



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

110 年 11 月 18 日（星期四）下午 14:00
本署 18 樓大禮堂

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

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表指標案	討 1-1
二、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則」及第五章新增支付標準編碼案	討 2-1
三、修訂年「111 全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」條文案	討 3-1
四、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	討 4-1
五、修訂「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文案	討 5-1
六、修訂「111 年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)」案	討 6-1
七、修訂「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案	討 7-1
八、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	討 8-1

伍、臨時動議：

陸、散會

中醫 110 年第 3 次研商議事會議視訊網址及 QRcode

連線網址：

https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3ameeting_MGQzZGU1ZjMtNTY4ZC00MTFjLTg4ODUtYjI2MDI3NT1jOTE4%40thread.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%2227d302af-cd43-4941-98ca-b3408c0d0969%22%2c%220id%22%3a%2208b3cad1-06e0-4b9c-b0c2-b5a7f4a3dd38%22%7d



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 2 次研商議事會議紀錄

時間：110 年 8 月 19 日 14 時

地點：中央健康保險署 9 樓第 1 會議室(臺北市信義路 3 段
140 號)

主席：張組長禹斌

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列) (*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
古代表濱源	古濱源*	陳代表俞沛	陳俞沛*
何代表紹彰	何紹彰	陳代表淑華	陳淑華
吳代表材炫	吳材炫*	陳代表博淵	陳博淵*
吳代表清源	吳清源*	陳代表憲法	陳憲法*
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	請假
卓代表青峰	卓青峰*	黃代表怡超	蔡素玲 ^代 *
林代表狄昇	林佩菽 ^代	黃代表頌儼	黃頌儼*
林代表敏華	林敏華*	詹代表永兆	詹永兆
施代表純全	施純全	詹代表益能	詹益能
柯代表富揚	柯富揚*	蔡代表三郎	蔡三郎
胡代表文龍	胡文龍*	蔡代表宗憲	蔡宗憲*
曹代表榮穎	曹榮穎*	羅代表永達	羅永達
郭代表朝源	郭朝源*	蘇代表守毅	蘇守毅*

列席單位及人員：

衛生福利部社保司

蘇芸蒂*

衛生福利部中醫藥司

涂瑜君*

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴*、張嘉云*

中華民國中醫師公會全國聯合
會

王逸年、賴宛而、李敬*

本署醫務管理組

吳科屏、游慧真、韓佩軒、
劉林義、陳依婕、洪于淇、
歐舒欣、吳佳頻、鄭智仁、
宋宛蓁、鄭正義、楊淑美

本署醫審及藥材組

高幸蓓、黃詔威、梁淑媛
陳淑儀*

本署企劃組

王宗曦*、林佩萱

本署財務組

李佩耿*

本署資訊組

吳少庾

本署違規查處室

陳怡蓓

本署臺北業務組

楊淑娟*、葉惠珠*、

黃寶玉*、王政忠*

本署北區業務組

蔡秀幸*、吳煥如*、

黃文雯*

本署中區業務組

蘇彥秀*、林淑惠*、

戴秀容*、陳淑眉*、

潘佳鈴*、洪文琦*

本署南區業務組

賴文琳*、陳秀宜*、

秦莉英*、高宜聲*

本署高屏業務組

李金秀*、謝惠婷*、

黃皓綱*、吳建昌*、

李昀融*

本署東區業務組

李名玉*、鄭翠君*、王晶*

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：報告事項第四案案由誤植為 109 年第 4 季結算報告，請修正
為 109 年第 3 季結算報告，餘洽悉。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、序號 1 有關有關藥品檔收載及管理請於建置完成後，與衛生福利部中醫藥司中藥許可證資訊系統進行介接，本署預計於 110 年 10 月中旬完成案，請繼續列管，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、受疫情影響，110 年第 2 季點值，預估臺北分區與東區分區平均點值可能大於 1.2 元，依據「中醫門診總額點值保留款機制作業方案」將保留大於 1.2 元之預算不予分配；為利結算，請中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)於 110 年 9 月底回復該方案是否持續辦理。
- 三、中醫急症處置計畫與兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫執行率偏低，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 1 季點值報告。

決定：洽悉。

- 一、110 年第 1 季結算點值確認如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
110年 第1季	浮動點值	0.9078	1.0002	0.9478	0.9962	0.9311	1.2287	0.9512
	平均點值	0.9421	1.0001	0.9670	0.9977	0.9582	1.1480	0.9699

- 二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。
- 三、各季結算說明表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：109 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：有關代表建議品質保證保留款應訂定具鑑別度標準一節，請中全會參考，並請於下次研商會議提案討論。

參、討論事項

第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：建議修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」等 6 項專業醫療服務品質指標案」。

決議：

- 一、同意增修「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」等 5 項專業醫療服務品質指標排除案件條件，排除「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫（居家中醫醫療服務）」及西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫之呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療。
- 二、同意增修「健保雲端藥歷系統查詢率」1 項，實際計算範圍為點閱健保醫療資訊雲端查詢系統任一頁籤即納入分子，爰修正指標為「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」及分子名稱為「中醫健保醫療資訊雲端查詢系統查詢人數」。

第二案

提案單位：中全會

案由：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。

決議：同意修訂如下：

- 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」。

第三案

提案單位：中全會

案由：變更「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」附件 1-1、附件 1-2 施行區域」。

決議：修訂通過中醫醫療資源不足地區改善方案施行區域，無中醫鄉鎮增列嘉義縣東石鄉、雲林縣四湖鄉、屏東縣林邊鄉等 3 鄉鎮。

伍、散會：15 時 19 分

陸、與會人員發言摘要(詳附件)。

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	108_1_報(3)：中醫門診總額執行概況報告	中藥許可證資訊系統進行藥品許可證主成分含量等資料介接，中醫藥司回復本案已於110年6月底介接完成。另本署資訊系統配合更新部分，繼續列管。	中藥許可證資訊系統進行藥品許可證主成分含量等資料介接一案，資訊組於110年11月12日已完成系統介接及更新資料。	☐ 繼續列管 ☒ 解除列管
2	110_2_報(2)：中醫門診總額執行概況報告	受疫情影響，110年第2季點值，預估臺北分區與東區分區平均點值可能大於1.2元，依據「中醫門診總額點值保留款機制作業方案」將保留大於1.2元之預算不予分配；請中華民國中醫師公會全國聯合會於110年9月底回復該方案是否持續辦理。	1. 中全會已於110年8月24日(110)全聯醫總富字第1284號函請本署同意110年暫不適用「中醫門診總額點值保留款機制作業方案」。 2. 衛福部已於110年9月3日衛部保字第1100134861號函准予備查。 3. 本署已於110年9月10日健保醫字第1100011986號函請各分區業務組配合辦理後續事宜。	☐ 繼續列管 ☒ 解除列管
3	110_2_報(4)：109年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告	代表建議品質保證保留款應訂定具鑑別度標準一節，請中全會參考，並請於下次研商會議提案討論。	中全會已提報111年全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款方案(草案)修訂案，並已列入本次會議討論事項第七案。	☐ 繼續列管 ☒ 解除列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
4	110_2_討(1)_ 建請修正「全民 健康保險中醫 門診總額支付 制度品質確保 方案」等6項指 標排除條件。	1. 同意增修「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」等5項專業醫療服務品質指標排除案件條件，排除「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫（居家中醫醫療服務）」及西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫之呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療。 2. 同意增修「健保雲端藥歷系統查詢率」1項，實際計算範圍為點閱健保醫療資訊雲端查詢系統任一頁籤即納入分子，爰修正指標為「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」及分子名稱為「中醫健保醫療資訊雲端查詢系統查詢人數」。	1. 依會議決議辦理。 2. 衛福部已於110年9月15日衛部保字第1100135975號函公告修訂方案附表 3. 本署已於110年9月27日健保醫字第1100060053號函請各分區業務組配合辦理後續事宜。	☒ 解除 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
5	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 1. 通則五：「個別專任醫師」修訂文字為「平均每位專任醫師」。 2. 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」。	本案修訂內容，本署將依程序提至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。	☐ 解除 ☒ 繼續列管
6	110_2_討(3)_變更「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」附件1-1、附件1-2施行區域」。	通過修訂中醫醫療資源不足地區改善方案施行區域，無中醫鄉鎮增列嘉義縣東石鄉、雲林縣四湖鄉、屏東縣林邊鄉等3鄉鎮。。	1. 本案屬執行面，依方案規定不另行公告修正附件1-1及1-2。 2. 本署已於110年9月8日健保醫字第11000304177A號函周知各分區業務組配合辦理後續事宜。	☒ 解除 ☐ 繼續列管

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件報 2-1）

決定：



中醫門診總額執行概況

中央健康保險署
110年11月18日



大綱

- 110年第3季點值預估
- 110年第3季醫療供給及利用情形
- 110年第3季中醫專案執行報告

點值預估

點值預估假設

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%，風險基金則由五分區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年校正後申請醫療費用(含部分負擔)占率分配。
 - 2-1. 五分區占率公式= $((109\text{年當季全區預算} \times 97.78\%) - \text{提撥金額 } 875\text{萬元})$
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率(67%)、戶籍人口佔率(13%)、同期就醫次數權值占率(10%)、人數利用及醫療點數成長率(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機制並未列入預估作業考量，且其校正占率(6%)均移至實際預算占率。
 3. 預算攤月以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(99.4997929831926%)校正，該占率以110Q1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下半年爭審後核減率，各分區分別計之。



110年第3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3季	臺北	2,079	676	1,132	1.2393	1.1498
	北區	890	325	494	1.1443	1.0870
	中區	1,774	625	1,103	1.0420	1.0268
	南區	976	379	567	1.0521	1.0312
	高屏	1,107	418	649	1.0615	1.0374
	東區	156	46	92	1.2044	1.1367
	合計	6,983	2,470	4,036	1.1181	1.0733

註：109Q3結算全國平均點值0.9178。



110年第3季醫療供給及 利用情形



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9月	1,032	444	1,010	497	522	62	3,567
107年9月	1,064	446	1,024	502	536	67	3,639
108年9月	1,085	460	1,032	515	542	70	3,704
109年9月(A)	1,115	466	1,054	523	547	71	3,776
110年9月(B)	1,129	472	1,053	529	557	71	3,811
成長率(B/A)-1	1%	1%	0%	1%	2%	0%	1%
增減數B-A	14	6	-1	6	10	0	35

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表之特約中醫醫院及中醫診所。

註2：成長率係與前一年同期比較。

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

7



具中醫科醫院 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
109年9月(A)	25	12	32	26	22	9	126
110年9月(B)	25	11	32	25	21	10	124
成長率(B/A)-1	0.0%	-8.3%	0.0%	-3.8%	-4.5%	11.1%	-1.6%
增減數B-A	0	-1	0	-1	-1	1	-2

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

註2：110年9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(0)：增加3家：國軍臺中總醫院中清分院附設民眾診療服務處、惠和醫院、員榮醫院。

減少3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。)

南區(-1)：郭綜合醫院(中醫門診辦理至109/10/31止)。

高屏(-1)：減少1家：高雄市立民生醫院(原由高雄市立中醫醫院(高雄市前金區)之中醫師執登於該院執行中醫科別業務，109/10/19高雄市立中醫醫院遷址於高雄市立民生醫院(高雄市苓雅區)隔壁，原執登之中醫師回任高雄市立中醫醫院，故裁撤中醫部門。)

東區(+1)：國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處。

註3：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註4：成長率為當年各月與去年同期之比較。

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

8



中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
106年9月	1,864	773	1,718	816	910	113	6,194
107年9月	1,942	799	1,787	845	930	127	6,430
108年9月	2,032	842	1,826	869	947	139	6,655
109年9月(A)	2,078	874	1,872	878	991	149	6,842
110年9月(B)	2,146	891	1,911	903	1,018	159	7,028
成長率(B/A)-1	3.3%	1.9%	2.1%	2.8%	2.7%	6.7%	2.7%
增減數B-A	68	17	39	25	27	10	186

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。



醫院執業之中醫師人數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
106年9月	190	97	191	133	97	32	740
107年9月	202	103	203	146	105	39	798
108年9月	212	100	213	157	102	48	832
109年9月(A)	221	106	217	141	115	57	857
110年9月(B)	232	112	234	139	122	58	897
成長率(B/A)-1	5.0%	5.7%	7.8%	-1.4%	6.1%	1.8%	4.7%
增減數B-A	11	6	17	-2	7	1	40

註1：資料來源-本署醫事機構服務檔醫院層級(含醫學中心、區域醫院、地區醫院)執業之中醫師人數。

註2：成長率係與前一年同期比較。



每萬人口中醫師數

年度	106	107	108	109	110Q3
臺北	2.52	2.61	2.71	2.83	2.85
北區	2.12	2.22	2.29	2.34	2.32
中區	3.91	4.00	4.07	4.19	4.19
南區	2.55	2.59	2.69	2.49	2.74
高屏	2.5	2.59	2.66	2.76	2.78
東區	2.31	2.52	2.82	3.04	2.97
總計	2.72	2.81	2.90	3.00	3.00

註：每萬人口中醫師數=中醫師數/(戶籍人口數/10000)。

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

11



各區每萬人口中醫師數與全國比率

年度	106	107	108	109	110Q3
臺北/全區	0.93	0.93	0.93	0.94	0.95
北區/全區	0.78	0.79	0.79	0.78	0.77
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	0.91
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	0.99
全區	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

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

12



每萬人口中醫師數組距 各區鄉鎮數

年月	每萬人口 中醫師組距	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	合計%
109年9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	7	97	26.4%
	1≤X<2	14	11	11	19	14	3	72	19.6%
	2≤X<3	12	6	9	8	7	1	43	11.7%
	3≤X	13	6	28	14	13	3	77	20.9%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
110年9月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	14	10	4	14	24	15	81	22.0%
	0<X<1	18	12	16	23	19	6	94	25.5%
	1≤X<2	13	12	12	17	16	4	74	20.1%
	2≤X<3	12	6	9	8	6		41	11.1%
	3≤X	13	7	27	15	12	4	78	21.2%
	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	0	-1	0	2	1	0	2	
	0<X<1	1	-1	0	-1	-1	-1	-3	
	1≤X<2	-1	1	1	-2	2	1	2	
	2≤X<3	0	0	0	0	-1	-1	-2	
	3≤X	0	1	-1	1	-1	1	1	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

註：+3無中醫鄉鎮：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
-1無中醫鄉鎮：北區為苗栗縣西湖鄉

Bureau of National Health Insurance 13



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
110Q3	台北	2,385.0	-20.9%	1,834.1	-19.4%	769.0	1.9%
	北區	1,117.1	-14.2%	845.9	-10.7%	757.2	4.1%
	中區	2,367.7	-10.2%	1,785.8	-6.8%	754.3	3.9%
	南區	1,240.5	-9.2%	982.6	-5.8%	792.1	3.8%
	高屏	1,405.1	-9.2%	1,099.3	-7.3%	782.4	2.1%
	東區	170.7	-11.0%	153.3	-4.3%	898.0	7.5%
	全區	8,686.0	-13.7%	6,701.0	-11.0%	771.5	3.1%

註1：資料來源：截至110年11月2日倉儲檔。

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：未含交付機構及矯正機關費用。

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

14



整體醫療費用點數申報 【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
110Q3	台北	680.6	-16.6%	10.3	-28.1%	767.5	-19.5%	375.6	-23.7%	1,834.1	-19.4%
	北區	330.5	-11.2%	4.6	-15.9%	358.0	-13.3%	152.8	-3.0%	845.9	-10.7%
	中區	630.4	-6.3%	11.5	-8.0%	749.2	-9.7%	394.8	-1.4%	1,785.8	-6.8%
	南區	384.3	-5.7%	5.2	-11.2%	390.5	-8.4%	202.6	-0.4%	982.6	-5.8%
	高屏	423.7	-5.4%	6.3	-12.4%	448.4	-8.9%	220.8	-7.4%	1,099.3	-7.3%
	東區	49.2	-5.0%	1.0	-14.1%	54.7	-10.7%	48.4	5.2%	153.3	-4.3%
	合計	2,498.7	-9.7%	39.0	-16.3%	2,768.3	-12.8%	1,395.0	-9.3%	6,701.0	-11.0%

註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。

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；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)。

註5：110年3月調整針灸、傷科、針傷合併診療項目之複雜性分類及支付點數。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

15



整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】

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
110Q3	台北	867.2	-20.7%	20.9	-24.4%	391.0	-8.3%	3.5	-46.9%
	北區	425.5	-14.3%	15.5	5.0%	191.9	-8.1%	11.3	-16.1%
	中區	932.8	-10.5%	54.9	21.6%	275.8	1.1%	5.2	-20.2%
	南區	450.1	-10.1%	32.7	-1.9%	230.6	-0.9%	5.2	-50.6%
	高屏	529.4	-9.4%	20.6	-6.7%	222.6	0.5%	11.7	-30.5%
	東區	52.2	-10.3%	4.5	4.9%	24.0	0.8%	11.2	-28.2%
	全區	3,257.2	-13.7%	149.0	1.3%	1,335.9	-3.6%	48.2	-30.9%

註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。

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：案件分類22中醫其他專案大幅增加，應是中醫相關專款計畫於110年1月起陸續修訂適應症、診療項目支付點數所致。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

16



整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(續)

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
110Q3	台北	0.18	29.2%	547.4	-23.6%	2.6	-34.9%	1.26	174.4%	1,834.1	-19.4%
	北區	0.47	-2.3%	196.3	-6.5%	3.0	-14.7%	2.07	1546.0%	845.9	-10.7%
	中區	0.13	-21.8%	506.1	-6.6%	4.7	-20.9%	6.14	272.7%	1,785.8	-6.8%
	南區	0.008	300.0%	254.7	-0.5%	5.7	-28.5%	3.61	133.3%	982.6	-5.8%
	高屏	.	#VALUE!	307.1	-7.5%	6.1	-22.3%	1.66	74.1%	1,099.3	-7.3%
	東區	.	#VALUE!	52.6	-0.1%	1.1	-32.6%	7.53	97.3%	153.3	-4.3%
	全區	0.78	0.0%	1,864.3	-11.6%	23.3	-25.0%	22.28	160.5%	6,701.0	-11.0%

註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。

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。

註4：未含交付機構及矯正機關費用。

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

17



醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	分區	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)	成長率	值	成長率
110Q3	台北	170.2	-37.4%	180.6	-33.4%	1,061.3	6.4%
	北區	67.4	-28.0%	81.2	-23.2%	1,205.2	6.6%
	中區	219.2	-5.6%	219.4	-1.7%	1,001.2	4.2%
	南區	129.5	-17.1%	151.1	-11.5%	1,167.0	6.8%
	高屏	83.8	-16.4%	90.6	-14.1%	1,080.4	2.7%
	東區	32.0	-14.7%	35.6	-7.5%	1,114.8	8.4%
	全區	702.1	-21.3%	758.6	-17.1%	1,080.6	5.3%

