



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

111 年 2 月 24 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 1 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、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 3 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「健保支付標準第四部中醫」文字修正案。	討 1-1
二、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」案中「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，無法作外續的評量，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。	討 2-1
三、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。	討 3-1
四、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。	討 4-1
五、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。	討 5-1
六、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。	討 6-1

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 110 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：110 年 11 月 18 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(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*	陳代表淑華	陳淑華
何代表紹彰	何紹彰	陳代表博淵	陳博淵*
吳代表材炫	吳材炫*	陳代表瑞瑛	陳瑞瑛
吳代表清源	吳清源*	陳代表憲法	張瑞麟 ^{代*}
李代表永振	李永振	黃代表上邦	黃上邦*
李代表麥	李麥*	黃代表兆杰	黃兆杰
卓代表青峰	卓青峰*	黃代表怡超	蔡素玲 ^{代*}
林代表狄昇	林狄昇	黃代表頌儼	黃頌儼*
林代表敏華	林敏華*	詹代表永兆	詹永兆
柯代表富揚	柯富揚	詹代表益能	詹益能
胡代表文龍	胡文龍*	蔡代表三郎	蔡三郎
曹代表榮穎	曹榮穎*	蔡代表宗憲	蔡宗憲*
郭代表朝源	郭朝源*	蘇代表守毅	蘇守毅*
陳代表俞沛	陳俞沛*		

列席單位及人員：

衛生福利部社保司

蘇芸蒂、陳孟渝*

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、李敬*

台灣醫院協會

林佩菽、董家琪

本署醫務管理組

張作貞、李雨育、劉林義、

	陳依婕、呂姿曄、洪于淇、 李宛臻、吳庭沂、王智廣、 宋宛蓁、鄭智仁、鄭正義、 楊淑美
本署醫審及藥材組	高幸蓓、許明慈、梁淑媛、 邱垂昇
本署企劃組	王宗曦*、林宇泰
本署財務組	請假
本署資訊組	吳少庾
本署違規查處室	請假
本署臺北業務組	楊淑娟*、郭乃文*、黃寶玉*
本署北區業務組	蔡秀幸*、吳煥如*、林孟萱*
本署中區業務組	蘇彥秀*、林淑惠*、戴秀容*
	陳淑眉*、洪文琦*
本署南區業務組	林純美*、丁增輝*、賴文琳*
	高宜聲*
本署高屏業務組	李金秀*、張慧娟*、黃皓綱*
	吳建昌*、李昀融*
本署東區業務組	李名玉*、張麗絹*、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：有關報告事項第三案 110 年第 1 季點值報告案之附表，誤植於報告事項第一案項下，請更正至報告事項第三案決定第二點「110 年第 1 季點值確認如下表」項下，餘洽悉。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號 5 有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫通則五之部分用詞文字」案，將依程序提至 110 年 12 月 9 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 110 年第 4 次會議報告，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、有關全民健康保險會委員就中醫部門 109 年度執行成果所提之書面評核建議，如應設法改善中醫就醫率逐年下降之問題等，請中全會於本會議報告相關對策及執行成果，以利代表們掌握執行進度。
- 三、有關中醫急症處置計畫執行率偏低一節，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：110 年第 2 季點值報告。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、110 年第 2 季結算點值確認如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
110年 第2季	浮動點值	1.3525	1.2902	1.1679	1.1489	1.1614	1.4380	1.2362
	平均點值	1.2204	1.1735	1.1068	1.0890	1.0983	1.2858	1.1460

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：111 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案。

決定：

- 一、洽悉。

二、111 年中醫門診一般服務之保障項目比照 110 年保障項目，除藥費依藥物給付項目外，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點 1 元支付，並報健保會同意後實施。

三、有關 111 年中醫門診總額一般服務預算四季重分配，是否考量受疫情影響，改採 105-108 年各季核定點數平均占率作為各季預算重分配一節，請中全會研議後函知本署。

註：依中全會 110 年 11 月 30 日(110)全聯醫總富字第 1441 號函略以，111 年中醫門診總額一般服務預算四季重分配，仍採 105-109 年各季核定點數平均占率(第 1 季 23.209366%、第 2 季 25.148925%、第 3 季 25.846146%、第 4 季 25.795563%)。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商會議」會議時程案。

決定：會議時間如下，請各代表預留時間：

第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 臨時會
111.2.24 (週四下午)	111.5.19 (週四下午)	111.8.18 (週四下午)	111.11.17 (週四下午)	111.12.1 (週四下午)

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」

決議：

一、同意「品質確保方案」之附表中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標-3. 專業醫療服務品質-「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」修正為「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」。並自 111 年方案適用。

二、另為配合醫療品質指標公開作業，請中全會將「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」指標上修至每月二十次之意涵及說明提供予本署，以利外界詢問時回應說明。

第二案

案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則」及第五章新增支付標準編碼案。

決議：同意修訂如下：

- 一、通則五(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上限，自「限四十五人次以內」修訂為「限六十人次以內」。
- 二、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。

第三案

案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「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」條文案。

決議：

一、修訂重點如下：

(一)修正施行區域：

1. 無中醫鄉鎮區：111 年增為 83 個鄉鎮區。新增嘉義縣東石鄉、雲林縣四湖鄉、屏東縣林邊鄉、連江縣南竿鄉。
2. 一家中醫鄉鎮區：111 年減為 73 個鄉鎮區。新增臺東縣成功鎮；移除嘉義縣東石鄉、雲林縣四湖鄉、屏東縣林邊鄉、新竹縣關西鎮、連江縣南竿鄉。

(二)預算金額修訂為 172 百萬元。

(三)為核實醫師有至巡迴點提供服務，新增該診次無法過卡（含診療人次 0 人者）申報時檢附相關證明文件之規定。

二、另若以電子檔傳送門診日報表予本署各分區業務組，則不再要求寄送紙本資料。

三、巡迴醫療服務計畫每週至多 3 次定點提供服務，是否應加「以每一家醫事機構作為規範原則」，將觀察一年後視執行情形再行研議。

四、後續將依程序陳報衛生福利部核定。

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「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」條文案。

決議：通過修訂「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」條文第五點結案條件(一)1、未連續照護【「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」大於28(不含)天】者，視為中斷照護。

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「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文案。

決議：撤案。

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111年度「全民健康保險中醫門診醫療給付一般服務地區預算分配計畫(草案)」案。

決議：通過修訂111年度「全民健康保險中醫門診醫療給付一般服務地區預算分配計畫」案，修訂重點如下：

- 一、本年度不進行風險基金之提撥及分配。
- 二、指標1「95年第4季至98年第3季加總之各季實際預算占率」由67%調整為66%。指標2「去年同期戶籍人口數占率」由13%調整為14%；
- 三、指標6「偏鄉人口預算分配」中之偏鄉定義，增列山地、離島地區。

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「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案。

決議：

- 一、修訂通過「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」，修訂重點如下：
 - (一)新增違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第44條及第45條規定者不得參加獎勵金分配之規定；另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。

(二) 方案第柒點中醫門診特約醫事服務機構不予核發品質保證保留款之情形增列第 7 項：中醫門診特約醫事服務機構非屬「中藥用藥安全管理及品質提升方案」之認證合格者。。

二、中全會所送中藥用藥安全管理及品質提升方案，請中全會參酌與會代表意見修正後，送本署併本案報部核定。

第八案 **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第四章針灸治療處置費、第五章傷科治療處置費，以及第六章針灸合併傷科治療處置費，倘適應症不符之改支作業案。

決議：修訂通過摘要改支規則如下：

- 一、針灸治療處置費 (D01-D08)：高度或中度複雜性針灸適應症不符，均改支為一般針灸項目。
- 二、傷科治療處置費 (E01-E12)：高度或中度複雜性傷科適應症不符，均改支為一般傷科項目。
- 三、針灸合併傷科治療處置費 (F01-F68)：
 - (一) 複雜性針灸適應症不符，但複雜性傷科適應症符合：僅以複雜性傷科項目認定。
 - (二) 複雜性針灸適應症符合，但複雜性傷科適應症不符：僅以複雜性針灸項目認定。
 - (三) 複雜性針灸及複雜性傷科適應症皆不符：均改支為一般針灸項目。

第九案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：增訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」。

決議：增訂通過本項專款支付方式，同意中全會所提「論次支付」及「論量支付」方式，內容如下：

- 一、「論次支付」明定每時段至少服務 3 小時，未達 3 小時不予支付；每時段服務人次以 15 人次為上限。
- 二、「論次支付」同意每點金額以 1 元支付，扣除「論次支付」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。

三、醫療費用申報與審查：每月申報費用前，保險醫事服務機構應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，以利未來評估方案推動及管理政策。

四、評核指標：依 110 年 10 月 22 日全民健康保險會委員意見，修訂為「照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較 108 年減少」。

五、後續將依程序陳報衛生福利部核定。

伍、散會：15 時 19 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_2_討(2)_建議修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫通則五之部分用詞文字」案	通過修訂 一、通則五：「個別專任醫師」修訂文字為「平均每位專任醫師」。 二、通則五(二)1. 與2.：「每位專任醫師」修訂文字為「平均每位專任醫師」。	本案業經衛生福利部於111年2月15日公告，自111年3月1日生效。	☒ ☐ 解除繼續 列管列管
2	110_3_報(2)_中醫門診總額執行概況報告	有關全民健康保險會委員就中醫部門109年度執行成果所提之書面評核建議，如應設法改善中醫就醫率逐年下降之問題等，請中全會於本會議報告相關對策及執行成果，以利代表們掌握執行進度。	中全會 為提升利用率，本會成立「中醫利用率提升小組」，研究規劃，召開記者會、懸掛「原來感冒可以看中醫」、「火燒心看中醫真有效」、「痠痛看中醫安全又有效」等，中醫利用率109年前半年有明顯提昇，因疫情等因素造成人數的負成長，本會預定今年5月辦理中醫嘉年華，為提昇中醫利用率而努力。	☐ ☒ 解除繼續 列管列管
3	110_3_報(4)_111年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目報告案	111年中醫門診一般服務之保障項目比照110年保障項目，除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理外，醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點1元支付，並報全民健康保險會同意後實施。	本案業經111年1月21日全民健康保險會第5屆111年第1次會議決議通過。	☒ ☐ 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	110_3_討(1)：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」	- 通過修訂「品質確保方案」之附表中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標-3.專業醫療服務品質「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」修正為「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」。並自111年方案適用。 - 請中全會將「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」指標上修至每月二十次之意涵及說明提供予本署，以利外界詢問時回應說明。	- 衛福部已於110年12月21日衛部保字第1100150995號函公告修訂方案附表 - 本署已於110年12月27日健保醫字第1100063240號函請各分區業務組配合辦理後續事宜。 - 中全會許多臨床研究建議多種疾病(如腦中風等)在黃金治療期內採用高密度及強度之中醫針傷治療，可達最佳療效，同時中醫屬於全人醫療照護模式，以病人為主體，為使病患能在黃金治療期內接受最完整中醫全人醫療照顧，是故同院所針傷科處置次數每月十五次放寬到每月20次，以期讓病患獲得更好的療效及醫療品質。	☒ 解除 ☐ 繼續 列管
5	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	通過修訂 - 通則五(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上限，自「限四十五人次以內」修訂為「限六十人次以內」。 - 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。	- 本案通則五修訂內容，業經衛生福利部於111年2月15日公告，自111年3月1日生效。 - 依中全會110年12月20日(110)全聯醫總富字第1475號函，中全會與本署確認巡迴醫療之處置費申報方式。本署已完成試算，預算應足以支應，並提報至111年第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。	☐ 解除 ☒ 繼續 列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
6	110_3_討(3)：修訂「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」條文案	通過修訂 一、修正施行區域： (一)無中醫鄉鎮區：111 年增為 83 個鄉鎮區。新增嘉義縣東石鄉、雲林縣四湖鄉、屏東縣林邊鄉、連江縣南竿鄉。 (二)一家中醫鄉鎮區：111 年減為 73 個鄉鎮區。新增臺東縣成功鎮；移除嘉義縣東石鄉、雲林縣四湖鄉、屏東縣林邊鄉、新竹縣關西鎮、連江縣南竿鄉。 二、為核實醫師有至巡迴點提供服務，新增該診次無法過卡(含診療人次 0 人者)申報時檢附相關證明文件之規定。 三、另若以電子檔傳送門診日報表予本署各分區業務組，則不再要求寄送紙本資料。 四、巡迴醫療服務計畫每週至多 3 次定點提供服務，是否應加「以每一家醫事機構作為規範原則」，將觀察一年後視執行情形再行研議。	本案業於 111 年 1 月 12 日健保醫字第 1110800189 號公告在案。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
7	110_3_討(4)：修訂「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」條文案	通過修訂「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」條文第五點結案條件(一)1、未連續照護【「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」大於 28(不含)天】者，視為中斷照護。	本案業於 111 年 1 月 19 日健保醫字第 1110800582 號公告修訂。	☒ 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	110_3_討(6)：修訂 111 年度「全民健康保險中醫門診醫療給付一般服務地區預算分配計畫(草案)」案	通過修訂 一、本年度不進行風險基金之提撥及分配。 二、指標 1「95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各季實際預算占率」由 67%調整為 66%。 指標 2「去年同期戶籍人口數占率」由 13%調整為 14%。 三、指標 6「偏鄉人口預算分配」中之偏鄉定義，增列山地、離島地區。	本案業於 110 年 12 月 27 日健保醫字第 1100017485 號公告修訂。	☒ ☐ 解除繼續列管
9	110_3_討(7)_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	通過修訂 一、新增違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44 條及第 45 條規定者不得參加獎勵金分配之規定；另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。 二、方案第柒點中醫門診特約醫事服務機構不予核發品質保證保留款之情形增列第 7 項：中醫門診特約醫事服務機構非屬「中藥用藥安全管理及品質提升方案」之認證合格者。	本案業於 111 年 1 月 6 日健保醫字第 1100017843 號公告修訂。	☒ ☐ 解除繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
10	110_3_討(8)_修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第四章針灸治療處置費、第五章傷科治療處置費，以及第六章針灸合併傷科治療處置費，倘適應症不符之改支作業案。	修訂通過摘要改支規則如下： 一、針灸治療處置費 (D01-D08)：高度或中度複雜性針灸適應症不符，均改支為一般針灸項目。 二、傷科治療處置費 (E01-E12)：高度或中度複雜性傷科適應症不符，均改支為一般傷科項目。 三、針灸合併傷科治療處置費 (F01-F68)： (一)複雜性針灸適應症不符，但複雜性傷科適應症符合：僅以複雜性傷科項目認定。 (二)複雜性針灸適應症符合，但複雜性傷科適應症不符：僅以複雜性針灸項目認定。 (三)複雜性針灸及複雜性傷科適應症皆不符：均改支為一般針灸項目。	中醫改支邏輯，本署醫審及藥材組已於 110 年 12 月 30 日進行版更作業。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
11	110_3_討(9)_增訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」	增訂通過本項專款支付方式，同意中全會所提「論次支付」及「論量支付」方式，內容如下： 一、「論次支付」明定每時段至少服務3小時，未達3小時不予支付；每時段服務人次以15人次為上限。 二、「論次支付」同意每點金額以1元支付，扣除「論次支付」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。 三、醫療費用申報與審查：每月申報費用前，保險醫事服務機構應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，以利未來評估方案推動及管理政策。 四、評核指標：依110年10月22日全民健康保險會委員意見，修訂為「照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較108年減少」。	本案業於110年12月30日健保醫字第1100017739號公告。	☒ 解除 ☐ 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2月24日

