



# 全民健康保險醫療給付費用中醫門診 總額 109 年第 2 次研商議事會議

109 年 5 月 14 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」**  
**109 年第 2 次會議議程**

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、中醫門診總額執行概況報告	報 2-1
三、108 年第 4 季點值結算結果報告	報 3-1
四、109 年中醫門診總額結算方式，將採「全年結算」案	報 4-1
五、因武漢肺炎中醫診所停診(業)補償(貼)償要點，請轉知會員申請	報 5-1

肆、討論事項

一、建請「研訂提升中藥用藥品質方案草案」討論案。	討 1-1
二、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」之指標討論案。	討 2-1

伍、臨時動議

陸、散會

## 貳、前次會議紀錄確認

# 「中醫門診總額研商議事會議」108 年第 4 次

## 會議紀錄

時間：109 年 2 月 27 日 9 時 30 分

地點：中央健康保險署大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
朱代表日僑	蘇芸蒂 <sup>代</sup>	陳代表憲法	陳憲法
吳代表清源	吳清源	黃代表怡超	黃純英 <sup>代</sup>
呂代表世明	呂世明	黃代表俊元	黃俊元
李代表純馥	李純馥	黃代表俊傑	黃俊傑
卓代表青峰	卓青峰	黃代表建榮	黃建榮
邱代表振城	邱振城	黃代表科峯	古濱源 <sup>代</sup>
侯代表毓昌	請假	黃代表頌儼	黃頌儼
施代表純全	請假	葉代表育韶	葉育韶
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	詹永兆
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表三郎	請假
孫代表茂峰	孫茂峰	蔡代表宗憲	陳俊明 <sup>代</sup>
許代表美麗	許美麗	蔡代表明鎮	蔡明鎮
陳代表建霖	陳建霖	羅代表永達	羅永達
陳代表博淵	陳博淵	蘇代表守毅	蘇守毅

列席單位及人員：

衛生福利部中醫藥司

游婉如、林吟霽、謝采蓓

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年、賴宛而、李敬

台灣醫院協會

洪毓婷、董家琪

台灣腎臟醫學會  
本署醫務管理組

本署醫審及藥材組

本署資訊組

本署企劃組

本署財務組

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

邱怡文

劉林義、洪于淇、王本仁、  
楊淑美、王玲玲、楊秀文、  
蔡翠珍、宋宛蓁、陳文蒨、  
鄭正義

高幸蓓、連恆榮、詹淑存、  
高浩軒

李冠毅

陳泰諭

張晃禎

葉惠珠、黃寶玉

林巽音

林淑惠

郭碧雲

施怡如

鄭翠君

#### 壹、主席致詞(略)

#### 貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

#### 參、報告案

#### 第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：

一、洽悉。

二、下列事項列入追蹤

1. 序號 1-1：請中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)思考日劑藥費如何以科學方法表達當次處方內容案。
2. 序號 1-2：中藥日劑藥費與生技新藥進行評估個別品項核

價併行之可行性。

3. 序號1-3.109年度中藥許可證系統功能介接功能完成前，於調劑專用及須由中醫師處方使用之濃縮製劑藥品許可證註銷時，請中醫藥司通知本署。
4. 序號2：中醫急症處置計畫全年執行率4.1%，請中全會繼續加強執行。
5. 序號4：診所無障礙就醫環境合格標準報告案，請醫務管理組請辦醫事司，有關無障礙就醫環境鼓勵未來規劃方向是否擴及醫院部門。

## 第二案：中醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

## 第三案：108年第3季點值結算結果報告

決定：

### 一、一般服務部門點值確定如下表：

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.81737624	0.88068344
北區	0.84111827	0.90164936
中區	0.80170462	0.87034011
南區	0.83913985	0.90143481
高屏	0.84378993	0.90199728
東區	1.13440332	1.09005344
全區	0.82904748	0.89062276

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、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

