是(10分) ☐否(0分)

2、開業診所招牌或巡迴告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

☐明顯(5分) ☐不明顯(3分) ☐無(0分)

3、開業診所或巡迴地點是否有全民健保之標誌？

☐是(5分) ☐否(0分)

(二)實際開業或巡迴服務內容評核，上半年度開始執行方案者，請於7月底前繳交；下半年度開始執行方案者，請於12月底前繳交，一併檢寄下述照片或彩色列印(每1巡迴點(村或里)4張)至轄區業務組，做為下年度審核之參考。

1、推展開業或巡迴醫療活動，開業招牌或巡迴紅布條(海報)、宣傳衛教單張。(10分)

(內容：診療科目、時段、地點，附1張照片)

2、詳細解釋用藥與促進健康衛教(附1張照片，請儘量顯示出醫師及病患之間互動畫面)。(10分)

3、空間及環境清潔衛生(附1張照片)。

☐非常乾淨(6分) ☐尚可(3分) ☐待改進(0分)

4、診療設備(附1張照片,)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、病歷……等。

☐6種以上(6分) ☐5種(5分) ☐4種(4分) ☐3種以下(3分)

5、平均每診看診人次

☐15人次以上(6分) ☐不足15人次(3分)

6、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料。

☐是(10分) ☐否(0分)

(三)民眾意見評核：醫院、診所請先自評並繳回問卷，至少10份民眾滿意度調查表，共32分/份。《民眾滿意度調查表(詳附件11-2)之結果平均後計分 分》。

推展開業或巡迴醫療活動，開業招牌 或巡迴紅布條(海報)、宣傳衛教單張	解釋用藥與促進健康衛教
請黏貼符合主題之相片	請黏貼符合主題之相片
空間及環境清潔衛生	診療設備
請黏貼符合主題之相片	請黏貼符合主題之相片

111 112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

民眾滿意度調查表

親愛的女士/先生：

您好！健保署為增進就醫可近性及改善醫療資源不足地區中醫醫療服務，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝 健康快樂

1、請問您對此中醫醫療服務滿意度如何？

- (1)候診時間 ☐非常滿意(3分)☐滿意(2分)☐尚可(1分)☐不滿意(0分)
- (2)醫療效果 ☐非常滿意(3分)☐滿意(2分)☐尚可(1分)☐不滿意(0分)
- (3)醫療設備 ☐非常滿意(3分)☐滿意(2分)☐尚可(1分)☐不滿意(0分)
- (4)醫師服務態度☐非常滿意(3分)☐滿意(2分)☐尚可(1分)☐不滿意(0分)
- (5)語言溝通能力☐非常滿意(3分)☐滿意(2分)☐尚可(1分)☐不滿意(0分)
- (6)門診時段 ☐非常滿意(3分)☐滿意(2分)☐尚可(1分)☐不滿意(0分)

2、請問您對此中醫服務據點就醫滿意度如何？

- (1)您今天花多久時間到達此中醫服務據點?(僅指去程)

☐10分鐘以內(3分) ☐11~30分鐘(2分) ☐30分鐘~1小時(1分)

- (2)您到此中醫服務據點看病是否方便？

☐非常方便(3分) ☐方便(2分) ☐普通(1分) ☐不方便(0分)

- (3)是否有收取不當之收費？ ☐是(0分) ☐否(3分)

- (4)您接受此中醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多5個)

☐設備好(1分) ☐醫師技術好(1分) ☐環境衛生(1分)

☐候診時間短(1分) ☐服務態度親切有禮(1分) ☐方便(1分)

☐重視病人意見(1分) ☐提供充足醫療常識(1分) ☐藥有效(1分)

謝謝您！撥空填寫本問卷調查表

鄉(區)

村(里)

中醫診所
年 月

**111 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
施行區域一覽表-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區-第3次研商版**

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

註1：本一覽表統計截止日期：110 11月11 7 月2 25日，共83 82個鄉鎮(區)。

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

**111年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
施行區域一覽表-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區-第3次研商版**

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

註1：本一覽表統計截止日期：110 111年11 7月2 25日，共73 74個個鄉鎮(區)。

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

討論事項第二案

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，提請討論。

說明(詳修正彙總表)：

- 一、條次調整。
- 二、本方案為延續型計畫，刪除「施行期間」規範(彙總表 P. 1(討 2-3 頁))。
- 三、查健保會 112 年總額未規範「執行目標」，爰刪除之(彙總表 P. 1(討 2-3 頁))。
- 四、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(彙總表 P. 8)。

決議：

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療方案修正彙整表

112 年度條文(修正建議)	111 年度原條文	健保署說明
一、依據 維持原條文	一、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定 年度醫療給付費用總額事項辦理。	
二、目的 維持原條文	二、目的 鼓勵中醫師至照護機構執行中醫醫療 服務，提升因失能或就醫不便住民之 醫療照護可近性，促使全體保險對象 獲得適當之中醫醫療照護，減少住民 外出就診中醫人次。	
三、預算來源 維持原條文	三、預算來源 全民健康保險中醫門診醫療給付費用 總額中之「照護機構中醫醫療方案」 專款項目下支應。	
四、施行機構 維持原條文	四、施行機構 (一)政府立案之老人安養、養護機構或 身心障礙福利機構、護理之家。 (二)各縣市至少以服務一家照護機構為 原則，並以護理之家為優先。 (三)每家照護機構僅能接受一家中醫門 診特約醫事服務機構提供服務。	
五、施行期間 111 年 1 月 1 日至 111 年 12 月 31 日。	五、施行期間 111 年 1 月 1 日至 111 年 12 月 31 日。	延續性計畫，刪除施行期間。
六、執行目標	六、執行目標	經詢健保會今年度未就執行目標

112 年度條文(修正建議)	111 年度原條文	健保署說明
(一)本年度以至少 30 家保險醫事服務機構參與，並以 30 家照護機構為目標。 (二)以達成 15,000 服務人次，服務總天數 1,500 天為目標。	(一)本年度以至少 30 家保險醫事服務機構參與，並以 30 家照護機構為目標。 (二)以達成 15,000 服務人次，服務總天數 1,500 天為目標。	討論，本署建議刪除執行目標。
七 五、申請資格 維持原條文	七、申請資格 (一)保險醫事服務機構：須最近二年內未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次處分函上所载停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。 (二)中醫師資格：須執業登記於該保險醫事服務機構之專任醫師。 (三)照護機構須備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀錄。 (四)保險醫事服務機構於照護機構須建置全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將住民健保卡攜回院所。	條次調整
六 六、申請與審查程序及須檢附之文件	八、申請與審查程序及須檢附之文件	條次調整

112 年度條文(修正建議)	111 年度原條文	健保署說明
維持原條文 維持原條文	(一)申請與審查程序 1. 符合申請資格者，自本方案公告日起 15 個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)。 2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。 3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。 4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15 個工作日內，將評估後之彙整結果函送所轄保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於 10 個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會及其中醫門診醫療服務審查執行會各區分會。 5. 保險人核定發文日為執行起日。 (二)須檢附之文件 1. 保險醫事服務機構申請時須檢附本方案申請表(附件 1)、全民健康保險特約醫事服務機構支照護理機構申請書(附件 2)、全民健康保險特約醫事服務機構支照護理機構醫	

112 年度條文(修正建議)	111 年度原條文	健保署說明
維持原條文	療作業說明表(附件 3)、醫事人員名冊(附件 4)及計畫書。 2. 前開計畫書內容應包含： (1)書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷書 14 號定型，橫式書寫。 (2)封面：包括方案名稱、執行單位、執行期間。 (3)前言：請敘述執行方案動機，包括照護機構地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。 (4)目的：分點具體列述執行方案所要達成之目標。 (5)執行方案： A. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。 B. 每週診療時間。 C. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。 D. 照護機構地址及住民數。 (6)經當地衛生主管機關核准報備支援之中醫師、相關醫事人員同意函。	

112 年度條文(修正建議)	111 年度原條文	健保署說明
	(7)評估預期效益：請詳述執行方案實施後預期達成之效益指標。	
九七、醫療服務提供方式 維持原條文 維持原條文	九、醫療服務提供方式 (一)保險醫事服務機構指派中醫師及必要之醫事人員，至照護機構提供中醫醫療服務，每週以一個時段為限，每時段至少須三小時。 (二)前開同一時段提供診療服務之中醫師，以一名為限。 (三)若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於 7 個工作天前向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構(門診異動表如附件 5)；因不可抗力因素(如因颱風來襲縣市政府公告停班停課等)則為休診日，不須補診及報備。 (四)如欲變更醫療服務時間、每週服務次數或照護機構，須先檢送變更計畫書及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更照護機構者，須俟保險人分區業務組核定後，始得執行。	條次調整
十八、給付項目及支付標準	十、給付項目及支付標準：下列費用皆由本方案預算支應。	條次調整

112 年度條文(修正建議)	111 年度原條文	健保署說明
維持原條文	(一) 論次支付(支付標準編號 P6901C)：每時段(診次)支付 1,000 點，每時段(診次)至少以三小時為計支單位，未達三小時不予支付。 (二) 論量支付： 1. 診察費、藥費、藥品調劑費、針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)第四部中醫所列之項目申報。 2. 每診次以 15 人次為上限；16 人次以上部分，則不予支付。 (三) 支付規定： 1. 本方案申報之門診診察費不納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算。 2. 針灸、傷科及針灸合併傷科治療之診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制，以及不納入醫療服務支付標準之合計申報量計算。 3. 照護機構中醫醫療照護因非至保險醫事服務機構就醫，爰不得申報「初診門診診察費加計」(A90)。 (四) 本方案預算按季均分，點值結算方	

112 年度條文(修正建議)	111 年度原條文	健保署說明
	式如下： 1. 「論次費用」每點支付金額以 1 元支付。 2. 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。若有結餘，則流用至下季。 3. 若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。 (五)本方案申報點數不列入「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。	
十一九、醫療費用申報與審查 維持原條文	十一、醫療費用申報與審查 (一)醫療費用申報 1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。 2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段： (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。 (2)特定治療項目(一)：請填報「JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)」代碼。 (3)就醫科別：請填報「60 中醫科」。	條次調整

112 年度條文(修正建議)	111 年度原條文	健保署說明
九、醫療費用申報與審查 <u>(五)執行本服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件 7)，並於次月 20 日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</u>	3. 論次費用：支付標準編號 P6901C。 (二)論次費用之申報，保險醫事服務機構次月 20 日前須至健保資訊網服務系統(VPN)登錄醫療服務服務費用明細，傳送資料後列印「全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表」(附件 6)，蓋上院所印信，信封上請註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」，寄至所屬保險人分區業務組，由保險人各分區業務組依執行結果核定。 (三)保險醫事服務機構於每月費用申報前，應至 VPN「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院住民名冊。 (四)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。	一、參酌 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。 二、建議新增院所應填寫門診日報表送所轄分區業務組備查等相關修正內容，以利費用審查申報正確性，及事後據以比對院所實際至照護機構提供服務情形。

112 年度條文(修正建議)	111 年度原條文	健保署說明
十二十、評核指標 維持原條文	十二、評核指標 照護機構接受本方案之中醫醫療照護後，其住民外出就診中醫件數較 108 年減少。	條次調整
十三十一、執行報告 維持原條文	十三、執行報告 執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益。執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。	條次調整
十四十二、退場機制 維持原條文 維持原條文	十四、退場機制 (一)參與本方案之保險醫事服務機構，如於方案執行期間有違反特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本方案。 (二)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、資料不齊全(含書面資料及電子檔案)或參與方案有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改	條次調整

112 年度條文(修正建議)	111 年度原條文	健保署說明
	善者，應自保險人通知終止執行本方案日起退出本方案。 (三)保險醫事服務機構如經保險人終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人申請複核，但以一次為限。	
十五十三、其他事項 維持原條文	十五、其他事項 (一)報備支援規定：支援醫事人員均應依醫事相關法規向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請中醫師考量醫療負擔能力提供支援服務。 (二)本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料。	條次調整
十六十四、 維持原條文 維持原條文	十六、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正。	條次調整