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

1



大綱

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

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

2



111年中醫門診總額-協定結果 衛福部111.1.26公告

- ◆結論：總金額296.9億元，較110年增加12.31億元，成長率為4.208%。
- ◆協定事項重點：
- (1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算，用於整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整。
 - (2)保險給付項目及支付標準之改變：新增提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護：5.00億元及其他醫療服務利用及密集度之改變：3.659億元
 - (3)醫療資源不足地區改善方案：全年經費1.720億元。
 - (4)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：全年經費2.527億元。
 - (5)中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費0.81億元。
 - (6)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費0.216億元。
 - (7)中醫癌症患者加強照護整合方案：全年經費2.45億元。
 - (8)中醫急症處置：全年經費0.05億元。
 - (9)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：0.5億元。
 - (10)照護機構中醫醫療方案：0.28億元(111年新增)。
 - (11)網路頻寬補助費用：0.98億元。
 - (12)品質保證保留款：110年專款經費0.265億元，與原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(0.228億元)合併運用(計0.493億元)

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

3



111年中醫門診成長率項目表_一般服務

項 目	協定結果公告		
A. 一般服務	成長率(%)	預估增加金額(百萬元)	
A1. 醫療服務成本及人口因素成長率	1.085%	299.0	
投保人口預估成長率	0.136%		
人口結構改變率	0.756%		
醫療服務成本指數改變率	0.192%		
A2. 協商因素成長率	3.091%	851.8	
提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(新增)	1.814%	500.0	
其他醫療服務利用及密集度之改變	1.328%	365.9	
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.051%	-14.1	
一般服務成長率	增加金額	4.176%	1,150.8
	總金額		28,710.9

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

4



111年中醫門診成長率項目表_專款合計

項 目		協定結果公告	
專款項目	專款金額	增加金額 (百萬元)	
醫療資源不足地區改善方案	172.0	31.4	
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫	252.7	18.7	
中醫提升孕產照護品質計畫	81.0	-9.0	
兒童過敏性鼻炎專案照護計畫	21.6	-2.4	
中醫癌症患者加強照護整合方案	245.0	0	
中醫急症處置	5.0	-5.0	
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	50.0	0.0	
照護機構中醫醫療方案(新增)	28.0	28.0	
網路頻寬補助費用	98.0	17.0	
品質保證保留款	26.5	1.3	
專款總金額	979.8	80.0	
較110年度核定總額成長率(一般服務+專款)	增加金額	4.208%	1,230.8
	總金額		29,690.7

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

5



點值預估說明

- 一、製表日期：111年2月9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%，風險基金則由五之一般服務預算項下全年移撥3,500萬元、每季875萬元，再依110年校正後申請醫分負擔)占率分配。
 - 2-1. 五分區占率公式= $((109\text{年當季全區預算} \times 97.78\%) - \text{提撥金額 } 875\text{萬元}) \times 109\text{年分區相關指標}$ 。
 - 2-2. 109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(67%)、戶籍人口佔率(13%)、同期就醫次數權值占率(10%)、人數利用及醫成長率(4%)。
 - 2-3. 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109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110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109年下半年爭審後核減率，各分區分別計之。

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

6



110年第四季 中醫門診總額各分區點值推估

月份	就醫 分區	跨區就醫調整 後總額(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
			非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第4季	臺北	2,055	739	1,280	1.0280	1.0178
	北區	886	344	527	1.0295	1.0178
	中區	1,811	652	1,173	0.9881	0.9923
	南區	1,026	400	614	1.0203	1.0123
	高屏	1,144	442	714	0.9834	0.9898
	東區	159	47	97	1.1532	1.1035
	合計	7,081	2,622	4,406	1.0120	1.0075

註1：109Q4結算全區平均點值0.9687



醫療供給及利用概況



特約醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
106年12月	1,036	446	1,022	502	526	62	3,594
107年12月	1,070	454	1,030	506	539	67	3,666
108年12月	1,091	462	1,043	517	545	70	3,728
109年12月(A)	1,127	468	1,058	530	550	71	3,804
110年12月(B)	1,137	470	1,058	530	558	71	3,824
成長率(B/A)-1	0.9%	0.4%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%	0.5%
增減數B-A	10	2	0	0	8	0	20

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表之特約中醫醫院及中醫診所。

註2：成長率係與前一年同期比較。



具中醫科醫院 醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
109年12月(A)	25	12	32	25	20	10	124
110年12月(B)	25	11	34	25	20	10	125
成長率(B/A)-1	0.0%	-8.3%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%
增減數B-A	0	-1	2	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2：110年12月較去年同期家數增減名單：

北區(-1)：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(+2)：增加6家：國軍臺中總醫院中清分院附設民眾診療服務處、常春醫院、惠和醫院、員榮醫院、澄清復健醫院、竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院。

減少4家：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，醫事機構屬性及代號，繼續辦理中醫業務。

註3：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註4：成長率為當年各月與去年同期之比較。



中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
106年12月	1,925	792	1,786	855	927	127	6,412
107年12月	1,992	837	1,830	868	958	138	6,623
108年12月	2,068	872	1,864	896	985	153	6,838
109年12月(A)	2,150	898	1,919	919	1,017	164	7,067
110年12月(B)	2,191	928	1,971	934	1,051	160	7,235
成長率(B/A)-1	1.9%	3.3%	2.7%	1.6%	3.3%	-2.4%	2.4%
增減數B-A	41	30	52	15	34	-4	168

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。

註2：成長率係與前一年同期比較。



醫院執業之中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
106年12月	210	103	205	150	99	40	807
107年12月	211	109	214	156	110	50	850
108年12月	222	108	222	171	117	61	901
109年12月(A)	233	117	237	150	123	63	923
110年12月(B)	242	116	258	154	122	59	951
成長率(B/A)-1	3.9%	-0.9%	8.9%	2.7%	-0.8%	-6.3%	3.0%
增減數B-A	9	-1	21	4	-1	-4	28

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。

註2：成長率係與前一年同期比較。



各分區每萬人口中醫師數

年度	106	107	108	109	110Q4
臺北	2.52	2.61	2.71	2.83	2.92
北區	2.12	2.22	2.29	2.34	2.42
中區	3.91	4.00	4.07	4.19	4.33
南區	2.55	2.59	2.69	2.49	2.84
高屏	2.5	2.59	2.66	2.76	2.88
東區	2.31	2.52	2.82	3.04	2.99
總計	2.72	2.81	2.90	3.00	3.10

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

13



各分區每萬人口中醫師數 與全國比率

年度	106	107	108	109	110Q4
臺北/全區	0.93	0.93	0.93	0.94	0.94
北區/全區	0.78	0.79	0.79	0.78	0.78
台中/全區	1.44	1.42	1.40	1.40	1.40
南區/全區	0.94	0.92	0.93	0.83	0.92
高屏/全區	0.92	0.92	0.92	0.92	0.93
東區/全區	0.85	0.90	0.97	1.01	0.97
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

14



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%
109年12月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	14	11	4	12	23	15	79	21.5%
	0<X<1	17	13	16	24	20	5	95	25.8%
	1≤X<2	14	10	13	17	14	5	73	19.8%
	2≤X<3	11	6	7	8	7	0	39	10.6%
	3≤X	14	7	28	16	13	4	82	22.3%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
110年12月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	15	11	4	14	24	15	83	22.6%
	0<X<1	17	10	16	24	18	7	92	25.0%
	1≤X<2	12	13	12	14	17	3	71	19.3%
	2≤X<3	11	5	8	10	6	0	40	10.9%
	3≤X	15	8	28	15	12	4	82	22.3%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
較去年同期 增減鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	1	0	0	2	1	0	4	
	0<X<1	0	-3	0	0	-2	2	-3	
	1≤X<2	-2	3	-1	-3	3	-2	-2	
	2≤X<3	0	-1	1	2	-1	0	1	
	3≤X	1	1	0	-1	-1	0	0	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

註：+4無中醫師鄉鎮：臺北區為連江縣南竿鄉、南區為雲林縣四湖鄉、嘉義縣東石鄉、高屏區為屏東縣林邊鄉

Bureau of National Health Insurance

15



近5年整體費用申報概況

項目		申報件數	申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
年	值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
106年	38,437.7	-0.5%	25,048.7	3.8%	651.7	4.3%
107年	39,229.1	2.1%	26,505.8	5.8%	675.7	3.7%
108年	40,335.0	2.8%	28,493.4	7.5%	706.4	4.6%
109年	39,005.2	-3.3%	28,876.1	1.3%	740.3	4.8%
110年	34,919.7	-10.5%	26,885.1	-6.9%	769.9	4.0%

註1：資料來源：截至111年2月7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



近5年整體申報費用點數 【費用分類】

項目		藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
近五年	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	
	106年	8,195.2	2.1%	178.8	1.6%	11,801.7	4.6%	4,872.9	4.8%	25,048.7	3.8%
	107年	9,034.6	10.2%	180.7	1.0%	12,112.5	2.6%	5,178.0	6.3%	26,505.8	5.8%
	108年	10,151.9	12.4%	186.3	3.1%	12,445.7	2.8%	5,709.5	10.3%	28,493.4	7.5%
	109年	10,700.2	5.4%	179.1	-3.9%	12,277.2	-1.4%	5,719.7	0.2%	28,876.1	1.3%
	110年	10,006.2	-6.5%	159.6	-10.9%	11,118.4	-9.4%	5,600.9	-2.1%	26,885.1	-6.9%

註1：資料來源：截至111年2月7日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年調高針灸、傷科、針傷科支付標準。

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

17



近5年整體申報醫療費用點數 【案件分類】(1)

近五年/ 案件分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫 鄉巡迴醫療服務	
	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
106年	13,821.0	0.8%	403.8	16.0%	3,652.4	10.7%	144.5	26.5%
107年	14,300.3	3.5%	483.1	19.6%	4,164.6	14.0%	183.4	27.0%
108年	14,764.0	3.2%	603.6	25.0%	4,889.2	17.4%	224.0	22.1%
109年	14,635.1	-0.9%	562.1	-6.9%	5,398.4	10.4%	259.8	16.0%
110年	12,974.7	-11.3%	606.1	7.8%	5,411.9	0.2%	214.8	-17.3%

註1：資料來源：截至111年2月7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



近5年整體申報醫療費用點數 【案件分類】(2)

近五年/ 案件分類	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
106年	0.86	31.8%	6,948.1	5.4%	78.1	16.2%	0.0	0.0%	25,048.7	3.8%
107年	1.49	74.0%	7,278.3	4.8%	94.5	21.1%	0.0	0.0%	26,505.8	5.8%
108年	2.62	75.6%	7,890.9	8.4%	117.6	24.4%	0.0	0.0%	28,493.4	7.5%
109年	3.12	18.9%	7,871.1	-0.3%	117.0	-0.5%	29.4	#DIV/0!	28,876.1	1.3%
110年	3.11	-0.4%	7,487.0	-4.9%	101.9	-12.9%	85.6	191.3%	26,885.1	-6.9%

註1：資料來源：截至111年2月7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!係指前一年數字為0

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

19



近5年醫院中醫科費用申報概況

項目	申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
	值 年 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
106年	3,084.5	4.9%	2,696.2	8.9%	874.1	3.8%
107年	3,289.9	6.7%	3,022.3	12.1%	918.7	5.1%
108年	3,552.3	8.0%	3,421.8	13.2%	963.3	4.9%
109年	3,271.3	-7.9%	3,353.8	-2.0%	1,025.2	6.4%
110年	2,978.1	-9.0%	3,211.7	-4.2%	1,078.4	5.2%

註1：資料來源：截至111年2月7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



近5年醫院中醫科申報費用點數 【費用分類】

項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
近五年	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	值 (百萬)	成長率	
106年	1,080.0	5.7%	63.7	4.2%	919.5	8.6%	633.0	15.9%	2,696.2	8.9%
107年	1,224.6	13.4%	67.3	5.5%	988.2	7.5%	742.3	17.3%	3,022.3	12.1%
108年	1,417.4	15.7%	72.8	8.2%	1,066.3	7.9%	865.3	16.6%	3,421.8	13.2%
109年	1,427.4	0.7%	68.0	-6.6%	999.7	-6.2%	858.7	-0.8%	3,353.8	-2.0%
110年	1,311.6	-8.1%	62.2	-8.5%	912.1	-8.8%	925.7	7.8%	3,211.7	-4.2%

註1：資料來源：截至111年2月7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



近5年醫院中醫科申報費用點數 【案件分類】(1)

近五年/ 案件分	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	
類	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
	(百萬)		(百萬)		(百萬)		(百萬)	
106年	513.6	6.6%	356.7	17.6%	1,160.5	5.5%	16.5	30.5%
107年	554.6	8.0%	425.7	19.3%	1,292.0	11.3%	21.0	26.9%
108年	606.6	9.4%	468.1	10.0%	1,473.5	14.0%	25.9	23.8%
109年	577.0	-4.9%	450.5	-3.8%	1,505.1	2.1%	29.7	14.7%
110年	502.4	-12.9%	508.5	12.9%	1,374.0	-8.7%	24.9	-16.4%

註1：資料來源：截至111年2月7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

22



近5年醫院中醫科申報費用點數 【案件分類】(2)

近五年/ 案件分 類	21. 中醫 一般案 件	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)	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
106年	513.6	0.80	34.9%	600.6	11.6%	47.4	20.5%	.	#VALUE!	2,696	8.9%
107年	554.6	1.41	74.7%	670.2	11.6%	57.4	21.0%	.	#VALUE!	3,022	12.1%
108年	606.6	2.51	78.3%	771.9	15.2%	72.2	25.7%	1.2	#VALUE!	3,422	13.2%
109年	577.0	2.90	15.8%	704.4	-8.7%	73.3	1.6%	10.8	825.0%	3,354	-2.0%
110年	502.4	2.91	0.2%	706.0	0.2%	66.2	-9.7%	26.8	147.0%	3,212	-4.2%