**第四案：健保醫療資訊雲端查詢系統摘要區新增腎臟病人宜注意用藥提示訊息報告。**

**決定：洽悉。**

**討論案**

**第一案：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」討論案**

**決議：**

- 一、請中全會與中醫內科醫學會確認後，提供腎毒性中藥藥品名稱，以利健保署「醫療資訊雲端查詢系統」之建置及監測該類藥品異常使用情形。
- 二、本案相關策略將由台灣腎臟醫學會召開會議盤點排定優先順序及期程，將俟台灣腎臟醫學會評估後配合辦理。

**第二案：全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫(草案)**

**決議：通過修訂案，修訂重點如下：**

- 一、適用範圍：慢性腎臟疾病 stage 2~5，且主診斷 ICD-10-CM：N182-N186(慢性腎病)之病人。
- 二、照護內容：由中醫師提供診療項目，包括中醫診療四診診查、開給口服藥、穴位按摩指導、(針灸)等；並給予病人中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。
- 三、支付標準：
  - (一)加強照護費：依給藥日數及執行針灸項目，支付點數 900-2,350 點。
  - (二)疾病管理照護費：進行中醫衛教、飲食指導等，限 60 天申報一次，每次支付 500 點。
  - (三)治療功能性評估費：每 6 個月填寫「新收個案基本資料與病史紀錄表」及「生活品質量表(EQ-5D)量表」、腎功能評估及慢性腎臟病分期評估資料，並需上傳至本署 VPN，每次支付 700 點。另需申報 2 次加強照護費及 1 次疾病管理

照護費後，始得申報本項。

- (四) 新增糖化血紅素等 5 項檢驗費，本項檢驗費限雲端藥歷系統查詢病人資料未記錄檢查數據者，並由符合開具檢驗資格之中醫師申報，且以與西醫不重複檢驗為原則。

#### 四、申報限制：

- (一) P\*\*001- P\*\*008 (中醫慢性腎臟病加強照護費) 每次診療限擇一申報，且給藥日分不得重複。
- (二) [ P\*\*005、P\*\*006、P\*\*007、P\*\*008 (中醫慢性腎臟病加強照護費)] 及 [P64009 (中醫慢性腎臟病加強照護費)、P64010 (中醫慢性腎臟病針灸照護費)] 不得併報。

#### 五、計畫成效：

- (一) 新收案病人填寫「CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表」及「生活品質量表(EQ-5D)量表」，其後每 6 個月執行一次，並於病歷及本署 VPN 登錄病人檢驗檢查、腎功能評估及慢性腎疾病分期數據，以評估照護成效。
- (二) 因中、西醫針對慢性腎臟病皆有照護計畫，故在計畫執行一年後，請依病人參與之計畫分組 (中醫、西醫、中西醫皆參與及無參與)，進行相關檢驗數據成效比較。

散會：12 時 00 分

肆、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	1. 請中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)思考日劑藥費，除了個別中藥列項以外，用怎樣的科學方法表達當次處方內容，請中全會下次會議提出報告。	<p><b>中全會：</b> 已於109年2月20日(109)全聯醫總富字第0230號函，建議本署將中醫「藥品用量」定義修訂為「三、請填藥品一日之劑量。」，惟同意保留IDp7「藥品使用頻率」欄位，但檢核邏輯修訂為：藥品給藥日份X藥品用量(每日用量)=總量。</p> <p><b>健保署：</b> 1. 本署已於109年3月27日以健保醫字第1090032953號函復中全會，本署同意中全會建議，中藥之「藥品用量」定義改為填寫「藥品一日之劑量」，並檢核藥品給藥日份X藥品用量(每日用量)=總量，自費用年月109年5月起適用。 2. 另為申報一致性，本署108年11月18日健保醫字第1080034312號函，已建議中全會就中藥品項分類或統一研議用量單位，後以109年3月27日以健保醫字第1090032953號函再次請中全會研議，惟迄今未見回復。(詳附件1、2)</p>	<input type="checkbox"/> 解除 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

