



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 111 年第 2 次研商議事會議

111 年 5 月 19 日（星期四）下午 14:00
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 2 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、110 年第 4 季中醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」等 5 項專業醫療服務品質指標案。	討 1-1
---	-------

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 1 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 2 月 24 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：張組長禹斌

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列)(*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
古代表濱源	古濱源*	陳代表俞沛	陳俞沛*
何代表紹彰	何紹彰*	陳代表淑華	陳淑華
吳代表材炫	吳材炫*	陳代表博淵	陳博淵*
吳代表清源	吳清源	陳代表瑞瑛	請假
李代表永振	李永振*	陳代表憲法	唐寶華(代)*
李代表麥	李麥*	黃代表上邦	黃上邦*
卓代表青峰	請假	黃代表兆杰	黃兆杰
林代表狄昇	林狄昇	黃代表怡超	蔡素玲(代)*
林代表敏華	林敏華*	黃代表頌儼	黃頌儼*
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	詹永兆*
胡代表文龍	胡文龍*	詹代表益能	詹益能
孫代表茂峰	孫茂峰*	蔡代表三郎	蔡三郎
曹代表榮穎	請假	蔡代表宗憲	蔡宗憲*
郭代表朝源	郭朝源*	蘇代表守毅	蘇守毅*

列席單位及人員：

衛生福利部社保司

蘇芸蒂

衛生福利部中醫藥司

涂瑜君*

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、張嘉云

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年、賴宛而

本署醫務管理組

游慧真、李雨育、韓佩軒、
劉林義、張作貞、呂姿曄、

本署醫審及藥材組

本署企劃組

本署財務組

本署資訊組

本署違規查處室

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

洪于淇、陳依婕、劉立麗、
宋宛蓁、陳俐欣、吳庭沂、
陳柏叡、賴昱廷、楊淑美、
鄭正義

高幸蓓、涂奇君、單國浩、
林惠瑩

王宗曦*、趙偉翔

李佩耿

吳少庾

白姍綺、陳靜慈

楊淑娟*、郭乃文*、黃寶玉*

蔡秀幸*、吳煥如*、林孟萱*

蘇彥秀*、王奕晴*、戴秀容*

陳淑眉*、潘佳鈴*、洪文琦*

丁增輝*、賴文琳*、高宜聲*

李金秀*、張慧娟*、黃皓綱*

吳建昌*、李昀融*、廖子喬*

高菲屏*

羅亦珍*、王素惠*、江春桂*

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5第2項有關修訂新增巡迴醫療之中度複雜性傷科支付標準代碼應併同修訂第六章針灸合併傷科之支付標準案，繼續列管，餘解除列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年第 3 季點值報告。

決定：

一、洽悉。

二、110 年第 3 季結算點值確認如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
110年 第3季	浮動點值	1.2634	1.1591	1.0574	1.0613	1.0739	1.2874	1.1361
	平均點值	1.1656	1.0957	1.0367	1.0367	1.0449	1.1879	1.0844

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。

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「健保支付標準第四部中醫」文字修正案，提請討論。

決議：通過下列修訂內容：

- 一、修訂第五章傷科標準作業程序：修改「四診八綱辨證」為「四診八綱辨證（含理學檢查）」，並修改「理筋手法」為「傷科處置：傷科手法〔理筋手法（推、拿、揉、滾、按等）、正骨八法（摸、接、端、提、按、摩、推、拿等）〕、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定等各類傷科處置」。
- 二、修訂第五章「中度複雜性傷科—療程第一次」及「高度複雜性傷科—起始次」通則：「中度複雜性傷科療程第二次—第六次」及「高度複雜性傷科後續治療處置」原規範應以一般傷科（E01、E02）申報，修改為以一般傷科（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。

三、修訂第五章「高度複雜性傷科—起始次」通則：

甲、新增同一院所同一病人申報第二次「高度複雜性傷科—起始次」需為新發生損傷案件並載明發生原因及時間，並加強審查之規範。

乙、新增同一院所對同一病人再次受傷之申報頻率限制：

i. 不同部位：每三個月限申報一次。

ii. 同一部位：每六個月限申報一次。

四、修訂附表 4.5.2 高度複雜性傷科（多部位損傷）適應症：新增適應症代碼 S96.29、S96.89 及 S96.99 以及刪除適應症代碼 M13.0。

五、修訂第八章特定疾病門診加強照護：

(一) 腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷之診療項目（C05 至 C09）申報條件，由「同時執行針灸治療及傷科治療」改為「執行針灸治療或傷科治療」。

(二) 修訂腦血管疾病適用範圍，ICD-10-CM 由「G45.0-G46.8 及 I60~I68」修正為「G45.0-G46.8、I60-I68」（將原範圍之「及」改為頓號）。

第二案

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」中「JQ(呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療)」案件，如遇個案死亡，無法作後續的評量，建請 P33056 生理評估（限呼吸困難患者適用）可不需上傳後測，或以特定分數上傳取代之，以符合實際臨床情況案，提請討論。

決議：考量實際臨床需求，本署將於全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫（含呼吸困難、腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷），以及全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案中「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」之 VPN 登錄畫面，新增「病人死亡，無法進行後測」選項供院

所點選。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關支付標準第四部中醫第四章針灸治療處置費、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申報規範案，提請討論。

決議：

- 一、同意第四章、第五章及第六章內含複雜性針灸及傷科治療之醫令，應於醫令清單段之「執行時間一起」(p14)及「執行時間一迄」(p15)填列起迄日期時分，另同意增訂合併輔助治療虛擬醫令(CH01—CH10)以及明訂診療部位，以利院所申報及本署後續檢核作業。
- 二、請中全會會後提供中醫針灸及傷科之部位列表，本署將依中全會提供之部位列表資料，增列於相關章節通則。
- 三、前開檢核作業之實施時程，請中全會會後與本署醫務管理組討論及確認。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

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」暨支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護案，提請討論。

決議：

- 一、通過修訂腦血管疾病適用範圍，ICD-10-CM 由「G45.0-G46.8 及 I60~I68」修正為「G45.0-G46.8、I60-I68」(將原範圍之「及」改為頓號)。
- 二、同意增訂「本計畫同一病人同一診療項目，每日限申報一次」規範，本項為申報條件限縮。
- 三、本會中全會於會中建議腦血管疾病適用範圍增列 I69，並獲會議同意。惟中全會另續於 111 年 3 月 2 日以(111)全聯醫總富字第 1598 號函敘明略以，「考量健保署試算財務影響結果，恐對點值穩定性造成衝擊，建請暫緩修正」，爰本署參採中全會意見，同意腦血管疾病適用範圍不增列

第五案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：建請同意變更北區苗栗縣頭屋鄉「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之「無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」增列苗栗縣頭屋鄉；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區同步刪除該鄉。

第六案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：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，提請討論。

決議：修訂重點如下：

一、同意現行 4 項「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」(如下)停辦，回歸例行抽審作業。

(一)中醫同一院所同一患者同月看診次數過高。

(二)中醫用藥日數重複率過高。

(三)中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高。

(四)中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)次數大於 1,200 人次以上。

二、請本署醫審及藥材組持續監測上述指標，並於半年後於本會報告。

臨時動議

提案單位：吳代表清源

案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護及全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫之上傳 VPN 資料勾稽主診斷，建議放寬勾稽主、次診斷。

決議：有關代表之建議，本署將再與中全會研議。

伍、散會：下午 4 時 34 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	110_3_討(2)：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	新增巡迴醫療之中度複雜性傷科支付標準代碼應併同修訂第六章針灸合併傷科之支付標準，請中全會再與本署確認巡迴醫療之處置費申報方式。	一、已提報至 111 年 3 月 10 日第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，會議決議同意增訂限「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」申報第五章及第六章 E13 等 18 項不分療程及後續治療之傷科及針傷合併代碼。 二、刻正辦理預告及後續報部核定事宜。	☐ 解除 ☒ 繼續列管