註1：資料來源：截至111年2月7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!係指前一年數字為0。

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

23



中醫專案執行報告 (含醫院層級執行情形)

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

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(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)



西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

院所層級	110全年			
	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	14	4,800	60.0	66.11
區域醫院	38	6,800	74.5	82.68
地區醫院	45	3,212	52.0	61.12
總計	97	12,934	186.4	209.91

註：110年全年預算234百萬，累計預算執行率89.6%。

資料來源：截至111年2月7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	110全年			
	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	13	4,982	47.8	69.59
區域醫院	36	3,897	47.7	77.81
地區醫院	27	1,136	12.0	17.68
基層院所	60	825	8.6	11.23
總計	136	10,690	116.1	176.31

註：110年全年預算245百萬，累計預算執行率72.0%。

資料來源：截至111年2月7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	110全年			
	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	8	752	5.7	6.18
區域醫院	13	1,881	21.6	25.01
地區醫院	16	155	1.1	1.08
基層院所	87	3,436	30.1	32.92
總計	124	6,103	58.4	65.18

註：110年全年預算90百萬，累計預算執行率72.4%。

資料來源：截至111年2月7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	110全年			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	4	311	1,278	1.59
區域醫院	3	25	66	0.10
地區醫院	4	12	87	0.11
基層院所	100	2,990	13,279	13.03
總計	111	3,336	14,710	14.82

註：110年全年預算24百萬，累計預算執行率61.8%。

資料來源：截至111年2月7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	110全年			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
醫學中心	5	1,010	1,532	189.4
區域醫院	6	91	96	9.9
地區醫院				
基層院所				
總計	11	1,100	1,628	199.3

註：110年全年預算10百萬，累計預算執行率19.9%。

資料來源：截至111年2月7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	110全年			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	9	1,563	9,435	17.70
區域醫院	14	777	5,875	9.95
地區醫院	19	739	4,693	8.75
基層院所	65	1,176	11,363	15.88
總計	107	4,209	31,366	52.28

註：110年全年預算50百萬，累計預算執行率100%(104.6%)。

資料來源：截至111年2月7日健保倉儲門診清單明細檢視表。



110年分區申報專案費用點數

單位：百萬點

分區別	住院輔助	癌症整合	孕產	鼻炎	急症	腎病	合計	占率
台北	33.4	27.2	8.6	2.8	0.7	6.5	79.1	15.2%
北區	12.1	22.6	6.1	2.8	0.0	15.2	58.9	11.3%
中區	92.1	44.7	22.3	5.4	0.2	15.5	180.3	34.6%
南區	33.8	43.1	24.0	0.9	0.1	8.1	110.0	21.1%
高屏	30.2	34.6	2.8	2.9	0.0	5.7	76.1	14.6%
東區	8.4	4.1	1.5	0.0	1.0	1.2	16.1	3.1%
全署	209.9	176.3	65.2	14.8	2.0	52.3	520.5	100.0%



110Q1-Q4中醫專款預算執行情形

序號	專款項目	110Q1	110Q2	110Q3	110Q4	110全年	預算	執行率
1	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	51.9	51.5	50.3	55.9	209.7	234.0	89.6%
2	癌症患者加強照護整合計畫	43.3	41.8	42.9	48.3	176.3	245.0	72.0%
3	中醫提升孕產照護品質計畫	17.6	15.2	15.2	17.2	65.2	90.0	72.4%
4	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	2.8	3.9	4.4	3.8	14.8	24.0	61.8%
5	中醫急症處置計畫	0.8	0.5	0.4	0.4	2.0	10.0	19.9%
6	中醫提升慢性腎臟病照護計畫	11.0	11.9	13.4	16.0	52.3	50.0	104.6%
		127.4	124.8	126.5	141.5	520.3	653.0	79.7%



小結

- 可能受COVID-19疫情影響，各專款項目在110年之預算執行率皆不如預期，其中中醫急症處置計畫(19.9%)，兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫(61.8%)，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執行率達104.6%，將以浮動點值支付。



敬請指教

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

35



其他參考資料 (110年及110Q4)

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

36



整體申報概況 【分區別】

年季	項目	申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
110年	台北	9,800.5	-13.8%	7,553.1	-11.2%	770.7	2.9%
	北區	4,412.3	-11.3%	3,328.6	-7.2%	754.4	4.7%
	中區	9,391.5	-9.2%	7,036.0	-5.2%	749.2	4.4%
	南區	4,991.6	-7.9%	3,938.7	-3.5%	789.1	4.7%
	高屏	5,654.5	-8.2%	4,431.6	-4.9%	783.7	3.5%
	東區	669.3	-10.4%	597.2	-2.9%	892.3	8.4%
	全區	34,919.7	-10.5%	26,885.1	-6.9%	769.9	4.0%

註1：資料來源：截至111年2月7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

37



整體申報醫療費用點數 【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
110年	台北	2,780.2	-9.6%	43.9	-17.8%	3,141.4	-12.5%	1,587.5	-11.5%	7,553.1	-11.2%
	北區	1,309.2	-7.7%	18.7	-10.6%	1,414.2	-10.4%	586.5	3.1%	3,328.6	-7.2%
	中區	2,490.1	-5.4%	46.4	-5.7%	2,973.9	-8.3%	1,525.6	1.8%	7,036.0	-5.2%
	南區	1,540.7	-4.0%	21.2	-8.8%	1,569.9	-6.7%	806.9	4.7%	3,938.7	-3.5%
	高屏	1,694.1	-4.2%	25.7	-8.8%	1,804.3	-7.3%	907.5	-1.0%	4,431.6	-4.9%
	東區	191.9	-4.8%	3.9	-10.4%	214.6	-9.8%	186.8	9.1%	597.2	-2.9%
	合計	10,006.2	-6.5%	159.6	-10.9%	11,118.4	-9.4%	5,600.9	-2.1%	26,885.1	-6.9%

註1：資料來源：截至111年2月7日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；

110年110年調高針灸、傷科、針傷科支付標準。

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

38



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
110年	台北	3,511.8	-14.4%	97.8	-17.9%	1,611.8	-1.2%	18.1	-15.5%
	北區	1,667.5	-12.4%	64.8	22.1%	777.1	-3.0%	45.9	-8.4%
	中區	3,682.8	-10.1%	212.3	26.4%	1,103.9	2.6%	24.2	6.5%
	南區	1,802.1	-9.3%	130.3	4.0%	928.8	1.0%	27.1	-33.0%
	高屏	2,108.0	-9.2%	83.5	4.6%	896.0	2.3%	52.9	-20.0%
	東區	202.5	-11.1%	17.4	3.3%	94.2	0.8%	46.6	-21.0%
	全區	12,974.7	-11.3%	606.1	7.8%	5,411.9	0.2%	214.8	-17.3%

註1：資料來源：截至111年2月7日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

39



整體申報醫療費用點數 【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 (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
110年	台北	0.70	29.8%	2,294.4	-12.5%	12.5	-11%	5.97	253%	7,553.1	-11.2%
	北區	1.87	9.7%	752.8	-1.2%	11.4	-13%	7.21	887%	3,328.6	-7.2%
	中區	0.52	-39.9%	1,969.6	-3.0%	20.2	-9%	22.48	331%	7,036.0	-5.2%
	南區	0.02	91.1%	1,011.2	3.8%	25.2	-18%	13.99	169%	3,938.7	-3.5%
	高屏	0.00	0.0%	1,256.4	-2.2%	27.8	-10%	6.92	148%	4,431.6	-4.9%
	東區	.	0.0%	202.7	2.3%	4.8	-23%	29.04	111%	597.2	-2.9%
	全區	3.11	-0.4%	7,487.0	-4.9%	101.9	-13%	85.62	191%	26,885.1	-6.9%

註1：資料來源：截至111年2月7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

40



醫院中醫科申報概況

【分區別】

年季	項目	申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
110年	台北	793.0	-18.5%	836.3	-14.0%	1,054.6	5.5%
	北區	284.6	-15.5%	343.2	-9.9%	1,205.8	6.6%
	中區	883.7	1.9%	883.8	6.1%	1,000.0	4.1%
	南區	538.1	-8.2%	624.3	-2.4%	1,160.2	6.3%
	高屏	350.1	-4.1%	380.8	-0.6%	1,087.6	3.7%
	東區	128.5	-10.1%	143.3	-0.9%	1,115.0	10.2%
	全區	2,978.1	-9.0%	3,211.7	-4.2%	1,078.4	5.2%

註1：資料來源：截至111年2月7日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

41



醫院中醫科申報

醫療費用點數【費用分類+分區別】

年	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
110年	台北	394.8	-14.9%	17.1	-17.6%	242.5	-17.6%	181.9	-6.2%	836.3	-14.0%
	北區	165.0	-16.5%	5.6	-16.2%	83.6	-18.5%	89.0	19.9%	343.2	-9.9%
	中區	319.6	1.4%	18.5	0.9%	273.4	1.9%	272.2	18.0%	883.8	6.1%
	南區	239.0	-6.2%	10.9	-7.2%	158.6	-7.2%	215.8	6.7%	624.3	-2.4%
	高屏	146.1	-0.7%	7.2	-3.3%	112.6	-4.5%	114.8	3.9%	380.8	-0.6%
	東區	47.1	-3.0%	2.9	-5.2%	41.5	-9.8%	51.9	10.3%	143.3	-0.9%
	合計	1,311.6	-8.1%	62.2	-8.5%	912.1	-8.8%	925.7	7.8%	3,211.7	-4.2%

註1：資料來源：截至111年2月7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

42



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(1)

年	分區	21.中醫一般案件		22.中醫其他專案		24.中醫慢性病		25.中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務	
		值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率
110年	台北	119.3	-22.6%	74.6	-1.0%	456.5	-14.0%	3.4	4.3%
	北區	24.8	-21.4%	55.6	31.0%	201.9	-18.4%	0.4	38.2%
	中區	198.2	-3.7%	181.5	29.9%	280.1	0.5%	1.6	-31.5%
	南區	76.0	-15.2%	111.6	4.0%	243.0	-5.9%	10.7	-7.2%
	高屏	59.6	-9.0%	69.7	-2.2%	153.7	2.8%	4.5	-38.2%
	東區	24.5	-19.0%	15.4	7.1%	38.8	-3.6%	4.3	-15.8%
	全區	502.4	-12.9%	508.5	12.9%	1,374.0	-8.7%	24.9	-16.4%

註1：資料來源：截至111年2月7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

43



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(2)

年	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
110年	台北	0.69	29.5%	170.1	-13.6%	9.3	-9%	2.44	68.1%	836.3	-14.0%
	北區	1.87	10.1%	54.3	0.3%	3.6	8%	0.72	590.9%	343.2	-9.9%
	中區	0.33	-50.4%	197.7	5.3%	14.6	-3%	9.76	265.3%	883.8	6.1%
	南區	0.02	91.1%	155.3	8.6%	21.4	-21%	6.21	106.0%	624.3	-2.4%
	高屏	0.00	0.0%	76.3	2.8%	14.2	4%	2.68	100.5%	380.8	-0.6%
	東區	.	0.0%	52.3	7.8%	3.2	-20%	4.98	119.7%	143.3	-0.9%
	全區	2.91	0.2%	706.0	0.2%	66.2	-10%	26.78	147.0%	3,211.7	-4.2%

註1：資料來源：截至111年2月7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。

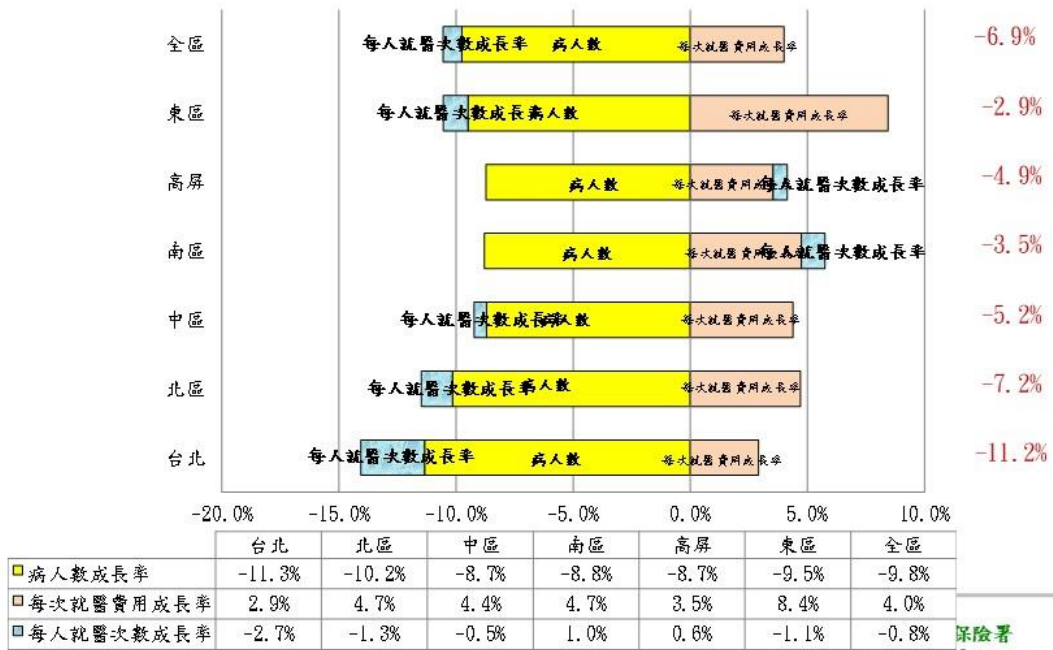
衛生福利部中央健康保險署
Bureau of National Health Insurance

44



110年整體費用分析解構圖

點數成長率



45



整體申報概況 【分區別】

年季	分區	申報件數		申報醫療費用		平均每件醫療費用點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
110Q4	台北	2,638.2	-5.5%	2,055.0	-3.1%	778.9	2.6%
	北區	1,176.0	-3.3%	902.4	1.3%	767.4	4.8%
	中區	2,477.5	-2.4%	1,889.0	1.9%	762.4	4.5%
	南區	1,318.3	-1.8%	1,055.8	2.4%	800.9	4.3%
	高屏	1,500.9	-2.1%	1,192.2	1.1%	794.3	3.3%
	東區	175.8	-4.3%	161.0	3.7%	915.9	8.4%
	全區	9,286.7	-3.3%	7,255.4	0.4%	781.3	3.8%