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

申請表

申請日期： 年 月 日

基本資料	醫事服務機構名稱		醫事服務機構代碼		電話	
	中醫師姓名		身分證統一編號		中醫師證書字號	台中字第 號
	中醫師學經歷					
	聯絡地址					
服務地區及時間	照護機構名稱				服務時間	每週 1 次星期__
	服務時段	上午 __ : __ - __ : __		下午 __ : __ - __ : __		晚上 __ : __ - __ : __
	電話					
	地址					
評估情形	中醫全聯會評估意見	☐ 同意， ☐ 不同意		原因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

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

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

特約醫事服務機構及 負責醫師大、小印章	照護機構印章及負責人印章

中華民國

年

月

日

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表

服務機構代號：_____ 服務機構名稱：_____

照護機構代號：_____ 照護機構名稱：_____

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

※注意事項：

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

中華民國 年 月 日

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

年 月門診異動表

一、申請單位資料：

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

二、照護機構資料：

1. 照護機構名稱：
2. 電話：
3. 地址：

三、支援照護機構時段異動表：

(一)原支援照護機構時段：

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

(二)異動後時段：

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

全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表

中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案論次費用

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

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案門診日報表

[illegible]

註：1. 依本方案規定填具本表。2. 核實申報均須同時填報本表，並於次月 20 日前合併EXCEL電子檔或紙本送保險人分區業務組備查，並副知全聯會及所轄中執會各區分會。3. 性別欄：男填 1 女填 0。4. 診察費欄：請依申報之診察費支付標準代碼填入。5. 藥費欄請填入天數(例如給藥 7 天，填入"7")。6. 治療處置欄：依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定申報。7. 當地住民欄：請在是否處擇一打"√"。8. 申請費用=醫療費用-部分負擔。9. 身份別：山地離島地區一律填入"007"；非山地離島地區：重大傷病填入"001"，低收入戶填入"003"，榮民(眷)填入"004"，一般民眾免填。10. 若當日無人看診仍應檢送當次門診日報表。

討論事項第三案

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，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險會於 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議暨本會 111 年 10 月 16 日中醫門診醫療服務審查執行會第 47 次會議決議事項辦理。
- 二、刪除第柒條第五項：「未符合中醫全聯會提供之『醫療費用明細標示』院所。」，因健保署「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」中無明列本項指標，本項無法源依據，建議刪除。
- 三、建議將第柒條第六項：「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。」移至第捌條：「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 10%。」院所反映自己配合的網路公司上網速度也很快，應以鼓勵的方式，應降低本項的比例，建議不給付修正為加成給付。

本署意見：

- 一、依 112 年總額協定事項略以，請本署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實品質保證獎勵之目的。
- 二、有關刪除第柒條第五項：「未符合中醫全聯會提供之『醫療費用明細標示』院所。」一節，查 110 年仍有 67 家不符合本項指標，建議維持本項指標。
- 三、有關建議將第柒條第六項：「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。」移至第捌條：「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 10%。」一節，本署尊重中全會建議。
- 四、本計畫修正對照表詳頁次討 3-2 頁，「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)修正如附件。

決議：

「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) 修正對照表

112 年修正後條文	中全會建議	原條文	中全會說明	本署意見
柒、中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款： (維持原條文)	柒、中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款： (維持原條文)	柒、中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款： 一、當年度在前一年 12 月每萬人口中醫師數 3.0(含)以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。 (註 2) 二、核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率(註 3)，超過該區 90 百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。 三、中醫門診特約醫事服務機構當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條至第 40 條、第 44 條至第 45 條等所列違規情事之一，並經處分者以保險人第一次發函處分日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或	(維持原條文)	

112 年修正後條文	中全會建議	原條文	中全會說明	本署意見
		申請緩處分者)。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。 四、中醫門診特約醫事服務機構非屬「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。		

112 年修正後條文	中全會建議	原條文	中全會說明	本署意見
五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。	五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。	五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。	刪除第柒條第五項：「未符合中醫全聯會提供之『醫療費用明細標示』院所。」，因健保署「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」中無明列本項指標，本項無法源依據，建議刪除。	一、查因特約中醫醫療院所皆有藥品標示，107 年修訂全民健康保險醫療品質資訊公開辦法第二條附表二機構別之醫療品質資訊第四項中醫門診總額，刪除第 4 條藥品標示（藥袋標示）情形（討 3-11 頁）。 二、本項指標是否符合係由中全會認定，「醫療費用明細標示」樣張（詳討 3-12 頁）。 三、查 110 年品保款本項指標仍有 67 家不合格

112 年修正後條文	中全會建議	原條文	中全會說明	本署意見
				(討 3-19 頁，註 5)，建議保留此指標。

112 年修正後條文	中全會建議	原條文	中全會說明	本署意見
六、未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。(註4)	六、未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。(註4)	六、未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。(註4)	一、院所反映配合的網路公司上網速度也很快，應以鼓勵的方式，降低本項的比例，建議不給付修正為加成給付。 二、條文由第柒條第6點不予核發品質保證保留款之院所移至第捌條第5點品質保證保留款核算基礎之加分項目。	一、本署「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」係為鼓勵醫療院所提升網路頻寬，協助醫師於診間可即時、迅速使用健保雲端服務，查詢病患於不同院所間之醫療資訊，供處方參考。截至111年10月31日中醫診所參與率約為97%。 二、考量上開方案係以「鼓勵」為目的，本署尊重中全會意見。

112 年修正後條文	中全會建議	原條文	中全會說明	本署意見
七六、未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」(詳附件)之院所。	七六、未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」(詳附件)之院所。	七、未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」(詳附件)之院所。		條次修改。
捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則： (維持原條文)	捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則： (維持原條文)	捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則： 一、當年度新設立之中醫門診特約醫事服務機構(屬新醫事服務機構代號者)，屬於同年之「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮開業地區，依核算基礎(A)加計100%。 二、為鼓勵提升中醫醫療服務品質，中醫門診特約醫事服務機構從事教學研究且績效卓著者，依核算基礎(A)加計10	維持原條文	

112 年修正後條文	中全會建議	原條文	中全會說明	本署意見
		％。其適用對象為經衛生福利部中醫藥司『中醫醫療院所負責醫師二年以上醫師訓練合格』之院所。 三、為鼓勵中醫師提供假日看診服務減少民眾就診不便，中醫門診特約醫事服務機構當年度於週日看診超過30天(含)以上者，依核算基礎(A)加計10％；超過45天(含)以上者，依核算基礎(A)加計20％。(註5) 四、為鼓勵中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計5%。(註6)		

112 年修正後條文	中全會建議	原條文	中全會說明	本署意見
五、中醫門診特約醫事服務機構參加與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」者，依核算基礎(A)加計10% (註6)。	五、中醫門診特約醫事服務機構參加與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」者，依核算基礎(A)加計5 10% (註6)。	五、中醫門診特約醫事服務機構參加「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」者，依核算基礎(A)加計5%。	一、條文由第柒條第6點不予核發品質保證保留款之院所移至第捌條第5點品質保證保留款核算基礎之加分項目。 二、配分由依核算基礎5%修正為10%。	一、本署「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」係為鼓勵醫療院所提升網路頻寬，協助醫師於診間可即時、迅速使用健保雲端服務，查詢病患於不同院所間之醫療資訊，供處方參考。截至111年10月31日中醫診所參與率約為97%。 二、考量上開方案係以「鼓勵」為目的，本署尊重中全會意見。

112 年修正後條文	中全會建議	原條文	中全會說明	本署意見
維持原條文		六、為推動中醫門診特約醫事服務機構於健保資訊網服務系統(Virtual Private Network，以下稱 VPN)公告連續假期排班等變動情形，鼓勵院所即時更新排班時間，院所「每月完成門診時間網路登錄」者，依核算基礎(A)加計10%，未全年完成門診時間網路登入者則不予加計（註7）。	維持原條文	
中醫門診總額品質保證保留款實施方案各項指標操作定義 註3：年平均核減率 (全年複核核減點數)/(全年申請點數+部分負擔) (未完成複核月份以初核核減率計算，截取時間點為次年2月底(傳票日期)前)。		中醫門診總額品質保證保留款實施方案各項指標操作定義 註3：年平均核減率 (全年複核核減點數)/(全年申請點數+部分負擔)。 (全年複核核減點數)/(全年申請點數+部分負擔) (未完成複核月份以初核核減率計算，截取時間點為次年2月底前)。		明定資料擷取條件。

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法第二條附表二修正對照表 1070925 版

附表二 機構別 之醫療品質資訊

總額別	項目名稱
四、中醫門診總額	1. 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率 2. 中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率 3. 同一中醫院所就診次數每月達八次以上之比率 <u>4. 參與特定疾病門診加強照護之院所名單</u> <u>5. 參與中醫門診總額所訂計畫或方案之院所名單</u> <u>6. 參與醫療資源不足地區改善方案之院所名單</u> <u>7. 中醫傷科占率</u>

總額別	項目名稱
四、中醫門診總額	1. 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率 2. 中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率 3. 同一中醫院所就診次數每月達八次以上之比率 4. <u>藥品標示（藥袋標示）情形</u> 5. 參與特定疾病門診加強照護之院所名單 6. 參與中醫門診總額所訂計畫或方案之院所名單 7. 參與醫療資源不足地區改善方案之院所名單 8. 中醫傷科占率

中醫總額院所品質指標資訊公開作業

「中醫總額」院所品質指標資訊公開作業，請**務必**將下列相關資料填寫後回覆各縣市公會，俾利彙整送全聯會

一、基本資料 院所代碼：_____ 院所名稱：_____ 中醫診所
開業醫師：_____ 設立（變更）日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

二、中醫藥品標示【藥袋】—>有標示項目請打 V

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
病人姓名	性別	藥品名稱	劑量	數量	用法	作用或適應症	警語或副作用	處方醫師	醫療機構名稱	調劑地點	調劑者姓名	調劑日期

三、中醫醫療費用明細標示【收據】—>有標示項目請打 V

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
診察費	藥費	藥事服務費	處置費	檢驗費	檢查費	掛號費	部分負擔	藥品	衛材費	其他

註：(一)本年度全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案

柒、中醫門診特約醫事機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

四、未符合中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。**(向全聯會申請)**

五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所**(向各縣市公會登記)**

(二)「新開院所」及「院所代碼更改者(變更開業醫師)」**務必回覆**此表單，請填寫後傳真或 E-mail 至各縣市公會。

院所電話：_____ E-mail：_____ 填表日期：_____

_____ 中醫師公會 傳真：_____ E-mail：_____ 電話：_____

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)

中華民國107年1月8日健保醫字第1060016997號公告修訂

中華民國108年5月31日健保醫字第1080007611號公告修訂

中華民國109年2月7日健保醫字第1090001213號公告修訂

中華民國110年1月19日健保醫字第1100000291號公告修訂

中華民國111年1月5日健保醫字第1100017843號公告修訂

中華民國111年0月0日健保醫字第111000000號公告修訂

壹、依據：

依據全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、預算來源：

全民健康保險年度中醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、支用條件：

一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次。

二、提供資料及來源：本方案第柒點第四項、第五項及第捌點第二項與第玖點第一項，由中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）於次年2月底前提供名單並函請全民健康保險保險人（以下稱保險人）辦理結算。

伍、預算分配方式：

一、核算基礎：

（一）該院所之核算基礎(A)

=（該院所申報當年醫療服務點數－當年申報藥費）×該院所年平均核付率（含部分負擔，註1）

說明：當年申報醫療服務點數及年平均核付率以次年1月底為截止點。

（二）以上述核算基礎，依本方案第捌點及第玖點增減原則，計算每院所參與品質保證保留款之核算基礎。

各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=

60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數

（三）各院所分配品質保證保留款金額=（各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)/各院所品質保證保留款核算基礎合計(ΣB)）×品質保證保留款