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(續上頁)	2. 本署後續將就現有收載之中藥品項與中醫藥司核發具藥品許可證品項比對差異，以進行評估個別品項核價之可行性。	<p>健保署：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有關中藥日劑藥費與生技新藥個別品項核價併行之可行性，經108年4月17日之核實申報之可行性會議結論為：與會代表一致建議維持目前日劑藥費之制度，惟若要推動核實申報，可先從醫療機構申報格式能夠一致，例如頻次、數量等，以利將來能夠進行統計分析，再評估本案的可行性。</li> <li>2. 若中藥同業公會建議中藥品項應個別品項核價，可來函建議，本署再啟動後續作業。</li> <li>3. 本署將先函請中藥同業公會協助做市場藥價調查，瞭解每公克或每錠售價，以利評估啟動每一方劑名進行評估個別品項核價之作業。</li> </ol>	<input type="checkbox"/> 解除 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
1	108_1_報(3)：中醫門診總額執行概況報告(續上頁)	3. 109年度中藥許可證系統功能介接功能完成前，於調劑專用及須由中醫師處方使用之濃縮製劑藥品許可證註銷時，請中醫藥司通知健保署。	<p>中醫藥司：</p> <p>109年中藥許可證查詢系統維護暨功能增修，增加與健保署系統介接項目，已向健保署確認需求，預計於5月底完成功能增修；介接功能完成前，於調劑專用及須由中醫師處方使用之濃縮製劑藥品許可證註銷時，將持續副知健保署。</p> <p>健保署：</p> <p>本署介接本部中醫藥司中藥許可證系統，預計5月底接通後，須再經1~2個月的資料確認及核對格式等，才會完成，爰介接功能完成前，中醫藥司於調劑專用及須由中醫師處方使用之濃縮製劑藥品許可證註銷時，除通函週知各縣市地方衛生局外，將副知本署。</p>	<input type="checkbox"/> 解除 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
2	108_2_報(2)_中醫門診總額執行概況報告	中醫急症處置計畫(108年執行率4.1%)，請中全會繼續加強執行。	<p>中全會：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 已於中執會加強宣導，請各區將專案部分列為鼓勵項目，執行院所可減少抽審分數。</li> <li>2. 已函文台灣醫院協會轉請各大醫院協助推廣。</li> <li>3. 已於109年4月30日(109)全聯醫總富字0404號函副知本署。檢送中醫急症處置流程建構文件予各承辦計畫院所、各公協會、中醫各區分會辦理(附件3)。</li> </ol>	<input type="checkbox"/> 解除 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
3	108_4_報(6)_ 診所無障礙就醫環境合格標準報告案	診所無障礙就醫環境合格標準報告案，請醫務管理組請辦醫事司，有關無障礙就醫環境鼓勵未來規劃方向是否擴及醫院部門。	<p><b>醫事司：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>按內政部所管建築技術規則建築設計施工編第 170 條「公共建築物之適用範圍」規定略以，醫院及衛生所均已正面表列為「F 類衛生、福利、更生類」及「G 類辦公、服務類」之適用範圍內，其中醫院依法須提供無障礙設施(包含無障礙通路、扶手、出入口、走廊、樓梯、升降設備、廁所、浴室與停車空間等項目)在案，爰現行既有中醫醫院若不符前開無障礙相關規定，將由內政部依法令規定辦理。</li> <li>為鼓勵尚未納入前開法令規範之診所提供或改善無障礙就醫環境，前提案 108 年度品報款實施方案，包含中醫診所無障礙就醫環境合格標準一節，業於 108 年 11 月 14 日經貴署召開中醫門診總額研商議事會議 108 年第 4 次會議通過，本部並於 109 年 1 月 2 日函知中華民國中醫師公會全國聯合會、各縣市中醫師公會(副本亦知會貴署)推動辦理。查前案通過之獎勵對象明訂為診所，因衛生所與醫院為說明一之內政部規定無障礙建築物適用對象，爰未列入品保款獎勵對象。</li> <li>查本司近期將提供 108 年中醫診所合格名單，惟有關實質獎勵發放事宜，建請貴署可考量全體中醫醫院本應符合內政部相關法令規定，提供無障礙設施之原則，再與中醫代表就獎勵金發放方式與分配比例協商辦理方案，本司無意見。</li> </ol> <p><b>中全會：</b> 已於 109 年 2 月 7 日(109)全聯醫總富字第 0200 號函，略以：本會尊重獎勵無障礙設施決議(附件 4)。(續下頁)</p>	<div> <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管         <input type="checkbox"/> 繼續列管       </div>