註1：資料來源：截至111年2月7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

46



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
110Q4	台北	744.5	-2.2%	11.7	-13.0%	844.5	-4.9%	454.3	-0.5%	2,055.0	-3.1%
	北區	349.5	-0.1%	5.1	-2.6%	375.6	-3.3%	172.2	16.7%	902.4	1.3%
	中區	657.4	1.0%	12.4	0.5%	783.1	-2.3%	436.1	12.4%	1,889.0	1.9%
	南區	406.1	1.3%	5.7	-2.6%	413.9	-1.4%	230.1	12.8%	1,055.8	2.4%
	高屏	448.3	1.3%	6.7	-5.4%	477.6	-2.1%	259.6	7.2%	1,192.2	1.1%
	東區	50.7	1.7%	1.1	-4.3%	56.4	-4.0%	52.9	16.2%	161.0	3.7%
	合計	2,656.4	0.0%	42.6	-5.3%	2,951.2	-3.1%	1,605.2	8.2%	7,255.4	0.4%

註1：資料來源：截至111年2月7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

47



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
110Q4	台北	942.6	-6.9%	28.9	4.8%	423.2	4.0%	5.8	-1.8%
	北區	442.0	-4.9%	18.6	23.0%	204.5	3.0%	12.8	1.7%
	中區	963.1	-4.2%	58.9	27.3%	290.3	9.2%	7.3	8.6%
	南區	473.0	-3.8%	36.3	10.6%	241.3	5.4%	7.4	-24.2%
	高屏	555.1	-4.2%	20.7	-4.4%	232.1	7.9%	15.3	-6.5%
	東區	52.5	-5.3%	4.6	-2.3%	24.8	7.6%	12.8	-8.8%
	全區	3,428.3	-5.0%	168.0	13.4%	1,416.2	5.8%	61.3	-6.1%

註1：資料來源：截至111年2月7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

48



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 (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
110Q4	台北	0.22	35.3%	647.7	-2.3%	3.7	0.5%	2.87	380.6%	2,055.0	-3.1%
	北區	0.48	-0.1%	217.7	11.3%	3.2	2.3%	2.98	392.5%	902.4	1.3%
	中區	0.15	2.5%	555.7	6.7%	5.2	-11.3%	8.39	261.3%	1,889.0	1.9%
	南區	0.005	150.0%	286.0	11.3%	7.0	-14.5%	4.71	107.2%	1,055.8	2.4%
	高屏	.	#VALUE!	359.1	6.6%	7.6	-10.2%	2.23	35.2%	1,192.2	1.1%
	東區	.	#VALUE!	56.0	8.2%	1.1	-30.3%	9.25	97.8%	161.0	3.7%
	全區	0.85	8.0%	2,122.4	4.8%	27.9	-10.0%	30.43	151.0%	7,255.4	0.4%

註1：資料來源：截至111年2月7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

49



醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	項目 分區	申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
110Q4	台北	223.3	-13.5%	238.1	-8.2%	1,066.5	6.1%
	北區	82.2	-7.9%	99.2	-2.8%	1,206.4	5.6%
	中區	248.4	6.8%	248.8	10.0%	1,001.6	3.0%
	南區	147.0	-3.8%	172.1	1.6%	1,170.6	5.6%
	高屏	96.6	-2.2%	106.1	1.3%	1,098.1	3.5%
	東區	35.1	-5.9%	40.3	4.4%	1,147.7	10.9%
	全區	832.6	-4.2%	904.5	0.5%	1,086.4	4.8%

註1：資料來源：截至111年2月7日倉儲資料。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。

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

50



醫院中醫科申報醫療 費用點數【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
	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
110Q4	台北	108.0	-10.1%	4.8	-12.2%	68.2	-13.1%	57.0	3.1%	238.1	-8.2%
	北區	46.5	-9.7%	1.6	-6.2%	23.9	-11.8%	27.2	25.4%	99.2	-2.8%
	中區	88.5	5.8%	5.2	6.1%	76.3	5.6%	78.7	20.6%	248.8	10.0%
	南區	63.7	-3.6%	3.0	-3.3%	43.4	-2.6%	62.0	11.3%	172.1	1.6%
	高屏	40.1	2.5%	2.0	-2.2%	30.7	-3.9%	33.3	5.2%	106.1	1.3%
	東區	12.9	2.5%	0.8	1.2%	11.3	-6.1%	15.3	15.9%	40.3	4.4%
	合計	359.7	-3.6%	17.4	-3.4%	253.8	-4.7%	273.5	12.6%	904.5	0.5%

註1：資料來源：截至111年2月7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

51



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
110Q4	台北	34.1	-19.6%	22.9	6.4%	122.7	-9.5%	1.4	24.4%
	北區	7.2	-13.9%	15.9	27.4%	56.9	-11.1%	0.1	-9.3%
	中區	55.9	0.4%	50.5	28.5%	76.3	5.6%	0.5	-18.2%
	南區	21.0	-10.2%	31.3	10.3%	63.4	-4.7%	3.5	21.0%
	高屏	16.5	-8.8%	17.3	-10.5%	42.0	7.5%	1.6	-17.5%
	東區	6.6	-16.4%	4.0	-2.7%	10.3	2.6%	1.2	6.6%
	全區	141.2	-9.3%	141.9	13.4%	371.6	-4.1%	8.2	6.1%

註1：資料來源：截至111年2月7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

52



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
110Q4	台北	0.22	36.5%	53.2	-4.4%	2.8	4.0%	0.94	112.4%	238.1	-8.2%
	北區	0.48	-0.1%	17.0	9.3%	1.2	43.3%	0.32	270.3%	99.2	-2.8%
	中區	0.09	8.0%	57.9	9.2%	3.7	-10.0%	3.97	250.0%	248.8	10.0%
	南區	0.005	150.0%	44.9	12.6%	5.8	-19.4%	2.18	84.2%	172.1	1.6%
	高屏	.	#VALUE!	24.3	13.8%	3.7	-12.2%	0.70	-6.5%	106.1	1.3%
	東區	.	#VALUE!	15.2	12.9%	0.8	-28.5%	2.12	173.2%	40.3	4.4%
	全區	0.80	9.3%	212.5	6.8%	18.0	-10.8%	10.23	133.8%	904.5	0.5%

註1：資料來源：截至111年2月7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

53



110年Q4整體費用分析解構圖



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

54



西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

110Q4

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	1,503	16.3	17.8
區域醫院	37	2,101	19.6	21.8
地區醫院	41	1,103	14.1	16.3
總計	91	4,235	50.1	55.9

註：110年全年預算234百萬，醫療點數：110Q1：51.9百萬點，110Q2：51.5百萬點，

110Q1累計至Q3預算執行率65.7%，110全年預算執行率89.6%。

資料來源：截至111年2月7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

110Q4

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	12	2,417	12.5	18.4
區域醫院	32	2,038	13.7	22.0
地區醫院	23	605	3.3	4.8
基層院所	52	468	2.3	3.0
總計	119	5,491	31.9	48.3

註：110年全年預算245百萬，醫療點數：110Q1：43.3百萬點，110Q2：41.8百萬點，

110Q1累計至Q3預算執行率52.3%，110全年預算執行率72.0%。

資料來源：截至111年2月7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

110Q4

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	323	1.6	1.8
區域醫院	11	887	5.7	6.6
地區醫院	12	66	0.3	0.3
基層院所	77	1,451	7.8	8.6
總計	105	2,691	15.3	17.2

註：110年全年預算90百萬，醫療點數：110Q1：17.6百萬點，110Q2：15.2百萬點，

110Q1累計至Q3預算執行率53.3%，110全年預算執行率72.4%。

資料來源：截至111年2月7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

57



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

110Q4

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	139	470	0.58
區域醫院	2	5	10	0.02
地區醫院	3	3	12	0.01
基層院所	80	882	3,089	3.16
總計	88	1,029	3,581	3.76

註：110年全年預算24百萬，醫療點數：110Q1：2.8百萬點，110Q2：3.92百萬點，

110Q1累計至Q3預算執行率46.1%，110全年預算執行率61.8%。

資料來源：截至111年2月7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

58



中醫急症處置計畫

110Q4

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	181	299	0.343
區域醫院	2	24	25	0.026
地區醫院				
基層院所				
總計	6	205	324	0.369

註：110年全年預算10百萬，醫療點數：110Q1：0.8百萬點，110Q2：0.47百萬點，

110Q3累計至Q3預算執行率16.2%，110全年預算執行率19.9%。

資料來源：截至111年2月7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

110Q4

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	7	1,007	2,890	5.4
區域醫院	14	520	2,038	3.4
地區醫院	16	405	1,304	2.4
基層院所	56	728	3,514	4.9
總計	93	2,655	9,746	16.0

註：110年全年預算50百萬，醫療點數：110Q1：11.0百萬點，110Q2：11.9百萬點，

110Q1累計至Q3預算執行率72.5%，110全年預算執行率100%(104.6%)。

資料來源：截至111年2月7日健保倉儲門診清單明細檢視表。



單位：百萬點

110Q4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	合計	占率
台北	9.8	8.5	2.2	0.8	0.1	2.2	23.6	16.7%
北區	3.2	6.4	1.7	0.9	0.0	4.3	16.5	11.7%
中區	23.4	13.5	6.0	1.3	0.0	4.8	48.9	34.5%
南區	9.6	11.4	6.4	0.3	0.0	2.6	30.3	21.4%
高屏	8.1	7.4	0.6	0.5	0.0	1.8	18.3	12.9%
東區	1.8	1.2	0.4	0.0	0.2	0.3	4.0	2.8%
全署	55.9	48.3	17.2	3.8	0.4	16.0	141.5	100.0%

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110年第3季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

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

二、有關110年第3季結算結果說明如下（附件，頁次報3-2）：

（一）110年第3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3季	浮動點值	0.8307	0.8859	0.8634	0.8894	0.8902	1.1356	0.8687
	平均點值	0.8919	0.9312	0.9122	0.9338	0.9326	1.0890	0.9178
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

（二）中醫專案計畫：

專款項目	110Q3 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	46,062	28,340	17,721	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	67,172	54,806	12,366	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	34,771	15,226	19,546	1.0000
4. 癌症患者加強照護整合方案	98,641	42,841	55,800	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	11,291	4,349	6,941	1.0000
6. 中醫急症處置計畫	6,237	360	5,877	1.0000
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(註2)	14,663	13,364	1,299	1.0000
8. 網路頻寬補助費用(註1、4)	81,000	61,088	19,912	
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75.42%。

註5. 醫療資源不足地區改善方案-獎勵開業服務計畫110Q3為8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：111/01/21
程式代號：RGBI3008R02
110年第3季
結算主要費用年月起迄：110/07—110/09
核付截止日期：110/12/31
頁次：1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)110年第3季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 110\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G110合計)} \times \text{各季預算占率}(h_q3) \\ &= 27,569,167,928 \times 25.684291\%(h_q3) \\ &= 7,080,945,317 \text{ (D1)} \end{aligned}$$

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	0
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	137,671,931

註：

1. 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。
2. 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。
3. 106年品質保證保留款(C106)
 = (105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口數成長率差值) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
4. 依據「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3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:110/07—110/09

核付截止日期:110/12/31

列印日期：111/01/21

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3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:110/07-110/09

核付截止日期:110/12/31

列印日期：111/01/21

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: 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= 52,871,301 - 0= 52,871,301

=====

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：15,522,093(N1) (浮動點數：10,721,333；非浮動點數：4,800,760)

(2)獎勵開業保障給付收入：24,168,325(N2)

(3)獎勵開業論次費用：0(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3)：15,522,093(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額=24,168,325(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：6,145,074(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數：57,415,300(N7)

(3)小計已支用點數：63,560,374(N8) 結算金額=63,560,374(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：79,082,467(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+ 0= 87,728,699

未支用金額=全年預算—全年暫結金額=140,600,000—87,728,699=52,871,301

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 3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:110/07—110/09

核付截止日期:110/12/31

列印日期：111/01/21

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3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:110/07—110/09

核付截止日期:110/12/31

列印日期：111/01/21

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：	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= 70,866,227 - 0= 70,866,227

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：	129,794,586(Z01)	123,712,921(ZF01)	6,081,665(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	15,935,062(Z02)	15,148,684(ZF02)	786,378(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,113,096(Z03)	7,674,122(ZF03)	438,974(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,291,029(Z04)	8,485,185(ZF04)	805,844(ZN04)
(5)小計：	163,133,773(Z05)	155,020,912(ZF05)	8,112,861(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+ 0= 163,133,773

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 234,000,000 - 163,133,773= 70,866,227

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

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

=====

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算＝ 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＝ 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＝ 42,045,533－ 0＝ 42,045,533

全年合計：

全年預算＝ 90,000,000
 已支用點數＝ 47,954,467
 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＋ 0＝ 47,954,467
 未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 90,000,000－ 47,954,467＝ 42,045,533

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。

程式代號：RGBI3008R02

110年第3季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/07—110/09

核付截止日期:110/12/31

列印日期：111/01/21

頁次：9

(四)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=245,000,000

第1季:

預算= 245,000,000/4= 61,250,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療:	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

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:	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= 117,050,278 - 0= 117,050,278

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:	45,844,766	39,011,793	6,832,973
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	45,764,781	45,764,781	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	4,003,577	4,003,577	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	12,498,059	12,498,059	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	10,682,146	10,682,146	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	9,156,393	8,251,127	905,266
(7)小計:	127,949,722	120,211,483	7,738,239

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+ 0= 127,949,722

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 245,000,000 - 127,949,722= 117,050,278

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。

程式代號：RGBI3008R02

110年第3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:110/07—110/09

核付截止日期:110/12/31

列印日期：111/01/21

頁次：11

(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＝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＝12,941,237－0＝12,941,237

全年合計：

全年預算＝24,000,000

已支用點數＝11,058,763

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＋0＝11,058,763

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝24,000,000－11,058,763＝12,941,237

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3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:110/07—110/09

核付截止日期:110/12/31

列印日期：111/01/21

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 = 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 = 8,377,334 - 0 = 8,377,334

全年合計:

全年預算 = 10,000,000

已支用點數 = 1,622,666

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 + 0 = 1,622,666

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 10,000,000 - 1,622,666 = 8,377,334

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:

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

$$\text{已支用點數} = 10,956,547 \quad (\text{浮動點數}: 10,956,547 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 10,956,547$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 12,500,000 - 10,956,547 = 1,543,453$$

第2季:

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

$$\text{已支用點數} = 11,880,057 \quad (\text{浮動點數}: 11,880,057 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 11,880,057$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 14,043,453 - 11,880,057 = 2,163,396$$