二、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之中醫門診特約醫事服務機構提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度中醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則

自當時結算之當季中醫門診總額一般服務項目預算中支應。

陸、核發資格：

一、當年中醫門診特約醫事服務機構且無本方案第柒點情形者，得符合核發品質保證保留款資格；另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。

二、符合核發品質保證保留款資格核定分數計算：

1. 符合本方案第捌點第一項者，給予核定分數20分。

2. 符合本方案第捌點第二項者，給予核定分數15分。

3. 符合第捌點第三至六項者，各給予核定分數10分。

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

5. 符合本方案第玖點第二至五項者，各給予扣核定分數5分。

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

柒、中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

一、當年度在前一年12月每萬人口中醫師數3.0(含)以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。(註2)

二、核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率(註3)，超過該區90百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。

三、中醫門診特約醫事服務機構當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條至第40條、第44條至第45條等所列違規情事之一，並經處分者以保險人第一次發函處分日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

四、中醫門診特約醫事服務機構非屬「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。

五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。

~~六、未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。(註4)~~

~~七、~~六、未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」(詳附件)之院所。

捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則：

一、當年度新設立之中醫門診特約醫事服務機構(屬新醫事服務機構代號者)，屬於同年之「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮開業地區，依核算基礎(A)加計100%。

二、為鼓勵提升中醫醫療服務品質，中醫門診特約醫事服務機構從事教學研究且

績效卓著者，依核算基礎(A)加計10%。其適用對象為經衛生福利部中醫藥司『中醫醫療院所負責醫師二年以上醫師訓練合格』之院所。

三、為鼓勵中醫師提供假日看診服務減少民眾就診不便，中醫門診特約醫事服務機構當年度於週日看診超過30天(含)以上者，依核算基礎(A)加計10%；超過45天(含)以上者，依核算基礎(A)加計20%。(註5 4)

四、為鼓勵中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計5%。(註6 5)

五、中醫門診特約醫事服務機構參加與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」者，依核算基礎(A)加計5 10%(註6)。

六、為推動中醫門診特約醫事服務機構於健保資訊網服務系統(Virtual Private Network, 以下稱 VPN)公告連續假期排班等變動情形，鼓勵院所即時更新排班時間，院所「每月完成門診時間網路登錄」者，依核算基礎(A)加計10%，未全年完成門診時間網路登入者則不予加計(註7)。

玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：

一、保險醫事服務機構之中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定修滿繼續教育點數(每年20點)者，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎(A)。

二、「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」超過80百分位者，核算基礎(A)減計20%(註8)。

三、「同日重複就診率」超過80百分位者，核算基礎(A)減計10%(註9)。

四、「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」超過80百分位者，核算基礎(A)減計10%(註10)。

五、為促使院所積極提供慢性病照護(含慢性病連續處方箋)，中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件、中醫慢性病、中醫慢性病連續處方調劑及過敏性鼻炎照護計畫中，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為3%(含)以下者，依核算基礎(A)減計10%(註11)。

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

中醫門診總額品質保證保留款實施方案各項指標操作定義

-適用範圍含醫院附設中醫部門

指標項目	操作型定義
註1：年平均核付率	$(\text{全年初核核定點數})/(\text{全年申請點數}+\text{部分負擔})$
註2：當年度在前一年12月每萬人口中醫師數3.0(含)以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。	資料範圍：以前一年12月「內政部戶政司戶籍人口數」及「醫事人員公務統計檔」計算之。
註3：年平均核減率	$(\text{全年複核核減點數})/(\text{全年申請點數}+\text{部分負擔})$ [註]未完成複核月份以初核核減率計算，截取時間點為次年2月底(傳票日期)前。
註4： 未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。	保險人未曾撥付當年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」「補助網路月租費」之中醫院所。
註54：中醫門診特約醫事服務機構於每年週日看診超過30天及45天以上者	以門診申報資料之「就醫日期」認定週日是否看診，含同一療程。
註65：健保雲端藥歷系統查詢率	1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度查詢健保雲端藥歷系統資料。 2. 公式說明： 分子：分母中健保雲端藥歷系統查詢人數 分母：中醫門診病人數 3. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】
註46：中醫門診特約醫事服務機構參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」者，依核算基礎(A)加計510%。	當年度12月31日前核付「補助網路月租費」者列入參與「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」中醫院所名單。
註7：「每月完成門診時間網路登錄」	院所每月於VPN之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。(院所可於VPN系統「上次登錄日期」判斷上個月是否完成登錄)。

指標項目	操作型定義
註8：「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」	1. 分母：全年同一院所、同月看診總人數加總。 2. 分子：全年同一院所、同一病人、同月看診次數8次（含）以上人數加總。 3. 指標計算(S)：分子總和 / 分母總和。 4. 全年計算平均比率，進行百分位排序。 5. 所有資料排除符合以下任一條件者： (1) 診察費=0 (2) 案件類別 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)。之專款項目案件
註9：「同日重複就診率」	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件。 2. 公式說明： 分子：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶，計算就診2次（含）以上之筆數。 分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子總和 / 分母總和。 4. 指標進行百分位排序。 5. 資料排除以下任一條件者：案件分類 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)案件、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)之專款項目案件。
註10：「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」	1. 資料範圍：所有屬中醫門診給藥天數小於等於7日案件。 2. 公式說明： 分子：按同一院所及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為1日之重複日數。 分母：同一院所給藥案件之給藥日份加總。 ※給藥案件係藥費不為0，或給藥天數不為0。 3. 指標計算：分子 / 分母。 4. 指標進行百分位排序。 5. 資料排除以下任一條件者：案件分類為 A3(預防保健)、B6(職災案件)、22(中醫其他專案)、25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)及31(中醫居家)之案件。
註11：「院所提供慢性病照護未達一定比例」	1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件(案件分類21)、中醫其他專案案件分類22)之特定治療項目(一)為 JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、中醫慢性病(案件分類24)及

指標項目	操作型定義
	中醫慢性病連續處方調劑(案件分類28)之案件。 2. 說明：慢性病給藥7天以上之件數占率 A. 分子：分母院所當年度申報下列案件分類，給藥7天以上之件數總計。 案件分類：22(中醫其他專案)之特定治療項目為(一)JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 B. 分母：院所當年度申報下列案件分類之件數總計。 案件分類：21(中醫一般案件)、22(中醫其他專案)之特定治療項目(一)為JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】 3. 資料排除診察費為0或補報原因註記為「2：補報部分醫令或醫令差額」之案件。
【核發費用計算範例】	1. 該院所核算基礎(A)=(該院所申報當年醫療服務點數-當年申報藥費)×該院所平均核付率(含部分負擔) 2. 各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=60%×各院所核算基礎(A)±第捌點及第玖點增減點數 3. 各院所品質保證保留款核算基礎合計=Σ(B)=(60%×各院所核算基礎(A)±第捌點及第玖點增減點數)之合計 4. 符合核發資格之分數計算原則，如下： ①符合本方案第捌點第一項者，核予20分。 ②符合本方案第捌點第二項者，核予15分。 ③符合第捌點第三至六項者，各核予10分。 ④符合本方案第玖點第一項者，當年度申報醫療費用之中醫師扣減2分，單一中醫院所最多扣減10分。 ⑤符合本方案第玖點第二至五項者，各扣減5分。 ⑥符合核發品質保證保留款資格中醫院所，依前項分數加總並由高而低排列，取前90百分位進行核發。 5. 試算範例如下： (1)僅符合基本資格(無本條文之柒、捌、玖條之情事)者 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算×(A)×60%/Σ(B)

指標項目	操作型定義
	(2)僅符合基本資格及教學研究績效卓著者(+10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算$\times(A)\times(60\%+10\%)/\Sigma(B)$ (3)符合基本資格且於無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮地區開業者(+100%)、教學研究績效卓著者(+10%)但「同日重複就診率」超過80百分位者(-10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算$\times A\times(60\%+100\%+10\%-10\%)/\Sigma B$

全民健康保險中醫門診總額 中藥用藥安全管理及品質提升作業要點

一、目的：

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

二、申請方式：

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

三、評核方式：

- (一)中醫醫療院所之專任醫師均須參加中醫全聯會辦理之「中藥用藥安全管理及品質提升作業」講習會，並取得證明後，以自評方式提出申請。經中醫全聯會審查合格之院所名單，每季公告於該會網站。
- (二)訪查評估：由中醫全聯會「中醫門診醫療服務審查執行會」之各分區會每年就該區合格院所數抽取二十分之一的院所進行實地訪查，並依本要點之檢查表評分；訪查不合格之院所改善後可提出複查。未提出複查或經複查仍未合格者，則列入該年度不合格院所名單。
- (三)認證合格之中醫醫療院所，如經中醫全聯會、保險人分區業務組或地方衛生主管機關依本要點查檢表再評核未合格者，該院所亦不予核發該年度「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款」。

四、本要點之評核作業由中醫全聯會研訂後公告實施。

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點
申請書

申請日期： 年 月 日

基 料	院所名稱		院所代碼		
	負責醫師姓名		院所醫師數 名		
	醫師姓名	身分證字號	醫師證字號	上課日期	
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註
	學分證明書		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他		
	中藥用藥安全管理及品質提升作業要點查檢表		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他		
保 險 醫 事 服 務 機 構	機 構 章 戳	中 醫 全 聯 會 審 核 意 見 欄		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 審核通過 不符合規定 資料不全，請補齊 審核委員：日期章戳：	

(本欄由審查單位填寫)

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

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點

查檢表

醫療院所名稱：

醫療院所代碼：

地址：

電話：

填表日期：

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

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

表 1：110年度中醫門診總額品質保證保留款預算

年季	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
預算數	11,849,248	11,985,584	11,909,527	12,261,227	48,005,586

製表日期：111年7月13日

預算：	48,005,586
核減：	632,727
實際預算：	47,372,859

表 2：110年中醫門診總額品質保證保留款符合分配條件及領取品保款之家數統計

分區	各分區院所家數 (A) = (B)+(C)+(D)	符合分配條件		不符合分配條件		符合分配條件且領取 品保款金額不為0 之院所家數百分比 (E) = (B) / (A)	核算基礎減計至 100%之院所家數 百分比 (G)=(C)/(A)	不符核發資格 之院所家數百分比 (F) = (D) / (A)
		領取品保款 金額不為0 之院所家數 【註2】	未符合總得 分前90%之 院所及核算 基礎減計至 100%之院所 家數(C) 【註3】	因方案第柒點不 符核發資格院所 家數 (D) 【註4】	核發品質保證保留 款之金額			
臺北	1,221	854	49	318	12,197,584	69.9%	4.0%	26.0%
北區	491	389	15	87	6,114,729	79.2%	3.1%	17.7%
中區	1,117	867	61	189	14,172,217	77.6%	5.5%	16.9%
南區	568	403	27	138	6,209,720	71.0%	4.8%	24.3%
高屏	596	475	16	105	7,752,913	79.7%	2.7%	17.6%
東區	82	54	12	16	925,673	65.9%	14.6%	19.5%
總計	4,075	3,042	180	853	47,372,836	74.7%	4.4%	20.9%

註1：每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算與實際核發有差距，故實際核發47,372,836元，與預算相較差距23元。

註2：沒有本方案第柒點規定所列情形(含部分核算基礎減計之院所)。

註3：第玖點核算基礎減計100%：未符合總得分前90%之院所及中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定修滿繼續教育點數(每年20點)，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎。

註4：本方案第柒點，中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

- (一)前一年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數3.0以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。
- (二)核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率，超過該區90百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。
- (三)當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條、第37條、第38條、第39條或第40條等所列違規情事並經處分(以處分日期認定)者。
- (四)中醫門診特約醫事服務機構非屬「中醫門診總額支付制度品質確保方案」之中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。
- (五)未符合保險人公布之中醫總額部門醫療資訊公開「醫療費用明細標示」院所。
- (六)未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之中醫院所。