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
			<b>健保署：</b> 本署將依醫事司提供合格名單323家(占108年12月中醫診所所有3,724家之8.7%)，預定於109年6月30日前完成108年品質保證保留款核發事宜。	
4	108_4_討(2)_全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫條文修訂案	五. 有關中全會所擬「中藥品質提升方案」案，下次研商議事會議再議。	已納入本次會議討論事項第1案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 繼續列管
5	109_1_討(1)「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」討論案。	1. 請中全會與中醫內科醫學會確認後，提供腎毒性中藥藥品名稱，以利健保署「醫療資訊雲端查詢系統」之建置及監測該類藥品異常使用情形。 2. 本案相關策略將由台灣腎臟醫學會召開會議盤點排定優先順序及期程，將俟台灣腎臟醫學會評估後配合辦理。	<b>中全會：</b> 已於109年4月30日(109)全聯醫總富字0405號函復本署(附件5)略以：謹陳「廣防己」、「青木香」、「關木通」、「馬兜鈴」、「天仙藤」等五種含馬兜鈴酸易引發腎毒性中藥藥品，敦請大署公告雲端網路供醫事人員查詢。  <b>健保署：</b> 1. 因中全會提供之「廣防己」等五種含馬兜鈴酸中藥材已於92年公告禁用，故目前健保給付之濃縮中藥製劑，應無此成分。 2. 為提升慢性腎臟病病人用藥安全，請提供應避免使用之腎毒性中藥品項，以利於健保雲端查詢系統供醫事人員查詢。  <b>台灣腎臟醫學會：</b> 尚未回應	<input type="checkbox"/> 解除 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
6	109_1_討(2)_全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(草案)	通過全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫。	新增計畫業已於109年4月10日以健保醫字第1090004504號公告修訂，自109年4月1日生效。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

## 衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：台北市信義路3段140號  
傳真：(02)27026324  
承辦人及電話：陳玟蓀(02)27065866轉2666  
電子信箱：a111091@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國108年11月18日  
發文字號：健保醫字第1080034312號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無

主旨：有關貴會建議修正「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」一案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴會108年8月1日（108）全聯醫總全字第1688號函。
- 二、有關貴會建議「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」之欄位IDp5「藥品用量」中醫部分修訂為「每日藥量」，將刪減IDp7「藥品使用頻率」欄位資訊，因IDp5「藥品用量」及IDp7「藥品使用頻率」兩者意義不同，故不建議刪減。
- 三、請貴會評估是否可依照現行申報格式規定填報「藥品給藥日份」、「藥品用量」、「藥品使用頻率」及「總量」4項欄位，摘要如下：
  - （一）維持「藥品用量」為每次使用之藥量。例如西藥係以健保藥品核價單位【每錠、每支、每瓶、每包或每公克（毫克）、每毫升】為用量單位。因中藥無核價單位，請就中藥品項分類或統一研議用量單位，如每公克、每錠等，以利申報之一致性。
  - （二）例：如要開立A048020當歸龍薈丸（且用量單位定為公克），1次服用1.5公克，1天2次，共給藥7天，則「藥品給藥日份」填7，「藥品用量」填1.5，「藥品使用頻率」填BID，「總量」填21。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會  
副本：本署醫審及藥材組、本署醫務管理組



衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：台北市信義路3段140號

傳真：(02)27069043

承辦人及電話：陳玟蓓(02)27065866轉2666

電子信箱：a111091@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國109年3月27日

發文字號：健保醫字第1090032953號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關貴會建議修訂「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」一案，本署同意，復請查照。