第3季:

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

$$\text{已支用點數} = 13,364,465 \quad (\text{浮動點數}: 13,364,465 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 13,364,465$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 14,663,396 - 13,364,465 = 1,298,931$$

第4季:

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

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 13,798,931 - 0 = 13,798,931$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 50,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 36,201,069 \quad (\text{浮動點數}: 36,201,069 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

$$= 10,956,547 + 11,880,057 + 13,364,465 + 0 = 36,201,069$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 50,000,000 - 36,201,069 = 13,798,931$$

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： 0
 全年已支用點數： 61,088,157

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 61,088,157
 未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 81,000,000－61,088,157＝ 19,911,843

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 7,080,945,317 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 43,353,800 (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 7,037,591,517 (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	2,220,286	965,975	3,186,261	3,186,261
北區	6,152,152	2,889,985	9,042,137	9,042,137
中區	3,041,755	1,264,787	4,306,542	4,306,542
南區	3,628,670	1,777,749	5,406,419	5,406,419
高屏	7,099,507	3,085,897	10,185,404	10,185,404
東區	8,077,463	3,149,574	11,227,037	11,227,037
合計	30,219,833	13,133,967	43,353,800(B2)	43,353,800(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% = 7,037,591,517 × 2.22% = 156,234,532 (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 = 6,872,606,985 (加總後四捨五入至整數位)(註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 67% = 6,872,606,985 × 67% = 4,604,646,680 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 13% = 6,872,606,985 × 13% = 893,438,908 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 10% = 6,872,606,985 × 10% = 687,260,699 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 4% = 6,872,606,985 × 4% = 274,904,279 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 6,872,606,985 × 5% = 343,630,349 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 6,872,606,985 - 4,604,646,680 - 893,438,908 - 687,260,699 - 274,904,279 - 343,630,349 = 68,726,070

程式代號：RGBI3008R02

110年第 3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:110/07—110/09

核付截止日期:110/12/31

列印日期：111/01/21

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	96Q3+97Q3+98Q3		109年8月		109年7~9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	4,067,660,394	29.9898%	7,618,588	33.0759%	963,337.410368		30.8237%	31.4344%
北區	1,666,787,981	12.2888%	3,824,955	16.6059%	426,127.286102		13.6347%	13.9048%
中區	3,666,236,032	27.0302%	4,577,753	19.8742%	786,705.478869		25.1720%	25.6707%
南區	1,942,046,149	14.3182%	3,322,740	14.4256%	419,228.193964		13.4139%	13.6797%
高屏	2,220,761,046	16.3730%	3,689,606	16.0184%	469,204.773744		15.0130%	15.3104%
東區					60,714.856770			
小計	13,563,491,602	100.0000%	23,033,642	100.0000%	3,125,317.999817	3,125,318	98.0573%	100.0000%

指標4(註7)(S4)

指標	去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差							
計算期間	109年7~9月							
分區	人數利用 率成長率 (p)	醫療費 用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註4)	各分區各季經指 標4加權後之預算 (Ai4) =(Ai1)×(1+指標4權值)	指標4占率 =(Ai4/ΣAi4)
臺北	-0.040687	0.039815	-0.080502	2	0.00	4,067,660,394	4,067,660,394	30.2060%
北區	-0.059740	0.023068	-0.082808	3	0.00	1,666,787,981	1,666,787,981	12.3774%
中區	-0.063369	-0.001791	-0.061578	1	0.00	3,666,236,032	3,666,236,032	27.2251%
南區	-0.068889	0.014443	-0.083332	5	-0.05	1,942,046,149	1,844,943,842	13.7004%
高屏	-0.063260	0.019686	-0.082946	4	0.00	2,220,761,046	2,220,761,046	16.4911%
小計						13,563,491,602	13,466,389,295	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5月			
分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指 標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)	指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	0.009292	4,067,660,394	4,105,457,094	30.2854%
北區	0.003220	1,666,787,981	1,672,155,038	12.3352%
中區	-0.010333	3,666,236,032	3,628,352,815	26.7658%
南區	0.001742	1,942,046,149	1,945,429,193	14.3512%
高屏	-0.007315	2,220,761,046	2,204,516,179	16.2624%
小計		13,563,491,602	13,555,910,319	100.0000%

程式代號：RGBI3008R02

110年第 3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:110/07—110/09

核付截止日期:110/12/31

列印日期：111/01/21

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	29.9898%	33.0759%	31.4344%	30.2060%	30.2854%
北區	12.2888%	16.6059%	13.9048%	12.3774%	12.3352%
中區	27.0302%	19.8742%	25.6707%	27.2251%	26.7658%
南區	14.3182%	14.4256%	13.6797%	13.7004%	14.3512%
高屏	16.3730%	16.0184%	15.3104%	16.4911%	16.2624%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註9)：

$$\begin{aligned}
 \text{第3季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 68,726,070 - 0 \\
 &= 68,726,070
 \end{aligned}$$

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	1.35245081	0	0
北區	1.29022912	0	0
中區	1.16785659	0	0
南區	1.14890343	0	0
高屏	1.16135929	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)：

$$\begin{aligned}
 \text{「風險調整移撥款撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 8,750,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\
 &= 8,750,000 - 0 \\
 &= 8,750,000 \text{ (Gh)}
 \end{aligned}$$

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	1.35245081	0	0
北區	1.29022912	0	0
中區	1.16785659	0	0
南區	1.14890343	0	0
高屏	1.16135929	0	0
小計		0	0(R1)

程式代號：RGBI3008R02

110年第 3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:110/07—110/09

核付截止日期:110/12/31

列印日期：111/01/21

頁 次： 20

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=第3季預算Ga+ 第3季預算Gb+ 第3季預算Gc+ 第3季預算Gd+ 第3季預算Ge+ 第3季預算Gf+ 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3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	1,380,924,330	295,512,960	216,036,277	83,037,587	104,069,826	20,610,811	4,812,500	2,105,004,291
北區	565,855,821	148,363,572	95,562,226	34,026,002	42,387,491	8,445,609	3,937,500	898,578,221
中區	1,244,645,207	177,563,835	176,424,632	74,842,965	91,975,412	18,576,794	0	1,784,028,845
南區	659,302,521	128,883,923	94,015,202	37,662,986	49,315,079	9,840,336	0	979,020,047
高屏	753,918,801	143,114,618	105,222,362	45,334,739	55,882,541	11,252,520	0	1,114,725,581
小計	4,604,646,680	893,438,908	687,260,699	274,904,279	343,630,349	68,726,070	8,750,000	6,881,356,985

(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	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_109)	5,705,956,419	2,441,498,808	4,923,369,401	2,755,071,770	3,108,690,673	18,934,587,071
110年 第1季	1,817,886,169	781,695,963	1,602,393,010	918,701,338	1,021,348,652	6,142,025,132
第2季	2,049,550,403	875,503,168	1,760,524,242	981,514,799	1,107,581,534	6,774,674,146
第3季	2,105,004,291	898,578,221	1,784,028,845	979,020,047	1,114,725,581	6,881,356,985
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_110)	5,972,440,863	2,555,777,352	5,146,946,097	2,879,236,184	3,243,655,767	19,798,056,263
預算成長率	4.67%	4.68%	4.54%	4.51%	4.34%	4.56%

※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%。

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	1,135,460,785(BF)	670,429,842(BG)	56,059(BJ)
2-北區分區	493,479,901(BF)	326,301,585(BG)	7,087(BJ)
3-中區分區	1,098,112,603(BF)	622,392,454(BG)	25,762(BJ)
4-南區分區	564,642,168(BF)	379,723,009(BG)	11,032(BJ)
5-高屏分區	648,009,113(BF)	418,845,765(BG)	13,795(BJ)
6-東區分區	85,985,645(BF)	45,528,370(BG)	4,986(BJ)
7-合計	4,025,690,215(GF)	2,463,221,025(GG)	118,721(GJ)

程式代號：RGBI3008R02

110年第 3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:110/07—110/09

核付截止日期:110/12/31

列印日期：111/01/21

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	= [2,105,004,291	— (670,429,842 +	0) —	56,059]	／ 1,135,460,785 = 1.26337995
北區分區	= [898,578,221	— (326,301,585 +	272,760) —	7,087]	／ 493,479,901 = 1.15910858
中區分區	= [1,784,028,845	— (622,392,454 +	424,692) —	25,762]	／ 1,098,112,603 = 1.05743795
南區分區	= [979,020,047	— (379,723,009 +	11,576) —	11,032]	／ 564,642,168 = 1.06133488
高屏分區	= [1,114,725,581	— (418,845,765 +	0) —	13,795]	／ 648,009,113 = 1.07385221
東區分區	= [156,234,532	— (45,528,370 +	0) —	4,986]	／ 85,985,645 = 1.28743787

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)

= [7,037,591,517 — (2,463,221,025 + 709,028) — 118,721] / 4,025,690,215 = 1.13608909

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 3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:110/07—110/09

核付截止日期:110/12/31

列印日期：111/01/21

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, 105, 004, 291	]	／ [1, 135, 460, 785 + 670, 429, 842 + 0 + 56, 059]	= 1.16559603
北區分區	= [898, 578, 221	]	／ [493, 479, 901 + 326, 301, 585 + 272, 760 + 7, 087]	= 1.09574514
中區分區	= [1, 784, 028, 845	]	／ [1, 098, 112, 603 + 622, 392, 454 + 424, 692 + 25, 762]	= 1.03665018
南區分區	= [979, 020, 047	]	／ [564, 642, 168 + 379, 723, 009 + 11, 576 + 11, 032]	= 1.03667165
高屏分區	= [1, 114, 725, 581	]	／ [648, 009, 113 + 418, 845, 765 + 0 + 13, 795]	= 1.04485736
東區分區	= [156, 234, 532	]	／ [85, 985, 645 + 45, 528, 370 + 0 + 4, 986]	= 1.18792365

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, 037, 591, 517] / [4, 025, 690, 215 + 2, 463, 221, 025 + 709, 028 + 118, 721] = 1.08441827

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, 037, 591, 517 + 191, 643, 287 + 43, 353, 800] / [4, 025, 690, 215 + 2, 463, 221, 025 + 709, 028 + 118, 721 + 188, 644, 070 + 43, 353, 800]
= 1.08195080

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

= 28, 340, 217 + 54, 805, 677 + 15, 225, 540 + 42, 840, 985 + 4, 349, 436 + 359, 634 + 13, 364, 465 + 20, 447, 806 + 11, 909, 527
= 191, 643, 287

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110/06(含)以前：於110/10/01～110/12/31期間核付者。

費用年月110/07～110/09：於110/07/01～110/12/31期間核付者。

肆、討論事項

討論事項 第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「健保支付標準第四部中醫」文字修正案，提請討論。
說明：

一、中醫現行支付項目部分條文文字與中醫師執行業務現況有所相抵，如

- (1)骨傷病患常需各類中西醫之理學檢查方能正確診斷，為使條文更具完整性，建議將標準作業程序中第一項四診八綱辨證改為“四診八綱辨證或理學檢查”，以符合臨床需求。
- (2)中醫傷科處置包含許多處置方法，如傷科手法(摸、接、端、提、按、摩、推、拿等)或給予冰、熱敷或給予藥布或使用外敷或用於患部固定等等，單純理筋手法無法代表所有傷科處置，同時服用抗凝血劑中風病人，或嚴重外傷等需要各類傷科處置之病患亦無法使用理筋手法，為使條文更具完整性，建議將標準作業程序中第三項理筋手法修正為“傷科處置：傷科手法(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”，以符合臨床需求。
- (3)中醫的針灸傷科的療程處置，醫師會視病人的情形給予傷科或針灸處置，若依高度複雜性傷科一起始次之通則2的規定，則醫師只能給予傷科處置，不符臨床常規；故建議條文修正通則2為“後續治療處置以傷科、針灸處置申報。”，以符合臨床需求。
- (4)為有效管理高度複雜性傷科一起始次的申報方式，建議於高度複雜性傷科一起始次通則新增：
 5. 同一院所同一患者申報第二次高度複雜性傷科一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。
 6. 同一院所對同一位患者不同部位每三個月限申報高度複雜性傷科一次；同一院所對於同一患者同一部位申報高度複雜性傷科案件，六個月最多一次申報(不含脫臼整復復位、骨折復位)。
- (5)因中醫師會依病情需求及專業判斷，提供不同之照護處置，如針灸或傷科處置，同時依病人狀況，提供單純針灸治療或傷科治療，是故建議將第八章編號C05、C06、C07、C08、C09註1之條文修正為“每月限申報一次，照護處置

費包括中醫醫療診察費、執行針灸治療或傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。”，以符合臨床需求。

- (6) 踝部及足部區位的損傷的 ICD-10 自 S96~S99 大都符合附表 4.5.2 高度複雜性傷科(多部位損傷)適應症，在之前規劃附表 4.5.2 時漏列部分代碼，建議新增代碼：

S96.29, S96.89, S96.99；另代碼 M13.0(多發性關節炎)同時出現在附表 4.5.1 中度複雜傷科及附表 4.5.2 高度複雜(多部位損傷)，建議從附表 4.5.2 中刪除該病名，以符合臨床需求。

二、建議修正條文對照表如下：

項次	修正條文	原條文
第五章 一般傷科 (E01、 E02) 註：	1. 標準作業程序 <u>(1)四診八綱辨證或理學檢查。</u> (2)診斷。 <u>(3)傷科處置：傷科手法(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。</u>	1. 標準作業程序 (1)四診八綱辨證。 (2)診斷。 (3)理筋手法。
第五章 高度複雜性傷科-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 <u>傷科、針灸處置</u> 申報。 3. 須合併以下任一輔助治療：藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療或夾板固定治療。 4. 治療時間合計二十分鐘以上。 5. <u>同一院所同一患者申報第二次高度複雜性傷科一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。</u> 6. <u>同一院所對同一位患者不同部位每三個月限申報高度複雜性傷科一次；同一院所對於同一患者同一部位申報高度複雜性傷科案</u>	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 <u>一般傷科(E01、E02)申報</u> 。 3. 須合併以下任一輔助治療：藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療或夾板固定治療。 4. 治療時間合計二十分鐘以上。

	件，六個月最多一次申報。 (不含脫臼整復復位、骨折復位)	5. (新增) 6. (新增)
第八章 編號 C05、C06、C07、C08、C09 註 1：	每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、執行針灸治療 <u>或</u> 傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。	每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、 同時 執行針灸治療 及 傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。