2	111_1_討(1)：修訂「健保支付標準第四部中醫」文字修正案	通過下列修訂內容： 一、修訂第五章傷科標準作業程序：修改「四診八綱辨證」為「四診八綱辨證(含理學檢查)」，並修改「理筋手法」為「傷科處置：傷科手法〔理筋手法(推、拿、揉、滾、按等)、正骨八法(摸、接、端、提、按、摩、推、拿等)]、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定等各類傷科處置」。 二、修訂第五章「中度複雜性傷科—療程第一次」及「高度複雜性傷科—起始次」通則：「中度複雜性傷科療程第二次—第六次」及「高度複雜性傷科後續治療處置」原規範應以一般傷科(E01、E02)申報，修改為以一般傷科(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。 三、修訂第五章「高度複雜性傷科—起始次」通則： (一)新增同一院所同一病人申報第二次「高度複雜性傷科—起始次」需為新發生損傷案件並載明發生原因及時間，並加強審查之規範。 (二)新增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。 四、修訂附表 4.5.2 高度複雜性傷科(多部位損傷)適應症：新增適應症代碼 S96.29、S96.89 及 S96.99 以及刪除適應症代碼 M13.0。 五、修訂第八章特定疾病門診加強照護： (一)腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷之診療項目(C05至C09)申報條件，由「同時執行針灸治療及傷科治療」改為「執行針灸治療或傷科治療」。 (二)修訂腦血管疾病適用範圍，ICD-10-CM 由「G45.0-G46.8 及 I60~I68」修正為「G45.0-G46.8、I60-I68」(將原範圍之「及」改為頓號)。	本案修訂內容，業於本署 111 年 3 月 10 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)報告通過，並續於 111 年 4 月 28 日至同年 5 月 6 日預告，後續將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。	☐ 解除 ☒ 繼續 列管
---	--	---	--	---

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
3	111_1_討(2)：修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特設疾病輔助醫療計畫」中「JQ(呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療)」案件，如遇個案死亡，無法作後續的評量，建請P33056生理評估(限呼吸困難患者適用)可不需上傳後測，或以特定分數上傳取代之，以符合實際臨床情況案	考量實際臨床需求，本署將於全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(含呼吸困難、腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷)，以及全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案中「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」之VPN登錄畫面，新增「病人死亡，無法進行後測」選項供院所點選。	本案本署醫務管理組已於111年4月7日提送VPN系統修改需求，本署資訊組刻正建置中，預估6月中旬完成。	☐ 解除 ☒ 繼續列管
4	111_1_討(3)：修訂支付標準第四章針灸治療處置費、第五章傷科治療處置費及第六章針灸治療處置費申報規範案	通過下列修訂內容： 一、同意第四章、第五章及第六章內含複雜性針灸及傷科治療之醫令，應於醫令清單段之「執行時間—起」(p14)及「執行時間—迄」(p15)填列起迄日期時分，另同意增訂合併輔助治療虛擬醫令(CH01—CH10)以及明訂診療部位，以利院所申報及本署後續檢核作業。 二、請中全會會後提供中醫針灸及傷科之部位列表，本署將依中全會提供之部位列表資料，增列於相關章節通則。 三、前開檢核作業之實施時程，請中全會會後與本署醫務管理組討論及確認。	一、中全會已於111年2月25日以電子郵件提供本署中醫針灸及傷科之部位列表，綜整後本署業於111年3月10日共擬會議報告通過，並續111年4月28日至同年5月6日預告，後續將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。 二、有關檢核作業之實施時程，將與中全會討論及確認。	☐ 解除 ☒ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
5	111_1_討 (4)：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」暨支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護案	通過下列修訂內容： 一、通過修訂腦血管疾病適用範圍，ICD-10-CM 由「G45.0-G46.8 及 I60-I68」修正為「G45.0-G46.8、I60-I68」（將原範圍之「及」改為頓號）。 二、同意增訂「本計畫同一病人同一診療項目，每日限申報一次」規範，本項為申報條件限縮。 三、本會於會中建議腦血管疾病適用範圍增列 I69，並獲會議同意。惟中全會另續於 111 年 3 月 2 日以 (111)全聯醫總富字第 1598 號函敘明略以，「考量健保署試算財務影響結果，恐對點值穩定性造成衝擊，建請暫緩修正」，爰本署參採中全會意見，同意腦血管疾病適用範圍不增列 I69。	一、「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」本署已於 111 年 4 月 18 日以健保醫字第 1110102731 號公告修訂，自 111 年 4 月 1 日起生效。 二、「支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護」業於本署 111 年 3 月 10 日共擬會議報告通過，並續於 111 年 4 月 28 日至同年 5 月 6 日預告，後續將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。	☐ 解除 ☒ 繼續列管
6	111_1_討 (5)：建請變更北區苗栗縣頭屋鄉「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」施行區域案修訂	同意施行區域一覽表之「無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」增列苗栗縣頭屋鄉；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區同步刪除該鄉。	一、修訂施行區域屬執行面作業，依「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」方案規定不另行公告修正施行區域附件 1-1 及 1-2。 二、本署於 111 年 3 月 16 日健保醫字第 1110660125 號函，周知各分區業務組配合辦理後續事宜。	☒ 解除 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
7	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	通過下列修訂內容： 一、同意現行4項「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」(如下)停辦，回歸例行抽審作業。 (一)中醫同一院所同一患者同月看診次數過高。 (二)中醫用藥日數重複率過高。 (三)中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高。 (四)中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)次數大於1,200人次以上。 二、請本署醫審及藥材組持續監測上述指標，並於半年後於本會報告。	一、業於111年4月18日報請衛生福利部核定廢止4項指標，俟核定後辦理公告事宜。 二、將持續監測指標，半年後於會上報告。	☐ 解除 ☒ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
8	111_1_臨時動議_有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護及全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫上傳 VPN 資料勾稽主診斷，建議放寬勾稽主、次診斷。	有關吳代表清源之建議，本署將再與中全會研議。	一、本署醫務管理組業依中全會 111 年 4 月 21 日電子郵件，於 111 年 5 月 4 日提送 VPN 系統修改需求，放寬支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護之符合收案個案以「主或次診斷」勾稽，預估 6 月中旬完成。 二、查全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫原 VPN 即係以「主或次診斷」勾稽，故維持原方式辦理。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

決定：

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 2-1）

決定：



(附件1)

中醫門診總額執行概況

中央健康保險署
111年5月19日

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

1



大綱

- 點值預估
- 111年第1季醫療供給及利用概況
- 111年第1季專案執行報告

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

2



點值預估說明

一、製表日期：111年5月4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(99.696079%)校正，該占率以110Q3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上半年爭審後核減率，各分區分別計之。

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

3



111年第1季 中醫門診總額各分區點值推估

月份	就醫 分區	跨區就醫調整 後總額(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
			非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第1季	臺北	1,911	705	1,162	1.0373	1.0232
	北區	819	325	473	1.0463	1.0275
	中區	1,676	615	1,058	1.0033	1.0021
	南區	963	381	558	1.0424	1.0252
	高屏	1,073	415	640	1.0274	1.0166
	東區	147	45	88	1.1674	1.1109
	合計	6,589	2,485	3,979	1.0313	1.0193

註1：110Q1結算全區平均點值0.9699

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

4

111年第1季 醫療供給及利用概況

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

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3月	1,039	447	1,025	500	535	65	3,611
108年3月	1,068	454	1,031	511	540	67	3,671
109年3月	1,095	467	1,048	521	548	71	3,750
110年3月(A)	1,126	469	1,057	531	554	71	3,808
111年3月(B)	1,148	474	1,062	534	558	69	3,845
成長率(B/A)-1	2.0%	1.1%	0.5%	0.6%	0.7%	-2.8%	1.0%
增減數B-A	22	5	5	3	4	-2	37

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3月(A)	25	12	33	25	20	10	125
111年3月(B)	26	12	33	25	20	10	126
成長率(B/A)-1	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%
增減數B-A	1	0	0	0	0	0	1

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3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(0)：增加1家-慈祐醫院。

減少1家-為恭紀念醫院(疫情期間看診量明顯下降，已不符成本，爰將中醫部停診。)

中區(0)：增加5家：常春醫院、惠和醫院、員榮醫院、澄清復健醫院、竹山秀傳醫院。

減少5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。

澄清復健醫院(因遷址暫停中醫業務，會再申請復業)。

員生醫院(員生醫院納入為員榮醫院員生院區，中醫業務仍持續辦理)。

中國醫藥大學附設醫院草屯分院(更名為惠和醫院，中醫業務仍持續辦理)。

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)。

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3月	1,924	791	1,785	848	932	128	6,408
108年3月	2,001	836	1,832	867	959	139	6,634
109年3月	2,060	874	1,870	895	989	149	6,837
110年3月(A)	2,139	891	1,923	907	1,024	159	7,043
111年3月(B)	2,198	933	1,970	938	1,052	157	7,248
成長率(B/A)-1	2.8%	4.7%	2.4%	3.4%	2.7%	-1.3%	2.9%
增減數B-A	59	42	47	31	28	-2	205

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3月	210	103	202	147	99	40	801
108年3月	216	104	209	155	110	51	845
109年3月	219	107	224	159	116	56	881
110年3月(A)	228	114	240	144	121	60	907
111年3月(B)	242	119	252	151	122	57	943
成長率(B/A)-1	6.1%	4.4%	5.0%	4.9%	0.8%	-5.0%	4.0%
增減數B-A	14	5	12	7	1	-3	36