製表日期:111年7月13日

製表單位:醫務管理組

表3. 未領取品保款各分區各項指標不符合院所數

原因別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
1	45	8	41	12	19	1	126
2	123	50	112	57	60	9	411
3	2	4	6	6	2	2	22
4	104	30	33	60	37	3	267
5	44	2	12	4	4	1	67
6	91	27	112	48	18	24	320
7	8	0	20	2	3	3	36
8	7	2	9	5	3	4	30
9	288	81	204	95	115	29	812
10	386	156	383	115	145	16	1201
11	90	3	32	26	13	4	168
12	45	14	57	23	15	4	158

- 註. 1. 當年度在前1年12月在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數3.0以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。
2. 核減率：年平均核減率，超過該區90百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。
3. 當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條至第四十條等所列違規情事之一並經處分者。
4. 非屬「中醫門診總額支付制度品質確保方案」之中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。
5. 未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。
6. 保險醫事服務機構之中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定修滿繼續教育點數(每年20點)者，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎。
7. 中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例超過全國80百分位者，減計20%。
8. 同日重複就診率超過全國80百分位者，減計10%。
9. 7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過全國80百分位者，減計10%。
10. 慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者，減計10%。
- 11-未符合「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。
- 12-未符合總得分前90%之院所。
13. 因各院所可能有多種不予核發註記項目，本表統計院所家數總和不同實際院所家數。

表4 符合指標減計/加計院所數

原因別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	占總家數 比例
7	8	0	20	2	3	3	36	0.9%
8	7	2	9	5	3	4	30	0.7%
減計 9	288	81	204	95	115	29	812	19.9%
10	386	156	383	115	145	16	1201	29.5%
4	41	22	33	11	15	5	127	3.1%
D-0.1	15	20	28	9	4	1	77	1.9%
D-0.2	55	64	117	40	21	4	301	7.4%
加計 E	1034	451	922	469	534	67	3477	85.3%
F	1131	488	1085	542	583	78	3907	95.9%
G	452	142	405	253	233	28	1513	37.1%

註。

減計原因別 7. 中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例超過全國80百分位者，減計20%。

8. 同日重複就診率超過全國80百分位者，減計10%。

9. 7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過全國80百分位者，減計10%。

10. 慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者。

加計原因別 1-新設立之中醫門診特約醫事服務機構（屬新醫事服務機構代號者），位於保險人公告之中醫門診總額

4-從事教學研究且績效卓著

D-醫療機構當年度於週日看診超過30天以上者，依核算基礎加計10%;超過45天以上者，依核算基礎加計

E-鼓勵中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計5%

F-中醫門診特約醫事服務機構參加「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」者，依核算基礎(A)加計5%。

G-鼓勵院所於全民健康保險資訊網服務系統(VPN)即時更新排班時間，院所「每月完成門診時間網路登錄」者，依核算基礎(A)加計10%。

表5、領取品保款之院所層級與領取金額分布

	院所家數	領取金額	領取家數比例	領取金額比例
醫學中心	13	1,524,619	0.4%	3.2%
區域醫院	24	1,529,146	0.8%	3.2%
地區醫院	30	754,062	1.0%	1.6%
基層院所	2,975	43,565,009	97.8%	92.0%
小計	3,042	47,372,836	100%	100%

表6、依核發金額級距分級之家數及核發金額

核發金額 百分位	院所家數		核發金額(單位:千元)	
	醫院	基層	醫院	基層
核發金額為0	61	972		
0-10百分位	1	304	3	590
10-20百分位	3	301	12	1,286
20-30百分位	3	301	17	1,832
30-40百分位	2	302	15	2,387
40-50百分位	4	300	36	2,952
50-60百分位	1	303	12	3,594
60-70百分位	5	299	75	4,355
70-80百分位	6	298	117	5,401
80-90百分位	7	297	162	7,143
90百分位以上	35	270	3,358	14,025
總計	128	3,947	3,808	43,565

討論事項第四案 **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，提請討論。

說明：

一、依衛生福利部全民健康保險會 111 年 10 月 28 日第 5 屆 111 年第 5 次委員會議暨本會 111 年 10 月 16 日中醫門診醫療服務審查執行會第 47 次會議等決議事項辦理。

二、「112 年中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」本會建議「一般服務」（不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度新臺幣 22.8 百萬元）地區預算分配方式：

（一）地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

（二）分配方式：

1. 一般服務費用（不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度）2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

2. 其他五分區預算，依下列參數占率分配：

（1）各分區實際收入預算占率：66 %。

（2）各分區戶籍人口數占率：14 %。

（3）各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

（4）各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

（5）各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

（6）偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則歸入依「各分區實際收入預算占率」分配。

三、112 年「風險調整提撥款」不另行編列。

本署意見：

有關中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區分配預算，業經全民健康保險會 111 年 10 月 28 日第 5 屆 111 年第 10 次委員會議決議通過，本署尊重中全會意見。

決議：

111112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）

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、計畫期間：112年1月1日起至112年12月31日止。

肆、預算分配：

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

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

二、111112年東區之外五分區中醫總額一般服務預算，各季預算分配方式如下（操作型定義詳附件1）：

（一）66%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。

（二）14%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

（三）10%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。

（四）4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。

（五）5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配（當年前一季）。

(六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人（以下稱保險人）公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於) $\frac{110111}{11112}$ 年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3. $\frac{110111}{11112}$ 年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = $\frac{\sum 110111 \text{年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數}}{\sum 110111 \text{年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數}}$ 。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
4. $\frac{11112}{11112}$ 年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以110111年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

三、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

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

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

之管理、監控與檢討。

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

附件1：指標之操作型定義

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

指標：

指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率

分子：各分區各季總預算(A_{i1})

分母： Σ 各分區各季總預算加總(ΣA_{i1})

條件說明：

一、第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總

二、第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總

三、第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總

四、第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總

指標2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(A_{i2})

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣA_{i2})

條件說明：

一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）

http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346（首頁 > 人口政策及統計資料 > 人口統計資料庫 > 人口統計資料 > 各月人口資料 > 03鄉鎮戶數及人口數）

二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(A_{i3})

分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣA_{i3})

條件說明：

一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。

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

三、計算步驟：

(一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)

(二)計算每位病患於各區就醫次數(a)

(三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)

=每位病患於各區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)

(四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)

(五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)

=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)

(六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)

=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值($\Sigma K1$)

四、舉例說明：

(一)本季全國中醫就診病患有4人(p)

(二)計算(a)、(a%)、(T)

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

(三)計算各分區就醫次數之權值

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

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 $(110111\text{年該季}/109110\text{年同期}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(110111\text{年該季申報醫療費用點數}/109110\text{年同期申報醫療費用點數}) - 1$ 。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數（申請費用點數+部分負擔點數），含交付機構，不含職業災害案件（案件分類 B6）、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

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

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數≤ 全國平均值：

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

= +5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

= 各分區 $\sum$ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

條件說明：

一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於) $\frac{110+111}{2}$ 年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

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

- 三、 $\frac{\text{110111年全國每月申報醫療費用點數之平均值}}{\text{110111年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數}} = \frac{\Sigma \text{109110年每月申報醫療費用}}{\Sigma \text{110111年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數}}$ 。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
- 四、 $\frac{\text{111112年偏鄉之每萬人口中醫師數認定}}{\text{110111年12月之戶籍人口}} \times \text{中醫師數}$ 進行計算。

附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

※五分區預算分配之計算操作型定義

一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)

= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算 GF+
預算(東區)

指標1預算 GA= (T)*97.78%* 66%

指標2預算 GB= (T)*97.78%* 14%

指標3預算 GC= (T)*97.78%* 10 %

指標4預算 GD= (T)*97.78%* 4%

指標5預算 GE= (T)*97.78%* 5%

指標6預算 GF= (T)*97.78%* 1%

二、各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

=各季預算 GA*指標1占率 ($A_{i1}/\Sigma A_{i1}$)。

指標1占率 ($A_{i1}/\Sigma A_{i1}$)

= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 (A_{i1}) / Σ 95年第4
季至98年第3季之各區各季預算 (ΣA_{i1})。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(二) 各分區各季預算 Gb

=各季預算 GB*指標2占率 ($A_{i2}/\Sigma A_{i2}$)。

指標2占率 ($A_{i2}/\Sigma A_{i2}$)

=去年同期各分區戶籍人口數 (A_{i2}) / Σ 去年同期各分區戶籍人
口數 (ΣA_{i2})。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

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

指標3占率 ($A_{i3} / \sum A_{i3}$)

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

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

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

※各分區各季經指標4加權後之預算 (A_{i4})

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

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

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

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

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

※各分區指標5權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 (A_{i5})

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

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

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 G_f

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

三、各分區各季預算 T_s = 該區當季預算 G_a + 該區當季預算 G_b + 該區當季預算 G_c + 該區當季預算 G_d + 該區當季預算 G_e + 該區當季預算 G_f 。

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

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

1. 成長率 = $(\text{111112年該區各季核算 } T_y / \text{110111年該區各季核算 } T_y) - 1$ 。

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

(二) 撥補程序

1. 於111112第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算 T_y 負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

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

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

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

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

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

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

三、平均點值

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

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

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

討論事項 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，提請討論。

說明：

- 一、依本會 111 年 10 月 16 日中醫門診醫療服務審查執行會第 47 次會議決議事項辦理。
- 二、有關新增第二章門診診察費給付項目 A91「整合醫療照護費加計」，給付點數 70 點。

(一) 中全會提案：

1. 適用範圍：慢性病或重大傷病，且為多重疾病。
2. 服務內容：診療時間必須 ≥ 10 分鐘，並根據診斷結果至少提供一項中醫醫療衛教(包含中醫飲食衛教、或穴位經絡衛教、或簡易中醫運動衛教、或各類中藥使用衛教等)，並將評估結果及所提供之中醫醫療衛教項目，詳實記錄於病歷。
3. 請各區協助收集、製作各項慢性疾病或重大傷病的衛教單，由全聯會放於網站供院所下載使用；並辦理說明會教導院所如何正確申報。

(二) 預算來源及協定事項：以下均係依衛生福利部全民健康保險會 111 年 9 月 23 日及同年 10 月 28 日委員會議紀錄 (衛生福利部尚未核定)：

1. 預估增加金額：**476.7 百萬元**。
2. 執行目標：112 年度中醫整合醫療照護服務人次全年以 681 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。
3. 預期效益之評估指標：申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。
4. 辦理事項：

- (1) 本項用於提供多重慢性病及跨科別之中醫整合服務，請於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報全民健康保險會。
- (2) 依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
- (3) 有關預算扣減方式規劃，請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。

(三)本署意見：

1. 請中全會說明具體「整合醫療照護」內容。
2. 財務影響評估：111 年 1 月至 8 月申報總計 4.4 百萬人次，經以 110 年同期與全年人次占比 65.3%推估，111 年約申報 6.7 百萬人次【4.4 百萬人次/65.3%】，人次成長率 14.8%，推估 112 年約申報 7.7 百萬人次【6.7 百萬人次*(1+14.8%)】，推估 112 年約需 537.6 百萬元【7.7 百萬人次×70 點】。

三、修訂第五章傷科治療處置費通則四：新增診療項目 E90「6 歲以下的兒童傷科處置加計」，支付點數 200 點，6 歲以下的兒童傷科處置每次得同時申報 E90。

(一)中全會提案：

1. 提升中醫小兒傷科照護品質，6 歲以下的兒童傷科處置每次加成 200 點。
2. 執行條件需符合：
 - (1) 須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。
 - (2) 治療時間合計十分鐘以上。