健保署意見：

一、111 年度一般服務預算可用於調整支付標準合計 552.9 百萬元，分述如下：

(一)非協商因素：「醫療服務成本指數改變率」預估增加金額 52.9 百萬元。

(二)協商因素：「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」預計增加 500.0 百萬元，執行目標為 111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期醫療次數較 108 年多出 5%。

(三)110 年 12 月 9 日醫療服務共擬會議提案，平均每位專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，由現行 45 人次調升為 60 人次，預估增加支出 82.7 百萬點。

二、有關中醫支付標準修訂案，本署說明如下：

(一)有關修訂中醫傷科標準作業程序：

1. 現行中醫支付標準規範傷科標準作業程序為「四診八綱辨證、診斷及理筋手法」，另本署前於 103 年 7 月 8 日以健保醫字第 1030033553 號函釋「理筋手法」包含推、拿、揉、按、滾等，倘未符前開規定之案件，健保未予給付。

2. 承上，本案中全會依臨床需求建議將標準作業程序中，

第(1)項「四診八綱辨證」新增「或理學檢查」，另將第(3)項「理筋手法」改為「傷科處置：傷科手法(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」，屬放寬支付規範。

3. 有關傷科手法，請中全會說明：

(1)經查網路資料，《醫宗金鑑·正骨心法要旨》中將正骨手法總結為摸、接、端、提、按、摩、推、拿八大法，後世稱之為「正骨八法」。請中全會說明正骨手法是否執行任一項即可，或需合併多項手法治療。

(2)另查衛生福利部「中醫傷科專科醫師訓練課程基準(草案)」中，所敘「手法訓練」為理筋手法、正骨手法及上躰手法，故是否建議增列「上躰手法」。

(3)另建議於支付標準明訂應於病歷詳細記載醫師施行之傷科處置項目。

4. 因健保資料庫未收載原不符申報條件之傷科案件，故無法進行費用影響評估，請中全會依實務經驗提供放寬申報條件之案件占現行傷科案件之比率，俾利進行本項財務影響評估。

(二)有關修訂「高度複雜性傷科-起始次」通則：

1. 修訂後續治療處置之定義：

(1)本項經洽中全會表示，高度複雜性傷科後續治療處置，倘係執行單純傷科，則應以一般傷科(E01、E02)申報；倘係執行單純針灸或針灸合併傷科，則依當次治療適應症及療程治療次第，申報第四章針灸治療處置費或第六章針灸合併傷科治療處置費。

(2)前述建議恐涉及同一療程申報方式，請中全會說明：

A. 查全民健康保險醫療辦法第8條第3項略以，中醫針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者，自首次治療日起30日內，6次以內治療為同一療程。

B. 承上，同一療程除第一次診療需要部分負擔外，針

灸療程期間內都免除門診基本部分負擔；惟中醫傷科相關療程，同一療程自第二次起，每次須付 50 元部分負擔。

C. 個案首次進行傷科治療，第 2 次起進行針灸或針傷合併治療，係屬同一療程或應分為不同療程？宜先予釐清再確認是否需修改支付標準。

2. 增訂治療頻率：

(1) 申報第二次「高度複雜性傷科—一起始次」需為新發生損傷案件並載明發生原因及時間：和現行支付規範相同，同意增訂。

(2) 不同部位每 3 個月限申報 1 次、同部位每 6 個月限申報 1 次：請中全會說明增列此項，並放寬通則之原因。建議仍應回歸「高度複雜性傷科—一起始次」原規劃之精神，新發生損傷案件始可申報。

(三) 有關修訂附表 4.5.2 高度複雜性傷科(多部位損傷)適應症附表：

1. 新增適應症代碼 S96.29、S96.89 及 S96.99：查 110 年 3 月至 12 月主、次診斷以前開適應症申報一般傷科治療處置費之案件共 2 件，倘改以「高度複雜性傷科（多部位損傷）—一起始次」申報，約增加 1,300 點【 $(877-227)*2$ 】。

2. 刪除適應症代碼 M13.0：查 110 年 3 月至 12 月主、次診斷以前開適應症申報「高度複雜性傷科（多部位損傷）—一起始次」之案件共 878 件，倘改以「中度複雜性傷科」申報，約減少 395,100 點【 $(877-427)*878$ 】。

(四) 有關第八章特定疾病門診加強照護 C05 至 C09 之申報條件，自「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」，屬申報條件放寬，考量係為配合臨床實務非所有病人均需接受針灸或傷科治療，且仍維持每月限申報 1 次之規範，爰不增加財務支出。

(五)擬具支付標準第四部中醫修訂草案，詳附件 1(討 1-7~24 頁)。

決議：

第四部 中 醫

第四章 針灸治療處置費

通則：

一、本章治療處置費用均內含材料費。

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

編號	診療項目	支付點數
D01	一般針灸	
	— 另開內服藥	227
D02	— 未開內服藥	227
	電針治療	
D03	— 另開內服藥	227
D04	— 未開內服藥	227
D05	中度複雜性針灸	
	— 另開內服藥	327
D06	— 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)須針灸二個(含)以上部位： <u>頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。(將依中全會提供之針灸部位明列申報格式中的「診療之部位」)</u>	
	(2)須合併以下任一輔助治療： <u>CH01</u> 拔罐治療、 <u>CH02</u> 刮痧治療、 <u>CH03</u> 熱療(含紅外線治療)、 <u>CH04</u> 電療、 <u>CH05</u> 放血治療、 <u>CH06</u> 艾灸治療或 <u>CH07</u> 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	
	— 另開內服藥	427
D08	— 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)須針灸二個(含)以上部位：<u>頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。</u>(將依中全會提供之針灸部位明列申報格式中的「診療之部位」) (2)須合併以下任一輔助治療：<u>CH01</u>拔罐治療、<u>CH02</u>刮痧治療、<u>CH03</u>熱療(含紅外線治療)、<u>CH04</u>電療、<u>CH05</u>放血治療、<u>CH06</u>艾灸治療或<u>CH07</u>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<u>或理學檢查</u>。 (2)診斷。 (3)理筋手法傷科處置：傷科手法〔<u>理筋手法(推、拿、揉、滾、按)、正骨八法(摸、接、端、提、按、摩、推、拿等)</u>〕、<u>冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定等各類傷科處置。</u> <u>(4)上述均應於病歷詳細記載。</u> 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。	
E03	中度複雜性傷科—療程第一次	
	— 另開內服藥	427
E04	— 未開內服藥	427

編號	診療項目	支付點數
	註： 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：<u>CH01</u> 拔罐治療、<u>CH02</u> 刮痧治療、<u>CH03</u> 熱療(含紅外線治療)、<u>CH04</u> 電療、<u>CH08</u> 藥薰治療、<u>CH09</u> 膏布治療或 <u>CH10</u> 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)申報。	
	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)申報。 3.須合併以下任一輔助治療：<u>CH01</u> 拔罐治療、<u>CH02</u> 刮痧治療、<u>CH03</u> 熱療(含紅外線治療)、<u>CH04</u> 電療、<u>CH08</u> 藥薰治療、<u>CH09</u> 膏布治療或 <u>CH10</u> 夾板固定治療。 4.治療時間合計二十分鐘以上。 <u>5.同一院所同一患者申報第二次「高度複雜性傷科一起始次」需為新發生損傷案件並載明發生原因及時間，並加強審查。</u> <u>6.同一院所對同一病人不同部位每三個月限申報高度複雜性傷科一次；同一院所對於同一病人同一部位申報高度複雜性傷科案件，六個月最多申報一次。(不含脫臼整復復位、骨折復位)。</u> <u>(將依中全會提供之傷科部位明列申報格式中的「診療之部位」)</u>	
E05	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。	
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	877
	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)。	
E09	3.脫臼整復復位一起始次 —另開內服藥	1177
E10	—未開內服藥	1177

編號	診療項目	支付點數
	註： 1.適應症詳附表 4.5.3。 2.起始次定義含再次復位。 4.骨折復位一起始次	
E11	—另開內服藥	1277
E12	—未開內服藥	1277
	註： 1.適應症詳附表 4.5.4。 2.起始次定義含再次接骨。	

附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症

ICD-10-CM	中文病名
G45、G46	其他腦血管疾病
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
G81	偏癱
G90	自主神經系統疾患
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	腦梗塞
I67	其他腦血管疾病
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M40	脊椎後彎症及脊椎前彎症
M41	脊椎側彎症
M42	脊椎骨軟骨症
M43	其他變形性背部病變
M45	僵直性脊椎炎
M46	其他發炎性脊椎病變
M47	退化性脊椎炎
M48	其他脊椎病變
M50	頸椎椎間盤疾患
M51	胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患
M53	其他背部病變，他處未歸類者
M62.3	截癱性不動症候群

ICD-10-CM	中文病名
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
M80	骨質疏鬆症伴有病理性骨折
M87	骨壞死
M88	變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]
M90.5	歸類於他處疾病所致之骨壞死
M90.6	腫瘤疾病引起之變形性骨炎
M95.2	頭部其他後天性變形
M95.3	頸部後天性變形
M95.4	胸部及肋骨之後天性變形
M95.5	骨盆後天性變形
M95.8	肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形
M95.9	肌肉骨骼系統之後天性變形
M96	術中及術後併發症及肌肉骨骼系統疾患，他處未歸類者
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.2、S14.3、 S24.2、S34.2、S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、 S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸交感神經系統的損傷、胸、腹部，下背部和骨盆水平神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8- S44.9、S54.0-S54.3、 S54.8-S54.9、S64.0- S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、S74.8- S74.9、S84.0-S84.2、 S84.8-S84.9、S94.0-	骨盆及下肢末梢神經損傷

ICD-10-CM	中文病名
S94.3、S94.8-S94.9	

附表 4.5.2 高度複雜性傷科(多部位損傷)適應症

說明：損傷包含鈍傷(挫傷)(Contusion)，表淺損傷(superficial injury)，壓砸傷(Crushing injury)，擦傷(Abrasion)，拉傷(Strain)，扭傷(Sprain)，同時病歷主訴內容，診斷疾病須記載大於(含)兩個損傷部位。

ICD-10-CM	中文病名
M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
M13.89	更年期關節炎，多處部位
M13.0	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
M12.9	未明示之關節病變，多處部位
M24.10	關節軟骨疾患，多處部位
M24.50	關節緊縮，多處部位
M24.60	關節粘連，多處部位
M24.80	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
M12.39	復發性風濕，多處部位
M25.50	關節痛，多處部位
M25.60	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
R26.2	行走障礙，多處部位
M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
S00.00	頭皮表淺損傷
S00.01	頭皮擦傷
S00.03	頭皮鈍傷
S00.1	眼瞼及眼周圍區域鈍傷
S00.20	眼瞼及眼周圍區域的表淺損傷
S00.21	眼瞼及眼周圍區域擦傷
S00.30	鼻子表淺損傷
S00.31	鼻子擦傷
S00.33	鼻子鈍傷
S00.40	耳表淺損傷
S00.41	耳擦傷
S00.43	耳鈍傷
S00.50	唇及口腔未明示表淺損傷
S00.51	唇及口腔擦傷
S00.53	唇及口腔鈍傷
S00.80	頭部其他部位表淺損傷
S00.81	頭部其他部位擦傷
S00.83	頭部其他部位鈍傷
S00.90	頭部未明示部位表淺損傷

ICD-10-CM	中文病名
S00.91	頭部未明示部位擦傷
S00.93	頭部未明示部位鈍傷
S03.4	下頷扭傷
S03.8	頭部其他關節及韌帶扭傷
S03.9	頭部未明示關節及韌帶扭傷
S05.0	結膜及角膜損傷未伴有異物
S05.1	眼球及眼眶組織鈍傷
S06.31	右側大腦鈍傷及撕裂傷
S06.32	左側大腦挫傷及裂傷
S06.33	大腦挫傷及裂傷，未明示側性
S06.37	小腦挫傷，裂傷及出血
S06.38	腦幹挫傷，裂傷及出血
S07	頭部壓砸傷
S09.10	頭部肌肉及肌腱損傷
S09.11	頭部肌肉及肌腱拉傷
S09.19	頭部肌肉及肌腱其他特定損傷
S09.8	頭部其他特定損傷
S09.9	臉部及頭部損傷
S10.0	咽喉挫傷
S10.11	咽喉擦傷
S10.80	頸部其他特定部位表淺性損傷
S10.81	頸部其他特定部位擦傷
S10.83	頸部其他特定部位挫傷
S10.90	頸部表淺性損傷
S10.91	頸部擦傷
S10.93	頸部挫傷
S13.4	頸椎韌帶扭傷
S13.5	甲狀腺區域扭傷
S13.8	頸部其他部位之關節和韌帶扭傷
S13.9	頸部未明示部位關節和韌帶扭傷
S16.1	頸部肌肉，筋膜和肌腱拉傷
S17	頸部壓砸傷
S19	頸部其他特定及未明示損傷
S20.0	乳房挫傷
S20.11	乳房擦傷
S20.2	胸部挫傷
S20.30	前胸壁表淺性損傷
S20.31	前胸壁擦傷
S20.40	後胸壁表淺性損傷
S20.41	後胸壁擦傷

ICD-10-CM	中文病名
S20.90	胸部表淺性損傷
S20.91	胸部擦傷
S23.3	胸椎韌帶扭傷
S23.4	肋骨及胸骨扭傷
S23.8	胸部其他特定部位扭傷
S23.9	胸部未明示部位扭傷
S29.00	胸部肌肉和肌腱未明示之損傷
S29.01	胸部肌肉和肌腱扭傷
S29.09	胸部肌肉和肌腱其他損傷
S29.8	胸部其他特定損傷
S29.9	胸部未明示損傷
S30.0	下背和骨盆挫傷
S30.1	腹壁挫傷
S30.2	外生殖器官挫傷
S30.3	肛門挫傷
S30.810	下背部和骨盆擦傷
S30.811	腹壁擦傷
S30.91	下背部和骨盆未明示表淺性損傷
S30.92	腹壁未明示表淺性損傷
S33.5	腰(部)脊椎[腰椎]韌帶扭傷及拉傷(勞損)
S33.6	薦髂骨間關節扭傷及拉傷(勞損)
S33.8	腰(部)脊椎[腰椎]與骨盆(腔)其他部位的扭傷及拉傷(勞損)
S33.9	腰(部)脊椎[腰椎]與骨盆(腔)未明示部位的扭傷及拉傷(勞損)
S38.1	腹部、下背部及骨盆壓砸傷
S39.00	腹部、下背部及骨盆肌肉, 筋膜及韌帶損傷
S39.01	腹部, 下背部及骨盆肌肉、筋膜及韌帶拉傷
S39.09	腹部、下背部及骨盆之肌肉、筋膜及韌帶其他損傷
S40.0	肩膀和上臂挫傷
S40.21	肩膀擦傷
S40.81	上臂擦傷
S40.9	肩膀及上臂表淺性損傷
S43.40	肩關節扭傷
S43.41	喙突肱骨間(韌帶)扭傷
S43.42	旋轉環膜囊扭傷
S43.49	肩關節其他扭傷
S43.5	肩胛峰鎖骨間關節扭傷
S43.6	肩胛峰鎖骨間關節扭傷
S43.8	肩帶其他特定部位扭傷
S43.9	肩帶未明示部位扭傷
S46.00	右側肩部旋轉肌環肌肉和肌腱損傷