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	111Q1
臺北	2.61	2.71	2.83	2.92	2.95
北區	2.22	2.29	2.34	2.42	2.44
中區	4.00	4.07	4.19	4.33	4.34
南區	2.59	2.69	2.49	2.84	2.86
高屏	2.59	2.66	2.76	2.88	2.89
東區	2.52	2.82	3.04	2.99	2.94
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醫師數 與全國比率

年度	107	108	109	110	111Q1
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	0.94
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



每萬人口中醫醫師數組距 各區鄉鎮數

年月	每萬人口 中醫醫師組距	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	合計%
110年3月 鄉鎮數	無中醫醫師鄉鎮	14	10	4	12	24	15	79	21.5%
	0<X<1	17	13	16	25	19	5	95	25.8%
	1≤X<2	13	11	12	17	16	4	73	19.8%
	2≤X<3	14	6	8	7	5	1	41	11.1%
	3≤X	12	7	28	16	13	4	80	21.7%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
111年3月 鄉鎮數	無中醫醫師鄉鎮	15	11	4	14	24	15	83	22.6%
	0<X<1	16	10	16	24	18	5	89	24.2%
	1≤X<2	13	13	12	15	18	5	76	20.7%
	2≤X<3	10	5	8	9	6		38	10.3%
	3≤X	16	8	28	15	11	4	82	22.3%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
較去年同期 增減鄉鎮數	無中醫醫師鄉鎮	1	1	0	2	0	0	4	
	0<X<1	-1	-3	0	-1	-1	0	-6	
	1≤X<2	0	2	0	-2	2	1	3	
	2≤X<3	-4	-1	0	2	1	-1	-3	
	3≤X	4	1	0	-1	-2	0	2	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

註：+4無中醫醫師鄉鎮：臺北區為連江縣南竿鄉、北區為苗栗縣頭屋鄉、南區為雲林縣四湖鄉及嘉義縣東石鄉、東區增卑南鄉，減鹿野鄉

12

111年第1季醫療供給及利用概況

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

13

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
111Q1	台北	2,424.7	-5.8%	1,902.8	-3.0%	784.7	3.0%
	北區	1,063.7	-2.6%	827.0	2.3%	777.5	5.0%
	中區	2,267.4	-3.0%	1,735.5	1.5%	765.4	4.6%
	南區	1,211.0	-2.8%	980.0	1.8%	809.2	4.7%
	高屏	1,351.3	-4.8%	1,086.4	-0.8%	804.0	4.2%
	東區	159.3	-3.4%	148.7	4.2%	933.4	8.0%
	全區	8,477.5	-4.0%	6,680.4	-0.01%	788.0	4.2%

註1：資料來源：截至111年5月4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

14



整體申報醫療費用點數 【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
	分區	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
111Q1	台北	711.1	-1.8%	10.4	-13.8%	774.3	-5.4%	406.9	0.0%	1,902.8	-3.0%
	北區	330.1	1.7%	4.6	-1.1%	340.2	-2.6%	152.2	17.3%	827.0	2.3%
	中區	619.7	0.5%	10.5	-8.3%	717.4	-2.7%	387.8	12.5%	1,735.5	1.5%
	南區	386.7	0.9%	5.2	-2.5%	380.5	-2.3%	207.6	12.4%	980.0	1.8%
	高屏	420.5	-0.5%	6.0	-9.3%	431.3	-4.4%	228.6	6.1%	1,086.4	-0.8%
	東區	48.6	3.3%	0.9	-6.2%	50.9	-3.4%	48.3	15.1%	148.7	4.2%
	合計	2,516.7	0.0%	37.8	-8.4%	2,694.6	-3.7%	1,431.3	8.2%	6,680.4	0.0%

註1：資料來源：截至111年5月4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

15



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
111Q1	台北	826.9	-8.9%	30.3	14.3%	451.6	6.2%	4.7	-8.8%
	北區	380.6	-6.8%	18.8	19.5%	218.4	9.2%	10.8	-0.8%
	中區	852.1	-6.6%	59.0	27.4%	312.1	12.3%	6.5	4.5%
	南區	414.9	-7.2%	35.8	13.4%	255.2	8.7%	6.3	-18.0%
	高屏	477.1	-9.1%	20.1	-2.8%	249.8	10.3%	12.1	-18.3%
	東區	44.2	-10.4%	4.8	12.6%	27.7	18.3%	11.2	-7.2%
	全區	2,995.8	-7.8%	168.8	16.4%	1,514.8	9.2%	51.5	-9.2%

註1：資料來源：截至111年5月4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

16



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)		合計	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
		(百萬)		(百萬)		(百萬)		(百萬)		(百萬)	
111Q1	台北	0.25	65.5%	582.1	-1.9%	3.4	-2.6%	3.53	361.0%	1,902.8	-3.0%
	北區	0.57	16.6%	193.0	14.1%	2.5	-8.8%	2.39	144.3%	827.0	2.3%
	中區	0.15	28.0%	492.3	7.5%	4.7	-16.2%	8.74	142.1%	1,735.5	1.5%
	南區	0.004	100.0%	256.9	10.7%	6.3	-9.6%	4.53	69.4%	980.0	1.8%
	高屏	0.00	-50.0%	318.4	6.4%	6.7	-14.4%	2.19	44.6%	1,086.4	-0.8%
	東區	.	#VALUE!	50.8	9.1%	1.3	-4.5%	8.83	51.9%	148.7	4.2%
	全區	0.97	28.1%	1,893.5	5.3%	24.8	-11.1%	30.20	96.7%	6,680.4	0.0%

註1：資料來源：截至111年5月4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

17



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)		(百萬點)			
111Q1	台北	205.9	-11.1%	226.7	-5.0%	1,101.1	6.8%
	北區	77.7	2.9%	95.0	5.7%	1,222.2	2.7%
	中區	229.2	6.3%	235.3	10.2%	1,026.5	3.7%
	南區	137.2	-1.6%	163.4	3.4%	1,191.2	5.1%
	高屏	88.7	-1.6%	98.4	1.5%	1,109.2	3.1%
	東區	32.0	-4.3%	38.2	7.2%	1,194.1	12.0%
	全區	770.8	-1.9%	857.1	2.9%	1,112.0	4.9%

註1：資料來源：截至111年5月4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



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
111Q1	台北	105.0	-7.2%	4.4	-10.0%	62.9	-10.7%	54.4	8.4%	226.7	-5.0%
	北區	45.3	0.5%	1.5	3.8%	22.7	1.7%	25.5	21.5%	95.0	5.7%
	中區	84.5	5.4%	4.8	5.6%	70.9	6.5%	75.1	20.6%	235.3	10.2%
	南區	62.5	0.2%	2.7	-1.4%	40.4	-0.5%	57.8	10.6%	163.4	3.4%
	高屏	38.6	2.5%	1.8	-5.9%	28.1	-3.2%	29.9	5.5%	98.4	1.5%
	東區	12.8	6.0%	0.7	0.7%	10.3	-4.8%	14.5	19.6%	38.2	7.2%
	合計	348.6	-0.5%	16.0	-2.0%	235.2	-1.9%	257.3	13.7%	857.1	2.9%

註1：資料來源：截至111年5月4日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

19



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
111Q1	台北	27.3	-22.5%	23.5	14.7%	121.3	-7.0%	0.8	-11.7%
	北區	6.2	-0.7%	16.2	19.5%	55.7	-0.6%	0.1	-23.5%
	中區	46.2	-3.8%	50.5	28.9%	77.2	7.3%	0.6	25.7%
	南區	17.0	-11.9%	31.0	14.1%	64.4	0.5%	2.9	-3.0%
	高屏	13.7	-9.6%	16.2	-10.4%	42.2	7.0%	1.3	-20.2%
	東區	5.1	-20.2%	4.2	12.6%	11.0	7.6%	1.0	-13.7%
	全區	115.4	-11.4%	141.6	15.9%	371.9	-0.1%	6.7	-8.3%

註1：資料來源：截至111年5月4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

20



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)		合計	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
111Q1	台北	0.25	67.9%	49.9	3.4%	2.6	0.6%	1.06	72.3%	226.7	-5.0%
	北區	0.57	16.6%	15.3	19.8%	0.9	26.0%	0.16	248.2%	95.0	5.7%
	中區	0.11	40.0%	52.8	9.5%	3.5	-14.1%	4.46	167.5%	235.3	10.2%
	南區	0.004	100.0%	40.8	10.4%	5.2	-14.9%	2.09	50.5%	163.4	3.4%
	高屏	0.00	-50.0%	20.9	16.7%	3.3	-17.4%	0.79	13.0%	98.4	1.5%
	東區	.	#VALUE!	13.8	12.4%	0.9	-4.9%	2.20	153.1%	38.2	7.2%
	全區	0.93	29.7%	193.5	9.7%	16.3	-11.0%	10.76	103.6%	857.1	2.9%