註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

18



醫院中醫科醫療費用點數申報 【費用分類+分區別】

年季	項目		藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
	點數	成長率	點數	成長率	點數	成長率	點數	成長率	值	成長率		
	分區 (百萬)		(百萬)		(百萬)		(百萬)		(百萬)			(百萬)
110Q3	台北	88.0	-30.5%	3.7	-35.4%	52.2	-36.7%	36.8	-34.9%	180.6	-33.4%	
	北區	38.8	-27.8%	1.3	-27.6%	19.6	-31.2%	21.4	-1.1%	81.2	-23.2%	
	中區	78.8	-5.8%	4.6	-6.1%	67.8	-5.7%	68.2	8.7%	219.4	-1.7%	
	南區	57.5	-15.0%	2.6	-13.9%	38.4	-15.5%	52.6	-3.7%	151.1	-11.5%	
	高屏	35.3	-11.6%	1.8	-13.6%	26.9	-17.1%	26.7	-14.2%	90.6	-14.1%	
	東區	11.8	-7.3%	0.7	-8.4%	10.3	-13.8%	12.8	-1.7%	35.6	-7.5%	
	合計	310.2	-19.3%	14.8	-19.7%	215.2	-21.1%	218.5	-8.8%	758.6	-17.1%	

註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

19



醫院中醫科申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】

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
110Q3	台北	24.9	-45.0%	15.3	-28.3%	103.3	-27.5%	0.7	-41.2%
	北區	6.2	-30.2%	13.5	13.2%	47.1	-30.1%	0.1	-60.6%
	中區	49.9	-10.7%	47.0	24.8%	68.4	-5.4%	0.3	-61.1%
	南區	18.7	-23.0%	28.0	-1.6%	58.2	-14.5%	2.0	-31.2%
	高屏	14.9	-19.1%	16.4	-17.5%	37.1	-7.4%	0.4	-81.0%
	東區	6.3	-19.6%	4.0	6.8%	9.5	-8.7%	1.0	-27.9%
	全區	120.9	-24.7%	124.1	1.0%	323.6	-19.3%	4.5	-47.0%

註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。#VALUE!係指前一年申報為0。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

20



醫院中醫科申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(續)

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
110Q3	台北	0.18	29.5%	34.0	-41.0%	2.0	-35.1%	0.41	4.3%	180.6	-33.4%
	北區	0.47	-2.3%	12.7	-21.0%	0.9	7.9%	0.27	1508.1%	81.2	-23.2%
	中區	0.08	-28.3%	47.7	-7.1%	3.5	-17.0%	2.60	210.0%	219.4	-1.7%
	南區	0.008	300.0%	38.0	-2.8%	4.8	-32.0%	1.42	62.0%	151.1	-11.5%
	高屏	.	#VALUE!	18.1	-14.3%	3.2	-11.3%	0.61	19.5%	90.6	-14.1%
	東區	.	#VALUE!	12.9	-2.7%	0.7	-33.5%	1.16	61.8%	35.6	-7.5%
	全區	0.73	0.8%	163.4	-17.7%	15.1	-23.9%	6.47	93.0%	758.6	-17.1%

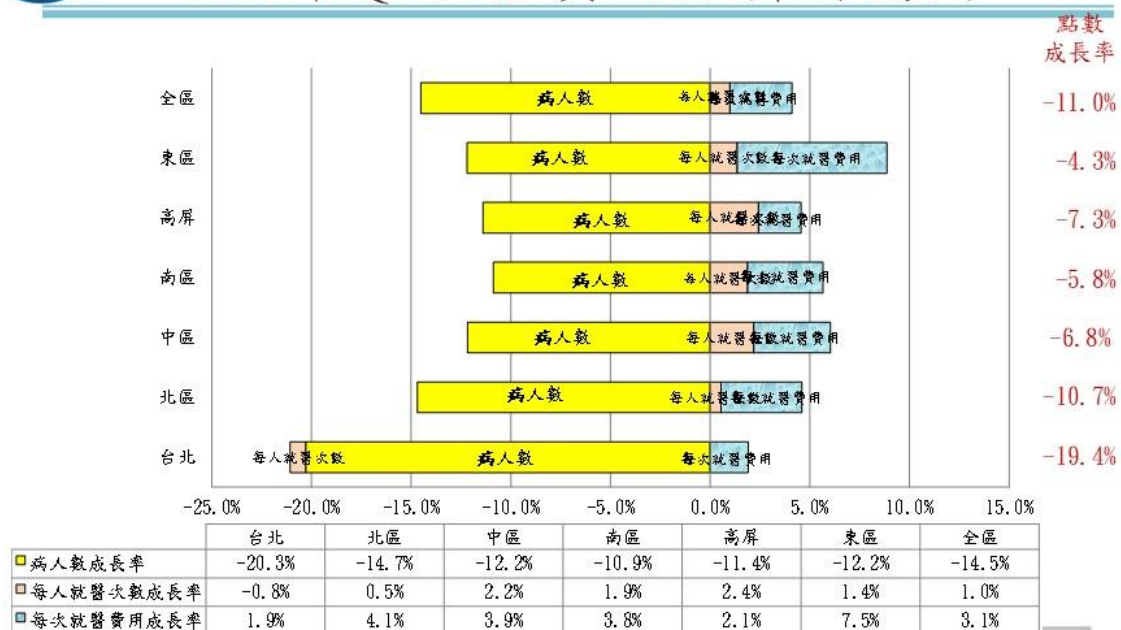
註1：資料來源：截至110年11月2日明細彙總檔。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。#VALUE!係指前一年申報為0。
 註4：未含交付機構及矯正機關費用。

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

21



110年Q3整體費用分析解構圖



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

22

中醫專案執行報告 (含醫院層級執行情形)

中醫專案計畫

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



西醫住院病患中醫特定疾病 輔助醫療計畫

110Q3

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	1,415	14.8	16.2
區域醫院	37	1,752	16.7	18.5
地區醫院	40	965	13.3	15.6
總計	90	3,715	44.8	50.3

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%。

資料來源：截至110年11月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



癌症患者加強照護整合計畫

110Q3

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	13	2,372	11.5	16.6
區域醫院	33	1,871	11.6	18.6
地區醫院	21	598	3.3	4.8
基層院所	50	464	2.2	2.9
總計	117	5,265	28.6	42.9

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%。

資料來源：截至110年11月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫提升孕產照護品質計畫

110Q3

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	6	248	1.1	1.2
區域醫院	10	804	5.0	5.8
地區醫院	13	58	0.2	0.2
基層院所	75	1,409	7.3	8.0
總計	104	2,491	13.6	15.2

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%。

資料來源：截至110年11月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。

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

27



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

110Q3

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	109	284	0.36
區域醫院	2	6	14	0.02
地區醫院	3	8	20	0.02
基層院所	78	1,135	4,246	3.94
總計	86	1,258	4,564	4.35

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%。

資料來源：截至110年11月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。

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

28



中醫急症處置計畫 110Q3

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	178	180	0.358
區域醫院	1	1	1	0.001
地區醫院				
基層院所				
總計	4	179	181	0.359

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%。

資料來源：截至110年11月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。

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

29



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 110Q3

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次 (次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	9	868	2,357	4.5
區域醫院	14	422	1,543	2.6
地區醫院	17	379	1,157	2.2
基層院所	57	632	2,910	4.1
總計	97	2,296	7,967	13.4

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%。

資料來源：截至110年11月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。

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

30



各分區申報專案費用點數

110Q3

單位:百萬點

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	6.9	5.7	1.7	0.7	.	1.4	16.5	13.0%
北區	2.5	5.4	1.4	0.5	.	4.0	13.8	10.9%
中區	23.1	12.0	5.3	1.5	0.0	4.0	45.9	36.3%
南區	8.9	10.6	5.7	0.2	0.0	2.1	27.6	21.8%
高屏	6.8	8.2	0.7	1.4	0.0	1.5	18.6	14.7%
東區	2.1	1.0	0.4	0.0	0.3	0.3	4.2	3.3%
全署	50.3	42.9	15.2	4.4	0.4	13.4	126.5	100.0%

註:急症專案-臺北區、北區未申報、中區申報48,504點、南區申報1,021點、高屏申報5,605點。

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

31



110Q1-Q3中醫專款預算執行情形

序號	專款項目	110Q1	110Q2	110Q3
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
2	癌症患者加強照護整合計畫	43.3	41.8	42.9
3	中醫提升孕產照護品質計畫	17.6	15.2	15.2
4	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	2.8	3.9	4.4
5	中醫急症處置計畫	0.8	0.5	0.4
6	中醫提升慢性腎病照護計畫	11.0	11.9	13.4
		127.4	124.8	126.5

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

32



小結

- 可能受COVID-19疫情影響，各專款項目之預算執行率皆不如預期，其中中醫急症處置計畫(16.2%)，兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫(46.1%)，中醫提升孕產照護品質計畫(53.3%)，癌症患者加強照護整合計畫(52.3)較低，請中全會鼓勵會員積極參與，提升執行率。



敬請指教

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110年第2季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

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

二、有關110年第2季結算結果說明如下（附件報3）：

（一）110年第2季各區點值如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
109年 第1~2季	浮動點值	0.8584	0.8859	0.8447	0.9004	0.8660	1.1292	0.8702
	平均點值	0.9103	0.9320	0.9012	0.9409	0.9181	1.0836	0.9195
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

（二）中醫專案計畫：

專款項目	110Q2 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	39,285	28,373	10,912	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	64,254	55,582	8,672	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	27,442	15,171	12,271	1.0000
4. 癌症患者加強照護整合方案	79,252	41,860	37,391	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	9,206	3,916	5,291	1.0000
6. 中醫急症處置計畫	4,203	466	3,737	1.0000
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(註2)	14,043	11,880	2,163	1.0000
8. 網路頻寬補助費用(註1、4)	81,000	40,640	40,360	
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50.17%。

註5. 醫療資源不足地區改善方案-獎勵開業服務計畫110Q2為7家。

三、擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決定：

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

110年第 2季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

列印日期：110/10/21

頁 次：1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)110年第2季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

=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合計(OPD_G110合計) × 各季預算占率(h_q2)

= 27,569,167,928 × 25.315451%(h_q2)

= 6,979,259,198 (D1)

註：

1. 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%。

2. 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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 2

(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	0
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	94,318,131

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

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： 0

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

(2)獎勵開業保障給付收入： 0(L2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(L3)

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

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 0(L6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 0(L7)

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

3. 合計:

已支用點數： 0(L4+L8)

暫結金額： 0(L10=L5+L9)

未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 46,061,518 - 0= 46,061,518

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=140,600,000/4+ 46,061,518= 81,211,518

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= 81,211,518 - 0= 81,211,518

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 5

全年合計:全年預算=140,600,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 8

(1)獎勵開業已支用點數	: 10,614,899(N1)	(浮動點數 : 7,276,655 ; 非浮動點數: 3,338,244)
(2)獎勵開業保障給付收入	: 16,261,914(N2)	
(3)獎勵開業論次費用	: 0(N3)	
(4)小計已支用點數(N1+N3)	: 10,614,899(N4)	結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 16,261,914(N5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數	: 4,234,268(N6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	: 38,892,300(N7)	
(3)小計已支用點數	: 43,126,568(N8)	結算金額= 43,126,568(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： 53,741,467(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+ 0+ 0= 59,388,482

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=140,600,000- 59,388,482= 81,211,518

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

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：	0(X01)	0(XF01)	0(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)小計：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
已支用點數=	0		
暫結金額= 1元/點× 已支用點數=	0		
未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數=	67,171,904 -	0=	67,171,904

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 234,000,000/4+ 67,171,904= 125,671,904

	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：	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=	125,671,904 -	0=	125,671,904

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：	88,401,577(Z01)	84,350,729(ZF01)	4,050,848(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,255,495(Z02)	9,780,455(ZF02)	475,040(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,082,992(Z03)	4,816,817(ZF03)	266,175(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,588,032(Z04)	4,180,588(ZF04)	407,444(ZN04)
(5)小計：	108,328,096(Z05)	103,128,589(ZF05)	5,199,507(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+ 0+ 0=	108,328,096		
未支用金額= 全年預算 - 暫結金額=	234,000,000 - 108,328,096=	125,671,904	

註：依據「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。
當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 8

=====

(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＝ 0

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第3季預算 － 1元/點× 第3季已支用點數＝ 34,771,073 － 0＝ 34,771,073

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 90,000,000/4＋ 34,771,073＝ 57,271,073

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＝ 57,271,073 － 0＝ 57,271,073

全年合計:

全年預算＝ 90,000,000

已支用點數＝ 32,728,927

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＋ 0＋ 0＝ 32,728,927

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 90,000,000 － 32,728,927＝ 57,271,073

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04-110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 10

=====

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

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療:	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	0	0	0
(7)小計:	0	0	0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 98,641,263 - 0= 98,641,263

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 98,641,263= 159,891,263

	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:	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= 159,891,263 - 0= 159,891,263

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:	29,995,488	25,510,115	4,485,373
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療:	30,124,943	30,124,943	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療:	2,651,675	2,651,675	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護:	8,181,233	8,181,233	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護:	7,106,969	7,106,969	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護:	7,048,429	6,363,275	685,154
(7)小計:	85,108,737	79,938,210	5,170,527

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+ 0+ 0= 85,108,737

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 245,000,000 - 85,108,737= 159,891,263

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

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1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1季未支用金額＝ 24,000,000/4＋5,290,673＝ 11,290,673

已支用點數＝ 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 0)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第3季預算－1元/點×第3季已支用點數＝ 11,290,673－0＝ 11,290,673

第4季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 24,000,000/4＋11,290,673＝ 17,290,673

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＝ 17,290,673－0＝ 17,290,673

全年合計:

全年預算＝ 24,000,000

已支用點數＝ 6,709,327

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＋0＋0＝ 6,709,327

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 24,000,000－6,709,327＝ 17,290,673

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

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 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 6,236,968 - 0 = 6,236,968

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 10,000,000/4 + 6,236,968 = 8,736,968

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 = 8,736,968 - 0 = 8,736,968

全年合計:

全年預算 = 10,000,000

已支用點數= 1,263,032

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+ 0+ 0= 1,263,032

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 10,000,000 - 1,263,032= 8,736,968

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 13

(七)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 全年預算＝ 50,000,000

第1季:

預算＝ 50,000,000/4＝ 12,500,000

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

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 10,956,547

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

第2季:

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

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

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 11,880,057

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

第3季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 50,000,000/4＋2,163,396＝ 14,663,396

已支用點數＝ 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 0)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第3季預算－1元/點×第1季已支用點數＝ 14,663,396－0＝ 14,663,396

第4季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 50,000,000/4＋14,663,396＝ 27,163,396

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＝ 27,163,396－0＝ 27,163,396

全年合計:

全年預算＝ 50,000,000

已支用點數＝ 22,836,604 (浮動點數： 22,836,604 非浮動點數： 0)

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

＝ 10,956,547＋11,880,057＋0＝ 22,836,604

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 50,000,000－22,836,604＝ 27,163,396

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 14

=====

(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： 0

第4季已支用點數： 0

全 年已支用點數： 40,640,351

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 40,640,351

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 81,000,000－40,640,351＝40,359,649

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 6,979,259,198 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 42,799,060 (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 6,936,460,138 (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	2,407,825	959,948	3,367,773	3,367,773
北區	6,110,168	3,050,544	9,160,712	9,160,712
中區	3,367,324	1,383,379	4,750,703	4,750,703
南區	3,709,022	1,717,214	5,426,236	5,426,236
高屏	6,615,655	2,945,552	9,561,207	9,561,207
東區	7,564,586	2,967,843	10,532,429	10,532,429
合計	29,774,580	13,024,480	42,799,060(B2)	42,799,060(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% = 6,936,460,138 × 2.22% = 153,989,415 (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 = 6,773,720,723 (加總後四捨五入至整數位)(註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 67% = 6,773,720,723 × 67% = 4,538,392,884 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 13% = 6,773,720,723 × 13% = 880,583,694 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 10% = 6,773,720,723 × 10% = 677,372,072 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 4% = 6,773,720,723 × 4% = 270,948,829 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 6,773,720,723 × 5% = 338,686,036 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 6,773,720,723 - 4,538,392,884 - 880,583,694 - 677,372,072 - 270,948,829 - 338,686,036 = 67,737,208

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

110年第 2季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

列印日期：110/10/21

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	96Q2+97Q2+98Q2		109年5月		109年4~6月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 =(Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	各區就醫 次數比率加總 (a)	全區 就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後 指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	4,045,672,564	29.6315%	7,628,167	33.1011%	933,023.896629		30.1924%	30.7975%
北區	1,656,701,975	12.1341%	3,817,244	16.5643%	417,241.109822		13.5018%	13.7724%
中區	3,696,250,352	27.0722%	4,579,324	19.8712%	785,730.050118		25.4260%	25.9356%
南區	1,992,139,000	14.5909%	3,326,300	14.4339%	421,503.811027		13.6398%	13.9132%
高屏	2,262,525,558	16.5713%	3,694,029	16.0295%	472,041.537689		15.2751%	15.5813%
東區					60,717.594566			
小計	13,653,289,449	100.0000%	23,045,064	100.0000%	3,090,257.999851	3,090,258	98.0351%	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

110年第 2季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

列印日期：110/10/21

頁 次： 17

指標4(註7)(S4)								
去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差								
指標								
計算期間	109年4~6月							
分區	人數利用 率成長率 (p)	醫療費 用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註4)	各分區各季經指 標4加權後之預算 (Ai4) =(Ai1)×(1+指標4權值)	指標4占率 =(Ai4/ΣAi4)
臺北	-0.046999	0.023771	-0.070770	1	0.00	4,045,672,564	4,045,672,564	29.8791%
北區	-0.059134	0.024229	-0.083363	4	0.00	1,656,701,975	1,656,701,975	12.2355%
中區	-0.045378	0.028198	-0.073576	2	0.00	3,696,250,352	3,696,250,352	27.2984%
南區	-0.054582	0.027231	-0.081813	3	0.00	1,992,139,000	1,992,139,000	14.7128%
高屏	-0.044575	0.042717	-0.087292	5	-0.05	2,262,525,558	2,149,399,280	15.8742%
小計						13,653,289,449	13,540,163,171	100.0000%

指標5(註8)(S5)				
當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率				
指標				
計算期間	110年2月			
分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指 標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)	指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	0.009064	4,045,672,564	4,082,342,540	29.8755%
北區	0.007383	1,656,701,975	1,668,933,406	12.2136%
中區	-0.007061	3,696,250,352	3,670,151,128	26.8590%
南區	-0.000865	1,992,139,000	1,990,415,800	14.5663%
高屏	-0.004351	2,262,525,558	2,252,681,309	16.4856%
小計		13,653,289,449	13,664,524,183	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

110年第 2季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

列印日期：110/10/21

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	29.6315%	33.1011%	30.7975%	29.8791%	29.8755%
北區	12.1341%	16.5643%	13.7724%	12.2355%	12.2136%
中區	27.0722%	19.8712%	25.9356%	27.2984%	26.8590%
南區	14.5909%	14.4339%	13.9132%	14.7128%	14.5663%
高屏	16.5713%	16.0295%	15.5813%	15.8742%	16.4856%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第2季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 67,737,208 - 7,579,521 \\
 &= 60,157,687
 \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	偏鄉院所當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.90776973	40,808,589	3,763,787
北區	1.00024226	0	0
中區	0.94777313	33,730,092	1,761,619
南區	0.99619353	39,754,024	151,314
高屏	0.93113194	27,629,742	1,902,801
小計		141,922,447	7,579,521(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 19