(二)預算來源及協定事項：

1. 預估增加金額：2.5 百萬元。
 2. 執行目標：112 年度中醫小兒傷科照護執行人次全年以 12,425 人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。
 3. 預期效益之評估指標：申報六歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。
 4. 辦理事項：
 - (1) 於 111 年 12 月底前提出提升小兒傷科照護品質具體規劃內容，並提報全民健康保險會。
 - (2) 依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其當年度執行額度，應以點數調升所增加之費用計算。
 - (3) 有關預算扣減方式規劃，請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。
- (三) 本署意見：

1. 依健保會協定辦理事項，請中全會說明增列「6 歲以下兒童傷科處置加計」項目，與提升小兒傷科醫療照護品質之關係為何？
2. 原中全會檢送之支付標準修訂草案(附錄)建議第五章傷科治療處置費及第六章針灸合併傷科治療處置費均新增「6 歲以下兒童傷科處置加計」，本署考量為避免申報規範紊亂，建議僅於第五章新增 E90「6 歲以下兒童傷科處置加計」，並於第五章及第六章新增通則「6 歲以下的兒童傷科處置得同時申報 E90，同一療程以申報 1 次為限」。
3. 請中全會說明，6 歲以下兒童執行傷科治療，倘符合中度複雜性傷科（治療時間需合計 10 分鐘以上）或高度

複雜性傷科（治療時間需合計 20 分鐘以上），其 E90「6 歲以下兒童傷科處置加計」之治療時間是累加或內含於複雜性傷科治療之時間中？

4. 財務影響評估：

(1) 109 年 6 歲以下兒童申報內含傷科治療處置費計 17,923 人次、4.0 百萬點，110 年計 13,842 人次(成長率-22.8%)、3.4 百萬點(成長率-16.1%)，111 年 1 月至 8 月計 7,861 人次，以 110 年同期與全年人次占比 57.3%推估，111 年全年約 13,719 人次【7,861 人次/57.3%】(成長率-0.9%，負成長，成長率以零計)，112 年約 13,719 人次。

(2) 承上，112 年推估申報 13,719 人次，以 110 年每療程（每件）約申報 3 人次計算，約增加 4,573 療程，每療程加計支付 200 點，需增加約 **0.9 百萬元**【4,573 療程*200 點】，預算尚足以支應。

四、修正第六章針灸合併傷科治療處置費，新增代碼 G01-G85：

（一）中全會提案：

1. 適用範圍：屬於針傷疾病初級照護案件。
2. 申請條件：需為同時執行針灸及傷科治療並通過「中醫醫療院所加強感染控制實施方案」及「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」規定之中醫院所。
3. 限定每位專任中醫師針傷合併治療申報上限人數每月 50 人/月；並辦理說明會教導院所如何正確申報。

（二）預算來源及協定事項：

1. 預估增加金額：**304 百萬元**。
2. 執行目標：112 年度中醫針傷合併治療之總案件數全年以 130 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實

施時程等比率換算目標值。

3. 預期效益之評估指標：申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前五年平均下降1%。

4. 辦理事項：

(1) 於 111 年 12 月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提全民健康保險會報告。

(2) 依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算。

(3) 有關預算扣減方式規劃，請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。

(三) 本署意見：

1. 本署日前已請中全會補充說明「初級照護」定義，並查「中醫醫療院所加強感染控制實施方案」及「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」於 102 年 3 月回歸例行作業，故每家申報針灸、傷科治療處置費之院所都應符合相關規範。

2. 承上，中全會於 111 年 10 月 31 日以電子郵件說明，刪除前開「初級照護」及「需為同時執行針灸及傷科治療並通過『中醫醫療院所加強感染控制實施方案』及『中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案』規定之中醫院所」之規範文字。

3. 為符合總額協商意旨，本署建議修訂如下：

(1) 支付點數：逕行修訂 F01~F84 之支付點數為「針灸+傷科治療點數」，不新增診療項目。

(2) 申報規範：考量現行通則五及通則六已訂定專任醫師「每月看診日平均針灸、傷科、針傷合併合理量」、「每月複雜性針灸合理量」、「每月另開內服藥之針灸、傷科、針傷合併合理量」，又 112 年總額協商中醫團體鑑於醫療專業需求，係以全數針傷合併申報件數進行預算推估後爭取預算，考量回歸臨床專業判斷，本署不建議再另訂定針傷合併之合理量，宜以定期監測為主，以符合 112 年本預算總額協定意旨。

4. 財務影響評估：

(1) 以 110 年 3 月至 12 月申報針傷合併之案件，計算各醫令以「針灸+傷科治療點數」申報，平均每醫令增加 230 點。

(2) 倘不定訂每位專任醫師每月申報 50 人次上限：

A. 111 年 3 月至 8 月申報「針灸合併傷科治療處置費」總計 0.4 百萬人次，經以 110 年同期與全年人次占比 46.6%推估，111 年約申報 1.0 百萬人次【0.4 百萬人次/46.6%】(人次成長率 38.2%)，推估 112 年約申報 1.3 百萬人次【1.0 百萬人次 $\times$ (1+38.2%)】。

B. 承上，推估 112 年約需 **302.9 百萬元**【1.3 百萬人次 $\times$ 230 點】。

(3) 倘訂定每位專任醫師每月申報 50 人次上限：

A. 以 111 年全年各院所申報針傷合併件數，並計算實際平均每位專任醫師每月申報屬於 50 人次以內之部分，總計 0.2 百萬人次。

B. 承上，推估 112 年約需 **51.55 百萬元**【0.2 百萬人次 $\times$ 230 點】。

(4) 上開統計係以院所實際申報資料推估，惟因支付標準點數調升將影響院所申報型態改變，尚難以推估。

五、修訂第八章特定疾病門診加強照護：

(一) 中全會提案：個案適用範圍增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(I69)。

(二) 預算來源及協定事項：

1. 預估增加金額：17.2 百萬。

2. 執行目標：112 年度診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案總人數全年以 1,347 人為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。

3. 預期效益之評估指標：本收案對象診斷為 I69 腦中風病患之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。

4. 辦理事項：

(1) 會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並副知全民健康保險會。

(2) 依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以新增腦血管適應症(I69)與既有適應症申報費用之差額計算。

(3) 有關預算扣減方式規劃，請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。

(三) 本署意見：財務影響評估如下：

1. 中醫以主、次診斷為「腦血管疾病後遺症」(I69)就醫，109 年 15,238 人、142.5 百萬點，110 年 12,592 人(成長率-17.4%)、109.9 百萬點(成長率-22.9%)，推估 112 年就醫人數為 12,592 人(成長率為負值，視同零成長)。

2. 若按中全會所提之財務預估：

(1) 以原方案 110 年腦血管疾病收案率 10.7%、平均每人費用 21,500 點，以及 112 年符合主、次診斷 I69 人數 12,592 人，推估約需 29.0 百萬點【 $10.7\% \times 21,500 \text{ 點} \times 12,592 \text{ 人}$ 】。

(2) 扣除一般服務替代：110 年符合主、次診斷 I69 之中醫門診病人 12,592 人申報中醫一般服務平均每件約 8,730 點，以照護率 10.7%推估，應扣除替代 11.8 百萬點【 $12,592 \text{ 人} \times 8,730 \text{ 點} \times 10.7\%$ 】，淨增加支出約 **17.2 百萬元**【 $29.0 \text{ 百萬點} - 11.8 \text{ 百萬點}$ 】。

3. 綜上，預算尚足以支應。

六、中全會提案之修正條文詳附錄。

七、本署建議修訂之支付標準詳附件。

八、考量全民健康保險會已協定本案新增預算相關辦理事項，建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。

決議：

附件-健保署建議修訂支付標準

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
<u>A91</u>	<u>一整合醫療照護費加計</u> <u>註：1.慢性病或重大傷病，且為多重疾病。</u> <u>2.診療時間合計十分鐘以上，並根據診斷結果至少提供一項中醫醫療衛教(包含中醫飲食衛教、或穴位經絡衛教、或簡易中醫運動衛教、或各類中藥使用衛教等)，並記錄評估結果及所提供之中醫醫療衛教項目於病歷。</u>	<u>70</u>

第五章 傷科治療處置費

通則：

四、6歲以下的兒童傷科處置得同時申報 E90，同一療程以申報 1 次為限。

編號	診療項目	支付點數
<u>E90</u>	<u>6歲以下兒童傷科處置加計</u> <u>註：</u> <u>1.須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。</u> <u>2.治療時間合計十分鐘以上。</u>	<u>200</u>

第六章 針灸合併傷科治療處置費

通則：

五、6歲以下的兒童傷科處置得同時申報 E90，同一療程以申報 1 次為限。

編號	診療項目	支付點數
F01	一般針灸合併一般傷科	454 227
F02	--另開內服藥	<u>454 227</u>
	--未開內服藥	
F03	一般針灸合併中度複雜性傷科	
	--療程第一次	<u>654 427</u>
F04	--療程第二至六次—另開內服藥	<u>454 227</u>
F05	--療程第二至六次—未開內服藥	<u>454 227</u>
F69	--不分療程—另開內服藥	<u>654 327</u>
F70	--不分療程—未開內服藥	<u>654 327</u>
	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)	
F06	--起始次	<u>1054 877</u>
F07	--後續治療—另開內服藥	<u>454 227</u>

編號	診療項目	支付點數
F08	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 227
F09	一般針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	<u>1054</u> 877
F10	--後續治療—另開內服藥	<u>454</u> 227
F11	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 227
F12	一般針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	<u>1404</u> 177
F13	--後續治療—另開內服藥	<u>454</u> 227
F14	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 227
F15	一般針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	<u>1504</u> 1277
F16	--後續治療—另開內服藥	<u>454</u> 227
F17	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 227
F71	一般針灸合併高度複雜性傷科 --後續治療—另開內服藥	<u>454</u> 327
F72	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 327
F18	電針合併一般傷科 --另開內服藥	<u>454</u> 227
F19	--未開內服藥	<u>454</u> 227
F20	電針合併中度複雜性傷科 --療程第一次	<u>654</u> 427
F21	--療程第二至六次—另開內服藥	<u>454</u> 227
F22	--療程第二至六次—未開內服藥	<u>454</u> 227
F73	--不分療程—另開內服藥	<u>554</u> 327
F74	--不分療程—未開內服藥	<u>554</u> 327
F23	電針合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次處置治療	<u>1104</u> 877
F24	--後續治療—另開內服藥	<u>454</u> 227
F25	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 227
F26	電針合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	<u>1104</u> 877
F27	--後續治療—另開內服藥	<u>454</u> 227
F28	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 227

編號	診療項目	支付點數
F29	電針合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	<u>1404</u> 1177
F30	--後續治療—另開內服藥	<u>454</u> 227
F31	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 227
F32	電針合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	<u>1504</u> 1277
F33	--後續治療—另開內服藥	<u>454</u> 227
F34	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 227
F75	電針合併高度複雜性傷科 --後續治療—另開內服藥	<u>454</u> 327
F76	--後續治療—未開內服藥	<u>454</u> 327
F35	中度複雜性針灸合併一般傷科 --另開內服藥	<u>554</u> 327
F36	--未開內服藥	<u>554</u> 327
F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	<u>754</u> 427
F38	--療程第二至六次—另開內服藥	<u>554</u> 327
F39	--療程第二至六次—未開內服藥	<u>554</u> 327
F77	--不分療程—另開內服藥	<u>654</u> 327
F78	--不分療程—未開內服藥	<u>654</u> 327
F40	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次	<u>1204</u> 877
F41	--後續治療—另開內服藥	<u>554</u> 327
F42	--後續治療—未開內服藥	<u>554</u> 327
F43	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	<u>1204</u> 877
F44	--後續治療—另開內服藥	<u>554</u> 327
F45	--後續治療—未開內服藥	<u>554</u> 327
F46	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	<u>1504</u> 1177