註1：資料來源：截至111年5月4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。

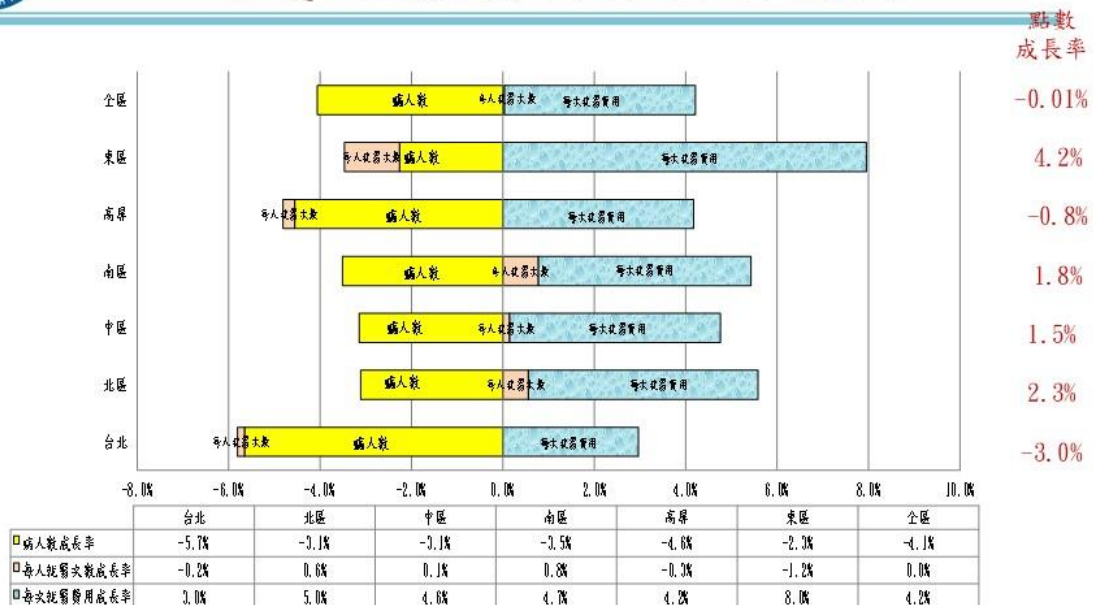
註3：成長率為與前一年同期比較。#VALUE!係指前一年申報為0。

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

21



111年Q1整體費用分析解構圖



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

22



中醫專案計畫

■ 推動內容：

- 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫
- 癌症患者加強照護整合方案(移併西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫下腫瘤相關子計畫、化放療延長照護試辦計畫、乳肝癌門診加強照護計畫)
- 中醫提升孕產照護品質計畫(104年新增)
- 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫(105年新增)
- 中醫急症處置計畫(107年新增)
- 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109年新增，4月1日生效)
- 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(111年新增)



西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

院所層級	111Q1			
	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	1,489	15.8	17.5
區域醫院	37	2,132	19.3	21.6
地區醫院	43	1,211	15.6	18.0
總計	93	4,325	50.7	57.1

註：111年全年預算252.7百萬，第1季預算執行率22.6%。

資料來源：截至111年5月4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

院所層級	111Q1			
	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	2,361	11.6	17.4
區域醫院	32	2,068	13.3	21.9
地區醫院	23	622	3.3	4.8
基層院所	49	467	2.1	2.9
總計	117	5,481	30.2	47.0

註：111年全年預算245百萬，第1季預算執行率19.2%。

資料來源：截至111年5月4日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫提升孕產照護品質計畫

院所層級	111Q1			
	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	342	1.4	1.6
區域醫院	11	887	5.3	6.2
地區醫院	12	64	0.3	0.3
基層院所	80	1,514	7.4	8.1
總計	108	2,785	14.4	16.2

註：111年全年預算81百萬，第1季預算執行率20.0%。

資料來源：截至111年5月4日健保倉儲門診清單明細檢視表。



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

院所層級	111Q1			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
醫學中心	4	163	496	62.2
區域醫院	2	12	33	3.8
地區醫院	1	1	5	0.5
基層院所	81	909	3,047	313.0
總計	88	1,085	3,581	379.5

註：111年全年預算21.6百萬，第1季預算執行率17.6%。

資料來源：截至111年5月4日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫急症處置計畫

院所層級	111Q1			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
醫學中心	3	234	415	45.9
區域醫院	3	31	31	4.5
地區醫院	1	1	1	0.1
總計	7	266	447	50.5

註：111年全年預算5百萬，第1季預算執行率10.1%。

資料來源：截至111年5月4日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

院所層級	111Q1			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	8	1,018	2,970	5.6
區域醫院	14	577	2,106	3.7
地區醫院	17	399	1,114	2.2
基層院所	63	818	3,607	5.1
總計	102	2,807	9,797	16.5

註：111年全年預算50百萬，第1季預算執行率33.0%。

資料來源：截至111年5月4日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

院所層級	111Q1			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
醫學中心	2	49	122	7.4
區域醫院	9	113	182	13.5
地區醫院	4	59	143	9.8
基層院所	21	329	600	44.4
總計	36	550	1,048	75.2

註：111年全年預算28百萬，第1季預算執行率2.7%。

資料來源：截至111年5月4日健保倉儲門診清單明細檢視表。



單位:百萬點

111Q1分區申報專案費用點數

分區別	住院輔助	癌症整合	孕產	鼻炎	急症	腎臟病	中醫照護	合計	占率
台北	9.9	8.7	2.3	0.7	0.2	2.3	0.2	24.2	17.0%
北區	3.8	5.9	1.5	1.0	.	4.4	0.1	16.7	11.8%
中區	24.9	13.0	5.4	1.2	0.1	4.9	0.2	49.8	35.1%
南區	9.3	11.3	6.0	0.3	0.0	2.6	0.1	29.6	20.9%
高屏	7.4	7.0	0.6	0.6	.	1.9	0.1	17.5	12.3%
東區	1.9	1.1	0.3	0.0	0.2	0.4	0.1	4.1	2.9%
全署	57.1	47.0	16.2	3.8	0.5	16.5	0.8	141.9	100.0%

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

31



小結

- 可能受COVID-19疫情影響，少數專款項目在111年Q1之預算執行率不如預期，其中中醫急症處置計畫(10.1%)，中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(2.7%)，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111年Q1執行率達33.0%，未來執行費用若超出預算，將以浮動點值結算。

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

32



敬請指教

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110年第4季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

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

二、有關110年第4季結算結果說明如下（附件，頁次報3-2）：

（一）110年第4季各分區一般服務點值如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
109年 第4季	浮動點值	0.9121	0.9788	0.9422	0.9906	0.9457	1.2212	0.9500
	平均點值	0.9440	0.9872	0.9628	0.9944	0.9665	1.1451	0.9687
110年 第4季	浮動點值	1.0359	1.0452	0.9986	1.0333	0.9967	1.2375	1.0245
	平均點值	1.0227	1.0273	0.9991	1.0201	0.9979	1.1562	1.0153

（二）中醫專案計畫：

專款項目	110Q4 單位:千元			
	當季預算數 A (註1)	當季暫結金 額D	未支用金額 (D)-(A)	當季浮動 點值
1. 醫療資源不足地區改善方案	52,871	31,741	21,130	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	70,866	62,840	8,027	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	42,046	17,138	24,908	1.0000
4. 癌症患者加強照護整合方案	117,050	48,192	68,858	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	12,941	3,758	9,183	1.0000
6. 中醫急症處置計畫	8,377	368	8,009	1.0000
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(註2)	13,799	16,003	-2,204	0.8623
8. 網路頻寬補助費用(註1、4)	81,000	81,660	-660	
9. 品質保證保留款(另行結算)	48,006			

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. 中醫慢性腎臟病門診加強照護品質計畫自109年4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100.81%。預算如有不足，依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。

註5. 醫療資源不足地區改善方案-獎勵開業服務計畫110Q4為6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

程式代號：RGBI3008R02
110年第4季

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12
核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27
頁次：1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)110年第4季調整後中醫一般服務醫療給付費用總額

=110年全年中醫一般服務醫療給付費用總額預算－110年第1~3季調整後中醫一般部門服務醫療給付費用總額
= 27,569,167,928－6,341,061,081－6,979,259,198－7,080,945,317
= 7,167,902,332 (D1)