(七)各分區「風險調整移撥款撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned} \text{「風險調整移撥款撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 8,750,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\ &= 8,750,000 - 217,056 \\ &= 8,532,944 \text{ (Gh)} \end{aligned}$$

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	0.90776973	0	0
北區	1.00024226	0	0
中區	0.94777313	1,048,005	54,734
南區	0.99619353	2,780,515	10,584
高屏	0.93113194	2,203,319	151,738
小計		6,031,839	217,056(R1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 20

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=第2季預算Ga+ 第2季預算Gb+ 第2季預算Gc+ 第2季預算Gd+ 第2季預算Ge+ 第2季預算Gf+ 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2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	1,344,793,887	291,482,889	208,613,664	80,957,072	101,184,147	17,825,625	4,693,119	2,049,550,403
北區	550,693,131	145,862,525	93,290,391	33,151,944	41,365,758	7,299,594	3,839,825	875,503,168
中區	1,228,642,798	174,982,547	175,680,511	73,964,695	90,967,682	16,286,009	0	1,760,524,242
南區	662,192,367	127,102,570	94,244,131	39,864,159	49,334,024	8,777,548	0	981,514,799
高屏	752,070,701	141,153,163	105,543,375	43,010,959	55,834,425	9,968,911	0	1,107,581,534
小計	4,538,392,884	880,583,694	677,372,072	270,948,829	338,686,036	60,157,687	8,532,944	6,774,674,146

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 21

(九)全年各季各分區預算

季別	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	合計
109年 第1季	1,743,314,585	748,005,755	1,535,921,140	881,910,978	980,385,092	5,889,537,550
第2季	1,960,142,402	837,562,777	1,684,558,431	938,224,757	1,063,272,383	6,483,760,750
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_109)	3,703,456,987	1,585,568,532	3,220,479,571	1,820,135,735	2,043,657,475	12,373,298,300
110年 第1季	1,817,886,169	781,695,963	1,602,393,010	918,701,338	1,021,348,652	6,142,025,132
第2季	2,049,550,403	875,503,168	1,760,524,242	981,514,799	1,107,581,534	6,774,674,146
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_110)	3,867,436,572	1,657,199,131	3,362,917,252	1,900,216,137	2,128,930,186	12,916,699,278
預算成長率	4.43%	4.52%	4.42%	4.40%	4.17%	4.39%

※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：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

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

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

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

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

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值：

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

c. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和(Σdr_peop)

= 各分區 Σ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)。

※成長率之計算係與前季季中比較。

9. 指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

(1) 每季結算時，「偏鄉」之中醫醫療院所，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，若分區前一當季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。

(2) 依上述方式補付後，若該季預算尚有結餘，則餘額按指標1「95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率」分配予五分區，併同指標1至指標5之預算進行當季結算。

(3) 條件說明：

a. 偏鄉定義為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」。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

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：110/10/21

110年第 2季

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

頁 次： 24

四、一般服務各分區浮動點值之計算

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

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1,050,283,675(BF)	629,040,288(BG)	53,112(BJ)
2-北區分區	445,959,835(BF)	300,085,093(BG)	27,711(BJ)
3-中區分區	1,011,666,435(BF)	579,017,362(BG)	25,569(BJ)
4-南區分區	538,541,976(BF)	362,766,832(BG)	15,242(BJ)
5-高屏分區	614,260,599(BF)	394,190,698(BG)	13,583(BJ)
6-東區分區	78,139,603(BF)	41,617,136(BG)	6,440(BJ)
7-合計	3,738,852,123(GF)	2,306,717,409(GG)	141,657(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

110年第 2季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

列印日期：110/10/21

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	= [2,049,550,403	— (629,040,288 —	0) —	53,112]	／ 1,050,283,675 = 1.35245081
北區分區	= [875,503,168	— (300,085,093 —	0) —	27,711]	／ 445,959,835 = 1.29022912
中區分區	= [1,760,524,242	— (579,017,362 —	0) —	25,569]	／ 1,011,666,435 = 1.16785659
南區分區	= [981,514,799	— (362,766,832 —	0) —	15,242]	／ 538,541,976 = 1.14890343
高屏分區	= [1,107,581,534	— (394,190,698 —	0) —	13,583]	／ 614,260,599 = 1.16135929
東區分區	= [153,989,415	— (41,617,136 —	0) —	6,440]	／ 78,139,603 = 1.43801395

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)

= [6,928,663,561 — (2,306,717,409 — 0) — 141,657] / 3,738,852,123 = 1.23615600

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3008R02

110年第 2季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:110/04—110/06

核付截止日期:110/09/30

列印日期：110/10/21

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)

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

臺北分區	= [2,049,550,403]	÷ [1,050,283,675 + 629,040,288 - 0 + 53,112]	= 1.22042300
北區分區	= [875,503,168]	÷ [445,959,835 + 300,085,093 - 0 + 27,711]	= 1.17348248
中區分區	= [1,760,524,242]	÷ [1,011,666,435 + 579,017,362 - 0 + 25,569]	= 1.10675418
南區分區	= [981,514,799]	÷ [538,541,976 + 362,766,832 - 0 + 15,242]	= 1.08896994
高屏分區	= [1,107,581,534]	÷ [614,260,599 + 394,190,698 - 0 + 13,583]	= 1.09828469
東區分區	= [153,989,415]	÷ [78,139,603 + 41,617,136 - 0 + 6,440]	= 1.28578263

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)

$$= [6,928,663,561] \div [3,738,852,123 + 2,306,717,409 - 0 + 141,657] = 1.14604607$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD1)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B4)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(GG)} - \text{緩起訴捐助款} + \text{加總分區自墊核退點數(GJ)} + \\ \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)}]$$

$$= [6,928,663,561 + 189,616,351 + 42,799,060] \div [3,738,852,123 + 2,306,717,409 - 0 + 141,657 + 186,061,796 + 42,799,060] \\ = 1.14128564$$

註：

$$1. \text{專款專用暫結金額} = \text{醫療資源不足地區改善方案暫結金額} + \text{西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額} + \text{中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額} + \text{癌症患者加強照護整合方案暫結金額} + \text{兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額} + \text{中醫急症處置計畫暫結金額} + \text{中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} + \text{網路頻寬補助費用暫結金額} + \text{品質保證保留款預算} \\ = 28,373,437 + 55,582,157 + 15,170,853 + 41,860,474 + 3,915,664 + 465,680 + 11,880,057 + 20,382,445 + 11,985,584 \\ = 189,616,351$$

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

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月110/03(含)以前:於110/07/01~110/09/30期間核付者。

費用年月110/04~110/06:於110/04/01~110/09/30期間核付者。

報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：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。

說明：

- 一、依據 103 年 2 月 20 日「中醫門診總額研商議事會議」103 年第 1 次會議決議略以，考量 102 年原採用四季重分配之計算方式，常因第一季工作日數較少，調整後預算占率較其他 3 季為低，為避免第一季點值有偏低情形，故改以近五年之各季核定點數平均占率做為各季預算重分配之依據。
- 二、111 年各季預算按 105~109 年各季核定點數平均占率(如下表)重分配後之占率如下:第 1 季 23.209366%、第 2 季 25.148925%、第 3 季 25.846146%、第 4 季 25.795563%。

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

註1：109Q1-Q2因受COVID-19疫情影響，報部後核定採合併結算。

因中醫門診總額一般服務預算採四季重分配，故將109Q1-Q2核定點數除2，以利計算105-109年各季占率。

註2：實際運算採小數點以下8位，限於版面，本表105-109個年度僅呈現小數點以下5位。

- 三、另111年中醫門診一般服務之保障項目擬比照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。

決定：

報告事項第五案

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。

說明：

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

二、111 年會議時間，擬訂如下表，請代表預留時間：

會議名稱	第 1 次 會議	第 2 次 會議	第 3 次 會議	第 4 次 會議	第 1 次 臨時會
會議日期	2/24 星期四 (下午)	5/19 星期四 (下午)	8/18 星期四 (下午)	11/17 星期四 (下午)	12/1 星期四 (下午)

決定：

肆、討論事項

討論事項 第一案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」，
提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險會於 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議暨本會 110 年 10 月 3 日中醫門診醫療服務審查執行會第 43 次會議決議事項辦理。
- 二、全民健康保險會於 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過「提昇民眾於疾病黃金治療期針傷照護」項目，因應民眾就醫需求，建議修正「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」，以符合健保會會議意涵。

健保署意見：

- 一、109 年中醫門診總額整體性醫療品質資訊公開報告資料顯示，指標「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」整體而言，109 年全年統計值為 0.10%，符合參考值 0.11% 範圍。從分區別來看，109 年僅臺北區全年統計值(0.18%)高於參考值，餘符合參考值範圍。

指標名稱	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署	指標方向	參考值
於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率	0.18%	0.02%	0.08%	0.06%	0.00%	0.06%	0.10%	負向	0.11%

- 二、考量 111 年中醫總額通過「提昇民眾於疾病黃金治療期針傷照護」項目，為符民眾就醫需求，建議排除疾病黃金治療期針傷照護之次數，並請中全會將疾病黃金治療期定義提供本署。

三、為符合健保會會議意涵，除前述方案，請中全會考量是否以「疾病黃金治療期針傷照護病人跨院所針傷科處置之比率」，替代原指標「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」。

決議：

討論事項第二案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則」及第五章新增支付標準編碼案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 110 年 10 月 3 日中醫門診醫療服務審查執行會第 43 次會議決議事項辦理。
- 二、全民健康保險會於 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過協商項目「提昇民眾於疾病黃金治療期針傷照護」項目預算為 500.0 百萬。
- 三、本會擬修正通則五文字如下：

通則五、專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量：

(一)中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量限~~四十五人次~~六十人次以內：

1. 計算方式：

(1)公式：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＝當月針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置總人次／當月總看診日數。

(2)每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「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、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。

2. 支付方式：

(1)申報量在三十人次以下部分，按表訂點數支付。

(2)申報量在三十一至~~四十五人次~~六十人次之部分，未開內服藥之針灸治療(編號D02、D04、D06、D08)、一般傷科治療(編號E02)、針灸合併一般傷科治療(F02、F36、F53)、電針合併一般傷科治療(F19)以九折支付，其餘項目按表定點數支付。(3)申報量在~~四十六~~六十一人次以上之部分，第四章至第六章各診療項目支付點數以零計。

(二)除前項每看診日平均申報量上限~~四十五人次~~六十人次以

內，另依下列規範第四章針灸治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置之每月申報上限：

1. 其中內含中度複雜性針灸：每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51。
2. 其中內含高度複雜性針灸：每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。
3. 超過部分改以內含一般針灸醫令計算，包括編號：D01、D02、D03、D04、F01、F02、F04、F05、F07、F08、F10、F11、F13、F14、F16、F17、F18、F19、F21、F22、F24、F25、F27、F28、F30、F31、F33、F34。

四、因巡迴醫療針傷科處置為合併診察費申報，不適用療程的規範，為使申報巡迴醫療複雜性傷科處置的第二次起，沒有合宜的編號申報，為能正確的申報，建議於第五章新增：「非第一次複雜性傷科限巡迴醫療使用，申報編號EXX，給付點數327點」，以符合實際現況。

編號	診療項目	支付點數
	非第一次複雜性傷科	
EXX	— 另開內服藥	327
EXX	— 未開內服藥	327
	註：限全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之巡迴醫療使用。	

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大於 110 年。

二、有關中醫支付標準通則五修訂案，本署說明如下：

(一)有關專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科處置(下稱針傷處置)合理量計算，摘要現行計算方式如下：

1. 以各院所專任醫師每月看診總日數，以及院所針傷處置總申報件數，計算每人每月 45 人次之合理量上限。
2. 續依醫令申報點數(或折付點數)，由高至低依序補至合理量上限。

(二)依中全會提案，以 109 年針傷處置申報資料，推估財務影響如下：

1. 各院所平均每日針傷處置申報量介於 46 人次以上者，假設均申報至 60 人次，總計增加 364,515 人次，每人每次以 227 點計，約增加 82.7 百萬點。
2. 本項通則修訂案，預算尚足以支應。

三、有關巡迴醫療針傷處置醫令增修訂案，本署說明如下：

(一)巡迴醫療針傷處置為合併診察費申報依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第五章傷科治療處置費規定，參與「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」巡迴院所申報傷科治療處置費方式如下：

1. 中度複雜性傷科：療程第一次以醫令代碼E03、E04申報，支付點數427點，療程第二次至第六次以醫令代碼E01、E02申報，支付點數227點。
2. 高度複雜性傷科：療程起始次以醫令代碼E05~E12申報，支付點數877點~1,277點，後續療程以醫令代碼E01、E02申報，支付點數227點。

(二)經查110年3月-8月巡迴院所申報傷科治療處置案件，計

30,517件，其中屬非第一次複雜性傷科案件總計2,475件，正確申報案件共568件，錯誤申報案件共1,907件(即同一療程非第一次治療申報E03-E12醫令)。

(三) 依中全會提案內容，以110年3月-8月巡迴院所實際申報情形推估財務影響：實際申報非第一次複雜性傷科處置費總計124萬點，改以EXX醫令327點支付，推估支付點數為81萬點(下降約43萬點)。

(四) 前揭新增「非第一次複雜性傷科」醫令，如獲共識擬配合修訂本方案內容。

決議：

討論事項第三案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：修訂「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，提請討論。

說明：

- 一、依本會 110 年 10 月 3 日中醫門診醫療服務審查執行會第 43 次會議決議事項辦理。
- 二、年度依歷修改，修正附件 1-1 及附件 1-2(詳附錄)

健保署意見：

- 一、針對中醫全聯會修正施行區域之建議，說明如下：(詳討 3-39~40 頁，附件 1-1、1-2)
 - (一)無中醫鄉鎮區：111 年共 81 個鄉鎮區。新增嘉義縣東石鄉、雲林縣四湖鄉、屏東縣林邊鄉；移除苗栗縣西湖鄉。
 - (二)一家中醫鄉鎮區：111 年共 75 個鄉鎮區。新增苗栗縣西湖鄉、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。
- 二、本署另建議 111 年度計畫修訂處摘要如下：
 - (一)依全民健康保險醫療給付費用總額協商會議結論，專款經費修正為 172 百萬元。(詳對照表討 3-5 頁)
 - (二)補充計畫文字敘述：
 - 1. 完備巡迴醫療服務計畫之開診規範，新增巡迴點核定原則如下：
 - (1) 每一保險醫事服務機構每週至多 3 次定點定時中醫巡迴醫療服務。(詳對照表討 3-17 頁)。
 - (2) 每一次巡迴得至多個巡迴點，每個巡迴點至少服務 1 小時，支付一次巡迴診次費用。(詳對照表討 3-18 頁)
 - 2. 獎勵開業院所比照巡迴醫療服務，敘明門診日報表應於次月 20 日前送保險人備查。(詳對照表討 3-25 頁)
 - 3. 敘明考核方式與項目：
 - (1) 獎勵開業及巡迴院所皆應進行「考核表評核」及「民眾滿意度調查表評核」。(詳對照表討 3-35 頁)
 - (2) 醫療院所參加考核需繳交至少 10 份民眾滿意度調查表。(詳對照表討 3-52 頁，附件 11-1)

4. 配合 110 年 3 月支付標準修訂，敘明同一療程處置費申報規範：

(1) 針灸、傷科及針灸合併傷科治療之處置費應依同一療程規定申報。(詳對照表討 3-27 頁)

(2) 支付標準刪除脫臼整復章節，酌修文字 (詳對照表討 3-25 頁~27 頁)

(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。
(詳對照表_討 3-33 頁)

決議：

**110111 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	澎湖縣	望安鄉	6
	石門區	1		大內區	1		七美鄉	6
	平溪區	1		左鎮區	1	花蓮縣	富里鄉	1
	雙溪區	1		龍崎區	1		豐濱鄉	2
	烏來區	3		北門區	1		秀林鄉	3
宜蘭縣	冬山鄉	1		東山區	1		萬榮鄉	3
	壯圍鄉	1		安定區	1		卓溪鄉	3
	大同鄉	3	高雄市	田寮區	1	台東縣	大武鄉	2
	南澳鄉	3		內門區	1		東河鄉	1
桃園市	復興區	3		茂林區	3		長濱鄉	2
新竹縣	橫山鄉	1		桃源區	3		鹿野鄉	1
	寶山鄉	1	屏東縣	那瑪夏區	3		綠島鄉	5
	北埔鄉	1		萬巒鄉	1		延平鄉	3
	峨眉鄉	1		竹田鄉	1		海端鄉	3
	尖石鄉	3		新埤鄉	1		達仁鄉	3
	五峰鄉	3		車城鄉	1		金峰鄉	3
苗栗縣	南庄鄉	1		枋山鄉	1		蘭嶼鄉	6
	獅潭鄉	1		林邊鄉	1	金門縣	烈嶼鄉	6
	泰安鄉	3		滿州鄉	2		烏坵鄉	6
台中市	大安區	1		三地門鄉	3	連江縣	北竿鄉	4
	和平區	3		霧臺鄉	3		莒光鄉	6
南投縣	信義鄉	3		泰武鄉	3		東引鄉	6
	仁愛鄉	3		來義鄉	3			
雲林縣	東勢鄉	1		春日鄉	3			
	四湖鄉	1		獅子鄉	3			
嘉義縣	溪口鄉	1		牡丹鄉	3			
	鹿草鄉	1		瑪家鄉	3			
	番路鄉	1	澎湖縣	吉貝村	6			
	東石鄉	1		白沙鄉	5			
	阿里山鄉	3		西嶼鄉	5			

註1：本一覽表統計截止日期：109110年10月31日，共7981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。

**110111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	南投縣	魚池鄉	高雄市	甲仙區
	金山區		國姓鄉		恆春鎮
	萬里區	台南市	柳營區	屏東縣	長治鄉
	貢寮區		六甲區		麟洛鄉
	石碇區		西港區		鹽埔鄉
	八里區		七股區		高樹鄉
宜蘭縣	蘇澳鎮		將軍區		南州鄉
	三星鄉		山上區		九如鄉
新竹縣	關西鎮		楠西區		琉球鄉
	芎林鄉		南化區		崁頂鄉
苗栗縣	卓蘭鎮		官田區	花蓮縣	鳳林鎮
	銅鑼鄉	雲林縣	玉井區		壽豐鄉
	三義鄉		口湖鄉		光復鄉
	造橋鄉		林內鄉		瑞穗鄉
	頭屋鄉		二崙鄉	台東縣	太麻里鄉
	西湖鄉		褒忠鄉		卑南鄉
台中市	石岡區		元長鄉	澎湖縣	池上鄉
	線西鄉	嘉義縣	布袋鎮		湖西鄉
彰化縣	埔鹽鄉		六腳鄉	金門縣	金沙鎮
	二水鄉		義竹鄉		金寧鄉
	田尾鄉		梅山鄉	連江縣	南竿鄉
	芳苑鄉		大埔鄉		
	竹塘鄉	高雄市	湖內區		
	大城鄉		六龜區		
南投縣	集集鎮		杉林區		
	鹿谷鄉		永安區		
	中寮鄉		彌陀區		