編號	診療項目	支付點數
F47	--後續治療—另開內服藥	<u>554</u> 327
F48	--後續治療—未開內服藥	<u>554</u> 327
F49	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	<u>1604</u> 1277
F50	--後續治療—另開內服藥	<u>554</u> 327
F51	--後續治療—未開內服藥	<u>554</u> 327
F79	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科 --後續治療—另開內服藥	<u>554</u> 327
F80	--後續治療—未開內服藥	<u>554</u> 327
F52	高度複雜性針灸合併一般傷科 --另開內服藥	<u>654</u> 427
F53	--未開內服藥	<u>654</u> 427
F54	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	<u>854</u> 427
F55	--療程第二至六次—另開內服藥	<u>654</u> 427
F56	--療程第二至六次—未開內服藥	<u>654</u> 427
F81	--不分療程—另開內服藥	<u>754</u> 427
F82	--不分療程—未開內服藥	<u>754</u> 427
F57	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次	<u>1304</u> 877
F58	--後續治療—另開內服藥	<u>654</u> 427
F59	--後續治療—未開內服藥	<u>654</u> 427
F60	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	<u>1304</u> 877
F61	--後續治療—另開內服藥	<u>654</u> 427
F62	--後續治療—未開內服藥	<u>654</u> 427
F63	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	<u>1604</u> 1177
F64	--後續治療—另開內服藥	<u>654</u> 427
F65	--後續治療—未開內服藥	<u>654</u> 427
F66	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	<u>1704</u> 1277
F67	--後續治療—另開內服藥	<u>654</u> 427

編號	診療項目	支付點數
F68	--後續治療—未開內服藥	<u>654</u> 427
F83	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科 --後續治療—另開內服藥	<u>654</u> 427
F84	--後續治療—未開內服藥	<u>654</u> 427

第八章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)患者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)患者。
- (三)腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I689)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。

附件

第四部 中 醫

通則：

五、平均每位專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量：

(一)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限六十人次以內：

2. 支付方式：

(2)申報量在三十一至六十人次之部分，未開內服藥之針灸治療(編號D02、D04、D06、D08)、一般傷科治療(編號E02)、針灸合併一般傷科治療(F02、F36、F53、G02、G36、G53)、電針合併一般傷科治療(F19)以九折支付，其餘項目按表定點數支付。

(二)除前項每看診日平均申報量上限六十人次以內，另依下列規範第四章針灸治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置之每月申報上限：

1.其中內含中度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、G35、G36、G37、G38、G39、G40、G41、G42、G43、G44、G45、G46、G47、G48、G49、G50、G51。

2.其中內含高度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68、G52、G53、G54、G55、G56、G57、G58、G59、G60、G61、G62、G63、G64、G65、G66、G67、G68。

3.超過部分改以內含一般針灸醫令計算，包括編號：D01、D02、D03、D04、F01、F02、F04、F05、F07、F08、F10、F11、F13、F14、F16、F17、F18、F19、F21、F22、F24、F25、F27、F28、F30、F31、F33、F34、G01、G02、G04、G05、G07、G08、G10、G11、G13、G14、G16、G17、G18、G19、G21、G22、G24、G25、G27、G28、G30、G31、G33、G34。

六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分以五折支付。包括編號：D01、D03、D05、D07、E01、E03、E05、E07、E09、E11、F01、F04、F07、F10、F13、F16、F18、F21、F24、F27、F30、F33、F35、F38、F41、F44、F47、F50、F52、F55、F58、F61、F64、F67、G01、G04、G07、G10、G13、G16、G18、G21、G24、G27、G30、G33、G35、G38、G41、G44、G47、G50、G52、G55、G58、G61、G64、G67。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
<u>AXX</u>	<u>一整合醫療照護費加計</u> 註：1.慢性病或重大傷病且為多重疾病。 2.診療時間必須≥10 分鐘，並根據診斷結果至少提供一項中醫醫療衛教(包含中醫飲食衛教、或穴位經絡衛教、或簡易中醫運動衛教、或各類中藥使用衛教等)，並記錄評估結果及所提供之中醫醫療衛教項目於病歷。	<u>70</u>

第五章 傷科治療處置費

通則：

一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

二、本章治療處置費用均內含材料費。

三、複雜性傷科之審查：

(一)病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。

(二)抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.5.1 至表 4.5.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

四、6 歲以下的兒童傷科處置每次得同時申請 EXX。

編號	診療項目	支付點數
<u>EXX</u>	<u>6 歲以下的兒童傷科處置加計</u> 註： 1.須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。 2.治療時間合計十分鐘以上。	<u>200</u>

第六章 針灸合併傷科治療處置費

通則：

五、本章所列代碼(G01-G85)限屬於針傷疾病初級照護案件、通過「中醫醫療院所加強感染控制實施方案」及「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」規定之中醫院所申報且每位專任中醫師申報針傷合併治療代碼(G01-G85)的總人次上限為每月 50 人次。

六、6 歲以下的兒童傷科處置每次得同時申請 FXX 或 GXX。

編號	診療項目	支付點數
<u>FXX</u>	<u>6 歲以下的兒童傷科處置加計</u> 註： 1.須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。 2.治療時間合計十分鐘以上。	<u>200</u>

編號	診療項目	支付點數
	<u>一般針灸合併一般傷科</u>	
G01	--另開內服藥	454
G02	--未開內服藥	454
	<u>一般針灸合併中度複雜性傷科</u>	
G03	--療程第一次	654
G04	--療程第二至六次－另開內服藥	454
G05	--療程第二至六次－未開內服藥	454
G69	--不分療程－另開內服藥	654
G70	--不分療程－未開內服藥	654
	<u>一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)</u>	
G06	--起始次	1104
G07	--後續治療－另開內服藥	454
G08	--後續治療－未開內服藥	454
	<u>一般針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病)</u>	
G09	--起始次	1104
G10	--後續治療－另開內服藥	454
G11	--後續治療－未開內服藥	454
	<u>一般針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼)</u>	
G12	--起始次	1404
G13	--後續治療－另開內服藥	454
G14	--後續治療－未開內服藥	454
	<u>一般針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折)</u>	
G15	--起始次	1504
G16	--後續治療－另開內服藥	454
G17	--後續治療－未開內服藥	454
	<u>一般針灸合併高度複雜性傷科</u>	
G71	--後續治療－另開內服藥	454
G72	--後續治療－未開內服藥	454
	<u>電針合併一般傷科</u>	
G18	--另開內服藥	454
G19	--未開內服藥	454
	<u>電針合併中度複雜性傷科</u>	
G20	--療程第一次	654
G21	--療程第二至六次－另開內服藥	454
G22	--療程第二至六次－未開內服藥	454
G73	--不分療程－另開內服藥	654
G74	--不分療程－未開內服藥	654
	<u>電針合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)</u>	

編號	診療項目	支付點數
<u>G23</u>	<u>--起始次處置治療</u>	<u>1104</u>
<u>G24</u>	<u>--後續治療－另開內服藥</u>	<u>454</u>
<u>G25</u>	<u>--後續治療－未開內服藥</u>	<u>454</u>
	<u>電針合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病)</u>	
<u>G26</u>	<u>--起始次</u>	<u>1104</u>
<u>G27</u>	<u>--後續治療－另開內服藥</u>	<u>454</u>
<u>G28</u>	<u>--後續治療－未開內服藥</u>	<u>454</u>
	<u>電針合併高度複雜性傷科(3.脫臼)</u>	
<u>G29</u>	<u>--起始次</u>	<u>1404</u>
<u>G30</u>	<u>--後續治療－另開內服藥</u>	<u>454</u>
<u>G31</u>	<u>--後續治療－未開內服藥</u>	<u>454</u>
	<u>電針合併高度複雜性傷科(4.骨折)</u>	
<u>G32</u>	<u>--起始次</u>	<u>1504</u>
<u>G33</u>	<u>--後續治療－另開內服藥</u>	<u>454</u>
<u>G34</u>	<u>--後續治療－未開內服藥</u>	<u>454</u>
	<u>電針合併高度複雜性傷科</u>	
<u>G75</u>	<u>--後續治療－另開內服藥</u>	<u>454</u>
<u>G76</u>	<u>--後續治療－未開內服藥</u>	<u>454</u>
	<u>中度複雜性針灸合併一般傷科</u>	
<u>G35</u>	<u>--另開內服藥</u>	<u>554</u>
<u>G36</u>	<u>--未開內服藥</u>	<u>554</u>
	<u>中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科</u>	
<u>G37</u>	<u>--療程第一次</u>	<u>754</u>
<u>G38</u>	<u>--療程第二至六次－另開內服藥</u>	<u>554</u>
<u>G39</u>	<u>--療程第二至六次－未開內服藥</u>	<u>554</u>
<u>G77</u>	<u>--不分療程－另開內服藥</u>	<u>754</u>
<u>G78</u>	<u>--不分療程－未開內服藥</u>	<u>754</u>
	<u>中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)</u>	
<u>G40</u>	<u>--起始次</u>	<u>1204</u>
<u>G41</u>	<u>--後續治療－另開內服藥</u>	<u>554</u>
<u>G42</u>	<u>--後續治療－未開內服藥</u>	<u>554</u>
	<u>中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病)</u>	
<u>G43</u>	<u>--起始次</u>	<u>1204</u>
<u>G44</u>	<u>--後續治療－另開內服藥</u>	<u>554</u>
<u>G45</u>	<u>--後續治療－未開內服藥</u>	<u>554</u>
	<u>中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼)</u>	
<u>G46</u>	<u>--起始次</u>	<u>1504</u>

編號	診療項目	支付點數
G47	--後續治療—另開內服藥	554
G48	--後續治療—未開內服藥	554
	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折)	
G49	--起始次	1604
G50	--後續治療—另開內服藥	554
G51	--後續治療—未開內服藥	554
	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科	
G79	--後續治療—另開內服藥	554
G80	--後續治療—未開內服藥	554
	高度複雜性針灸合併一般傷科	
G52	--另開內服藥	654
G53	--未開內服藥	654
	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科	
G54	--療程第一次	854
G55	--療程第二至六次—另開內服藥	654
G56	--療程第二至六次—未開內服藥	654
G81	--不分療程—另開內服藥	854
G82	--不分療程—未開內服藥	854
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)	
G57	--起始次	1304
G58	--後續治療—另開內服藥	654
G59	--後續治療—未開內服藥	654
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病)	
G60	--起始次	1304
G61	--後續治療—另開內服藥	654
G62	--後續治療—未開內服藥	654
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼)	
G63	--起始次	1604
G64	--後續治療—另開內服藥	654
G65	--後續治療—未開內服藥	654
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折)	
G66	--起始次	1704
G67	--後續治療—另開內服藥	654
G68	--後續治療—未開內服藥	654
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科	
G83	--後續治療—另開內服藥	654
G84	--後續治療—未開內服藥	654

編號	診療項目	支付點數
<u>GXX</u>	<u>6 歲以下的兒童傷科處置加計</u> <u>註：</u> <u>1.須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、</u> <u>CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09</u> <u>膏布治療或 CH10 夾板固定治療。</u> <u>2.治療時間合計十分鐘以上。</u>	<u>200</u>

第八章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

(三)腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I68~~9~~**9**)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。

討論事項 第六案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文案，提請討論。

說明：

一、依本會 111 年 10 月 16 日中醫門診醫療服務審查執行會第 47 次會議決議事項辦理。

二、配合醫療法名詞用法，建議將全部專案中「患者」、「病患」等修正「病人」。

三、本會建議修正文字如下：

條次	修正條文	註
二、	目的： 針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及 <u>呼吸困難患者及術後疼痛病人</u> ，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患 <u>神經學功能進步、呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提昇</u> ，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。	新增適應症文字
三、	適用範圍： (一)符合下列任一項適應症，自診斷日起六個月內之住院病人，需中醫輔助醫療協助者： 1.腦血管疾病(ICD-10：G45.0-G46.8及I60~I689)。 (三) <u>術後疼痛(ICD-10：G89)，當次住院開刀後需中醫輔助醫療協助者</u>	新增適應症
八、	執行方式： (二)療效評估標準： 5. <u>術後疼痛：使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale，VAS)、簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)、歐氏失能量表(Oswestry Disability Index，ODI)做為評估標準。</u>	新增適應症文字