註：

- 依據109年11月19日「中醫門診總額研商議事會議」109年第4次會議決定，以104-108年(近五年)之各季核定點數平均占率做為110年各季預算重分配之依據。110年各季預算占率分別為:第1季：23.000553%，第2季：25.315451%，第3季：25.684291%，第4季：25.999705%。
- 110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_G110合計)為27,569,167,928元，各季調整後預算如下：
110年第1季預算6,715,924,232元，調整後預算為6,341,061,081元＝27,569,167,928×23.000553%(h_q1)。
110年第2季預算6,872,823,174元，調整後預算為6,979,259,198元＝27,569,167,928×25.315451%(h_q2)。
110年第3季預算6,778,239,088元，調整後預算為7,080,945,317元＝27,569,167,928×25.684291%(h_q3)。
110年第4季預算7,202,181,434元，調整後預算為7,167,902,332元
＝110年全年預算－110年第1季預算－110年第2季預算－110年第3季預算
＝27,569,167,928元－6,341,061,081元－6,979,259,198元－7,080,945,317元
＝7,167,902,332元。

(二)110年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G110合計)

項目	108年各季 一般服務醫療 給付費用總額	107年各季校正 投保人口預估 成長率差額	108年 違反特管辦法 之扣款(註1)	109年調整前 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 成長率差值	109年 違反特管辦法 之扣款(註2)	110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)	110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
	(Q108)	(PEOP107)	(B2)	(Q109) =(Q108+PEOP107 +B2)×(1+4.696%)	(PEOP108)	(B3)	(Q110) =(Q109+PEOP108 +B3)×(1+4.260%)	(C106)	(OPD_G110) =(Q110-C106)	(B4)
第1季	6,142,037,862	14,957,785	1,060,634	6,447,238,604	-7,665,531	7,265,101	6,721,473,480	5,549,248	6,715,924,232	51,519,071
第2季	6,293,017,741	10,132,122	1,060,634	6,600,256,222	-10,064,237	7,265,101	6,878,508,758	5,685,584	6,872,823,174	42,799,060
第3季	6,211,117,153	6,907,224	1,060,634	6,511,133,243	-11,733,645	7,265,101	6,783,848,615	5,609,527	6,778,239,088	43,353,800
第4季	6,595,362,803	9,809,264	1,060,632	6,916,461,387	-10,104,140	7,265,102	7,208,142,661	5,961,227	7,202,181,434	56,248,259
合 計	25,241,535,559	41,806,395	4,242,534	26,475,089,456	-39,567,553	29,060,405	27,591,973,514	22,805,586	27,569,167,928	193,920,190

- 註：
- 109年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q109)
＝（108年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q108)+107年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP107)＋108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+4.696%）。
※109年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 4,242,534元，按季均分。
 - 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%）。
※一般服務成長率為4.260%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.089%，協商因素成長率1.171%。
※依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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109年度中醫一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會109年第3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。
※110年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 29,060,405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「110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：RGBI3008R02

110年第4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

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 = 140,600,000

第1季:預算=140,600,000/4= 35,150,000

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：5,149,056(J1)

(浮動點數：3,515,328；非浮動點數：1,633,728)

(2)獎勵開業保障給付收入：7,241,516(J2)

(3)獎勵開業論次費用：0(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3)：5,149,056(J4)

暫結金額=獎勵開業保障給付收入+1元/點×論次費用(J3)=7,241,516(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：2,320,089(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數：21,453,440(J7)

(3)小計已支用點數：23,773,529(J8)

暫結金額=1元/點×23,773,529(J8)=23,773,529(J9)

3. 合計:

已支用點數：28,922,585(J4+J8)

暫結金額：31,015,045(J10=J5+J9)

未支用金額=第1季預算—第1季暫結金額=35,150,000—31,015,045=4,134,955

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=140,600,000/4+4,134,955=39,284,955

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：5,465,843(K1)

(浮動點數：3,761,327；非浮動點數：1,704,516)

(2)獎勵開業保障給付收入：9,020,398(K2)

(3)獎勵開業論次費用：0(K3)

(4)小計已支用點數(K1+K3)：5,465,843(K4)

暫結金額=獎勵開業保障給付收入+1元/點×論次費用(K3)=9,020,398(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：1,914,179(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數：17,438,860(K7)

(3)小計已支用點數：19,353,039(K8)

暫結金額=1元/點×19,353,039(K8)=19,353,039(K9)

3. 合計:

已支用點數：24,818,882(K4+K8)

暫結金額：28,373,437(K10=K5+K9)

未支用金額=第2季預算—第2季暫結金額=39,284,955—28,373,437=10,911,518

程式代號：RGBI3008R02

110年第4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁次：4

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=140,600,000/4+ 10,911,518= 46,061,518

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 8

(1)獎勵開業已支用點數： 4,907,194(L1) (浮動點數： 3,444,678；非浮動點數： 1,462,516)

(2)獎勵開業保障給付收入： 7,906,411(L2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(L3)

(4)小計已支用點數(L1+L3)： 4,907,194(L4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(L3)= 7,906,411(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： 1,910,806(L6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 18,523,000(L7)

(3)小計已支用點數： 20,433,806(L8) 暫結金額= 1元/點× 20,433,806(L8)= 20,433,806(L9)

3. 合計:

已支用點數： 25,341,000(L4+L8)

暫結金額： 28,340,217(L10=L5+L9)

未支用金額=第3季預算—第3季暫結金額= 46,061,518—28,340,217= 17,721,301

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=140,600,000/4+ 17,721,301= 52,871,301

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： 4,663,329(M1) (浮動點數： 3,268,111；非浮動點數： 1,395,218)

(2)獎勵開業保障給付收入： 6,286,668(M2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(M3)

(4)小計已支用點數(M1+M3)： 4,663,329(M4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(M3)= 6,286,668(M5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 2,486,838(M6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 22,967,400(M7)

(3)小計已支用點數： 25,454,238(M8) 暫結金額= 1元/點× 25,454,238(M8)= 25,454,238(M9)

3. 合計:

已支用點數： 30,117,567(M4+M8)

暫結金額： 31,740,906(M10=M5+M9)

未支用金額=第4季預算—第4季暫結金額= 52,871,301—31,740,906= 21,130,395

程式代號：RGBI3008R02

110年第4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁次：5

全年合計:全年預算=140,600,000

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：20,185,422(N1) (浮動點數：13,989,444；非浮動點數：6,195,978)

(2)獎勵開業保障給付收入：30,454,993(N2)

(3)獎勵開業論次費用：0(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3)：20,185,422(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額=30,454,993(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：8,631,912(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數：80,382,700(N7)

(3)小計已支用點數：89,014,612(N8) 結算金額=89,014,612(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：109,200,034(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)

=31,015,045+28,373,437+28,340,217+31,740,906=119,469,605

未支用金額=全年預算-全年暫結金額=140,600,000-119,469,605=21,130,395

註：依據「110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。

程式代號：RGBI3008R02

110年第4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁次：6

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=234,000,000

第1季:預算= 234,000,000/4= 58,500,000

	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：	44,335,724(V01)	42,318,191(VF01)	2,017,533(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,536,096(V02)	5,279,938(VF02)	256,158(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,312,438(V03)	2,192,759(VF03)	119,679(VN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	561,681(V04)	539,644(VF04)	22,037(VN04)
(5)小計：	52,745,939(V05)	50,330,532(VF05)	2,415,407(VN05)

已支用點數= 52,745,939

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 52,745,939

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 58,500,000 - 52,745,939= 5,754,061

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 234,000,000/4+ 5,754,061= 64,254,061

	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：	44,065,853(W01)	42,032,538(WF01)	2,033,315(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,719,399(W02)	4,500,517(WF02)	218,882(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,770,554(W03)	2,624,058(WF03)	146,496(WN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,026,351(W04)	3,640,944(WF04)	385,407(WN04)
(5)小計：	55,582,157(W05)	52,798,057(WF05)	2,784,100(WN05)

已支用點數= 55,582,157

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 55,582,157

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 64,254,061 - 55,582,157= 8,671,904

程式代號：RGBI3008R02

110年第4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁次：7

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 234,000,000/4+ 8,671,904= 67,171,904

	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：	41,393,009(X01)	39,362,192(XF01)	2,030,817(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,679,567(X02)	5,368,229(XF02)	311,338(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,030,104(X03)	2,857,305(XF03)	172,799(XN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,702,997(X04)	4,304,597(XF04)	398,400(XN04)
(5)小計：	54,805,677(X05)	51,892,323(XF05)	2,913,354(XN05)

已支用點數= 54,805,677

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 54,805,677

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 67,171,904 - 54,805,677= 12,366,227

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 234,000,000/4+ 12,366,227= 70,866,227

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	45,455,661(Y01)	43,525,618(YF01)	1,930,043(YN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	7,064,183(Y02)	6,704,861(YF02)	359,322(YN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,379,513(Y03)	3,189,657(YF03)	189,856(YN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	6,940,227(Y04)	6,447,985(YF04)	492,242(YN04)
(5)小計：	62,839,584(Y05)	59,868,121(YF05)	2,971,463(YN05)