註1：本一覽表統計截止日期：109110年10月31日，共7775個鄉鎮(區)。

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

111年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案修正對照表

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
維持原條文		一、依據： 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
維持原條文		二、目的： 鼓勵中醫師至中醫醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分布，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護。	
三、預算來源： <u>111</u> 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 <u>172</u> 百萬元。		三、預算來源： <u>110</u> 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 <u>140.6</u> 百萬元。	一、修正計畫年度文字。 二、依全民健康保險醫療給付費用總額協商會議結論修正專款經費。
四、施行區域： （一）獎勵開業服務計畫：以 <u>110</u> 年 10 月 31 日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件 1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。		四、施行區域： （一）獎勵開業服務計畫：以 <u>109</u> 年 10 月 31 日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件 1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。	修正計畫年度文字。

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
(二)巡迴醫療服務計畫：以 110 年 10 月 31 日調查時， 為附件 1-1 所列屬無中醫 醫事服務機構之鄉鎮區及 附件 1-2 所列屬僅有一家 中醫醫事服務機構之鄉鎮 區為施行區域。	依 110 年第二次中醫研 商議事會議決議，新增 一家中醫鄉鎮：苗栗縣 西湖鄉	(二) 巡迴醫療服務計畫：以 109 年 10 月 31 日調查時， 為附件 1-1 所列屬無中醫 醫事服務機構之鄉鎮區及 附件 1-2 所列屬僅有一家 中醫醫事服務機構之鄉鎮 區為施行區域。	依 110.10.31 統計各鄉鎮區 提供中醫科別服務之醫事機 構情形： 一、修訂附件 1-1，無中醫鄉 鎮，增加嘉義縣東石鄉、 雲林縣四湖鄉、屏東縣林 邊鄉，減少苗栗縣西湖 鄉，總計 81 個鄉鎮區。 二、修訂附件 1-2，一家中醫 鄉鎮增加苗栗縣西湖 鄉、臺東縣成功鎮，減少 新竹縣關西鎮、嘉義縣東 石鄉、雲林縣四湖鄉、屏 東縣林邊鄉，總計 75 個 鄉鎮區。 三、修正計畫年度文字。

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		(三) 附件 1-2 之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。特殊情況者，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。 (四) 於本方案執行期間，經保險人及中醫全聯會評估並報經全民健康保險中醫門診總額研商議事會議同意，確屬適用本方案之地區，始可開放符合本方案申請資格之中醫師申請。	
五、施行期間：自公告日起至 <u>111</u> 年 12 月 31 日。		五、施行期間：自公告日起至 <u>110</u> 年 12 月 31 日。	修正計畫年度文字
維持原條文		六、年度目標： (一)獎勵開業服務計畫：以當年度新增 5 個計畫數為目標，若目標數滿額後才提出	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		申請者，將優先列為下一年度計畫申請。 (二)巡迴醫療服務計畫： 1. 鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務，本年度以至少執行 80 個鄉鎮(區)數為目標。 2. 本計畫以達成服務人次 240,000 人次，服務總天數 10,000 天為執行目標。	
維持原條文		七、申請資格： (一)申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近 2 年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。 (二)保險醫事服務機構須具備全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡設備，並確實刷卡、上傳及登錄資料。 (三)獎勵開業服務計畫：須為中醫全聯會所屬縣市公會	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		會員並符合開業資格之中醫師，其最近十二個月全民健康保險（以下稱本保險）平均每月申報點數（含部分負擔）須大於十五萬點，但符合中醫負責醫師訓練計畫之院所醫師且受訓滿兩年者（檢具相關證明文件）不受此限。 （四）巡迴醫療服務計畫：須為中醫保險醫事服務機構，且實際參與巡迴服務之中醫保險醫事服務機構均應申請辦理本計畫，其他中醫師不得以支援方式辦理。	
		八、申請與審查程序及須檢附之文件： （一）申請與審查程序： 1. 符合申請資格者，須自方案公告日起 15 個工作天內（以郵戳為憑）檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中醫全聯會受理收件。 2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。 3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
6. 巡迴醫療服務計畫：自核定日(發文日)起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執行之延續性，<u>110</u> 年度原有計畫延續至 <u>111</u> 年度執行，且符合 <u>111</u> 年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至 <u>111</u> 年計畫公告實施日當月底止，<u>111</u> 年度應重新提出申請。		4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15 個工作日內，將評估後之彙整結果送請所轄區保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於 10 個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會。 5. 獎勵開業服務計畫：申請中醫師自保險人分區業務組審查結果通知函寄達日起，應於二個月內完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，並回報中醫全聯會確定之開業時間、地址及門診時間表。 6. 巡迴醫療服務計畫：自核定日(發文日)起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執行之延續性，<u>109</u> 年度原有計畫延續至 <u>110</u> 年度執行，且符合 <u>110</u> 年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至 <u>110</u> 年計畫公告實施日當月底止，<u>110</u> 年度應重新提出申請。	修正計畫年度文字

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
醫事人員名冊(附件 4)。		務計畫申請表(附件 3)、醫事人員名冊(附件 4)。 (2)巡迴醫療服務計畫書，其內容應包含： A. 書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號定型，橫式書寫。 B. 封面：包括計畫名稱、執行單位、巡迴醫療服務點所屬縣市、鄉鎮(區)、執行期間。 C. 前言：請敘述巡迴醫療服務動機，包括巡迴醫療服務地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。 D. 目的：分點具體列述巡迴醫療服務所要達成之目標。 E. 巡迴醫療服務地點現況分析，請依下列項目分別具體列述相關內容： a. 巡迴醫療服務點所屬地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務點所屬地區分布情形及面積、當地戶籍人口數及其性別年齡別分布情形等相關資料。	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		b. 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴醫療服務點地理環境概況（檢附簡要地圖更佳）、當地對外交通情形、當地距最近中醫特約醫事服務機構所需車程時間等。 c. 醫療需求情形：請詳述巡迴醫療服務點所屬地區之醫療服務使用狀況、現存各類醫事人員及各類醫事服務機構情形。 F. 執行計畫： a. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單（含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資）。 b. 每週診療時間。 c. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。 d. 巡迴醫療服務設置點地址及空間配置圖。 G. 經當地衛生主管機關報備核准之中醫師、相關醫事	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		人員及巡迴地點同意函。 H. 評估預期效益：請詳述巡迴醫療服務實施後預期達成之效益指標。	
維持原條文		九、開診規範： (一)獎勵開業服務計畫： 1. 經中醫全聯會評估通過之申請案件，於評估結果通知函寄達 2 個月內未完成開業登記並申請為中醫門診特約醫事服務機構者，該案件視同作廢，不予支付任何保障額度，且不再接受同一申請人之申請案件。 2. 門診服務時數，每週至少提供五天 35 小時(每週至少須含 2 次夜診)，每一門診時段至少 3 小時，且兩門診時段間至少間隔半小時，且該保險醫事服務機構負責醫師之門診服務時數須至少三天 24 小時；門診天數、時段、地點依申請計畫書為依據，若逢行政院人事行政總處公布之假期，可為休診日。當月未達上述工作天數及門診時間者，則依實際比例扣	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		款(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)，因天災、事故等特殊因素，經向保險人分區業務組報備者，不在此限。請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理；若產假期間無支援醫師代理者，保險人得不予支付保障額度。執行本計畫特約醫事服務機構之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於 10 個工作日前以書面函知中醫全聯會，並由中醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查，惟臨時有特殊狀況者，不在此限。 3. 執行本計畫之保險醫事服務機構可同時申請巡迴醫療服務計畫，但巡迴看診時數不列入上述門診服務時數計算。 4. 開業登記日起至月底未滿一個月者，則按實際門診	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		日數發給保障額度(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)。 5. 門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單（附件 5、6）於前月 25 日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。 6. 中醫全聯會及保險人分區業務組將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段，以電話抽查有無依所訂門診時段提供服務。 7. 經中醫全聯會及保險人分區業務組查證保險醫事服務機構無故休診同一年累計達二週或同一年連續請假休診二個月者(不含請產假之負責醫師)，即終止該醫事服務機構執行本計畫。	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
(二) 巡迴醫療服務計畫： 1. 以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天至多 1 次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，<u>每一保險醫事服務機構每週至多 3 次定點定時中醫巡迴醫療服務為原則</u>（特殊地區每天及每週之巡迴次數及醫師數由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查後核定）。		(二)巡迴醫療服務計畫： 1. 以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天至多 1 次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，每週至多 3 次定點定時中醫巡迴醫療服務（特殊地區每天及每週之巡迴次數及醫師數由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查後核定）。	依本方案規定，特殊地區每天及每週之巡迴次數及醫師數由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查後核定。現行中全會審核已採一家醫事機構至多申請 3 個巡迴地點為原則，故酌修文字。

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
2. 每次巡迴醫療服務時間不得少於 3 小時，<u>每次巡迴得至多個巡迴點，每個巡迴點至少服務 1 小時，惟支付一次巡迴診次費用</u>。（服務時間以實際提供醫療時間計算，不包含車程、用膳及休息時間）。		2. 每次巡迴醫療服務時間不得少於 3 小時（其服務時間以實際醫療時間計算，不包含車程、用膳及休息時間）。 3. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同意之每週診療時間提供醫療服務，並於所轄保險人分區業務組核定日（發文日）一個月內開始執行，超過一個月仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本計畫之辦理。如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流…等，得事後核准。 4. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公	為確保巡迴醫療品質，增列每一巡迴點至少服務一小時並給付一次論次費用，故酌修文字，以減少爭議。

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。 5. 至離島地區執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構，若因天候狀況導致交通受阻，巡迴醫療服務得增加服務天數 1 天（限申報 1 診次）。當次執行完畢後，應檢具當地衛生主管機關報備函、交通延誤證明（由航空公司、船公司或警察機關等單位開立）等資料，向所轄保險人分區業務組申請備查且副知中醫全聯會，並依規定申報當日產生之醫療費用及論次費用。 6. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務時間、每週服務次數或地點、核備醫事人員等，須先將變更計畫及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更巡迴醫療服務者應俟保險人分	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		區業務組核定後，始得變更計畫。 7. 申請巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處（標示製作作業說明請依附件 7 辦理）。 8. 保險人應將本年度巡迴醫療服務相關訊息（含執行之保險醫事服務機構名稱、時間及地點）建置於保險人全球資訊網網站，以供查詢。 9. 巡迴時間、時段、地點，依執行本計畫之保險醫事服務機構申請書所列時間表為依據，惟保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮西醫、牙醫及中醫之巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。 10. 巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。	
		十、支付方式 （一）獎勵開業服務計畫： 1. 獎勵標準：	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		(1)第一級：除第二級、第三級以外之醫療資源不足地區，每月保障額度 30 萬點。 (2)第二級：醫療資源不足之山地地區，每月保障額度 35 萬點。 (3)第三級：醫療資源不足之離島地區，每月保障額度 40 萬點。 2. 醫療費用計算： (1)按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱醫療服務支付標準）申報醫療費用。 (2)管理原則（年限計算：自醫事服務機構簽約日開始累進計算服務年限；每月總服務量計算：包含門診、巡迴醫療服務量，不含代辦案件及其他預算案件）： A. 承辦本計畫後第七個月起，若當月核定總點數（含部分負擔）未達保障額度 35%者，以 80%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度 35%者，須自次月起於該	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		開業鄉鎮提供 1 點巡迴醫療服務計畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 20%者，以 70%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度 20%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供 2 點巡迴醫療服務計畫。 B. 滿一年者，自第十三個月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 45%者，以 75%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度 45%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供 1 點巡迴醫療服務計畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 30%者，以 65%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度 30%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供 2 點巡迴醫療服務計畫。 C. 滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定總	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		點數(含部分負擔)未達保障額度 50%者，以 60%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度 50%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供 1 點巡迴醫療服務計畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 40%者，以 50%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度 40%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供 2 點巡迴醫療服務計畫。若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度 10%者，以當月核定點數計算之費用支付。 D. 獎勵開業之醫事服務機構依上述 A 至 C 點規定提供巡迴醫療服務後，須依其最高巡迴點之數量持續提供巡迴醫療服務至當年度 12 月底。 E. 若獎勵開業之醫事服務機構未依上述 A 至 C 點規定於該開業鄉鎮承辦巡迴醫療服務計畫，經所轄保險人分區業務組	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		會同中醫全聯會專案評估後，由保險人分區業務組終止本方案之辦理。惟若屬特殊情況者，得專案向保險人分區業務組申請至鄰近本方案施行地區提供巡迴醫療服務計畫。 註：依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。 (3)自辦理本計畫之年度開始起算，第三年年底終止計畫補助(延續辦理期間不須另提出申請)，且不再接受同一申請人申請本計畫；又延續辦理計畫者，其起迄日期應依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理。 (4)本計畫中醫師參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)併入保障額度計算，每月核定點數(含部分負擔)未達保障額度者，不予支付當月巡迴醫療服務之論次費用。	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
(5)本計畫申報之門診診察費納入門診合理量及針灸傷科<u>相關治療處置</u>合理量計算。 4. 承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件 8)，並於次月 <u>20 日前</u>以電子檔案，報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。		(5)本計畫申報之門診診察費納入門診合理量及針灸傷科<u>脫臼整復</u>合理量計算。 3. 每點支付金額之結算： (1)每月核定點數(含部分負擔)超過保障額度者：以核定點數計算之費用支付，屬浮動點數者依該區當季之浮動點值計算，每點支付金額不低於 1 元。 (2)每月核定點數(含部分負擔)低於保障額度者：依本方案第十項第一款第二目醫療費用計算之管理原則核付，其保障額度之點數依該區當季之浮動點值計算，惟每點支付金額不低於 1 元。 4. 承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件 8)，並於次月費用申報時以電子檔案，報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。	配合支付標準第四部原第六章脫臼整復章節刪除並整併於第五章傷科治療處置項目，故酌修文字。 比照巡迴醫療服務規範，酌修文字，併同修正附件 8 之備註文字。

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）																								
		(二)巡迴醫療服務計畫： 1. 本計畫論量計酬費用，由中醫門診總額一般服務預算支應。每點支付金額以 1 元計算，於一般服務預算分區預算分配前先行結算。 2. 本計畫之論次支付方式：各地區別論次支付點數及申報代碼如下，偏遠及山地離島地區分類詳附件 1-1，中醫資源不足地區詳附件 1-2。																									
		<table><tr><th>地區</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th></tr><tr><td>0. 中醫資源不足</td><td>2,000</td><td>P23064</td></tr><tr><td>1. 一級偏遠</td><td>3,000</td><td>P23007</td></tr><tr><td>2. 二級偏遠</td><td>5,000</td><td>P23063</td></tr><tr><td>3. 山地</td><td>8,800</td><td>P23008</td></tr><tr><td>4. 一級離島</td><td>11,000</td><td>P23009</td></tr><tr><td>5. 二級離島</td><td>12,100</td><td>P23010</td></tr><tr><td>6. 三級離島</td><td>13,200</td><td>P23011</td></tr></table>	地區	支付點數	申報代碼	0. 中醫資源不足	2,000	P23064	1. 一級偏遠	3,000	P23007	2. 二級偏遠	5,000	P23063	3. 山地	8,800	P23008	4. 一級離島	11,000	P23009	5. 二級離島	12,100	P23010	6. 三級離島	13,200	P23011	
地區	支付點數	申報代碼																									
0. 中醫資源不足	2,000	P23064																									
1. 一級偏遠	3,000	P23007																									
2. 二級偏遠	5,000	P23063																									
3. 山地	8,800	P23008																									
4. 一級離島	11,000	P23009																									
5. 二級離島	12,100	P23010																									
6. 三級離島	13,200	P23011																									
		註：如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數																									

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
(2)針灸、傷科及針灸合併傷科治療每次診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。<u>惟處置費申報依同一療程規定辦理。</u>		10,000 點。 3. 本計畫之門診診察費加成支付：保險人於結算時，門診診察費按本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數加計 1 成支付；院所申報該項費用時，無須申報加計之成數。 4. 本計畫醫療服務支付標準申報規定： (1)本計畫申報之門診診察費不納入門診合理量計算。 (2)針灸、傷科、<u>脫臼整復</u>及針灸合併傷科治療每次診療得合併申報門診診察費，<u>不受同一療程規定之限制。</u>	一、配合支付標準第四部原第六章脫臼整復章節刪除並整併於第五章傷科治療處置項目，故酌修文字。 二、因應前開支付標準修訂，原條文僅敘明門診診察費不受同一療程限制，敘明處置費申報方式，依醫療辦法同一療程規定辦理。

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
(3)本計畫之針灸、傷科及針灸合併傷科治療不併入該院所之合計申報量計算，且不受醫療服務支付標準第四部中醫通則五至通則六針灸、傷科及針灸合併傷科治療申報量打折支付之規定。 5. 依本計畫所申請之專款專用支付項目費用不列入「<u>111</u>年度中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。		(3)本計畫之針灸、傷科、<u>脫臼整復</u>及針灸合併傷科治療不併入該院所之合計申報量計算，且不受醫療服務支付標準第四部中醫通則五至通則七針灸、傷科、<u>脫臼整復</u>及針灸(合併傷科)治療申報量打折支付之規定。 (4)巡迴醫療服務之案件因非至保險醫事服務機構就醫，爰不得申報初診門診診察費(A90)。 (5)若因特殊情形，經保險人分區業務組核定同意，同一醫師同一日得至不同地點提供 2 診次巡迴醫療，其費用申報依本計畫執行之看診診次計算。 5. 依本計畫所申請之專款專用支付項目費用不列入「<u>110</u>年度中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。 6. 執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件 8)，並於次月 20 日前以電子檔案送所轄保險人分區業務	配合支付標準第四部原第六章脫臼整復章節刪除並整併於第五章傷科治療處置項目，故酌修文字。 修正計畫年度文字。

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。 (三)本方案點值結算方式：本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。	
		十一、醫療服務申報、審查與管理原則： (一)執行本方案之保險醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		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。 (二)本方案須配合健保卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，須填具健保卡例外就醫名冊(如附件 9)。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付；另巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴醫療服務之巡迴點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴服務。 (三)醫療費用申報與審查： 1. 門診醫療費用點數申報格式與填報作業 (1)總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。 (2)點數清單段 A. 案件分類：請填報「25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		案)」。 B. 特定治療項目代號 (一) a. 獎勵開業服務計畫請填報「C7(醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫)」。 b. 巡迴醫療服務計畫請填報「C6(醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫)」。 C. 部分負擔代號及部分負擔點數 a. 山地離島地區：請填報免收部分負擔規定山地離島地區之就醫代碼「007」，部分負擔點數請填 0。 b. 非山地離島地區：依現行全民健康保險法第四十三、四十八條規定辦理，若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，部分負擔得予減免 20%。	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
B. 並應就保險對象逐案併每月其他醫療費用向保險人申報，每位中醫師每月巡迴看診診次平均門診量限定 70 人次，超過 70 人次之部分，其門診診察費及針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，自申請金額最少之案件計算起，不予支付，如巡迴醫療服務點屬山地、離島或由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查核定之特		2. 巡迴醫療服務計畫： (1) 保險醫事服務機構依本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數申報門診診察費，申報時不須加計成數。 (2) 本計畫採「論次加論量」支付方式： A. 應依據論次費用申請表格式(附件 10)於次月 20 日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)及郵寄紙本至保險人分區業務組。 B. 並應就保險對象逐案併每月其他醫療費用向保險人申報，每位中醫師每月巡迴看診診次平均門診量限定 70 人次，超過 70 人次之部分，其門診診察費及針灸、傷科、<u>脫臼整復</u>及針灸合併傷科治療處置費，自申請金額最少之案件計算起，不予支付，如巡迴醫療服務點屬山地、離島或由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查核定之特殊	配合支付標準第四部原第六章脫臼整復章節刪除並整併於第五章傷科治療處置項目，故酌修文字。