條次	修正條文	註												
十、	醫療費用申報與審查： (一)醫療費用申報 2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段： (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。 (2)特定治療項目(一)：請填報「C8(腦血管疾病西醫住院病患^人中醫輔助醫療)」、「JC(顱腦損傷西醫住院病患^人中醫輔助醫療)」、「JD(脊髓損傷西醫住院病患^人中醫輔助醫療)」及、「JQ(呼吸困難西醫住院病患^人中醫輔助醫療)」及「○○術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療」。	新增適應症文字												
支付標準表第五章	<table><tr><th colspan="3">疾病管理照護費</th></tr><tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr><tr><td rowspan="4">P330XX</td><td><u>生理評估(限術後疼痛病人適用)：</u></td><td rowspan="4">1,000</td></tr><tr><td><u>(1)視覺類比量表(Visual Analogue Scale，VAS)。</u></td></tr><tr><td><u>(2)簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)。</u></td></tr><tr><td><u>(3)歐氏失能量表(Oswestry Disability Index，ODI)。</u></td></tr></table> 註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。 2.P33053、P33054、P33055、P33056、<u>P330XX</u>生理評估： (1)須以個案為單位。 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。 (3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於VPN。	疾病管理照護費			編號	診療項目	支付點數	P330XX	<u>生理評估(限術後疼痛病人適用)：</u>	1,000	<u>(1)視覺類比量表(Visual Analogue Scale，VAS)。</u>	<u>(2)簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)。</u>	<u>(3)歐氏失能量表(Oswestry Disability Index，ODI)。</u>	新增適應症文字
疾病管理照護費														
編號	診療項目	支付點數												
P330XX	<u>生理評估(限術後疼痛病人適用)：</u>	1,000												
	<u>(1)視覺類比量表(Visual Analogue Scale，VAS)。</u>													
	<u>(2)簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)。</u>													
	<u>(3)歐氏失能量表(Oswestry Disability Index，ODI)。</u>													

本署意見：

一、 預算來源及協定事項：

(一)預算來源：專款項目「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，112 年度預算增加 184.1 百萬元，計 436.8 百萬元。

(二)執行目標：112 年度符合術後疼痛適應症之服務人次全年

以 15,000 人次為基準，並以 112 年修訂計畫後之實施時程等比率換算目標值。

(三)預期效益之評估指標：本計畫符合術後疼痛適應症案件，須達以下效益評估指標：

1. 歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)評估，後測平均分數優於前測平均分數。
2. 簡易麥克吉爾疼痛問卷 (Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)評估，後測平均分數優於前測平均分數。

(四)辦理事項：

1. 會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報全民健康保險會。
2. 請將腦血管疾病、顱腦損傷等 2 項執行成效良好之專案，規劃納入一般服務，列為常規醫療。
3. 新增「術後疼痛」項目，以 3 年為檢討期限，請會同中醫部門相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

二、查中全會提至 111 年 9 月 21 日 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議之術後疼痛適應症包含「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」，惟本次提案之適應症僅

G89，經洽中全會表示現行西醫住院案件較少會因病人術後疼痛申報 G89，本案實施後，將請醫院西醫科協助，倘有術後疼痛之病人，其西醫住院案件增加申報診斷碼為 G89。

三、財務影響評估：

(一) 原方案預算：111 年 1 月至 8 月申報 168.0 百萬點，以前一年同期申報點數占比 63.7%推估，全年約執行 263.7 百萬點【168.0 百萬點/63.7%】，以 111 年申報點數及成長率推估 112 年全年申報點數為 307.2 百萬點【263.7 百萬點 $\times(1+16.5\%)$ 】。

(二) 按中全會所提新增「腦血管疾病後遺症」(I69)適應症：

1. 西醫住院病人符合主、次診斷碼為 I69「腦血管疾病後遺症」，且當年度未由原方案「腦血管疾病」收案者，109 年 48,023 人、110 年 45,047 人(成長率-6.2%)，推估 112 年約 45,047 人(成長率為負值，視同零成長)。
2. 以原方案 110 年腦血管疾病收案率 16.2%、平均每人費用 15,790 點，以及 112 年符合主、次診斷推估 45,047 人，約需 115.2 百萬點【16.2%*15,790 點*45,047 人】。

(三) 按中全會所提新增「術後疼痛」(G89)適應症：

1. 西醫住院病人符合主、次診斷碼為「術後疼痛」者，109 年 1,686 人、110 年 1,792 人(成長率 6.3%)，推估 112 年約 2,025 人【1,792 人 $\times(1+6.3\%)^2$ 】。
2. 以原方案 110 年腦血管疾病收案率 16.2%、平均每人費用 15,790 點，以及 112 年符合主、次診斷推估 2,025 人，約需 5.2 百萬點【16.2%*15,790 點*2,025 人】。

(四) 綜上，推估本計畫 112 年約需 427.6 百萬元【307.2 百萬點+115.2 百萬點+5.2 百萬點】，預算尚足以支應。

決議：

討論事項 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，提請討論。

說明：癌症患者中醫門診加強照護計畫，擴大適用於(1)胃癌(ICD-10-CM 為 C16 及(C77、C78.0-C78,3 C78.7, C79.2, C79.3, C79.5-C97.7)+次診斷碼為 C16，Z850.28(2)攝護腺癌(ICD-10-CM 為 C61(3)口腔癌(ICD-10-CM 為 C01-C10)。

本署意見：

一、預算來源：本計畫 112 年度預算維持 111 年預算為 245.0 百萬元。

二、財務影響評估：

(一) 原方案預算：111 年 1 月至 8 月申報 125.7 百萬點，以前一年同期執行數占比 64.3%推估，全年約執行 195.4 百萬點【125.7 百萬點/64.3%】，以 111 年申報點數及成長率推估 112 年全年申報點數為 216.5 百萬點【195.4 百萬點×(1+10.8%)】。

(二) 新增適應症推估：

1. 胃癌：109 年中醫符合適應症計 1,075 人、110 年計 1,072 人，推估 112 年 1,072 人(成長率為負值，視同零成長)，以 110 門診加強各癌別 110 年平均收案率 20%以及 110 年平均每人年平均醫療費用 14,570 點，推估 112 年約增加 3.1 百萬點【1,072 人*20%*14,570 點】。

2. 攝護腺癌：109 年中醫符合適應症計 1,466 人、110 年計 1,693 人，推估 112 年 2,258 人(成長率 15.5%)，以 110 門診加強各癌別 110 年平均收案率 20%以及 110 年平均每人年平均醫療費用 14,570 點，推估 112 年約增加 6.6 百萬點【2,258 人*20%*14,570 點】。

3. 口腔癌：109 年中醫符合適應症計 2,140 人、110 年計 2,302

人，推估 112 年 2,664 人 (成長率 7.6%)，以 110 門診加強各癌別 110 年平均收案率 20%以及 110 年平均每人年平均醫療費用 14,570 點，推估 112 年約增加 7.8 百萬點【2,664 人*20%*14,570 點】。

(三) 綜上，推估本計畫 112 年約需 234.0 百萬元【216.5 百萬點+3.1 百萬點+6.6 百萬點+7.8 百萬點】，預算尚足以支應。

決議：

討論事項 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，提請討論。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第四部中醫、本署 111 年 9 月 20 日健保醫字第 1110662730 號函暨中華民國中醫師公會全國聯合會（下稱中全會）111 年 10 月 21 日(111)全聯醫總富字第 2029 號函辦理（附件 1）。
- 二、111 年 6 月 1 日起中醫支付標準第五章傷科治療處置費，規範複雜性傷科之療程第 2~6 次或後續治療，應以一般傷科（E01、E02）、一般針灸（D01、D02）、電針治療（D03、D04）、一般針灸合併一般傷科（F01、F02）、電針合併一般傷科（F18、F19）申報，第六章針灸合併傷科治療處置費（下稱針傷合併）則未有明訂。
- 三、承上，本署經查部分中醫院所於同一療程案件申報複雜性傷科或針灸合併傷科之後續治療，有申報跨章節或同章節但「不同複雜性」針傷處置之疑義，遂於 111 年 9 月 20 日函請中全會就院所執行同一療程案件，倘適應症、診療之部位、治療時間及合併輔助治療等均符合支付標準所訂條件，其後續治療或第 2~6 次治療是否得申報跨章節或同章節但不同複雜性針傷處置項目一事，提供意見。
- 四、中全會於 111 年 10 月 20 日函復略以，基於醫師對病人傷病的治療處理方式，常因病況的不同可能給予針灸處置、傷科處置或針灸合併傷科處置，故只要符合各章節的適應症，應可跨章節申報。並請本署就中醫支付標準第六章針傷合併新增通則五「療程第二次-第六次以一般傷科(E01、E02)、一般針灸（D01、D02）、電針治療（D03、D04）、一般針灸合併一般傷科（F01、F02）、電針合併一般傷科（F18、F19）申報」。

五、因前開函復內容，似互有忤格。本署建議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，倘療程第二次-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之針灸或傷科規範申報」。

範例：

(一)療程第一次申報 F37「中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科—療程第一次」，其療程第二次-第六次僅得申報下列診療項目：

1. 第六章針傷合併：F38、F39。

編號	診療項目	支付點數
F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	427
F38	--療程第二至六次—另開內服藥	327
F39	--療程第二至六次—未開內服藥	327

2. 第四章針灸治療處置費：D05、D06。

編號	診療項目	支付點數
D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327
D06	—未開內服藥	327

3. 第五章傷科治療處置費：E01、E02。

編號	診療項目	支付點數
E01	一般傷科 —另開內服藥	227
E02	—未開內服藥	227
	中度複雜性傷科 通則： 療程第二次-第六次以一般傷科(E01、E02)、一般針灸(D01、D02)、電針治療(D03、D04)、一般針灸合併一般傷科(F01、F02)、電針合併一般傷科(F18、F19)申報。	

(二)療程第一次申報 F43「中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病)—起始次」，其後續治療僅得申報下列診療項目：

1. 第六章針傷合併：F44、F45。

編號	診療項目	支付點數
F43	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2. 中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	877
F44	--後續治療—另開內服藥	327
F45	--後續治療—未開內服藥	327

2. 第四章針灸治療處置費：D05、D06。

編號	診療項目	支付點數
D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327
D06	—未開內服藥	327

3. 第五章傷科治療處置費：E01、E02。

編號	診療項目	支付點數
E01	一般傷科 —另開內服藥	227
E02	—未開內服藥	227
	高度複雜性傷科 通則： 後續治療處置以一般傷科(E01、E02)、 一般針灸(D01、D02)、電針治療(D03、 D04)、一般針灸合併一般傷科(F01、 F02)、電針合併一般傷科(F18、F19) 申報。	

六、因本案係就療程案件之申報規範釐清，未有財務影響。

七、檢附現行支付標準第四部中醫第四章~第六章（附件2）。

決 議：

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.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 111 年 10 月 21 日
發文字號：(111)全聯醫總函字第 2029 號
速 別：
附 件：

主 旨：有關大署函詢「中醫院所申報複雜性傷科及針灸合併傷科後續治療處置」疑義乙事，基於醫師對病人傷病的治療處理方式，常因病況的不同可能給予針灸處置、傷科處置或針灸併傷科處置，故 ICD-10 病名只要符合各章節的適應症，應可跨章節申報，請鑒察。

說 明：

- 一、復大署 111 年 9 月 20 日健保醫字第 1110662730 號函暨本會 111 年 10 月 16 日中醫門診醫療服務審查執行會第 47 委員會議決議辦理。
- 二、另建請新增「中醫支付標準」第六章針灸合併傷科治療處置費通則五：療程第二次-第六次及後續治療處置得以一般傷科(E01、E02)、一般針灸(D01、D02)、電針治療(D03、D04)、一般針灸合併一般傷科(F01、F02)、電針合併一般傷科(F18、F19)申報。