已支用點數= 62,839,584

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 62,839,584

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 70,866,227 - 62,839,584= 8,026,643

全年合計:全年預算= 234,000,000

	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：	175,250,247(Z01)	167,238,539(ZF01)	8,011,708(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	22,999,245(Z02)	21,853,545(ZF02)	1,145,700(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	11,492,609(Z03)	10,863,779(ZF03)	628,830(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	16,231,256(Z04)	14,933,170(ZF04)	1,298,086(ZN04)
(5)小計：	225,973,357(Z05)	214,889,033(ZF05)	11,084,324(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)

= 52,745,939+ 55,582,157+ 54,805,677+ 62,839,584= 225,973,357

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 234,000,000 - 225,973,357= 8,026,643

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：RGBI3008R02
 110年第4季
 結算主要費用年月起迄：110/10—110/12
 核付截止日期：111/03/31

=====

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算＝ 90,000,000

第1季：

預算＝ 90,000,000/4＝ 22,500,000
 已支用點數＝ 17,558,074
 暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 17,558,074
 未支用金額＝ 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 22,500,000－ 17,558,074＝ 4,941,926

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 90,000,000/4＋ 4,941,926＝ 27,441,926
 已支用點數＝ 15,170,853
 暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 15,170,853
 未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數＝ 27,441,926－ 15,170,853＝ 12,271,073

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 90,000,000/4＋ 12,271,073＝ 34,771,073
 已支用點數＝ 15,225,540
 暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 15,225,540
 未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 34,771,073－ 15,225,540＝ 19,545,533

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 90,000,000/4＋ 19,545,533＝ 42,045,533
 已支用點數＝ 17,137,921
 暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 17,137,921
 未支用金額＝ 第4季預算－ 1元/點× 第4季已支用點數＝ 42,045,533－ 17,137,921＝ 24,907,612

全年合計：

全年預算＝ 90,000,000
 已支用點數＝ 65,092,388
 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)
 ＝ 17,558,074＋ 15,170,853＋ 15,225,540＋ 17,137,921＝ 65,092,388
 未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 90,000,000－ 65,092,388＝ 24,907,612

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：	14,809,158	12,517,004	2,292,154
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	15,229,665	15,229,665	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,258,100	1,258,100	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	4,227,293	4,227,293	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	3,641,357	3,641,357	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	4,082,690	3,697,197	385,493
(7)小計：	43,248,263	40,570,616	2,677,647

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 43,248,263

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 61,250,000 - 43,248,263= 18,001,737

第2季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 18,001,737= 79,251,737

	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：	15,186,330	12,993,111	2,193,219
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	14,895,278	14,895,278	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,393,575	1,393,575	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	3,953,940	3,953,940	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	3,465,612	3,465,612	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,965,739	2,666,078	299,661
(7)小計：	41,860,474	39,367,594	2,492,880

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 41,860,474

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 79,251,737 - 41,860,474= 37,391,263

程式代號：RGBI3008R02

110年第4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁次：10

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 37,391,263= 98,641,263

	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：	15,849,278	13,501,678	2,347,600
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	15,639,838	15,639,838	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,351,902	1,351,902	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	4,316,826	4,316,826	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	3,575,177	3,575,177	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,107,964	1,887,852	220,112
(7)小計：	42,840,985	40,273,273	2,567,712

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 42,840,985

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 98,641,263 - 42,840,985= 55,800,278

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 55,800,278= 117,050,278

	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：	18,579,213	15,657,637	2,921,576
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	16,941,166	16,941,166	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,440,573	1,440,573	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	4,501,748	4,501,748	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	3,799,619	3,799,619	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,929,606	2,662,314	267,292
(7)小計：	48,191,925	45,003,057	3,188,868

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 48,191,925

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 117,050,278 - 48,191,925= 68,858,353

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：	64,423,979	54,669,430	9,754,549
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	62,705,947	62,705,947	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	5,444,150	5,444,150	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	16,999,807	16,999,807	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	14,481,765	14,481,765	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	12,085,999	10,913,441	1,172,558
(7)小計：	176,141,647	165,214,540	10,927,107

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)

= 43,248,263+ 41,860,474+ 42,840,985+ 48,191,925= 176,141,647

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 245,000,000 - 176,141,647= 68,858,353

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＝24,000,000

第1季：

預算＝24,000,000/4＝6,000,000
 已支用點數＝2,793,663 (浮動點數：1,909,030 非浮動點數：884,633)
 暫結金額＝1元/點×已支用點數＝2,793,663
 未支用金額＝第1季預算－1元/點×第1季已支用點數＝6,000,000－2,793,663＝3,206,337

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝24,000,000/4＋3,206,337＝9,206,337
 已支用點數＝3,915,664 (浮動點數：2,654,085 非浮動點數：1,261,579)
 暫結金額＝1元/點×已支用點數＝3,915,664
 未支用金額＝第2季預算－1元/點×第2季已支用點數＝9,206,337－3,915,664＝5,290,673

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝24,000,000/4＋5,290,673＝11,290,673
 已支用點數＝4,349,436 (浮動點數：2,927,494 非浮動點數：1,421,942)
 暫結金額＝1元/點×已支用點數＝4,349,436
 未支用金額＝第3季預算－1元/點×第3季已支用點數＝11,290,673－4,349,436＝6,941,237

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝24,000,000/4＋6,941,237＝12,941,237
 已支用點數＝3,758,428 (浮動點數：2,507,853 非浮動點數：1,250,575)
 暫結金額＝1元/點×已支用點數＝3,758,428
 未支用金額＝第4季預算－1元/點×第4季已支用點數＝12,941,237－3,758,428＝9,182,809

全年合計：

全年預算＝24,000,000
 已支用點數＝14,817,191
 暫結金額＝第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
 ＝2,793,663＋3,915,664＋4,349,436＋3,758,428＝14,817,191
 未支用金額＝全年預算－暫結金額＝24,000,000－14,817,191＝9,182,809

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：RGBI3008R02

110年第4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁次：12

=====

(六)中醫急症處置計畫 全年預算＝10,000,000

第1季:

預算＝10,000,000/4＝2,500,000

已支用點數＝797,352 (浮動點數：792,552 非浮動點數：4,800)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝797,352

未支用金額＝第1季預算－1元/點×第1季已支用點數＝2,500,000－797,352＝1,702,648

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝10,000,000/4＋1,702,648＝4,202,648

已支用點數＝465,680 (浮動點數：463,790 非浮動點數：1,890)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝465,680

未支用金額＝第2季預算－1元/點×第1季已支用點數＝4,202,648－465,680＝3,736,968

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝10,000,000/4＋3,736,968＝6,236,968

已支用點數＝359,634 (浮動點數：359,523 非浮動點數：111)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝359,634

未支用金額＝第3季預算－1元/點×第1季已支用點數＝6,236,968－359,634＝5,877,334

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝10,000,000/4＋5,877,334＝8,377,334

已支用點數＝368,132 (浮動點數：367,873 非浮動點數：259)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝368,132

未支用金額＝第4季預算－1元/點×第1季已支用點數＝8,377,334－368,132＝8,009,202

全年合計:

全年預算＝10,000,000

已支用點數＝1,990,798

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)

＝797,352＋465,680＋359,634＋368,132＝1,990,798

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝10,000,000－1,990,798＝8,009,202

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。

程式代號：RGBI3008R02

110年第 4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁 次： 13

=====

(七)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 全年預算＝ 50,000,000

第1季:

預算＝ 50,000,000/4＝ 12,500,000

已支用點數＝ 10,956,547 (浮動點數： 10,956,547 非浮動點數： 0)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 10,956,547

未支用金額＝ 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 12,500,000－ 10,956,547＝ 1,543,453

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 50,000,000/4＋ 1,543,453＝ 14,043,453

已支用點數＝ 11,880,057 (浮動點數： 11,880,057 非浮動點數： 0)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 11,880,057

未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 14,043,453－ 11,880,057＝ 2,163,396

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 50,000,000/4＋ 2,163,396＝ 14,663,396

已支用點數＝ 13,364,465 (浮動點數： 13,364,465 非浮動點數： 0)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 13,364,465

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 14,663,396－ 13,364,465＝ 1,298,931

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 50,000,000/4＋ 1,298,931＝ 13,798,931

已支用點數＝ 16,003,354 (浮動點數： 16,003,354 非浮動點數： 0)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 16,003,354

未支用金額＝ 第4季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 13,798,931－ 16,003,354＝ -2,204,423

浮動點值＝ (第4季預算－ 非浮動點數)／ 浮動點數＝ (13,798,931－ 0)／ 16,003,354＝ 0.86225244

全年合計:

全年預算＝ 50,000,000

已支用點數＝ 52,204,423 (浮動點數： 52,204,423 非浮動點數： 0)

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

＝ 10,956,547＋ 11,880,057＋ 13,364,465＋ 13,798,931＝ 50,000,000

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 50,000,000－ 50,000,000＝ 0

註：依據「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。

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

=====

(八)網路頻寬補助費用 全年預算＝ 81,000,000

第1季已支用點數： 20,257,906
 第2季已支用點數： 20,382,445
 第3季已支用點數： 20,447,806
 第4季已支用點數： 20,571,871
 全年已支用點數： 81,660,028

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝ 81,660,028
 未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 81,000,000－81,660,028＝ -660,028（預算不足，由其他預算支應）

註：預算如有不足，依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。

(九)品質保證保留款:(另行結算)

＝106年編列之品質保證保留款預算＋110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%)+25,200,000
 ＝(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%+25,200,000
 ＝5,549,248+5,685,584+5,609,527+5,961,227+25,200,000
 ＝48,005,586

※依據衛生福利部110年1月20日衛部健字第1103360014號公告「110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110年度之品質保證保留款(25.2百萬元)合併運用(計48.0百萬元)。

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 7,167,902,332 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 56,248,259 (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 7,111,654,073 (E)

各分區醫療資源不足地區改善方案_論量計酬：

就醫分區	浮動點數	非浮動點數	合 計	論量計酬結算金額
臺北	4,143,190	1,515,403	5,658,593	5,658,593
北區	7,256,239	3,347,647	10,603,886	10,603,886
中區	4,368,141	1,721,545	6,089,686	6,089,686
南區	5,089,168	2,348,016	7,437,184	7,437,184
高屏	9,565,662	4,123,450	13,689,112	13,689,112
東區	9,234,163	3,535,635	12,769,798	12,769,798
合計	39,656,563	16,591,696	56,248,259(B2)	56,248,259(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% = 7,111,654,073 × 2.22% = 157,878,720 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險調整移撥款(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = (E) × 97.78% - 8,750,000 = 6,945,025,353 (加總後四捨五入至整數位) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 67% = 6,945,025,353 × 67% = 4,653,166,987 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 13% = 6,945,025,353 × 13% = 902,853,296 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 10% = 6,945,025,353 × 10% = 694,502,535 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 4% = 6,945,025,353 × 4% = 277,801,014 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 6,945,025,353 × 5% = 347,251,268 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 6,945,025,353 - 4,653,166,987 - 902,853,296 - 694,502,535 - 277,801,014 - 347,251,268 = 69,450,253

程式代號：RGBI3008R02

110年第 4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁 次： 16

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	95Q4+96Q4+97Q4		109年11月		109年10~12月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 =(Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	各區就醫 次數比率加總 (a)	全區 就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後 指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	4,025,382,379	28.9992%	7,610,638	33.0560%	884,885.278590		29.9774%	30.5657%
北區	1,672,890,030	12.0516%	3,831,153	16.6402%	393,925.139667		13.3451%	13.6070%
中區	3,784,142,258	27.2613%	4,577,250	19.8808%	748,182.390462		25.3463%	25.8437%
南區	2,079,771,210	14.9828%	3,318,628	14.4141%	408,429.194381		13.8364%	14.1079%
高屏	2,318,827,170	16.7051%	3,685,835	16.0089%	459,602.145207		15.5700%	15.8757%
東區					56,815.851568			
小計	13,881,013,047	100.0000%	23,023,504	100.0000%	2,951,839.999875	2,951,840	98.0752%	100.0000%

程式代號：RGBI3008R02

110年第 4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁 次： 17

指標4(註7)(S4)

指標
去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

計算期間

109年10~12月

分區	人數利用 率成長率 (p)	醫療費 用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註4)	各分區各季經指 標4加權後之預算 (Ai4) =(Ai1)×(1+指標4權值)	指標4占率 =(Ai4/ΣAi4)
臺北	-0.093384	-0.035888	-0.057496	2	0.00	4,025,382,379	4,025,382,379	28.9992%
北區	-0.105258	-0.045781	-0.059477	3	0.00	1,672,890,030	1,672,890,030	12.0516%
中區	-0.093679	-0.040167	-0.053512	1	0.00	3,784,142,258	3,784,142,258	27.2613%
南區	-0.096888	-0.023337	-0.073551	5	0.00	2,079,771,210	2,079,771,210	14.9828%
高屏	-0.092855	-0.025115	-0.067740	4	0.00	2,318,827,170	2,318,827,170	16.7051%
小計						13,881,013,047	13,881,013,047	100.0000%

指標5(註8)(S5)

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

110年8月

分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指 標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)	指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	0.003359	4,025,382,379	4,038,903,638	28.9694%
北區	0.020995	1,672,890,030	1,708,012,356	12.2509%
中區	-0.006348	3,784,142,258	3,760,120,523	26.9698%
南區	0.008903	2,079,771,210	2,098,287,413	15.0501%
高屏	0.007692	2,318,827,170	2,336,663,589	16.7598%
小計		13,881,013,047	13,941,987,519	100.0000%

程式代號：RGBI3008R02

110年第 4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁 次： 18

(五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	28.9992%	33.0560%	30.5657%	28.9992%	28.9694%
北區	12.0516%	16.6402%	13.6070%	12.0516%	12.2509%
中區	27.2613%	19.8808%	25.8437%	27.2613%	26.9698%
南區	14.9828%	14.4141%	14.1079%	14.9828%	15.0501%
高屏	16.7051%	16.0089%	15.8757%	16.7051%	16.7598%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註9)：

$$\begin{aligned}
 \text{第4季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 69,450,253 - 0 \\
 &= 69,450,253
 \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	偏鄉院所當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	1.26337995	0	0
北區	1.15910858	0	0
中區	1.05743795	0	0
南區	1.06133488	0	0
高屏	1.07385221	0	0
小計		0	0(M1)

(七)各分區「風險調整移撥款撥付院所」分配過程(註10)：

「風險調整移撥款撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)=
8,750,000－前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)

=
8,750,000－
0

=
8,750,000 (Gh)

分區	前一季浮動點值	風險調整移撥款撥付院所 當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	1.26337995	0	0
北區	1.15910858	0	0
中區	1.05743795	0	0
南區	1.06133488	0	0
高屏	1.07385221	0	0
小計		0	0(R1)

程式代號：RGBI3008R02

110年第 4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁 次： 20

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=第4季預算Ga+ 第4季預算Gb+ 第4季預算Gc+ 第4季預算Gd+ 第4季預算Ge+ 第4季預算Gf+ 臺北、北區風險調整移撥款分配款(Gh)。

分區	預算(Ga) =GA×指標1占率	預算(Gb) =GB×指標2占率	預算(Gc) =GC×指標3占率	預算(Gd) =GD×指標4占率	預算(Ge) =GE×指標5占率	第4季預算(Gf) =Nx指標1占率	臺北、北區 風險調整移 撥款分配 (Gh)	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,349,381,201	298,447,186	212,279,561	80,560,072	100,596,609	20,140,018	4,812,500	2,066,217,147
北區	560,781,073	150,236,594	94,500,960	33,479,467	42,541,406	8,369,867	3,937,500	893,846,867
中區	1,268,513,812	179,494,458	179,485,152	75,732,168	93,652,972	18,933,042	0	1,815,811,604
南區	697,174,703	130,138,177	97,979,723	41,622,370	52,261,663	10,405,593	0	1,029,582,229
高屏	777,316,198	144,536,881	110,257,139	46,406,937	58,198,618	11,601,733	0	1,148,317,506
小計	4,653,166,987	902,853,296	694,502,535	277,801,014	347,251,268	69,450,253	8,750,000	6,953,775,353

程式代號：RGBI3008R02

110年第 4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

頁 次： 21

(九)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
109年 第1季	1,743,314,585	748,005,755	1,535,921,140	881,910,978	980,385,092	5,889,537,550
第2季	1,960,142,402	837,562,777	1,684,558,431	938,224,757	1,063,272,383	6,483,760,750
第3季	2,002,499,432	855,930,276	1,702,889,830	934,936,035	1,065,033,198	6,561,288,771
第4季	1,969,740,434	849,163,577	1,731,911,756	982,376,134	1,094,879,910	6,628,071,811
合 計(BD_109)	7,675,696,853	3,290,662,385	6,655,281,157	3,737,447,904	4,203,570,583	25,562,658,882
110年 第1季	1,817,886,169	781,695,963	1,602,393,010	918,701,338	1,021,348,652	6,142,025,132
第2季	2,049,550,403	875,503,168	1,760,524,242	981,514,799	1,107,581,534	6,774,674,146
第3季	2,105,004,291	898,578,221	1,784,028,845	979,020,047	1,114,725,581	6,881,356,985
第4季	2,066,217,147	893,846,867	1,815,811,604	1,029,582,229	1,148,317,506	6,953,775,353
合 計(BD_110)	8,038,658,010	3,449,624,219	6,962,757,701	3,908,818,413	4,391,973,273	26,751,831,616
預算成長率	4.73%	4.83%	4.62%	4.59%	4.48%	4.65%