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
殊情形者，該巡迴醫療服務點每位中醫師每診次平均門診量不受 70 人次限制。 <u>D. 該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為 0 人者)，應於申報時檢附彩色照片三張(可彩色列印，不限相片紙)須有服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點、時間之照片為佳。繳交照片如有不符合規定或無法辨識者，則核減該診次論次支付點數。</u>		情形者，該巡迴醫療服務點每位中醫師每診次平均門診量不受 70 人次限制。 C. 執行本計畫時，平均門診量前 70 人次之門診診察費，適用醫療服務支付標準第四部中醫部門之第一階段門診診察費（支付標準編號：A01、A11、A02、A12）。	一、查現行中醫醫不足巡迴計畫，關於當日無人次相關申報規定，僅有「附件 8_門診日報表」下方備註：若當日無人看診仍應檢送當次門診日報表。因當日無就診人次，檢送日報表內容空白，無法佐證診所確實至巡迴點。 二、為確認醫療院所確實於服務時間至醫療服務地點提供服務，爰擬增加是類情形，應檢附紙本照片。

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		(3)管理原則：執行巡迴醫療服務者，若連續 5 個月每月每診平均就醫人次少於 10 人(不含 10 人)，由中醫全聯會函請執行者，於次月更換巡迴醫療服務點；若經更換巡迴醫療服務點後，再連續 3 個月，每月每診平均就醫人次少於 10 人(不含 10 人)，由中醫全聯會評估後，轉請保險人分區業務組通知該院所終止執行本計畫。但執行巡迴醫療服務點為離島地區或山地地區者，不在此限。	
維持原條文		十二、執行報告： 執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告予中醫全聯會；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益；巡迴醫療服務計畫執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。	
		十三、考核事項： (一)考核程序：參與本方案之保險醫事服務機構，1 年至少	修正附件 11-1，補充文字繳交「至少」10 份「民眾滿意度調查表」。

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
(二)考核方式與項目： 1. 實地考核或電話抽查評核（由保險人分區業務組依實際情況，自行評估選用評核方式）。 2. <u>院所考核表評核</u>。（附件 11-1） 3. <u>民眾滿意度調查表評核</u>（附件 11-2）。 4. 綜合討論及評分。		考核 1 次。 1. 於 1 月 1 日至 6 月 30 日期間開始執行方案者：應於 7 月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點（附件 11-1、11-2）。 2. 自 7 月 1 日後始執行本方案者：應於 12 月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點（附件 11-1、11-2）。 3. 考核成績將作為下年度審核之參考。另保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。 (二)考核方式與項目： 1. 實地考核或電話抽查評核（由保險人分區業務組依實際情況，自行評估選用評核方式）。 2. <u>開業地點民眾意見評核</u>。 3. <u>實際開業服務內容分析評核</u>。 4. 綜合討論及評分。	本方案獎勵開業院所及巡迴醫療服務之院所皆須參與考核事項，考核方式係填寫院所考核表評核及民眾滿意度調表，修訂第 2 點及第 3 點。

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		(三)考核結果： 1. 評分結果為 96 分(含)以上者，列入優等。 2. 評分結果為 80~95 分者，列入良等。 3. 評分結果為 71~79 分者，列入觀察等級，由保險人分區業務組予以觀察一季要求改善，次年度未達 80 分者，則不予執行本方案。 4. 評分結果為 70 分(含)以下者，列入輔導等級，由保險人分區業務組予以輔導一季要求改善，經複核未改善者，終止執行本方案。	
維持原條文		十四、注意事項： (一)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、日報表資料不齊全(含書面資料及電子檔案)、未依本方案規定事項辦理者，經保險人分區業務組及中醫全聯會重新評估後，由保險人分區業務組同意更換、裁撤或終止本方案之辦理。	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
		(二)於方案執行期間，若巡迴醫療服務計畫施行地區有新設立之中醫保險醫事服務機構，原提供巡迴醫療服務計畫之中醫保險醫事服務機構可持續執行原核定內容至當年度年底。	
維持原條文		十五、違規處理 (一)辦理本方案之保險醫事服務機構或醫事人員，如因涉及違反特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一，自保險人第一次發函處分所載之停約日起即停止執行本方案（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者），另獎勵開業服務計畫費用支付方式自當年度執行本計畫起至本計畫終止日，以保障額度總額九折支付。 (二)因違反前項規定而停止執行本方案者，得於收到該函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組提起申復。	

111 年度建議條文	111 年中全會提案	110 年度原條文	111 年度修訂說明（健保署）
維持原條文		十六、本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，於實施半年後進行期中檢討，並於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況、本地就醫率等資料。	
維持原條文		十七、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	

111 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		桃源區	3		綠島鄉	5
				那瑪夏區	3		延平鄉	3
新竹縣	橫山鄉	1	屏東縣	內門區	1		海端鄉	3
	寶山鄉	1		萬巒鄉	1		達仁鄉	3
	北埔鄉	1		竹田鄉	1		金峰鄉	3
	峨眉鄉	1		新埤鄉	1		蘭嶼鄉	6
	尖石鄉	3		車城鄉	1	金門縣	烈嶼鄉	6
	五峰鄉	3		滿州鄉	2		烏坵鄉	6
苗栗縣	南庄鄉	1		枋山鄉	1	連江縣	北竿鄉	4
	西湖鄉	1		三地門鄉	3		莒光鄉	6
	獅潭鄉	1		霧臺鄉	3		東引鄉	6
	泰安鄉	3	澎湖縣	泰武鄉	3			
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		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 10 月 31 日，共 79 81 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	恆春鎮
	金山區		六甲區		長治鄉
	萬里區		西港區		麟洛鄉
	貢寮區		七股區		鹽埔鄉
	石碇區		將軍區		林邊鄉
	八里區		山上區		高樹鄉
宜蘭縣	蘇澳鎮		楠西區		南州鄉
	三星鄉		南化區		九如鄉
新竹縣	關西鎮		官田區		琉球鄉
	芎林鄉		玉井區		崁頂鄉
苗栗縣	卓蘭鎮	雲林縣	口湖鄉	花蓮縣	鳳林鎮
	銅鑼鄉		林內鄉		壽豐鄉
	三義鄉		二崙鄉		光復鄉
	造橋鄉		褒忠鄉		瑞穗鄉
	頭屋鄉		元長鄉	台東縣	太麻里鄉
	西湖鄉		四湖鄉		卑南鄉
台中市	石岡區	嘉義縣	布袋鎮		池上鄉
彰化縣	線西鄉		東石鄉		成功鎮
	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	連江縣	南竿鄉
	竹塘鄉		湖內區		
	大城鄉	高雄市	六龜區		
南投縣	集集鎮		杉林區		
	鹿谷鄉		永安區		
	中寮鄉		彌陀區		
	魚池鄉		甲仙區		
	國姓鄉				

註 1：本一覽表統計截止日期：110 年 10 月 31 日，共 77 75 個鄉鎮(區)。

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

111 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

獎勵開業服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	醫事服務 機構名稱		醫事服務 機構代碼		電 話	
	醫師姓名		身 分 證 統一編號		中醫師證 書 字 號	台 中 字 第 號
	醫 師 學 經 歷					
	聯絡地址					
開 業 地 區 及 時 間	開 業 地 區	區分會 縣市 鄉鎮區 村				
	地 區 別	☐ 偏遠 ☐ 山地 ☐ 離島				
	電 話					
	地 址					
評 估 情 形	中 醫 全 聯 會 評 估 意 見	☐ 同意， ☐ 不同意		原 因		
		中 醫 全 聯 會 主 任 委 員 簽 章：				

111 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	醫事服務 機構名稱		醫事服務 機構代碼		電 話	
	醫師姓名		身 分 證 統一編號		中醫師證 書 字 號	台 中 字 第 號
	醫 師 學 經 歷					
	醫事服務 機構地址					
服 務 地 區 及 時 間	服 務 地 區	區分會 鄉鎮區	縣市 村	服 務 時 間	每週	次每星期
	地 點		地 址			
	時 段			電 話		
	承作方式	一律為論次加論量				
評 估 情 形	中醫全聯 會評估意 見	☐ 同意， ☐ 不同意		原 因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				

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

111 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

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

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

院所印章：

負責醫師簽章：

**111 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
獎勵開業服務計畫門診時段異動表**

(一) 原門診時段： 年 月

	一	二	三	四	五	六	日
上 午 時 間							
下 午 時 間							
晚 上 時 間							

合計 天 小時/週

(二) 新門診時段 年 月起

	一	二	三	四	五	六	日
上 午 時 間							
下 午 時 間							
晚 上 時 間							

合計 天 小時/週

執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



門診時段異動表辦法：

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

111 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
獎勵開業服務計畫休診單

本人： (姓名) 因 (事由)

將於 年 月 日 時起至 年 月 日 時止休診

合計 月 天 小時

門診補班，於① 月 日 時起至 月 日 時

② 月 日 時起至 月 日 時

③ 月 日 時起至 月 日 時

④ 月 日 時起至 月 日 時

合計 天 小時

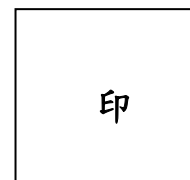
執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



休診及補班規範：

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

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫

療服務之標示製作作業說明

一、預算來源

111 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

二、標示應包含下列內容

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

三、標示製作內容及規格

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

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

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

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

四、支付原則及核銷方式

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

111年全民健康保險巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐海報

☐立牌

☐直立旗

☐布條

核銷金額： 元

-----原始支出憑證黏貼處-----

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

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

註：1. 本表由醫療院所自存備查，不須再寄送至保險人分區業務組。

106.10.5 版

2. 本表請院所自行印製使用。

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

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫論次費用申請表
 年 月
 第 頁 共 頁

受 理 日 期				受 理 編 號							
醫事服務機構名稱				醫 事 服 務 機 構 代 號							
編號	醫 事 人 員 姓 名	醫事人員身分證號	支付別	日期	鄉(鎮)名	村(里)名	地點	診療人次	申請金額	核 減 額	核 定 額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
本 頁 小 計											
總 表	項 目	申 請 診 療 次 數	申 請 金 額	核 減 次 數	核 減 金 額		核 定 次 數		核 定 金 額		
	支付別										
	P23064 案件										
	P23007 案件										
	P23063 案件										
	P23008 案件										
	P23009 案件										
	P23010 案件										
	P23011 案件										
	P23065 案件										
總 計											
負責醫師姓名：		一、本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始支付。									
醫事服務機構地址：		二、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人 次。									
電話：		三、支付別：中醫：中醫門診巡迴醫療服務計畫：論次費用「次」計填寫。 P23064 中醫資源不足地區中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23007 一級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23063 二級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23008 山地地區中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23009 一級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23010 二級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。 P23011 三級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。									
印信：		(註:如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構，至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離 島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數 10,000 點)									
		四、填寫時請依同一醫事人員姓名、同一「支付別」集中申報。									
		五、本申請表應於次月 20 日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並 於信封上註明中醫門診巡迴醫療服務計畫（論次費用）。									

111 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

院所考核表 ☐開業 ☐巡迴

填報日期： 年 月 日

一、考核對象： 中醫診所

二、考核地點： 鄉(區) 村(里)

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

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

三、考核項目：

(一)診療服務評核

1、是否有中低收入戶減免掛號費或免收掛號費？

☐是(10 分) ☐否(0 分)

2、開業診所招牌或巡迴告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

☐明顯(5 分) ☐不明顯(3 分) ☐無(0 分)

3、開業診所或巡迴地點是否有全民健保之標誌？

☐是(5 分) ☐否(0 分)

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

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

(內容：診療科目、時段、地點，附 1 張照片)

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

3、空間及環境清潔衛生(附 1 張照片)。

☐非常乾淨(6 分) ☐尚可(3 分) ☐待改進(0 分)

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

☐6 種以上(6 分) ☐5 種(5 分) ☐4 種(4 分) ☐3 種以下(3 分)

5、平均每診看診人次

☐15 人次以上(6 分) ☐不足 15 人次(3 分)

6、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料。

☐是(10 分) ☐否(0 分)

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

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

111 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 民眾滿意度調查表

親愛的女士/先生：

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

1、請問您對此中醫醫療服務滿意度如何？

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

2、請問您對此中醫服務據點就醫滿意度如何？

(1)您今天花多久時間到達此中醫服務據點?(僅指去程)

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

(2)您到此中醫服務據點看病是否方便？

- ☐非常方便(3分) ☐方便(2分) ☐普通(1分) ☐不方便(0分)

(3)是否有收取不當之收費？ ☐是(0分) ☐否(3分)

(4)您接受此中醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多 5 個)

- ☐設備好(1分) ☐醫師技術好(1分) ☐環境衛生(1分)
- ☐候診時間短(1分) ☐服務態度親切有禮(1分) ☐方便(1分)
- ☐重視病人意見(1分) ☐提供充足醫療常識(1分) ☐藥有效(1分)

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

鄉(區)

村(里)

中醫診所

年 月

討論事項第四案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「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，提請討論。

說明：

- 一、依本會 110 年 10 月 3 日中醫門診醫療服務審查執行會第 43 次會議決議事項辦理。
- 二、建議修正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 ~~21~~28(不含)天】者，視為中斷照護。
- 二、本會建議修正文字如下：

條次	修正條文	原條文
五、 (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 <u>28</u> (不含)天】者，視為中斷照護。	未連續照護【「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」大於 21(不含)天】者，視為中斷照護。

健保署意見：

- 一、本計畫 111 年預算減少 2.4 百萬元，計 21.6 百萬元，以現行計畫內容預估 111 年執行情形如下：
 - (一)本計畫 110 年 1-8 月申報約 9,907 件、9.9 百萬點，依 109 年同期占全年比率 70.8%，預估 110 年全年執行量約 14.0 百萬點【9.9 百萬點/70.8%】，與 109 年相較成長率為 16.7%【14.0 百萬點/12.0 百萬點-1】。
 - (二)以 110 年預估全年執行量及成長率，預估 111 年執行量約為 16.3 百萬元【14.0 百萬點*(1+16.7%)】，尚在預算金額內。
- 二、經查本計畫 107 年 1 月以前，「未連續照護」之定義為「前後就醫日期相減大於 14(不含)天」；中全會於 106 年 11 月 16 日召開之中醫門診總額 106 年第 4 次研商議事會議提案，考量中醫院所就過敏性鼻炎可能開立 3 至 4 週之中藥，惟原計畫訂定至多每 14 天應回診，超過 14 天未回診即應結案，造成院所行政作業困難，故建議結案條件以「給藥日期是否連

續」取代「就醫日期相減 21 天以上」。本署遂依會議決議，修訂結案條件，放寬「未連續照護」定義為「後次就醫給藥首日減前次就醫給藥末日大於 21(不含)天」，自 107 年 1 月起生效。

三、承上，現行規範「後次就醫給藥首日減前次就醫給藥末日大於 21(不含)天」為「未連續照護」，意即病人未服藥天數於 21 天內，仍符合連續照護定義。請中全會說明放寬未連續照護定義之原因，另倘放寬病人得 28 天無服藥仍可繼續收案照護，是否將影響病人病情及治療連續性？

三、如依中全會提案，以 109 年申報資料模擬，符合「後次就醫給藥首日減前次就醫給藥末日介於 22 天至 27 天者」約 23 人，該 23 人全年平均申報本計畫費用約 4,167 點，倘以「後次就醫給藥首日減前次就醫給藥末日小於 21 天者」之全年平均申報本計畫醫療費用 5,488 點進行計算，推估增加 3.0 萬【 $23 \text{ 人} \times (5,488 - 4,167) \text{ 點}$ 】，並加上原計畫預估 111 年執行量 16.3 百萬元，總計 16.3 百萬元，預算尚足以支應。

決議：

討論事項第五案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：修訂「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文案，
提請討論。。

說明：

- 一、依本會 110 年 10 月 3 日中醫門診醫療服務審查執行會第 43 次會議決議事項辦理。
- 二、本會建議修正文字如下：

條次	修正條文	原條文
九、 (一)1.	女性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、判讀基礎體溫(Basal Body Temperature，BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法、內服藥、針灸治療、營養指導； <u>治療一年以上者需檢附先生精子檢查正常的數據資料。</u>	女性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、判讀基礎體溫(Basal Body Temperature，BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法、內服藥、針灸治療、營養指導。

健保署意見：

- 一、請中全會補充說明：

- (一)建議增列「女性患者治療一年以上，需檢附其夫精子檢查正常之數據資料」文字之原因？「正常」之定義為何？
- (二)承上，倘女性患者治療一年以上，且其夫精子檢查異常，或無法提供檢查資料，是否應結案？如應結案，是否增列結案條件，並規範一定期間內得否重新收案（未檢附精子檢查報告經結案者，得否立即再次收案）？

- 二、本項條文修正倘增訂病人結案條件，屬參與條件限縮，爰不增加醫療費用支出。

決議：

討論事項第六案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：修訂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，提請討論。

說明：

- 一、依大部全民健康保險會 110 年 10 月 22 日第 5 屆 110 年第 6 次委員會議暨本會 110 年 10 月 3 日中醫門診醫療服務審查執行會第 43 次會議等決議事項辦理。
- 二、「111 年中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」本會建議「一般服務」(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度新臺幣 22.8 百萬元)地區預算分配方式：
 - (一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
 - (二)分配方式：
 1. 一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度) 2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。
 2. 其他五分區預算，依下列參數占率分配：
 - (1)各分區實際收入預算占率：66 %。
 - (2)各分區戶籍人口數占率：14 %。
 - (3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。
 - (4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。
 - (5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。
 - (6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則歸入依「各分區實際收入預算占率」分配。
 - (三)修正指標六偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於 1.8 人且中醫師數不大於 9 人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)110 年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

三、本次條文主要部分、預算分配(一)、(二)及增列偏鄉定義(1)

健保署公告山地、離島地區 m

四、重要修訂對照表如下：

	110 年方案	111 年方案修訂
肆、	三、110年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款提撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)： (一)67%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。 (二)13%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。	二、<u>111</u>年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款提撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)： (一)<u>66%</u>預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。 (二)<u>14%</u>預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
肆、 二、 (六)1.	註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下： 1. 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，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)109年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。	註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下： 1. 偏鄉定義為<u>(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)<u>110</u>年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。</u>