ICD-10-CM	中文病名
S46.01	肩部旋轉肌環肌肉和肌腱拉傷
S46.09	肩部旋轉肌環肌肉和肌腱其他損傷
S46.10	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.11	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.19	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.20	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.21	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.29	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.30	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.31	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.39	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.80	手臂肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.81	肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.89	肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.90	肩及上臂區位肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.91	肩及上臂區位未明示肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.99	肩及上臂區位未明示肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S47	肩部和上臂壓砸傷
S50.0	手肘挫傷
S50.1	前臂挫傷
S50.31	手肘擦傷
S50.81	前臂擦傷
S50.9	手肘及前臂表淺性損傷
S53.4	手肘扭傷
S56.00	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.01	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.09	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.10	前臂區位其他及未明示手指屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.19	前臂區位其他及未明示手指屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.20	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.21	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.29	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.30	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷
S56.31	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.39	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.40	前臂區位其他及未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷
S56.41	前臂區位未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.49	前臂區位其他及未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.50	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷

ICD-10-CM	中文病名
S56.51	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.59	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.80	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱損傷
S56.81	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S56.89	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S56.90	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S56.91	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S56.99	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S57	手肘及前臂壓砸傷
S60.0	手指挫傷未伴有指甲受損
S60.1	手指挫傷伴有指甲受損
S60.2	腕部及手部挫傷
S60.31	拇指擦傷
S60.41	手指擦傷
S60.51	手部擦傷
S60.81	腕部擦傷
S60.9	腕部、手部及手指表淺性損傷
S63.5	腕部其他及未明示扭傷
S63.6	手指其他及未明示扭傷
S63.8	腕部及手部其他部位扭傷
S63.9	腕部及手部未明示部位扭傷
S66.00	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱損傷
S66.01	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.09	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.10	其他及未明手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱損傷
S66.11	其他或未明示手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.19	其他或未明示手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S66.20	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱損傷
S66.21	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.29	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.30	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱損傷
S66.31	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.39	其他及未明示手指腕部及手部區位伸指肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.40	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.41	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.49	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.50	食指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.51	其他及未明示手指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.59	其他及未明示手指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱其他損傷

ICD-10-CM	中文病名
S66.80	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.81	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.89	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.90	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.91	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.99	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S67	腕部、手部及手指壓砸傷
S69	腕部、手部及手指其他及未明示損傷
S70.0	髖部挫傷
S70.1	大腿挫傷
S70.21	髖部擦傷
S70.31	大腿擦傷
S70.34	大腿外部壓傷
S70.9	髖部及大腿表淺性損傷
S73.1	髖部扭傷
S76.00	髖部肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.01	髖部肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.09	髖部肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.10	股四頭肌、筋膜及肌腱損傷
S76.11	股四頭肌、筋膜及肌腱拉傷
S76.19	股四頭肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.20	大腿內收肌、筋膜及肌腱損傷
S76.21	大腿內收肌、筋膜及肌腱拉傷
S76.29	大腿內收肌、筋膜及肌腱其他損傷
S76.30	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.31	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.39	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.80	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.81	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.89	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S76.90	大腿大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.91	大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.99	大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S77	髖部及大腿壓砸傷
S80.0	膝部挫傷
S80.1	小腿挫傷
S80.21	膝部擦傷
S80.81	小腿擦傷
S80.9	膝部及小腿表淺性損傷
S83.4	膝部副韌帶扭傷

ICD-10-CM	中文病名
S83.5	膝部十字韌帶扭傷
S83.6	上脛腓關節面及韌帶扭傷
S83.8	膝部其他特定部位扭傷
S83.9	膝部未明示部位扭傷
S86.00	阿基里斯跟腱損傷
S86.01	阿基里斯跟腱扭傷
S86.09	阿基里斯跟腱其他特定損傷
S86.10	小腿後肌群肌肉及肌腱損傷
S86.11	小腿後肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.19	小腿後肌群其他肌肉及肌腱其他損傷
S86.20	小腿前肌群肌肉及肌腱損傷
S86.21	小腿前肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.29	小腿前肌群肌肉及肌腱其他損傷
S86.30	小腿腓肌群肌肉及肌腱損傷
S86.31	小腿腓肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.39	小腿腓肌群肌肉及肌腱其他損傷
S86.80	小腿其他肌肉及肌腱損傷
S86.81	小腿其他肌肉及肌腱扭傷
S86.89	小腿其他肌肉及肌腱其他損傷
S86.90	小腿未明示肌肉及肌腱損傷
S86.91	小腿未明示肌肉及肌腱扭傷
S86.99	小腿未明示肌肉及肌腱其他損傷
S87	小腿壓砸傷
S90.0	踝部挫傷
S90.1	腳趾挫傷未伴有趾甲損傷
S90.2	腳趾挫傷伴有趾甲損傷
S90.3	足部挫傷
S90.41	腳趾擦傷
S90.51	踝部擦傷
S90.81	足部擦傷
S90.9	踝部，足部及腳趾表淺性損傷
S93.4	踝部拉傷
S93.5	腳趾扭傷
S93.6	足部扭傷
S96.00	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱損傷
S96.01	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱拉傷
S96.09	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱其他損傷
S96.10	踝部及足部區位姆長伸肌和肌腱損傷
S96.11	踝部及足部區位肌腱之姆長伸肌和肌腱扭傷
S96.19	踝部及足部區位姆長伸肌和肌腱其他特定損傷

ICD-10-CM	中文病名
S96.20	踝部及足部區位內在肌和肌腱損傷
S96.21	踝部及足部區位內在肌和肌腱拉傷
<u>S96.29</u>	<u>踝部及足部區位內在肌和肌腱其他特定損傷</u>
S96.80	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱損傷
S96.81	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱拉傷
<u>S96.89</u>	<u>踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱其他特定損傷</u>
S96.90	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱損傷
S96.91	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱拉傷
<u>S96.99</u>	<u>踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱其他特定損傷</u>
S97	踝部及足部壓砸傷
S99	踝部和足部其他特定損傷

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 ~~癱瘓~~、I60-I68)、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。

二、醫事服務機構及醫事人員均須符合下列條件始得申報本章費用：

- (一)中醫師需接受中醫全聯會辦理之「小兒氣喘疾病門診加強照護」、「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」及「腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護」課程各八小時，並由中醫全聯會於每季季底函送符合教育時數之中醫師新增名單給保險人登錄備查。
- (二)申報本章之中醫醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構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者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

三、每位醫師每月本章節各項疾病照護申報上限為三百人次(合計上限為六百五十人次)，超出上限者費用點數支付為零，另小兒氣喘疾病及小兒腦性麻痺疾病每位患者每週限申報一次、腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護每位患者每月限申報一次。

四、看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。(詳附表 4.8.1)

五、特定疾病門診加強照護不列入診察費及處置費合理量計算。

六、為避免病~~患~~人重複收案，醫事人員收治病入後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，已被其他院所收案照護、不符適應症或已達結案條件者，不得收案。另腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷每季至少需於 VPN 填報巴氏量表分數乙次。

七、病~~患~~人經加強照護病程穩定後，應教育病~~患~~人自我照護，改按一般服務提供醫療照護；
(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.8.2 說明。(2) 腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務。

八、申報本章節之案件，當次不得同時另行申報本標準第四部中醫其他章節之診療項目。(B71 脈診儀檢查費及 B72 舌診儀檢查費及 C05、C06、C07、C08、C09 之藥費及藥品調劑費除外)

編號	診療項目	支付點數
C01	特定疾病門診加強照護處置費--小兒氣喘(含氣霧吸入處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、針灸治療處置費、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費、氣霧吸入處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1500
C02	特定疾病門診加強照護處置費--小兒氣喘(不含氣霧吸入處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、針灸治療處置費、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1400
C03	特定疾病門診加強照護處置費--小兒腦性麻痺(含藥浴處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、頭皮針及體針半刺治療處置費、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸、藥浴處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1500
C04	特定疾病門診加強照護處置費--小兒腦性麻痺(不含藥浴處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、頭皮針及體針半刺治療處置費、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1400
C05	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置一至三次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、 同時 執行針灸治療 及 或傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	2000
C06	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置四至六次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、 同時 執行針灸治療 及 或傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	3500
C07	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置七至九次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、 同時 執行針灸治療 及 或傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	5500
C08	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置十至十二次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、 同時 執行針灸治療 及 或傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	7500

編號	診療項目	支付點數
C09	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置十三次以上) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及或傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	9500

討論事項第二案

提案單位：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，無法作外續的評量，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，提請討論。

健保署意見：

- 一、查本計畫之生理評估疾病管理照護費診療項目(包含腦中風患者適用 P33053、顱腦損傷患者適用 P33054、脊髓損傷患者適用 P33055 及呼吸困難患者適用 P33056)，規範須於收案後 3 日內及出院前各執行一次生理評估，且每次須同時完成各項所列量表並登錄於 VPN。
- 二、考量實際臨床需求，本署將於呼吸困難之 VPN 登錄畫面新增「病人死亡，無法進行後測」選項供院所點選，VPN 修訂草案詳附件 2；其餘個案仍應於出院前執行生理評估(後測)。另請中全會說明腦中風、顱腦損傷及脊髓損傷 VPN 登錄畫面是否應一併新增上開選項供院所點選。

決議：

「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫—呼吸困難」VPN 修改草案

個案資料維護

新增 更正 刪除 最新一筆查詢 清除			
醫事機構代碼			
照護類別	01-西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫		
病人身分證號			
出生日期			
疾病類別	☐ 腦血管 ☐ 顱腦損傷 ☐ 脊髓損傷 ☒ 呼吸困難		
病人姓名			
診斷醫事機構		診斷日期	
主診斷碼			
次診斷碼			
就醫科別	▼		
可收案起月		可收案迄月	
醫師身分證號		本院前次評量日期	
收案日期		評量日期	
呼吸頻率	次/分	心率	次/分
血氧飽和度	%		

於評量日期後面新增點選條件「病人死亡，無法進行後測」。

巴式量表		...
氣喘評估測驗(ACT)		...
慢性阻塞肺病評估量表 (CAT)		...
呼吸困難評估量表 (MMRC)		
結案日期		
結案原因		▼

討論事項第三案

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。

說明：

- 一、查支付標準第四部中醫第四章針灸治療處置費之中度複雜性針灸、高度複雜性針灸以及第五章傷科治療處置費之中度複雜性傷科—療程第一次、高度複雜性傷科—起始次通則，訂有須合併以下任一輔助治療：藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療或夾板固定治療、治療時間，另複雜性針灸另規範須針灸二個(含)以上部位。
- 二、為利院所申報案件檢核作業，研擬規範內含複雜性針灸及傷科治療之醫令(D05-D08、E03-E12、F03-F17、F20-F68)，應填報下列項目：

(一) 醫令清單段之「執行時間—起」(p14)、「執行時間—迄」(p15)應填列起迄日期時分。

(二) 應併同上開複雜性針灸及傷科治療醫令，申報輔助治療項目虛擬醫令(醫令類別4)：

虛擬醫令	輔助治療項目	虛擬醫令	輔助治療項目
CH01	拔罐治療	CH06	艾灸治療
CH02	刮痧治療	CH07	眼部特殊針灸
CH03	熱療(含紅外線治療)	CH08	藥薰治療
CH04	電療	CH09	膏布治療
CH05	放血治療	CH10	夾板固定治療

(三) 另為利複雜性針灸及傷科之部位檢核，研擬請院所於醫令清單段「診療之部位」填報針灸及傷科部位，故請中全會依現行醫療實務需求提供針灸及傷科部位列表。

(四) 綜上，本案如獲同意，將依前開輔助治療項目虛擬醫令及

中全會提供之針灸及傷科部位列表編列部位別代碼後，增列於支付標準第四部中醫之相關章節通則，草案詳附件1(討 1-7~24 頁)。

決議：

討論事項第四案

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。

說明：

一、依據中華民國中醫師公會全國聯合會（下稱中全會）110 年 11 月 30 日（110）全聯醫總富字第 1440 號書函（附件 3；討 4-3 頁）、本署 111 年 1 月 13 日健保醫字第 1100046310 號函（附件 4；討 4-4~6 頁）暨中全會 111 年 1 月 20 日（111）全聯醫總富字第 1530 號函（附件 5；討 4-7 頁）辦理。

二、研擬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（下稱西醫住院中醫輔助計畫）之腦血管疾病適用範圍，並增訂同日申報診察費及處置費項目次數，說明如下：

（一）有關修訂腦血管疾病適用範圍：

1. 案係緣於中全會函請本署依現行醫療實務需求修訂西醫住院中醫輔助計畫之「腦血管疾病」適用範圍，自 ICD-10：「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）。
2. 查上開中全會所提修訂建議，與現行實務作業相同，不影響個案收案，故研擬修訂西醫住院中醫輔助計畫，草案詳附件 6。
3. 另查支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護之腦血管疾病適應症範圍亦為 ICD-10：「G45.0-G46.8 及 I60~I68」，請中全會說明是否一併修訂為「G45.0-G46.8、I60-I68」（同附件 1；討 1-7~24 頁）。

（二）有關增訂同日申報診察費及處置費項目次數：

1. 案係緣於本署分析西醫住院中醫輔助計畫申報情形，查有同一住院病人由同醫師或不同醫師於同日申報 2 筆以上診察費及針灸治療處置費之情事，遂函請中全會就申報合

理性提供意見。

2. 中全會回復略以，基於合理利用醫療資源，同一住院病人於同日經同醫師或不同醫師會診提供中醫輔助治療，限申報診察費及治療處置費項目 1 次。
3. 承上，研擬依中全會意見增訂支付通則（附件 6；討 4-8 頁）。

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：luna001w@gmail.com
承辦人：賴宛而 分機：18

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年11月30日
發文字號：(110)全聯醫總富字第1440號
速 別：
附 件：