※預算成長率＝〔110年全年分區預算(BD_110)/109年全年分區預算(BD_109)－1〕×100%。

※各分區預算全年成長率皆未小於0，各分區預算不須撥補。

註：

- 依據「110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(109年該季/108年同期)-1。

(3)醫療費用點數成長率(r)：(109年該季申報醫療費用點數/108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)109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. 風險調整移撥款提撥及分配：

(1) 110年度自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,500萬元，每季875萬元。

(2) 院所資格：除東區外之五分區鄉鎮市區，該地區當月月底僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，但排除符合指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」者或屬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者。

(3) 當季風險調整移撥款預算如有不足，則以當季核定浮動點數之占率分配；如有剩餘，則餘額55%分配予臺北分區，45%分配予北區分區。

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

(1) 操作定義：

a. 各分區全年預算 $Ty = \Sigma$ 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 $= (110\text{年該區}yT / 109\text{年該區}yT) - 1$ 。

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110年第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算 Ty 負成長之分區補至零成長。

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

12. 依衛生福利部110年9月3日衛部保字第1100134861號函，110年暫停執行「全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案」。

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	1,279,723,045(BF)	740,547,651(BG)	48,267(BJ)
2-北區分區	525,585,259(BF)	344,230,811(BG)	19,193(BJ)
3-中區分區	1,166,405,955(BF)	650,584,039(BG)	38,683(BJ)
4-南區分區	610,640,228(BF)	398,587,060(BG)	23,692(BJ)
5-高屏分區	708,780,964(BF)	441,896,593(BG)	3,230(BJ)
6-東區分區	89,823,037(BF)	46,718,374(BG)	5,954(BJ)
7-合計	4,380,958,488(GF)	2,622,564,528(GG)	139,019(GJ)

程式代號：RGBI3008R02

110年第 4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

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	= [2,066,217,147	— (740,547,651 +	0) —	48,267] /	1,279,723,045 = 1.03586572
北區分區	= [893,846,867	— (344,230,811 +	272,760) —	19,193] /	525,585,259 = 1.04516650
中區分區	= [1,815,811,604	— (650,584,039 +	424,692) —	38,683] /	1,166,405,955 = 0.99859246
南區分區	= [1,029,582,229	— (398,587,060 +	11,576) —	23,692] /	610,640,228 = 1.03327601
高屏分區	= [1,148,317,506	— (441,896,593 +	0) —	3,230] /	708,780,964 = 0.99666571
東區分區	= [157,878,720	— (46,718,374 +	0) —	5,954] /	89,823,037 = 1.23748201

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)

= [7,111,654,073 — (2,622,564,528 + 709,028) — 139,019] / 4,380,958,488 = 1.02448848

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：RGBI3008R02

110年第 4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:110/10—110/12

核付截止日期:111/03/31

列印日期：111/04/27

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	= [2,066,217,147	]	／ [1,279,723,045 + 740,547,651 + 0 + 48,267]	= 1.02271829
北區分區	= [893,846,867	]	／ [525,585,259 + 344,230,811 + 272,760 + 19,193]	= 1.02728264
中區分區	= [1,815,811,604	]	／ [1,166,405,955 + 650,584,039 + 424,692 + 38,683]	= 0.99909667
南區分區	= [1,029,582,229	]	／ [610,640,228 + 398,587,060 + 11,576 + 23,692]	= 1.02013319
高屏分區	= [1,148,317,506	]	／ [708,780,964 + 441,896,593 + 0 + 3,230]	= 0.99794619
東區分區	= [157,878,720	]	／ [89,823,037 + 46,718,374 + 0 + 5,954]	= 1.15621946

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)

= [7,111,654,073] / [4,380,958,488 + 2,622,564,528 + 709,028 + 139,019] = 1.01531658

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)]

= [7,111,654,073 + 210,668,925 + 56,248,259] / [4,380,958,488 + 2,622,564,528 + 709,028 + 139,019 + 211,250,009 + 56,248,259]

= 1.01467325

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) + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算

= 31,740,906 + 62,839,584 + 17,137,921 + 48,191,925 + 3,758,428 + 368,132 + 13,798,931 + 20,571,871 + 12,261,227
= 210,668,925

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110年品質保證保留款預算 / 4

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月110/09(含)以前：於111/01/01～111/03/31期間核付者。

費用年月110/10～110/12：於110/10/01～111/03/31期間核付者。

肆、討論事項

討論事項 第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」等5項專業醫療服務品質指標案，提請討論。

說明：

- 一、為配合中醫門診總額新增試辦計畫，研擬增修「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫門診者之平均中醫就診次數」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」等5項專業醫療服務品質指標排除案件條件(如附表)，排除案件分類22，特定治療項目（一）為 JR（支援照護機構提供中醫一般門診案件）。
- 二、另本署前於 111 年 2 月 9 日函請中華民國中醫師公會全國聯合會針對「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標提供增刪或修正意見，該會於 111 年 3 月 22 日回復建議將「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」改為「二十次」，惟該指標業已於 110 年 12 月 21 日公告修訂在案，業經 111 年 3 月 24 日中華民國中醫師公會全國聯合會再確認回復無其他修正建議。

決議：

附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)

修正如畫底線及刪除線

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 點值					
每點支付金額 改變率	每季	±10%	資料分析	保險人	【(每季分配總額/每季審核後之總點數)-1】×100%
2. 保險對象就醫調查					
保險對象就醫 調查	每年	每年於評核會議報告前 一年調查結果	由保險人 研訂調查 方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註：105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為中醫門診總額實施前一次、實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
民眾申訴檢舉 成案件數	每年	受託單位每年提出執行 報告，內容包括成案件 數、案件內容、處理情形 及結果。	資料分析	保險人	當年度民眾申訴檢舉成案件數。
3. 專業醫療服務品質					
就診中醫門診 後同日再次就 診中醫之比率	每季	參考值：以前 5 年同季 平均值±20%。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件， 排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30)

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(4)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。 B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、<u>JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)</u>。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (5)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明： 分子：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶，計算就診 2 次(含)以上之筆數。 分母：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率	每季	參考值：以前 5 年同季平均值±20%。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額之門診給藥小於等於7日案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。 B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					醫慢性腎病門診加強照護計畫)、<u>JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)</u>。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (5) 其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) (6) 中醫針灸傷科及脫臼整復(案件分類29) 2. 公式說明： 分子：按各區及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為 1 日之重複日數。 分母：各區給藥案件之給藥日份加總。 ※給藥案件係藥費不為 0，或給藥天數不為 0。 3. 指標計算：分子 / 分母。
使用中醫門診者之平均中醫就診次數	每季	參考值：以前 5 年同季平均值±20%。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：中醫門診總額診察費大於0且排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、<u>JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)</u>。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (5)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：各區中醫門診總額就診案件數。 分母：各區中醫門診總額就診人數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率	每季	參考值：以前 5 年同季平均值±20%。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、<u>JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)</u>。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (5)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：按各區、病人 ID 歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。 分母：各區申報總件數。 3. 指標計算：分子 / 分母。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率	自 97 年第 3 季起每季	參考值：以前 5 年同季平均值 $\pm$ 20%。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：中醫門診總額針傷科案件排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務) B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、<u>JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)</u>。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (5)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費超過 20 次以上次數之總和。 分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。 ※中醫針傷科醫令代碼：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94、D01、D02、D03、D04、D05、D06、D07、D08、E01、E02、E03、E04、E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。(排除醫令點數=0之案件)。 ※例如院所該月份同一患者申報針灸、傷科處置費21次，分子以21-20=1計，以此類推。 3. 指標計算：分子 / 分母。
中醫醫療院所加強感染控制執行率	每季	96 年重新審查認證第一季參考值合格率为 75%。 96 年重新審查認證第三季起參考值合格率为 80%。	資料分析	受託單位	1. 公式說明： 分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季合格機構數。 分母：中醫門診特約醫療院所數(該季最後一個月院所數)。 2. 指標計算：分子/分母。
中醫醫療院所加強感染控制合格率	每季累算	抽審合格率为 85%	資料分析	受託單位	1. 公式說明： 分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查合格院所數。 分母：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查院所數。 2. 指標計算：分子/分母。
健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：中醫健保醫療資訊雲端查詢系統查詢人數 分母：中醫門診病人數 2. 指標計算：分子/分母。

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