健保署意見：

有關中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區分配預算，業經全民健康保險會110年10月22日第5屆110年第6次委員會議決議

通過，本署尊重中全會意見。

	110 年方案	111 年方案修訂
肆、	二、風險基金之提撥及分配：(一) 提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥<u>3,500</u>萬元，每季<u>875</u>萬元。 (二)適用分配之院所資格：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」之偏鄉中醫門診特約醫事服務機構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之中醫門診特約醫事服務機構。 (三)分配方式： 1. 按季結算，符合適用條件之院所，其符合資格期間之一般服務核定之浮動點數，以前一季該區浮動點值為基礎，補至最高每點1元之差額。 2. 當季預算如有不足，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。	肆、二條文刪除

決議：

附錄

110111年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、計畫期間：111年1月1日起至111年12月31日止。

肆、預算分配：

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

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

~~二、風險基金之提撥及分配：~~

~~(一)提撥方式：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。~~

~~(二)適用分配之院所資格：除東區外之五分區鄉鎮市區，該地區當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」之偏鄉中醫門診特約醫事服務機構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之中醫門診特約醫事服務機構。~~

~~(三)分配方式：~~

~~1.按季結算，符合適用條件之院所，其符合資格期間之一般服務核定之浮動點數，以前一季該區浮動點值為基礎，補至最高每點1元之差額。~~

~~2. 當季預算如有不足，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。~~

二、110~~111~~年東區之外五分區中醫總額一般服務預算~~扣除風險調整移撥款提撥款後~~，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

- (一)67~~66~~%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。
- (二)13~~14~~%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
- (三)10%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。
- (四)4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。
- (五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。
- (六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為~~(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮~~，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)109~~110~~年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3. 109~~110~~年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = Σ 109~~110~~年各

中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數/ Σ 109~~110~~
年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數
為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

4. 110~~111~~年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以109~~110~~年12月之戶籍
人口與中醫師數進行計算。

三、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，以及含臺北分區、北區分
區之風險基金分配款，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則
由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

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

二、中醫全聯會與~~全民健康保險保險人（以下稱保險人）~~成立共同管理機
制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與
保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

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

附件1：指標之操作型定義

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

指標：

指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率

分子：各分區各季總預算(A_{i1})

分母： Σ 各分區各季總預算加總(ΣA_{i1})

條件說明：

一、第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總

二、第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總

三、第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總

四、第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總

指標2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(A_{i2})

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣA_{i2})

條件說明：

一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）

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

二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(A_{i3})

分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣA_{i3})

條件說明：

一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。

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

之案件。

三、計算步驟：

(一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)

(二)計算每位病患於各區就醫次數(a)

(三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)

=每位病患於各區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)

(四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)

(五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)

=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)

(六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)

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

四、舉例說明：

(一)本季全國中醫就診病患有4人(p)

(二)計算(a)、(a%)、(T)

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

(三)計算各分區就醫次數之權值

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

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 $(109\text{年該季}/108\text{年同期}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(109\text{年該季申報醫療費用點數}/108\text{年同期申報醫療費用點數}) - 1$ 。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數（申請費用點數+部分負擔點數），含交付機構，不含職業災害案件（案件分類 B6）、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

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

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數≤ 全國平均值：

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

= +5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

= 各分區 $\sum$ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

條件說明：

一、 偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人（以下稱保險人）公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於) $\frac{109}{110}$ 年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

二、 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫

門診特約醫事服務機構不予補付。

- 三、~~109~~110年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = Σ ~~108~~109年每月申報醫療費用 / Σ ~~109~~110年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
- 四、~~110~~111年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以~~109~~110年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

※五分區預算分配之計算操作型定義

一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)

$$= \text{預算 GA} + \text{預算 GB} + \text{預算 GC} + \text{預算 GD} + \text{預算 GE} + \text{預算 GF} + \\ \text{預算(東區)} + \text{風險調整移撥款分配款 GH}$$

$$\text{指標1預算 GA} = (T) * 97.78\% * \text{66}\underline{\text{6}}7\%$$

$$\text{指標2預算 GB} = (T) * 97.78\% * \text{14}\underline{\text{1}}3\%$$

$$\text{指標3預算 GC} = (T) * 97.78\% * 10 \%$$

$$\text{指標4預算 GD} = (T) * 97.78\% * 4\%$$

$$\text{指標5預算 GE} = (T) * 97.78\% * 5\%$$

$$\text{指標6預算 GF} = (T) * 97.78\% * 1\%$$

二、各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

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

指標1占率 $(A_{i1} / \Sigma A_{i1})$

$$= \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (A_{i1}) / \Sigma \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (\Sigma A_{i1})。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(二) 各分區各季預算 Gb

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

指標2占率 $(A_{i2} / \Sigma A_{i2})$

$$= \text{去年同期各分區戶籍人口數} (A_{i2}) / \Sigma \text{去年同期各分區戶籍人口數} (\Sigma A_{i2})。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

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

指標3占率 ($A_{i3} / \sum A_{i3}$)

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

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

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

※各分區各季經指標4加權後之預算 (A_{i4})

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

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

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

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

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

※各分區指標5權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 (A_{i5})

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

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

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 G_f

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

三、 各分區各季預算 $T_s = \text{該區當季預算 } G_a + \text{該區當季預算 } G_b + \text{該區當季預算 } G_c + \text{該區當季預算 } G_d + \text{該區當季預算 } G_e + \text{該區當季預算 } G_f + 55\% \text{分配予臺北分區} - 45\% \text{分配予北區分區當季之風險基金分配款 } G_h。$

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

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

1. 成長率 $= (\text{109110年該區各季核算 } T_y / \text{108109年該區各季核算 } T_y) - 1。$

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

(二) 撥補程序

1. 於109110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 T_y 負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

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

	110年該區 全年 預算 Ty (百萬元) V	111年該區全 年 預算 Ty (百萬元) W	成長 率 W/V-1	負成長 分區 差額 X	撥補比 例 Y	撥補方式 X*Y=Z	調整 金額 Z	撥補後 Ty W+Z	撥補後成 長率
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長分 區小計		14,178.9			100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

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

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

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

三、平均點值

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

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

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

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

說明：

- 一、復大署 110 年 9 月 6 日健保醫字第健保醫字第 1100034434 號函暨本會 110 年 10 月 3 日中醫門診醫療服務審查執行會第 43 次會議等決議事項辦理。

二、旨揭修正意見對照表如下：

條次	建議新增修條文	原條文	註	健保署意見
柒、七	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。	(新增)	加強中醫用藥安全。合格名單由中全會提供。	同意
拾壹、 拾貳、 拾參、 拾肆、 拾伍、 拾陸、 拾柒、 拾捌、 拾玖、 貳拾 壹、費算 之費算 範例	中醫門診總額品質保證保留款實施方案-註釋 (<u>適用範圍涵蓋醫院附設中醫部門</u>)	1. 中醫門診總額品質保證保留款實施方案-註釋	加強說明品保款對象為全部中醫特約院所。	除配合增列條文外，其餘無意見。

一、依總額協商之決議：本署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，爰同意中全會所提 111 年品保款方案修訂案。

- 二、本計畫項次七、中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：之第(三)點，考量本保險特約醫事服務機構有重大違失不得參加獎勵金之分配，新增違反特管辦法第 44 條及第 45 條規定者不得參加獎勵金分配之規定(修正對照表如表 1，頁次討 7-2)。

表 1、「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) 健保署修正對照表

條次	建議新增修條文	原條文	健保署說明
柒、三	中醫門診特約醫事服務機構當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條至第四十條、 <u>第四十四條至第四十五條</u> 等所列違規情事之一，並經處分者以保險人第一次發函處分日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。 <u>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。</u>	中醫門診特約醫事服務機構當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條至第四十條等所列違規情事之一，並經處分者以保險人第一次發函處分日期認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者。	1. 加註紅色底線文字與其他總額有相同文字敘述，以利品保款核發作業。 2. 違反特管辦法第 44 條及第 45 條屬重大違反情事，爰不限醫療服務提供項目，均不得參加獎勵金之分配。
拾壹、註釋發計例	1. <u>增列註 4：未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。</u> 2. 核發費用計算範例 增列第 4 點： <u>符合核發資格之分數計算原則，如下：</u> <u>①符合本方案第捌點第一項者，核予20分。</u> <u>②符合本方案第捌點第二項者，核予15分。</u> <u>③符合第捌點第三至六項者，各核予10分。</u> <u>④符合本方案第玖點第一項者，當年度申報醫療費用之中</u>	1. (新增) 2. (新增)	1. 增列註 4 操作型定義 2. 操作型定義增列第 4 點：補充方案條文第 6 條第 2、3 款文字。除配合增列條文外，其餘無意見。

	<u>醫師扣減2分，單一中醫院所最多扣減10分。</u> <u>⑤符合本方案第玖點第二至五項者，各扣減5分。</u> <u>⑥符合核發品質保證保留款資格中醫院所，依前項分數加總並由高而低排列，取前90百分位進行核發。</u>		
--	---	--	--

備註：

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法

第 44 條

保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；歇業或遷址者，應予終止特約。但於同一鄉（鎮、市、區）遷址，檢具異動後之開業執照影本通報保險人者，不在此限。

第 45 條

保險醫事服務機構於特約期間，有下列情事之一者，應予終止特約：

- 一、違反醫事法令規定，經衛生主管機關廢止開業執照處分。
- 二、第五條第一項第二款或第三款之一。

決議：

全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)

中華民國107年1月8日健保醫字第1060016997號公告修訂

中華民國108年5月31日健保醫字第1080007611號公告修訂

中華民國109年2月7日健保醫字第1090001213號公告修訂

中華民國110年1月19日健保醫字第1100000291號公告修訂

中華民國110年0月0日健保醫字第1110000000號公告修訂

壹、依據：

依據全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、預算來源：

全民健康保險年度中醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、支用條件：

一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次。

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

伍、預算分配方式：

一、核算基礎：

（一）該院所之核算基礎(A)

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

說明：當年申報醫療服務點數以次年1月底為截止點。

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

各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=

60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數

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

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

自當時結算之當季中醫門診總額一般服務項目預算中支應。

陸、核發資格：

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

二、符合核發品質保證保留款資格核定分數計算：

1. 符合本方案第捌點第一項者，給予核定分數20分。

2. 符合本方案第捌點第二項者，給予核定分數15分。

3. 符合第捌點第三至六項者，各給予核定分數10分。

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

5. 符合本方案第玖點第二至五項者，各給予扣核定分數5分。

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

柒、中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

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

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

三、中醫門診特約醫事服務機構當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條至第四十條、第四十四條至第四十五條等所列違規情事之一，並經處分者以保險人第一次發函處分日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

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

五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。

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

七、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」(附件)之認證合格者。

捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則：

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

二、為鼓勵提升中醫醫療服務品質，中醫門診特約醫事服務機構從事教學研究且

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

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

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

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

六、為推動中醫門診特約醫事服務機構於健保資訊網服務系統(Virtual Private Network，以下稱 VPN)公告連續假期排班等變動情形，鼓勵院所即時更新排班時間，院所「每月完成門診時間網路登錄」者，依核算基礎(A)加計10%，未全年完成門診時間網路登入者則不予加計(註6 [7](#))。

玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：

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

二、「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」超過80百分位者，核算基礎(A)減計20%(註7 [8](#))。

三、「同日重複就診率」超過80百分位者，核算基礎(A)減計10%(註8 [9](#))。

四、「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」超過80百分位者，核算基礎(A)減計10%(註9 [10](#))。

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

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

拾壹、中醫門診總額品質保證保留款實施方案-註釋(適用範圍涵蓋醫院附設中醫部門)

指標項目	操作型定義
註1：年平均核付率	年平均核減率 (全年初核核減點數)/(全年申請點數+部分負擔)
註2：當年度在前一年12月每萬人口中醫師數3.0(含)以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。	資料範圍：以前一年12月「內政部戶政司戶籍人口數」及「醫事人員公務統計檔」計算之。
註3：年平均核減率	(全年複核核減點數)/(全年申請點數+部分負擔) (未完成複核月份以初核核減率計算，截取時間點為次年2月底前)
註4：未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。	當年度12月31日前核付「補助網路月租費」者列入參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所名單。
註4 ⁵ ：中醫門診特約醫事服務機構於每年週日看診超過30天及45天以上者	以門診申報資料之「就醫日期」認定週日是否看診，含同一療程。
註5 ⁶ ：健保雲端藥歷系統查詢率	1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度查詢健保雲端藥歷系統資料。 2. 公式說明： 分子：分母中健保雲端藥歷系統查詢人數 分母：中醫門診病人數 3. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】
註6 ⁷ ：「每月完成門診時間網路登錄」	院所每月於VPN之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。(院所可於VPN系統「上次登錄日期」判斷上個月是否完成登錄)。
註7 ⁸ ：「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」	1. 分母：全年同一院所、同月看診總人數加總。 2. 分子：全年同一院所、同一病人、同月看診次數8次(含)以上人數加總。 3. 指標計算(S)：分子總和 / 分母總和。 4. 全年計算平均比率，進行百分位排序。 5. 所有資料排除符合以下任一條件者： (1) 診察費=0 (2) 案件類別 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專

指標項目	操作型定義
	案)、24(慢性病)、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)。之專款項目案件
註89:「同日重複就診率」	1. 資料範圍:所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件。 2. 公式說明: 分子:按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶,計算就診2次(含)以上之筆數。 分母:按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算:分子總和 / 分母總和。 4. 指標進行百分位排序。 5. 資料排除以下任一條件者:案件分類 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)案件、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)之專款項目案件。
註910:「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」	1. 資料範圍:所有屬中醫門診給藥天數小於等於7日案件。 2. 公式說明: 分子:按同一院所及病人 ID 歸戶,計算每個 ID 的重複給藥日份加總,排除給藥日份重複為1日之重複日數。 分母:同一院所給藥案件之給藥日份加總。 ※給藥案件係藥費不為0,或給藥天數不為0。 3. 指標計算:分子 / 分母。 4. 指標進行百分位排序。 5. 資料排除以下任一條件者:案件分類為 A3(預防保健)、B6(職災案件)、22(中醫其他專案)、25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、及29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)之案件。
註1011:「院所提供慢性病照護未達一定比例」	1. 資料範圍:中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件(案件分類21)、中醫其他專案案件分類22)之特定治療項目(一)為 JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、中醫慢性病(案件分類24)及中醫慢性病連續處方調劑(案件分類28)之案件。 2. 說明:慢性病給藥7天以上之件數占率 A. 分子:分母院所當年度申報下列案件分類,給藥7天以上之件數總計。 案件分類:22(中醫其他專案)之特定治療項目為(一)JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 B. 分母:院所當年度申報下列案件分類之件數總計。 案件分類:21(中醫一般案件)、22(中醫其他

指標項目	操作型定義
	專案)之特定治療項目(一)為JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】 3. 資料排除診察費為0或補報原因註記為「2：補報部分醫令或醫令差額」之案件。
【核發費用計算範例】	1. 該院所核算基礎(A)= (該院所申報當年醫療服務點數-當年申報藥費)× 該院所平均核付率(含部分負擔) 2. 各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B) = 60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數 3. 各院所品質保證保留款核算基礎合計= $\Sigma(B)$=(60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數)之合計 4. <u>符合核發資格之分數計算原則，如下：</u> ①符合本方案第捌點第一項者，核予20分。 ②符合本方案第捌點第二項者，核予15分。 ③符合第捌點第三至六項者，各核予10分。 ④符合本方案第玖點第一項者，當年度申報醫療費用之中醫師扣減2分，單一中醫院所最多扣減10分。 ⑤符合本方案第玖點第二至五項者，各扣減5分。 ⑥符合核發品質保證保留款資格中醫院所，依前項分數加總並由高而低排列，取前90百分位進行核發。 5. 試算範例如下： (1)僅符合基本資格(無本條文之柒、捌、玖條之情事)者 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算× $(A) \times 60\% / \Sigma(B)$ (2)僅符合基本資格及教學研究績效卓著者(+10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算 $\times(A) \times (60\%+10\%) / \Sigma(B)$ (3)符合基本資格且於無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮地區開業者(+100%)、教學研究績效卓著者(+10%)但「同日重複就診率」超過80百分位者(-10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算× $A \times (60\%+100\%+10\%-10\%) / \Sigma B$

全民健康保險中醫門診總額 中藥用藥安全管理及品質提升方案

一、依據：

本方案依據 110 年 11 月 18 日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 110 年第 3 次研商議事會議決議暨 中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫全聯會)109 年 10 月 18 日第 11 屆第 5 次理監事聯席會議決議辦理。

二、目的：

為重視中藥保存安全，提升中醫醫療品質，訂定「中藥用藥安全管理及品質提升方案」，加強中醫醫療院所藥品管理作業，確保民眾用藥權益與安全。

三、審查認證：

符合申請「中藥用藥安全管理及品質提升方案」審查認證資格之中醫門診特約醫事服務機構醫療院所，應自行填具申請書(如附表一)並檢附「中藥用藥安全管理及品質提升方案查檢表」(如附表二)，向中醫全聯會申請「中藥用藥安全管理及品質提升方案」認證。

四、監測項目：詳「中藥用藥安全管理及品質提升方案查檢表」(如附表二)。

五、實施方式：

- (一)本方案由中醫全聯會辦理「中藥用藥安全管理及品質提升」講習會。
- (二)院所專任醫師需出席講習會並取得評量合格後方能以自評方式提出申請，全聯會審查合格後每季公告合格名單於全聯會網站。
- (三)訪查評估：由中醫門診醫療服務審查執行會之各分區會每年就該區合格院所數抽取二十分之一的院所進行實地訪查並依第四點之監測項目評分；訪查不合格之院所經改善後可提出複查，未提出複查或經複查仍未合格者則列入該年度不合格診所名單。
- (四)認證合格院所為領取「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款」之必要條件。

六、評核：

申請符合「中藥用藥安全管理及品質提升方案」資格且經審查認證合格之中醫特約醫療院所，如經中醫門診總額受託單位、中央健康保險署或衛生主管機關依「中藥用藥安全管理及品質提升方案查檢表」評核未合格者，該等院所不得請領該年度「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款」。

七、本方案由中醫全聯會研訂後公告並實施。

「中藥用藥安全管理及品質提升方案」申請書

申請日期： 年 月 日

基本資料	院所名稱		院所代碼	
	負責醫師姓名		院所醫師數	名
	醫師姓名	身分證字號	醫師證字號	上課日期
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
檢送項目	項 目		審 查 結 果	備 註
	學分證明書		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他	
	中藥用藥安全管理及品質提升方案查檢表		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他	
保險醫事服務機構	機構章戳	中醫全聯會審核意見欄	1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 審核委員：日期章戳：	

附表二

中藥用藥安全管理及品質提升方案查檢表

醫療院所名稱：_____

醫療院所代碼：_____

地址：_____

電話：_____

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

表 1：109年度中醫門診總額品質保證保留款預算

年季	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
預算數	20,749,248	20,885,584	20,809,527	21,161,227	83,605,586
製表日期：110年5月20日					
預算：					83,605,586
核減：					-
實際預算：					83,605,586