主 旨：茲修正「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文內容，請鑒察。

說 明：旨揭計畫」第3條第1項第1款規定：「腦血管疾病(ICD-10：G45.0-G46.8 及 I60~I68)」鑑於其適用範圍為二種不同之臨床診斷碼，為符合實際狀況，爰建議將「及」字刪除並改以頓號連接，修正後文字為：「腦血管疾病(ICD-10：G45.0-G46.8、I60~I68)」，敬請大署惠允。

中醫全聯會
股對章(四)

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

抄件：宋宛蓁

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：宋宛蓁(02)27065866轉2635
電子信箱：A111141@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國110年12月13日
發文字號：健保醫字第1100062614號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關貴會建議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案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴會110年11月30日(110)全聯醫總富字第1440號函。
- 二、查貴會所提旨揭計畫建議修訂案與本署現行實務作業相同，不影響個案收案，本署將依程序提至最近一次全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議及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。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會
副本：本署各分區業務組、本署醫審及藥材組

抄 件：宋 宛 蓁

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：宋宛蓁(02)27065866轉2635
電子信箱：A111141@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國111年1月13日
發文字號：健保醫字第1100046310號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明三、四

主旨：有關本署分析「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」（下稱西醫住院中醫輔助計畫）申報情形，查有病人由同一醫師或不同醫師於同日申報2筆以上診察費及針灸治療處置費情事，請貴會於文到2週內提供意見，請查照。

說明：

- 一、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辦理。
- 二、查西醫住院中醫輔助計畫及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，皆未訂有針灸或傷科治療項目同日申報次數之限制，又西醫住院中醫輔助計畫規範「針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費，不受同一療程規定之限制」，爰本署現行就本計畫同日申報2筆以上針灸或傷科治療項目或診察費者，未訂有相關檢核及審查機制。
- 三、另有關同日申報2次以上門診診察費之相關規範，查支付標準第二部西醫第一章第一節門診診察費通則八規範，由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。另本署（改制前為中央健康保險局）85年12月26日健保醫字第85027061號函暨86年3月17日健保醫字第86003315號函釋（附件1、2）略以，中醫院所接

受同一病人同日兩次以上門診，如由同一醫師診療者，以合併申報為原則；惟如經專業認定係「不同疾病」或「同一疾病病情急遽變化再次診療」者，應可視為另次診療給付診察費。

四、再查貴會於109年11月19日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額109年第4次研商議事會議提案刪除本計畫原「本計畫之案件（同一個案）每二週不得申報超過七次（加護病房患者除外）」之規範，並於會中說明病人所需治療之次數應回歸醫療專業認定（附件3），爰請貴會就下列事項提供意見：

- （一）同日執行2次以上針灸或傷科治療，是否有醫療科學根據屬有益病人病情改善或穩定。
- （二）相同病情之住院個案，於同日經同醫師或不同醫師以會診方式提供中醫輔助治療，是否應限制申報診察費及治療處置項目之次數。

五、承上，倘貴會建議應限制西醫住院中醫輔助計畫之申報次數，本署將提案至全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議討論。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會
副本：本署中醫業務組

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 111 年 1 月 20 日
發文字號：(111)全聯醫總富字第 1530 號
速 別：
附 件：論文，二份。

主 旨：有關「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」申報，基於合理利用醫療資源，同一住院個案，於同日經同醫師或不同醫師以會診方式提供中醫輔助治療，限申報診察費及治療處置費項目 1 次，請鑒察。

說 明：

- 一、復大署 111 年 1 月 13 日健保醫字第 1110771714 號函。
- 二、中醫住院病人於同日執行 2 次針灸治療以上，對病人病情改善有所幫助，檢附相關論文資料二篇。

中醫全聯會
教對章(四)

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

理事長 柯富揚

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

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：

針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。

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-I68)。
- 2.顱腦損傷(ICD-10： S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9)。
- 3.脊髓損傷(ICD-10： S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)。

(二)呼吸困難(ICD-10： J12-J18、J43-J45、J69、J70、J80、J81、J84、J90、J91、J93、J94、J96、J98、J99、P23、P24、P28、R06)之住院病人，當次住院需中醫輔助醫療協助者。

四、預算來源：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款項目下支應。

五、申請資格及退場機制：

(一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)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，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)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處分者)。

(三)退場機制：前一年度結案患者之前測量表完成率低於 90%且後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本計畫。

六、申請程序：

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

七、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

八、執行方式：

(一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。

(二)療效評估標準：

- 1.腦血管疾病：以美國國家衛生研究院中風評量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。
- 2.顱腦損傷：以巴氏量表(Barthel Index)、改良式創傷嚴重度指標 (Revised Trauma Score, RTS：包含呼吸次數，收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標)做為評估標準。
- 3.脊髓損傷：以美國脊髓損傷協會神經和功能評分(American Spinal Injury Association neurologic and functional score, ASIA score)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。
- 4.呼吸困難：以下列項目做為評估標準。
 - (1)呼吸頻率 (respiratory rate, RR)、心率 (heart rate, HR)、血氧飽和度 (oxygen saturation as measured by pulse oximetry, SpO2)。
 - (2)巴氏量表(Barthel Index)。
 - (3)依病人狀況進行以下其中一項量表：
 - A.氣喘：氣喘控制測驗 (Asthma Control Test, ACT)。
 - B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(COPD Assessment Test, CAT)。
 - C.其他：呼吸困難評估量表(Modified Medical Research Council, mMRC)。

(三)本計畫收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)。各項評估量表須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前，登錄於VPN。

(四)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請書之內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，並檢具中醫全聯會所發予之評估結果，向保險人之分區業務組申請計畫變更，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

九、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件二。

(二)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。

十、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：本計畫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「C8(腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療)」、「JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」、「JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」及「JQ(呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療)」。

(二)有關醫療費用申報及支付、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，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十一、執行報告：

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

十二、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

十三、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十四、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，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、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

十五、本計畫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。

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

基	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷		聯絡電話		
本 資 料	E-mail :				
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			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		
	保險醫事服務機構自評項目		請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規		☐ 未違反 ☐ 違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		☐ 未違反 ☐ 違反		
機 構 章 戳					

(本欄位由中醫全聯會審核意見欄) 中醫全聯會審核意見欄	1 ☐ 審核通過。 2 ☐ 不符合規定。 3 ☐ 資料不全，請於 月 日內補齊。 4 ☐ 其他。 審核委員： 審核日期： 年 月 日
--------------------------------	---

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 給付項目及支付標準

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001)，不受同一療程規定之限制。
- 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 七、本計畫同一病人同一診療項目，每日限申報一次。**

支付標準表

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P33031	針灸治療處置費	400
P33032	電針治療	500

註：P33031、P33032每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風患者適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33054	生理評估(限顱腦損傷患者適用) (1)改良式創傷嚴重度指標(RTS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33055	生理評估(限脊髓損傷患者適用) (1)美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33056	生理評估(限呼吸困難患者適用) (1)呼吸頻率(RR)，心率(HR)，血氧飽和度(SpO2) (2)巴氏量表(Barthel Index) (3)依病人狀況進行以下其中一項量表： A.氣喘：氣喘控制測驗(ACT)。 B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(CAT)。 C.其他：呼吸困難評估量表(mMRC)。	1,000

註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。

2.P33053、P33054、P33055、P33056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。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P33071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P33072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
P33073	中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助)	500/次
P33074	中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

討論事項第五案

提案單位：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。

說明：北區「苗栗縣頭屋鄉」原列於「醫療資源不足地區改善方案」附件 1-2「施行區域-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」，該開業獎勵院所已於 111 年 1 月 1 日起辦理歇業，故該鄉鎮應變更至附件 1-1「施行區域-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」。

健保署意見：

查苗栗縣頭屋鄉於 110 年 12 月 31 日已無開業之中醫診所(潔安中醫診所歇業)，屬本方案之無中醫鄉鎮地區，故同意中醫全聯會建議，將本方案施行地區屬僅有一家中醫醫事服務機構之苗栗縣頭屋鄉改列為無中醫鄉鎮(如附件 1-1;討 5-2~3 頁)。

決議：

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

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		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		海端鄉	3
	北埔鄉	1		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	金門縣	烈嶼鄉	6
苗栗縣	南庄鄉	1	屏東縣	滿州鄉	2		烏坵鄉	6
	西湖鄉	1		枋山鄉	1	連江縣	北竿鄉	4
	獅潭鄉	1		三地門鄉	3		莒光鄉	6
	泰安鄉	3		霧臺鄉	3		東引鄉	6
	<u>頭屋鄉</u>	<u>1</u>		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			
	東石鄉	1		七美鄉	6			

註1：本一覽表統計截止日期：110 年 11 月 24 日，共 83 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

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	雲林縣	玉井區		壽豐鄉
	銅鑼鄉		口湖鄉		光復鄉
	三義鄉		林內鄉		瑞穗鄉
	造橋鄉		二崙鄉	台東縣	太麻里鄉
	頭屋鄉		褒忠鄉		卑南鄉
台中市	石岡區		元長鄉		池上鄉
	線西鄉	嘉義縣	布袋鎮		成功鎮
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 11月24日，共73 72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。

說明：

一、「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（下稱不予支付指標）」，自 95 年開始實施，目的為減少低價值醫療利用，依醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 31 條，經檔案分析超過指標閾值之申報費用，應依該指標處理方式不予支付。

二、現行 4 項中醫總額不予支付指標清單如下：

指標代碼	指標名稱	初始實施起日 (民國年/月/日)	最新修訂日期	107年 核減點數	108年 核減點數	109年 核減點數	110年 核減點數 (Q1、Q4)
022	中醫同一院所同一患者同月看診次數過高	95/12/1	108/5/1	54,828	25,634	5,975	1,509
030	中醫用藥日數重複率過高	98/2/1	105/11/1	48,866	267,549	113,809	93,646
033	中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高	99/5/1	109/6/1	130,456	111,263	59,179	10,100
037	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	101/7/1	108/5/1	10,127	1,612	11,362	351
	小計			244,277	406,058	190,325	105,606
備註：110年4-9月因應疫情不予核減。							

三、考量不予支付指標逕扣方式未檢視個案之醫療需求，為尊重臨床專業，爰建議停止辦理此 4 項不予支付指標，回歸例行抽審作業。

決議：

全民健康保險檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式 (現行實施內容)

中醫總額部門

指標名稱	022-中醫同一院所同一患者同月看診次數過高
實施目的	約束特約院所合理的醫療行為及減少患者就醫之不便
指標定義	按院所代碼及病患身分證號歸戶，當月申請診察費(中醫門診總額診察費大於0)8次以上個案，核減超過次數之診察費。 排除當年度中醫總額部門<u>以下專款專用</u>案件。 <u>(1)B6：職災案件、A3：預防保健。</u> <u>(2)當年度中醫總額部門專款專用案件(依當年度總額協商各專款專用案件特定治療項目代碼辦理)</u> <u>(3)25：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。</u> <u>(4)30：中醫特定疾病門診加強照護。</u>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	中醫總額部門
處理方式	病患就診8次以上之部分，診察費不予支付。 不予支付點數＝【(當月就診8次以上病患總就診次數－當月就診8次以上病患人數*8)÷當月就診8次以上病患總就診次數】*當月就診8次以上病患申報之診察費
衛生福利部核准日期及文號	中華民國108年3月21日衛署健保字第1081260075號函
健保署公告日期及文號	中華民國108年3月26日健保審字第1080003989號公告
實施起日	108年5月1日(費用年月)

指標名稱	030-中醫用藥日數重複率過高
實施目的	減少病患不當之重複用藥
指標定義	用藥日數重複率 分母：給藥案件之給藥日份加總 分子：重複用藥日數 給藥案件：藥費點數大於0之案件 重複用藥日數=$\sum \{(\text{同院所同病患前一筆就醫日期} + \text{前一筆給藥日份}) - \text{當次就醫日期} - 1\}$ 中醫每日藥費：當月支付點數
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	中醫總額部門
處理方式	用藥日數重複率大於或等於閾值($\geq 2.10\%$)院所，超出閾值之重複日數藥費不予支付。 不予支付點數=重複用藥日數*當月中醫每日藥費支付點數* (用藥日數重複率-2.1%)/重複率
衛生福利部核准日期及文號	中華民國105年9月12日衛部保字第1050127700號函
健保署公告日期及文號	中華民國105年10月3日健保審字第1050036427號
實施日期	105年11月1日(費用年月)

指標名稱	033-中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高
實施目的	促使特約院所合理的醫療行為及減少醫療浪費
指標定義	按院所代碼及病患身分證號歸戶，針傷科處置(含電針處置)次數每月申請天數合計大於26次(含)<u>以上</u>之個案，核減超過次數之針傷科處置(含電針處置)費用。 排除當年度中醫總額部門以下案件： 1.<u>案件分類</u>：B6(職災案件)、A3(預防保健)。 2.當年度中醫總額部門專款專用案件(依當年度總額協商各專款專用案件特定治療項目代碼辦理) 3.<u>案件分類</u>25：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。 4.<u>案件分類</u>30：中醫特定疾病門診加強照護。
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	中醫總額部門
處理方式	院所當月申報針傷科處置(含電針處置)次數26次(含)以上之病患，不予支付超出之針傷科處置(含電針處置)費用。 不予支付點數=$\sum [(同一院所同一患者當月申報針傷科處置(含電針處置)醫令總數-25) / 針傷科處置(含電針處置)總數 * 針傷科處置(含電針處置)申報總醫令點數]$
衛生福利部核准日期及文號	中華民國109年2月11日衛部保字第1091260053號函
健保署公告日期及文號	中華民國109年4月24日健保審字第1090053706號公告
實施起日	109年6月1日(費用年月)

指標名稱	037-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
實施目的	減少費用不合理的支出
指標定義	中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1,200人次以上之個案。 <u>排除當年度中醫總額部門以下案件</u> <u>(1)B6：職災案件、A3：預防保健。</u> <u>(2)當年度中醫總額部門專款專用案件(依當年度總額協商各專款專用案件特定治療項目代碼辦理)</u> <u>(3)25：中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。</u> <u>(4)30：中醫特定疾病門診加強照護。</u>
指標屬性	負向
分析單位	依院所按月分析
分析範圍	中醫總額部門
處理方式	$\text{不予支付點數} = (\text{同一中醫院所內每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1,200人次以上醫師申報 A32醫令數量總和} - \text{同一中醫院所內每月申請中醫師親自調劑費(A32)醫令數量大於1200人次以上之醫師數} * 1,200) * 13$
衛生福利部核准日期及文號	中華民國108年3月21日衛署健保字第1081260075號函
健保署公告日期及文號	中華民國108年3月26日健保審字第1080003989號公告
實施起日	108年5月1日(費用年月)