中醫全聯會
總對章(四)

總收文 111 年 10 月 28 日收到
健保醫字第 1110062761

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

中華民國中醫師公會全國聯合會



抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：宋宛蓁
聯絡電話：02-27065866 分機：2635
傳真：02-27069043
電子郵件：A111141@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年9月20日
發文字號：健保醫字第1110662730號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明三

主旨：有關中醫院所申報複雜性傷科及針灸合併傷科後續治療處置
疑義，請協助於文到2週內提供意見，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）辦理。
- 二、現行支付標準第四部中醫第五章傷科治療處置費，規範複雜性傷科之療程第2~6次或後續治療，應以一般傷科（E01、E02）、一般針灸（D01、D02）、電針治療（D03、D04）、一般針灸合併一般傷科（F01、F02）、電針合併一般傷科（F18、F19）申報，第六章針灸合併傷科治療處置費則未有明訂。
- 三、經查部分中醫院所於同一療程案件申報複雜性傷科或針灸合併傷科之後續治療，有申報跨章節或同章節但不同複雜性針傷處置之疑義（附件）。

四、有關院所執行同一療程案件，倘適應症、診療之部位、治療時間及合併輔助治療等均符合支付標準所訂條件，其第2~6次治療是否得申報跨章節或同章節但不同複雜性針傷處置項目一事，考量涉及醫療專業及總額管理，請貴會提供意見。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會

副本：

中醫院所申報傷科療程案例

✖ 個案 1：

費用年月：202112					
診斷碼：S335XXA、S73111A【符合高度複雜性傷科(1.多部位損傷)適應症】、 M9943【符合中度複雜性傷科、高度複雜性針灸適應症】					
	醫令執行起日	醫令代碼		醫令量	醫令點數
1	2021/12/6	E06	高度複雜性傷科一起始次 1. 多部位損傷起始次—未開內服藥	1.0	877
2	2021/12/7	F53	高度複雜性針灸合併一般傷科—未開內服藥	1.0	427

➔現行(111 年 6 月 1 日起)支付標準規範複雜性傷科後續治療或療程第 2~6 次，應以一般傷科(E01、E02)、一般針灸(D01、D02)、電針治療(D03、D04)、一般針灸合併一般傷科(F01、F02)、電針合併一般傷科(F18、F19)申報，本案申報 F53 不符合上述規範。

? 個案 2：

費用年月：202112					
診斷碼：S43412A、S338XXA【符合高度複雜性傷科(1.多部位損傷)適應症】、 G542【符合中度複雜性傷科、高度複雜性針灸適應症】					
	醫令執行起日	醫令代碼		醫令量	醫令點數
1	2021/12/16	F06	一般針灸合併高度複雜性傷科一起始次 1. 多部位損傷起始次—未開內服藥	1.0	877
2	2021/12/17	F36	中度複雜性針灸合併一般傷科—未開內服藥	1.0	327
3	2021/12/18	F36	中度複雜性針灸合併一般傷科—未開內服藥	1.0	327
4	2021/12/20	F36	中度複雜性針灸合併一般傷科—未開內服藥	1.0	327

? 個案 3：

費用年月：202203					
診斷碼：S20222A、S5002XA【符合高度複雜性傷科(1.多部位損傷)適應症】、 E119【符合中度複雜性傷科、中度複雜性針灸適應症】					
	醫令執行起日	醫令代碼		醫令量	醫令點數
1	2021/12/16	F06	一般針灸合併高度複雜性傷科一起始次 1. 多部位損傷起始次—未開內服藥	1.0	877
2	2021/12/17	F36	中度複雜性針灸合併一般傷科—未開內服藥	1.0	327

通則：

一、本章治療處置費用均內含材料費。

二、複雜性針灸治療之審查：抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.1、附表 4.4.2

及附表 4.4.3 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

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

	CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH05 放血治療、CH06 艾灸治療或 CH07 眼部特殊針灸。 (3)治療時間合計二十分鐘以上。	
--	---	--

第五章 傷科治療處置費

通則：

一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

二、本章治療處置費用均內含材料費。

三、複雜性傷科之審查：

(一)病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。

(二)抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.5.1 至表 4.5.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

編號	診療項目	支付點數
E01	一般傷科	
	—另開內服藥	227
E02	—未開內服藥	227
	註：	
	1.標準作業程序	
	(1)四診八綱辨證(合理學檢查)。	
	(2)診斷。	
	(3)傷科處置：傷科手法〔理筋手法(推、拿、揉、滾、按及其他方式)、正骨八法(摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其他方式)]、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定及其他各類傷科處置。	
	2.適應症	
	(1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。	
	(2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。	
	(3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩(凝肩)等。	
	中度複雜性傷科	
	通則：	
	1.適應症：	
	(1)附表 4.5.1 所列疾病。	
	(2)無附表 4.5.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。	
	2.支付規範：	
	(1)須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。	
	(2)治療時間合計十分鐘以上。	
	(3)療程第二次-第六次以一般傷科(E01、E02)、一般針灸(D01、D02)、電針治療(D03、D04)、一般針灸合併一般傷科(F01、F02)、電針合併一般傷科(F18、F19)申報。	
	(4)不分療程(E13、E14)：	

編號	診療項目	支付點數
	A.限「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務計畫(案件分類=25、特定治療項目代碼(一)=C6)及「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(案件分類=22、特定治療項目代碼(一)=JR)申報。	
E03	B.前開計畫執行院所申報本項費用時，不得申報「一般傷科(E01、E02)」或「中度複雜性傷科-療程第一次(E03、E04)」。	
E04	療程第一次 —另開內服藥	427
E13	—未開內服藥	427
E14	不分療程 —另開內服藥	327
	—未開內服藥	327
E05	高度複雜性傷科一起始次 通則： 1.起始次治療處置：係指該病人受傷部位初次到醫療院所做之治療處置。 2.後續治療處置以一般傷科(E01、E02)、一般針灸(D01、D02)、電針治療(D03、D04)、一般針灸合併一般傷科(F01、F02)、電針合併一般傷科(F18、F19)申報，但「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務計畫(案件分類=25、特定治療項目代碼(一)=C6)及「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(案件分類=22、特定治療項目代碼(一)=JR)，則以不分療程(E13、E14)申報。 3.須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。 4.治療時間合計二十分鐘以上。 5.同一院所同一病人申報第二次「高度複雜性傷科一起始次」須為新發生損傷案件並載明發生原因及時間，並加強審查。 6.同一院所對同一病人再次受傷之申報頻率限制： (1)不同部位：每三個月限申報一次。 (2)同一部位：每六個月限申報一次。 7.申報時須註明傷科部位：頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、右踝、右膝、右大腿、右小腿。 1.多部位損傷一起始次 —另開內服藥	877
E06	—未開內服藥	877
	註：適應症詳附表 4.5.2。	

編號	診療項目	支付點數
E07	2.中度複雜性傷科合併特殊疾病一起始次 —另開內服藥	877
E08	—未開內服藥 註：適應症為中度複雜性傷科適應症(附表 4.5.1)且合併有特殊疾病(附表 4.4.2)。	877
E09	3.脫臼整復復位一起始次 —另開內服藥	1177
E10	—未開內服藥 註： 1.適應症詳附表 4.5.3。 2.起始次定義含再次復位。	1177
E11	4.骨折復位一起始次 —另開內服藥	1277
E12	—未開內服藥 註： 1.適應症詳附表 4.5.4。 2.起始次定義含再次接骨。	1277

第六章 針灸合併傷科治療處置費

通則：

- 一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。
- 二、本章各診療項目適用其內含單項針灸或傷科診療項目於第四章、第五章所列各項規範。
- 三、本章治療處置費用均內含材料費。
- 四、本章所列不分療程（F69、F70、F73、F74、F77、F78、F81、F82）及針灸(電針)合併高度複雜性傷科後續治療（F71、F72、F75、F76、F79、F80、F83、F84）限「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務計畫(案件分類=25、特定治療項目代碼(一)=C6)及「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(案件分類=22、特定治療項目代碼(一)=JR)申報。

編號	診療項目	支付點數
F01	一般針灸合併一般傷科	
F02	--另開內服藥	227
	--未開內服藥	227
F03	一般針灸合併中度複雜性傷科	
F04	--療程第一次	427
F05	--療程第二至六次—另開內服藥	227
F06	--療程第二至六次—未開內服藥	227
F69	--不分療程—另開內服藥	327
F70	--不分療程—未開內服藥	327
F06	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)	
F07	--起始次	877
F08	--後續治療—另開內服藥	227
	--後續治療—未開內服藥	227
F09	一般針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病)	
F10	--起始次	877
F11	--後續治療—另開內服藥	227
	--後續治療—未開內服藥	227
F12	一般針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼)	
F13	--起始次	1177
F14	--後續治療—另開內服藥	227
	--後續治療—未開內服藥	227
F15	一般針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折)	
F16	--起始次	1277
F17	--後續治療—另開內服藥	227
	--後續治療—未開內服藥	227
F71	一般針灸合併高度複雜性傷科	
F72	--後續治療—另開內服藥	327
	--後續治療—未開內服藥	327
F18	電針合併一般傷科	
F19	--另開內服藥	227
	--未開內服藥	227

編號	診療項目	支付點數
F20	電針合併中度複雜性傷科 --療程第一次	427
F21	--療程第二至六次—另開內服藥	227
F22	--療程第二至六次—未開內服藥	227
F73	--不分療程—另開內服藥	327
F74	--不分療程—未開內服藥	327
F23	電針合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次處置治療	877
F24	--後續治療—另開內服藥	227
F25	--後續治療—未開內服藥	227
F26	電針合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	877
F27	--後續治療—另開內服藥	227
F28	--後續治療—未開內服藥	227
F29	電針合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	1177
F30	--後續治療—另開內服藥	227
F31	--後續治療—未開內服藥	227
F32	電針合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	1277
F33	--後續治療—另開內服藥	227
F34	--後續治療—未開內服藥	227
F75	電針合併高度複雜性傷科 --後續治療—另開內服藥	327
F76	--後續治療—未開內服藥	327
F35	中度複雜性針灸合併一般傷科 --另開內服藥	327
F36	--未開內服藥	327
F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	427
F38	--療程第二至六次—另開內服藥	327
F39	--療程第二至六次—未開內服藥	327
F77	--不分療程—另開內服藥	327
F78	--不分療程—未開內服藥	327

編號	診療項目	支付點數
F40	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次	877
F41	--後續治療—另開內服藥	327
F42	--後續治療—未開內服藥	327
F43	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	877
F44	--後續治療—另開內服藥	327
F45	--後續治療—未開內服藥	327
F46	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	1177
F47	--後續治療—另開內服藥	327
F48	--後續治療—未開內服藥	327
F49	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	1277
F50	--後續治療—另開內服藥	327
F51	--後續治療—未開內服藥	327
F79	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科 --後續治療—另開內服藥	327
F80	--後續治療—未開內服藥	327
F52	高度複雜性針灸合併一般傷科 --另開內服藥	427
F53	--未開內服藥	427
F54	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	427
F55	--療程第二至六次—另開內服藥	427
F56	--療程第二至六次—未開內服藥	427
F81	--不分療程—另開內服藥	427
F82	--不分療程—未開內服藥	427
F57	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次	877
F58	--後續治療—另開內服藥	427
F59	--後續治療—未開內服藥	427
F60	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	877
F61	--後續治療—另開內服藥	427

編號	診療項目	支付點數
F62	--後續治療－未開內服藥	427
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼)	
F63	--起始次	1177
F64	--後續治療－另開內服藥	427
F65	--後續治療－未開內服藥	427
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折)	
F66	--起始次	1277
F67	--後續治療－另開內服藥	427
F68	--後續治療－未開內服藥	427
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科	
F83	--後續治療－另開內服藥	427
F84	--後續治療－未開內服藥	427