表 2：109年中醫門診總額品質保證保留款符合分配條件及領取品保款之家數統計

分區	各分區院所家數 (A) = (B)+(C)+(D)	符合分配條件		不符合分配條件		符合分配條件且領取品保款金額不為0 之院所家數百分比 (E) = (B) / (A)	核算基礎減計至 100%之院所家數 百分比 (G)=(C)/(A)	不符核發資格 之院所家數百分比 (F) = (D) / (A)
		領取品保款 金額不為0之 院所家數 (B) 【註2】	核算基礎減 計至100%之 院所家數 (C)【註3】	因方案第柒點不符核發資格院所 家數 (D)【註4】	核發品質保證保留款之 金額			
臺北	1,192	931	14	247	24,017,959	78.1%	1.2%	20.7%
北區	486	399	7	80	10,303,077	82.1%	1.4%	16.5%
中區	1,109	885	22	202	23,059,786	79.8%	2.0%	18.2%
南區	567	444	8	115	11,280,266	78.3%	1.4%	20.3%
高屏	587	485	1	101	13,368,425	82.6%	0.2%	17.2%
東區	81	67	1	13	1,576,070	82.7%	1.2%	16.0%
總計	4,022	3,211	53	758	83,605,583	79.84%	1.32%	18.85%

註1：每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算與實際核發有差距，故實際核發83,605,583元，與預算相較差距3元。

註2：沒有本方案第柒點規定所列情形(含部分核算基礎減計之院所)。

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

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

(一)前一年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數3.0以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。

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

(三)當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條、第37條、第38條、第39條或第40條等所列違規情事並經處分(以處分日期認定)者。

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

(五)未符合保險人公布之中醫總額部門醫療資訊公開「醫療費用明細標示」院所。

製表日期:110年5月20日

製表單位:醫務管理組

表3、符合分配條件之院所層級與領取金額分布

	院所家數	領取金額	領取家數比例	領取金額比例
醫學中心	13	1,841,458	0.4%	2.2%
區域醫院	36	3,661,122	1.1%	4.4%
地區醫院	29	1,270,098	0.9%	1.5%
基層院所	3,186	76,832,905	97.6%	91.9%
小計	3,264	83,605,583	100%	100%

註. 符合分配條件之院所包括3211家領取金額不為0與53家核算基礎減計至0之院所

表4、依核發金額級距分級之家數及核發金額

核發金額 百分位	院所家數		核發金額(單位:千元)	
	醫院	基層	醫院	基層
核發金額為0	1	52		
0-10百分位	0	321		968
10-20百分位	1	320	9	2,268
20-30百分位	1	320	9	3,300
30-40百分位	5	316	69	4,215
40-50百分位	3	318	49	5,310
50-60百分位	5	316	105	6,348
60-70百分位	5	316	117	7,791
70-80百分位	6	315	180	9,729
80-90百分位	12	309	500	12,826
90百分位以上	39	283	5,736	24,078
總計	78	3,186	6,773	76,833

討論事項 第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第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，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 110 年 7 月 16 日健保醫字第 1100033509 號函暨中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)110 年 8 月 6 日(110)全聯醫總富字第 1269 號函辦理(附件 1)。
- 二、本署於 110 年 3 月 1 日前，針對院所申報複雜性針灸相關診療項目適應症不符規範者，係以檢核系統進行點數改支為一般針灸診療項目之支付點數；另複雜性傷科相關診療項目倘適應症不符，則逕行核扣未予改支。
- 三、鑑於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項下之診療項目、支付點數、申報規範及適應症範圍等業於 110 年 3 月 1 日大幅修訂，相關診療項目需重新研議調整其對應之改支項目，惟尚未與總額團體確認前，本署自 110 年 3 月起已暫停上開診療項目改支作業。
- 四、本署前於 110 年 7 月 16 日函請中全會確認針灸治療及針灸合併傷科治療診療項目倘適應症不符之改支對應項目，該會業於同年 8 月 6 日函復同意，並請本署就傷科治療診療項目倘適應症不符，均改支為一般傷科項目。本署依該會回復內容擬具「中醫針灸治療處置費、傷科治療處置費及針灸合併傷科治療處置費診療項目檢核—改支醫令處理草案」(附件 2)，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)：

1. 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。
2. 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。
3. 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。

五、費用影響評估：本案係醫令改支行政作業，經改支項目點數較原申報醫令點數維持或下降，未涉及財務影響。

決 議：

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 書函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

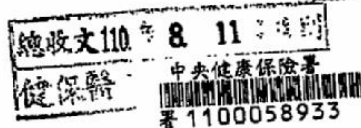
發文日期：中華民國110年8月6日
發文字號：(110)全聯醫總富字第1269號
連 列：
附 件：

主 旨：謹陳報大署110年7月16日健保醫字第1100033509號函所詢問題，請鑒察。

說 明：

- 一、有關大署建議將針灸治療處置費不符申報適應症之案件，改支為一般性針灸項目乙案，本會敬表同意；另懇請大署將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五章傷科治療處置費比照針灸治療處置費不符申報適應症案件一併改支為一般性傷科項目案。
- 二、鑑於「針灸」與「傷科」等治療處置屬於同一療程，建議可依病人之病情所需予以彈性運用，又考量「針灸」與傷科「二者」之療效具有共通性，故在適應症上之改支處理，基於平等原則應比照針灸模式為之，似較妥適，爰建請大署對傷科診療項目與適應症不相符合者，可依下列項目改支：傷科治療處置費(E01-E12)中高度或中度複雜性傷科適應症不符，均改支為一般性傷科項目，如蒙俯允，無任感荷。

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7月16日
發文字號：健保醫字第1100033509號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明四

裝

主旨：有關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）第四部中醫第四章針灸治療處置費，以及第六章針灸合併傷科治療處置費不符申報適應症案件之改支邏輯修訂案，請貴會惠於文到2週內提供意見，請查照。

說明：

訂

- 一、依衛生福利部110年2月9日衛部保字第1101260023號令辦理。
- 二、本署於110年3月1日前，針對院所申報複雜性針灸相關診療項目適應症不符規範者，係以檢核系統進行點數改支為一般針灸診療項目之支付點數；另複雜性傷科相關診療項目倘適應症不符，則逕予核扣未予改支。
- 三、鑑於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病傷科治療處置費項下之診療項目、支付點數、申報規範及適應症範圍等業於110年3月1日大幅修訂，相關診療項目需重新研議調整其對應之改支項目，惟尚未與總額團體確認前，本署自110年3月起已暫停上開診療項目適應症不符之改支作業。
- 四、經參照110年3月1日前之改支作業規則，研擬現行針灸相關診療項目改支對應表，倘適應症不符者，依下列項目依序改支（附件），摘要如下：
（一）針灸治療處置費（D01-D08）：高度或中度複雜性針灸

線

適應症不符，均改支為一般針灸項目。

(二)針灸合併傷科治療處置費（F01-F68）：

- 1、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。
- 2、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。
- 3、複雜性傷科及複雜性針灸適應症皆不符合：均改支為
一般針灸項目。

五、考量本案改支作業之研議修訂將影響中醫門診總額核付作業，請貴會惠於文到2週內提供相關意見，做為本署後續政策研議參考。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會

副本：

中醫針灸治療處置費診療項目檢核—改支醫令處理(草案)

原申報項目			檢核項目	改支項目		
代碼	診療項目名稱	支付點數	複雜性針灸適應症	改支代碼	改支診療項目名稱	改支後點數
D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
D06	中度複雜性針灸 —未開內服藥	327	不符合	D02	一般針灸 —未開內服藥	227
D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
D08	高度複雜性針灸 —未開內服藥	427	不符合	D02	一般針灸 —未開內服藥	227

中醫傷科治療處置費診療項目檢核—改支醫令處理(草案)

原申項報目			檢核項目		改支項目		
代碼	診療項目名稱	支付點數	複雜性傷科適應症		改支代碼	改支診療項目名稱	改支後點數
E03	中度複雜性傷科—療程第一次—另開內服藥	427	不符合		E01	一般傷科—另開內服藥	227
E04	中度複雜性傷科—療程第一次—未開內服藥	427	不符合		E02	一般傷科—未開內服藥	227
E05	高度複雜性傷科一起始次 -1. 多部位損傷一起始次—另開內服藥	877	不符合		E01	一般傷科—另開內服藥	227
E06	高度複雜性傷科一起始次 -1. 多部位損傷一起始次—未開內服藥	877	不符合		E02	一般傷科—未開內服藥	227
E07	高度複雜性傷科一起始次 -2. 中度複雜性傷科合併特殊疾病一起始次—另開內服藥	877	不符合		E01	一般傷科—另開內服藥	227
E08	高度複雜性傷科一起始次 -2. 中度複雜性傷科合併特殊疾病一起始次—未開內服藥	877	不符合		E02	一般傷科—未開內服藥	227
E09	高度複雜性傷科一起始次 -3. 脫臼整復復位一起始次—另開內服藥	1177	不符合		E01	一般傷科—另開內服藥	227
E10	高度複雜性傷科一起始次 -3. 脫臼整復復位一起始次—未開內服藥	1177	不符合		E02	一般傷科—未開內服藥	227
E11	高度複雜性傷科一起始次 -4. 骨折復位一起始次—另開內服藥	1277	不符合		E01	一般傷科—另開內服藥	227
E12	高度複雜性傷科一起始次 -4. 骨折復位一起始次—未開內服藥	1277	不符合		E02	一般傷科—未開內服藥	227

中醫針灸合併傷科治療處置費診療項目檢核—改支醫令處理(草案)

原申報項目			檢核項目		改支項目		
代碼	診療項目名稱	支付點數	複雜性針灸適應症	複雜性傷科適應症	改支代碼	改支診療項目名稱	改支後點數
F03	一般針灸合併中度複雜性傷科	427	-	不符合	D01	一般針灸—另開內服藥	227

原申報項目			檢核項目		改支項目		
代碼	診療項目名稱	支付點數	複雜性針灸適應症	複雜性傷科適應症	改支代碼	改支診療項目名稱	改支後點數
	－療程第一次						
F06	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) －一起始次	877	-	不符合	D01	一般針灸 －另開內服藥	227
F09	一般針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) －一起始次	877	-	不符合	D01	一般針灸 －另開內服藥	227
F12	一般針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) －一起始次	1177	-	不符合	D01	一般針灸 －另開內服藥	227
F15	一般針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) －一起始次	1277	-	不符合	D01	一般針灸 －另開內服藥	227
F20	電針合併中度複雜性傷科 －療程第一次	427	-	不符合	D03	電針治療 －另開內服藥	227
F23	電針合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) －一起始次	877	-	不符合	D03	電針治療 －另開內服藥	227
F26	電針合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) －一起始次	877	-	不符合	D03	電針治療 －另開內服藥	227
F29	電針合併高度複雜性傷科(3.脫臼) －一起始次	1177	-	不符合	D03	電針治療 －另開內服藥	227
F32	電針合併高度複雜性傷科(4.骨折) －一起始次	1277	-	不符合	D03	電針治療 －另開內服藥	227
F35	中度複雜性針灸合併一般傷科 －另開內服藥	327	不符合	-	E01	一般傷科 －另開內服藥	227
F36	中度複雜性針灸合併一般傷科 －未開內服藥	327	不符合	-	E02	一般傷科 －未開內服藥	227
F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 －療程第一次	427	不符合	符合	E03	中度複雜性傷科－ 療程第一次	427
			符合	不符合	D05	中度複雜性針灸 －另開內服藥	327
			不符合	不符合	D01	一般針灸 －另開內服藥	227

原申報項目			檢核項目		改支項目		
代碼	診療項目名稱	支付點數	複雜性針灸適應症	複雜性傷科適應症	改支代碼	改支診療項目名稱	改支後點數
F38	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 —療程第二至六次 —另開內服藥	327	不符合	符合	E01	一般傷科 —另開內服藥	227
			符合	不符合	D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F39	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科—療程第二至六次—未開內服藥	327	不符合	符合	E02	一般傷科 —未開內服藥	227
			符合	不符合	D06	中度複雜性針灸 —未開內服藥	327
			不符合	不符合	D02	一般針灸 —未開內服藥	227
F40	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) —一起始次	877	不符合	符合	E05	高度複雜性傷科(1.多部位損傷) —一起始次 —另開內服藥	877
			符合	不符合	D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F41	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) —後續治療 —另開內服藥	327	不符合	符合	E01	一般傷科 —另開內服藥	227
			符合	不符合	D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F42	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) —後續治療 —未開內服藥	327	不符合	符合	E02	一般傷科 —未開內服藥	227
			符合	不符合	D06	中度複雜性針灸 —未開內服藥	327
			不符合	不符合	D02	一般針灸 —未開內服藥	227
F43	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) —一起始次	877	不符合	符合	E07	高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) —一起始次 —另開內服藥	877
			符合	不符合	D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327

原申報項目			檢核項目		改支項目		
代碼	診療項目名稱	支付點數	複雜性針灸適應症	複雜性傷科適應症	改支代碼	改支診療項目名稱	改支後點數
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F44	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) —後續治療 —另開內服藥	327	不符合	符合	E01	一般傷科 —另開內服藥	227
			符合	不符合	D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F45	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) —後續治療 —未開內服藥	327	不符合	符合	E02	一般傷科 —未開內服藥	227
			符合	不符合	D06	中度複雜性針灸 —未開內服藥	327
			不符合	不符合	D02	一般針灸 —未開內服藥	227
F46	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) —起始次	1177	不符合	符合	E09	高度複雜性傷科(3.脫臼) —起始次 —另開內服藥	1177
			符合	不符合	D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F47	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) —後續治療 —另開內服藥	327	不符合	符合	E01	一般傷科 —另開內服藥	227
			符合	不符合	D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F48	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) —後續治療 —未開內服藥	327	不符合	符合	E02	一般傷科 —未開內服藥	227
			符合	不符合	D06	中度複雜性針灸 —未開內服藥	327
			不符合	不符合	D02	一般針灸 —未開內服藥	227
F49	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) —起始次	1277	不符合	符合	E11	高度複雜性傷科(4.骨折) —起始次 —另開內服藥	1277
			符合	不符合	D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227

原申報項目			檢核項目		改支項目		
代碼	診療項目名稱	支付點數	複雜性針灸適應症	複雜性傷科適應症	改支代碼	改支診療項目名稱	改支後點數
F50	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) —後續治療 —另開內服藥	327	不符合	符合	E01	一般傷科 —另開內服藥	227
			符合	不符合	D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F51	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) —後續治療 —未開內服藥	327	不符合	符合	E02	一般傷科 —未開內服藥	227
			符合	不符合	D06	中度複雜性針灸 —未開內服藥	327
			不符合	不符合	D02	一般針灸 —未開內服藥	227
F52	高度複雜性針灸合併一般傷科 —另開內服藥	427	不符合	-	E01	一般傷科 —另開內服藥	227
F53	高度複雜性針灸合併一般傷科 —未開內服藥	427	不符合	-	E02	一般傷科 —未開內服藥	227
F54	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 —療程第一次	427	不符合	符合	E03	中度複雜性傷科— 療程第一次	427
			符合	不符合	D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F55	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 —療程第二至六次 —另開內服藥	427	不符合	符合	E01	一般傷科 —另開內服藥	227
			符合	不符合	D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F56	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 —療程第二至六次 —未開內服藥	427	不符合	符合	E02	一般傷科 —未開內服藥	227
			符合	不符合	D08	高度複雜性針灸 —未開內服藥	427
			不符合	不符合	D02	一般針灸 —未開內服藥	227
F57	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) —一起始次	877	不符合	符合	E05	高度複雜性傷科(1. 多部位損傷) —一起始次 —另開內服藥	877
			符合	不符合	D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427

原申報項目			檢核項目		改支項目		
代碼	診療項目名稱	支付點數	複雜性針灸適應症	複雜性傷科適應症	改支代碼	改支診療項目名稱	改支後點數
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F58	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) —後續治療 —另開內服藥	427	不符合	符合	E01	一般傷科 —另開內服藥	227
			符合	不符合	D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F59	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) —後續治療 —未開內服藥	427	不符合	符合	E02	一般傷科 —未開內服藥	227
			符合	不符合	D08	高度複雜性針灸 —未開內服藥	427
			不符合	不符合	D02	一般針灸 —未開內服藥	227
F60	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) —一起始次	877	不符合	符合	E07	高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) —一起始次 —另開內服藥	877
			符合	不符合	D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F61	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) —後續治療 —另開內服藥	427	不符合	符合	E01	一般傷科 —另開內服藥	227
			符合	不符合	D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F62	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) —後續治療 —未開內服藥	427	不符合	符合	E02	一般傷科 —未開內服藥	227
			符合	不符合	D08	高度複雜性針灸 —未開內服藥	427
			不符合	不符合	D02	一般針灸 —未開內服藥	227
F63	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) —一起始次	1177	不符合	符合	E09	高度複雜性傷科(3.脫臼) —一起始次 —另開內服藥	1177
			符合	不符合	D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427

原申報項目			檢核項目		改支項目		
代碼	診療項目名稱	支付點數	複雜性針灸適應症	複雜性傷科適應症	改支代碼	改支診療項目名稱	改支後點數
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F64	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) —後續治療 —另開內服藥	427	不符合	符合	E01	一般傷科 —另開內服藥	227
			符合	不符合	D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F65	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) —後續治療 —未開內服藥	427	不符合	符合	E02	一般傷科 —未開內服藥	227
			符合	不符合	D08	高度複雜性針灸 —未開內服藥	427
			不符合	不符合	D02	一般針灸 —未開內服藥	227
F66	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) —起始次	1277	不符合	符合	E11	高度複雜性傷科(4.骨折) —起始次 —另開內服藥	1277
			符合	不符合	D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F67	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) —後續治療 —另開內服藥	427	不符合	符合	E01	一般傷科 —另開內服藥	227
			符合	不符合	D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427
			不符合	不符合	D01	一般針灸 —另開內服藥	227
F68	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) —後續治療 —未開內服藥	427	不符合	符合	E02	一般傷科 —未開內服藥	227
			符合	不符合	D08	高度複雜性針灸 —未開內服藥	427
			不符合	不符合	D02	一般針灸 —未開內服藥	227

討論事項第九案

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」，提請討論。

說明：

依據全民健康保險會 110 年 9 月 23 日召開「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議」之決議事項辦理。

中華民國中醫師公會全國聯合會意見：

一、施行機構：健保特約評鑑合格且執業中之護理之家，各縣市至少優先服務一家照護機構。

二、年度目標：

(一)111 年度至少 30 家保險醫事服務機構參與本方案，服務 30 家照護機構。

(二)111 年以達成服務人次 15,000 人次，服務總天數 1,500 天為目標。

三、醫療服務提供方式及支付標準：

(一)由保險醫事服務機構指派以 1 位中醫師、每週 1 次、定點、定時提供中醫醫療服務。

(二)支付方式採論次及論量支付，論次費用 1,000 點且一點一元優先支付，論量費用依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫所列之項目申報，超過 15 人次部分不予支付。

四、評核指標：111 年相對 110 年照護機構住民外出就診中醫人次減少。

健保署意見：

一、施行機構：護理之家非屬健保特約之醫事服務機構，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第 21 條規定，修正為政府立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家；並同意中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)優先提供護理之家服務。(對照表討 9-5 頁)

二、申請資格：依特管辦法第 21、22 條規定並比照西醫支援照護機構作業，明定照護機構須備有診療空間及不得將住民健保卡攜回院所刷卡。(對照表討 9-6 頁)

三、申請與審查程序及須檢附之文件：

- (一) 因本方案為年度方案，爰明定核定發文日為執行起日。(對照表討 9-7 頁)
- (二) 比照西醫支援照護機構作業，檢附「全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書」及「全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表」等文件。爰新增附件 2(討 9-17 頁)及附件 3(討 9-18 頁)申請文件。(對照表討 9-頁)

四、醫療服務提供方式：依特管辦法第 22 條規定，修改中全會每週提供 1 次醫療服務之限制，以每週固定一時段為原則，並得視照護機構實際醫療需求增加診療時段，惟每週合計以 3 個時段為限。(對照表討 9-9 頁)

五、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，並修改如下：(對照表討 9-10 頁)

- (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。
- (二)「論量支付」同意每時段服務人次以 15 人次為上限。
- (三)參照全民健康保險西醫、中醫門診總額及牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，本方案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。
- (四)經統計 109 年照護機構住民中醫醫療利用情形，平均每人次申報費用 973 點。以此推估本方案 30 家保險醫事機構，每週提供一時段 15 人次之中醫醫療服務，共計 52 週，論量費用約 2,277 萬點，論次費用約 156 萬點，總計約需 2,433 萬點，尚在預算範圍內。惟若 30 家保險醫事機構每週均提供二時段中醫診療服務，全年約需 4,866 萬點，超出本方案預算。

六、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。(對照表討 9-12 頁)

七、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」。(對照表討 9-13 頁)

八、方案條文修正對照表如附件。

決 議：

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 書函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 110 年 10 月 6 日

發文字號：(110)全聯醫總富字第 1356 號

速 別：

附 件：全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(草案)，乙份。

主 旨：檢陳「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(草案)乙份，請鑒察。

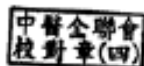
說 明：

一、依全民健康保險會 110 年 9 月 23 日召開「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議」決議事項辦理。

二、各項指標內容如下：

(一)執行目標：民國 111 年至少 30 家院所參與服務。

(二)預期效益之評估指標：民國 111 年相對 110 年照護機構住民外出就診中醫人次減少。



正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部全民健康保險會

中華民國中醫師公會全國聯合會

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(草案) 修正對照表

健保署版	中全會版	備註
計畫名稱： 全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	計畫名稱： 全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	
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。	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： 鼓勵中醫師至照護機構執行中醫醫療服務，提升因失能或就醫不便住民之醫療照護可近性，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，減少住民外出就診中醫人次。	二、目的： 鼓勵中醫師至照護機構執行中醫醫療服務，提升因失能或就醫不便住民之醫療照護可近性，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，減少住民外出就診中醫人次。	
三、預算來源： <u>111年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「照護機構中醫醫療方案」專款項目下支應，全年經費為28.0百萬元。</u>	三、本方案預算及支用範圍： 本方案預算依健保會會議之決議辦理。	健保署意見： 敘明預算來源。
四、施行機構： (一) <u>政府立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家。</u> (二) <u>各縣市至少優先服務一家照護機構為原則，護理之家優先提供服務。</u>	四、施行機構： (一)照護機構為健保特約護理之家(須評鑑合格且執業中)優先。 (二)施行機構名單詳附件1，各縣市至少優先一家，以取得照護機構合約之中醫院所優先承作。	健保署意見： 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第 21 條規定修正施行機構範圍，並同意中全會優先提供護理之家服務。

健保署版	中全會版	備註
五、施行期間： 自公告日起至 111 年 12 月 31 日。	五、施行期間： 自公告日起至111年12月31日。	
六、執行方式及年度目標 <u>(一)本年度以至少30家保險醫事服務機構參與，服務30家照護機構為目標。</u> <u>(二)本方案以達成服務人次15,000人次，服務總天數1,500天為目標。</u>	六、年度目標： 鼓勵中醫師至照護機構執行中醫醫療服務，本年度以至少執行30家照護機構為目標。	健保署意見： 參據中全會 110 年 10 月 6 日 (110)全聯醫總富字第 1356 號函及後續建議新增目標綜整執行方式及年度目標。
七、申請資格： <u>(一)申請之保險醫事服務機構及醫事人員：</u> 須為提出申請日前二年未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者；前述計算違規期間，以保險人第一次處分函上所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。 <u>(二)參與方案之中醫師：執業登記於保險醫事服務機構之專任醫師。</u> <u>(三)照護機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀錄。</u> <u>(四)保險醫事服務機構於照護機構建置全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不</u>	七、申請資格： (一) 申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。 (二) 保險醫事服務機構須具備全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡設備，並確實刷卡、上傳及登錄資料。 (三) 參與中醫保險醫事服務機構之中醫師不得以支援方式辦理。	健保署意見： 1. 依中全會意見，明定中醫師為專任醫師。 2. 比照現行西醫支援照護機構作業，明定照護機構須備有診療空間及健保卡刷卡等規定。 3. 敘明依特管辦法第 22 條規定，保險醫事服務機構經核可至照護機構提供一般門診及復健診療服務期間，其他保險醫事服務機構對同一照護機構，不得再申請本項服務。

健保署版	中全會版	備註
<u>得將住民健保卡攜回院所。</u> (五) <u>每家照護機構僅能接受一家中醫保險醫事服務機構前往支援。</u>		
八、申請與審查程序及須檢附之文件： (一)申請與審查程序 1. 符合申請資格者，須自方案公告日起15個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中醫全聯會受理收件。 2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。 3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。 4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結果送請所轄區保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會。 5. <u>本方案核定發文日為執行起日。</u> (二)須檢附之文件： 1. 111年度全民健康保險中醫門診總額照	八、申請與審查程序及須檢附之文件： (一)申請與審查程序： 1. 符合申請資格者，須自方案公告日起15個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中醫全聯會受理收件。 2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。 3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。 4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結果送請所轄區保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會。 5. 自核定日(發文日)起執行；為確保照護機構中醫醫療照護方案執行之延續性，111年度原有方案延續至112年度執	健保署意見： 本方案為年度方案訂有施行期間，應明定方案執行期程。

健保署版	中全會版	備註
護機構中醫醫療照護方案申請表(附件1)、<u>全民健康保險特約中醫醫事服務機構支援照護機構申請書(附件2)</u>、<u>全民健康保險特約中醫醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表(附件3)</u>及<u>醫事人員名冊(附件4)</u>。 2. 計畫書，其內容應包含： (1) 書寫格式：以 word 形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，標楷書14號定型，橫式書寫。 (2) 封面：包括方案名稱、執行單位、執行期間。 (3) 前言：請敘述執行方案動機，包括照護機構地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。 (4) 目的：分點具體列述執行方案所要達成之目標。 (5) 執行方案： A. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。 B. 每週診療時間。 C. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。	行。 (二) 須檢附之文件： 1. 111年度全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案申請表(附件2)、醫事人員名冊(附件3)及照護機構同意書。 2. 計畫書，其內容應包含： (1) 書寫格式：以 word 形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，標楷書14號定型，橫式書寫。 (2) 封面：包括方案名稱、執行單位、執行期間。 (3) 前言：請敘述執行方案動機，包括照護機構地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。 (4) 目的：分點具體列述執行方案所要達成之目標。 (5) 執行方案： A. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。 B. 每週診療時間。 C. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。	健保署意見： 比照現行西醫支援照護機構作業，檢附文件包含「全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書」及「全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表」，爰新增附件2及附件3文件。

健保署版	中全會版	備註
D. 照護機構地址及住民數。 (6) 經當地衛生主管機關核准<u>報備支援</u>之中醫師、相關醫事人員同意函。 (7) 評估預期效益：請詳述執行方案實施後預期達成之效益指標。	D. 照護機構地址及住民數。 (6) 經當地衛生主管機關報備核准之中醫師、相關醫事人員同意函。 (7) 評估預期效益：請詳述執行方案實施後預期達成之效益指標。	
九、醫療服務提供方式 <u>(一) 保險醫事服務機構指派中醫師及必要之醫事人員，以每週固定一時段為原則，至照護機構提供中醫醫療服務。保險醫事服務機構得視照護機構實際醫療需求增加診療時段，惟每週合計以3個時段為限。</u> <u>(二) 前開同一時段提供診療服務之中醫師，以一名為限。</u> <u>(三) 若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構（門診異動表如附件5）；因不可抗力因素（如因颱風來襲縣市政府公告停班停課等）則為休診日，不須</u>	九、出診規範： (一) 支付保險醫事服務機構費用以1位醫師、每週1次、定點、定時提供中醫醫療服務為原則。 (二) 原訂提供中醫醫療服務之日期，若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班課日，則為休診日，不須補診及報備。 (三) 執行本方案者欲變更醫療服務時間、每週服務次數或照護機構，須先將變更方案及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更照護機構中醫醫療照護者應俟保險人分區業務組核定後，始得變更	健保署意見： 1. 依據特管辦法第 22 條規定，修改中全會每週提供 1 次醫療服務之限制，並敘明同一時段診療中醫師以一名為限，以符合法規意旨。 2. 避免保險醫事服務機構診療時段異動頻繁或任意調整診療時段，調整前須先確實與照護機構協商，並報請中全會及保險人分區業務組備查。

健保署版	中全會版	備註
<u>補診及報備。</u> (四)執行本方案者欲變更醫療服務時間、每週服務次數或照護機構，須先<u>檢送</u>變更方案及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更照護機構中醫醫療照護者應俟保險人分區業務組核定後，始得變更方案。	方案。	
十、給付項目及支付標準： (一)<u>本方案之論次支付方式：每時段費用1,000點，每時段至少以3小時為計支單位，未達3小時不予支付，其費用由本方案預算支應。</u> (二)本方案之論量支付方式： - 診察費、藥費、藥品調劑費、針灸及傷科處置費，依「<u>全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準</u>」第四部中醫所列之項目申報，<u>其費用由本方案預算支應。</u> <u>每時段診療住民限定15人次，超過15人</u>	十、支付方式： (一)本方案之論次支付方式：基本承作費支付點數為1000點(一點一元優先支付)。 (二)本方案之論量支付方式： - 診察費、藥費、藥品調劑費、針灸及傷科處置費依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫所列之項目申報。 - 每次至醫療照護治療住民超出15人次部分0成支付。 (三)本方案醫療服務支付標準申報規定： - 本方案申報之門診診察費不納入門診	健保署意見： - 為確保診療品質及考量照護機構住民實際醫療需求，明定每時段時數。 - 考量本方案預算有限，同意每時段服務人次以 15 人次為上限。

健保署版	中全會版	備註
<u>次部分則不予支付。</u> (三) 本方案醫療服務支付標準申報規定： 1. 本方案申報之門診診察費不納入門診合理量計算。 2. 針灸傷科治療診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。 3. 本方案之針灸傷科治療不併入該院所之合計申報量計算。 4. 照護機構中醫醫療照護因非至保險醫事服務機構就醫，爰不得申報初診門診診察費(A90)。 (四) <u>本方案之預算，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。</u> (五) 依本方案所申請之專款專用支付項目費用不列入「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。	合理量計算。 2. 針灸傷科治療診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。 3. 本方案之針灸傷科治療不併入該院所之合計申報量計算。 4. 照護機構中醫醫療照護之案件因非至保險醫事服務機構就醫，爰不得申報初診門診診察費(A90)。 (四) 本方案其每點支付金額以1元計算，但該年度費用超出預算時，改以全年度浮動點值計算。 (五) 依本方案所申請之專款專用支付項目費用不列入「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。	健保署意見： 參照全民健康保險醫療資源不足地區改善方案，本方案預算應採浮動點值結算。
十一、 醫療費用申報與審查 (一) <u>醫療費用申報</u> 1. <u>門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。</u> 2. <u>門診醫療費用點數申報格式點數清單段：</u>	十一、 醫療服務申報、審查與管理原則： (一) 執行本方案之保險醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦	健保署意見： 1. 敘明醫療費用(含論次、論量費用)申報支規定。 2. 規定每月申報費用前，保險醫事服務機構應上傳照護機構住民名冊，以利未來評估

健保署版	中全會版	備註
(1) <u>案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。</u> (2) <u>特定治療項目(一)：請填報「○○(支援長期照護機構提供中醫一般門診案件)」代碼。</u> (3) <u>就醫科別：請填報「60中醫科」。</u> 3. <u>論次費用：支付標準編號 PXXXXX。</u> (二) <u>論次費用之申報，保險醫事服務機構每月20日前須至健保資訊網服務系統(VPN)登錄醫療服務服務費用明細，傳送資料後列印「全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬」(附件5)，蓋上院所印信，信封上請註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」，寄至所屬保險人分區業務組，由保險人各分區業務組依方案執行結果核定。</u> (三) <u>保險醫事服務機構於每月費用申報前，應至 VPN「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院住民名冊。</u> (四) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。	理。 (二) 本方案須配合健保卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，須填具健保卡例外就醫名冊(如附件4)。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付；另至照護機構應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若照護機構無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行照護機構中醫醫療照護。 (三) 醫療費用申報與審查： 1. 醫療費用申報 (1) 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。 (2) 門診醫療費用點數申報格式點數清單段： A. 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。 B. 特定治療項目(一)：請填報「XX(照護機構照護方案)」代碼。 2. 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	方案推動及管理政策。 3. 全民健康保險醫療辦法第 3 條已規定保險對象就醫應繳驗健保卡，且本方案七(四)申請資格已明定保險醫事服務機構應於照護機構建置健保卡讀卡環境，故刪除中全會例外就醫相關條文。

健保署版	中全會版	備註
	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。	
十二、評核指標： <u>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。</u>	十二、執行報告： 執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益；照護機構中醫醫療照護方案執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。	健保署意見： 1. 依據全民健康保險會意見增訂評核指標。 2. 執行報告調移至十三、執行報告。
十三、執行報告： 執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益。<u>執行報告之內容</u>，將作為下年度審查之依據。	十三、注意事項： 辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、資料不齊全含書面資料及電子檔案、未依本方案規定事項辦理者，經保險人分區業務組及中醫全聯會重新評估後，由保險人分區業務組同意更換、裁撤或終止本方案之辦理。	健保署意見： <u>注意事項及違規處理併入十四、退場機制。</u>
十四、退場機制： (一)辦理本方案之保險醫事服務機構，如於方案執行期間涉及違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十	十四、違規處理： (一)辦理本方案之保險醫事服務機構或醫事人員，如因涉及違反特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一，自保	健保署意見： 1. <u>注意事項及違規處理併入十四、退場機制。</u> 2. <u>為確保服務品質，經保險人</u>

健保署版	中全會版	備註
八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本方案。 (二)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、資料不齊全(含書面資料及電子檔案)<u>或參與方案有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。</u> (三)保險醫事服務機構如經保險人終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人申請複核，但以一次為限。	險人第一次發函處分所載之停約日起即停止執行本方案(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。 (二)因違反前項規定而停止執行本方案者，得於收到該函正本日起30日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組提起申復。	通知參與方案之保險醫事服務機構應改善事項而未改善者，得終止其執行本方案。
十五、 其他事項 (一)<u>支援規定：支援醫事人員均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請中醫師考量負擔能力提供支援服務。</u> (二)本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料。 (三)本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並	十五、 本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料。	健保署意見： 1. 中全會第十五、十六合併為其他事項。 2. 重申報備支援之法規規定。

健保署版	中全會版	備註
送健保會備查。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。		
	十六、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。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。	

**全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案
申請表**

申請日期： 年 月 日

基本資料	醫事服務機構名稱		醫事服務機構代碼		電 話				
	<u>中</u> 醫 師 姓 名		身 分 證 統 一 編 號		中醫師證書字號	台 中 字 號 第 號			
	<u>中</u> 醫 師 學 經 歷								
	聯絡地址								
服務地區及時間	照護機構名稱				<u>每 週 服 務 次 數</u>	每週____次			
	服務時段	<u>時段</u>	<u>日</u>	<u>一</u>	<u>二</u>	<u>三</u>	<u>四</u>	<u>五</u>	<u>六</u>
		<u>上午</u>							
		<u>下午</u>							
		<u>晚上</u>							
	電 話								
地 址									
評估情形	中醫全聯會評估意見	☐ 同意， ☐ 不同意 原因							
		中醫全聯會主任委員簽章：							

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

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

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

特約醫事服務機構及 負責醫師大、小印章	照護機構印章及負責人印章

中華民國

年

月

日

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表

服務機構代號：_____ 服務機構名稱：_____

照護機構代號：_____ 照護機構名稱：_____

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

※注意事項：

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

中華民國_____年_____月_____日

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案醫事人員名冊

照護機構地點：		縣(市)	鄉(鎮、區)	村(里)
		路(街)	段 號	樓 室
醫療期間：民國 年 月 日到民國 年 月 日				
時間： <u>每星期</u> <u>上午(下午/晚上)</u> <u>時</u> <u>分</u> 至 <u>時</u> <u>分</u> 共 <u>小時</u>				
<u>每星期</u> <u>上午(下午/晚上)</u> <u>時</u> <u>分</u> 至 <u>時</u> <u>分</u> 共 <u>小時</u>				
<u>每星期</u> <u>上午(下午/晚上)</u> <u>時</u> <u>分</u> 至 <u>時</u> <u>分</u> 共 <u>小時</u>				
醫事服務 機構名稱				
醫事服務 機構地址				
醫事人力				
<u>中</u> 醫師	藥事人員	護理人員	行政人員	
位	位	位	位	
<u>中</u> 醫師姓名		<u>中</u> 醫師姓名		
身分證統一編號		身分證統一編號		
證書字號		證書字號		
藥事人員姓名		護理人員姓名		
身分證統一編號		身分證統一編號		
證書字號		證書字號		

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

院所印章：

負責醫師簽章：

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

年 月異動班表

一、申請單位資料：

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

二、照護機構資料：

1. 照護機構名稱：
2. 電話：
3. 地址：

三、支援照護機構時段異動表：

(一)原支援照護機構時段：

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

(二)異動後時段：

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

全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表

附件 6

中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案論次費用

受理日期：			受理編號：						
醫事服務機構名稱：			醫事服務機構代號：			醫事類別：		費用年月：	
編號	醫事人員 姓名	醫事人員 身份證字號	支付別	日期	服務地點	服務 時段	服務 時數	診療 人次	申請 金額
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
小計									
總 表	項目 支付表	申請次數	服務時數	診療人次	每次申請金 額	申請金額總數			
	PXXXXX								
	總計								
負責醫師姓名：			一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。 二、支付別：PXXXXX，每診次用 1,000 點，每診次至少 3 小時，未達 3 小時不予支付。 三、診療人次：填寫當次診療之人次。 四、填寫時同一請領人姓名應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」。 填表日期： 年 月 日						
醫事服務機構地址：									
電話：									
印信：									