說明：

- 一、復貴會109年2月20日(109)全聯醫總富字第0230號函。
- 二、有關貴會建議中醫「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」欄位IDp5「藥品用量」由填寫「藥品一"次"之劑量」，改為「藥品一"日"之劑量」，並檢核藥品給藥日份 $\times$ 藥品用量（每日用量）=總量，本署尊重貴會意見，同意修訂，為保留院所端程式修正緩衝時間，自費用年月109年5月起適用。
- 三、另為各院所申報之一致性，請貴會參酌本署108年11月18日健保醫字第1080034312號函（諒達）建議，就中藥品項分類或統一研議用量單位，如每公克、每錠等。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會

副本：本署各分區業務組、本署醫審及藥材組

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國中醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：中醫門診醫療服務審查執行會六區分會

發文日期：中華民國 109 年 4 月 30 日

發文字號：(109)全聯醫總富字 0404 號

連 別：

附 件：「中醫急症處置計畫」之流程建構資料，乙份。

主 旨：檢送「中醫急症處置計畫」流程建構文件乙份，請察照。

說 明：

- 一、依本會109年4月12日中醫門診醫療服務審查執行會第37次會議決議事項辦理。
- 二、若對旨揭方案執行有任何疑問，請逕與承辦人聯繫，本計畫召集人即中國醫藥大學中醫學院院長孫茂峰教授將擇期說明。
- 三、「中醫急症處置計畫」之流程建構-以馬偕紀念醫院中醫部為例資料PDF檔，將置本會網站/專案計畫專區/中醫急症處置計畫 (<http://twtm.1655.com.tw/project.php?cat=73>) 請自行下載。



正本：全民健康保險西醫住院病患中醫輔助醫療計畫承辦院所

副本：衛生福利部中央健康保險署、台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、羅永達委員、中醫門診醫療服務審查執行會六區分會

理事長 **柯富揚**

第 1 頁，共 1 頁

檔 號：109DDA0601  
保存年限：10

## 中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2  
電話：(02)2959-4939  
傳真：(02)2959-2499  
E-mail：wang561229@gmail.com  
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 109 年 2 月 7 日  
發文字號：(109)全聯醫總富字第 0200 號  
速 別：  
附 件：

主 旨：衛生福利部全民健康保險會決議規劃獎勵無障礙設施乙事，  
本會尊重該會決議，請鑒核。

說 明：依大署「中醫門診總額研商議事會議」108 年第 4 次會議及  
本會 109 年 1 月 19 日中醫門診醫療服務審查執行會第 36 次  
委員會議決議辦理。



正 本：衛生福利部中央健康保險署  
副 本：

理事長 柯富揚

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國中醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國109年4月30日

發文字號：(109)全聯醫總富字0405號

速 別：

附 件：

主 旨：謹陳報「廣防己」、「青木香」、「關木通」、「馬兜鈴」、「天仙藤」等五種含馬兜鈴酸易引發腎毒性中藥藥品，敦請大署公告雲端網路供醫事人員查詢，請鑒察。

說 明：

- 一、依大署109年2月27日「中醫門診總額研商議事會議」109年第1次會議事項辦理。
- 二、我國中醫醫療院所目前使用之濃縮中藥製劑皆是由主管機關核准之GMP中藥濃縮廠製造且領有藥證之廠商所製成，且均符合中藥濃縮製劑含異常物質之限量規定，迄今均無使用有腎毒性疑慮之中藥製劑。
- 三、至含引發腎毒性物質之廣防己、青木香、關木通、馬兜鈴、天仙藤五種含馬兜鈴酸中藥材，業於民國92年11月4日公告禁用，併此敘明。



正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：中醫內科醫學會

理事長 柯富揚

第1頁，共1頁

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  
109年5月14日

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

1



## 大綱

- 點值預估
- 醫療供給及利用情形
- 中醫專案執行報告

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

2



## 點值預估

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

3



## 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1,200萬元、每季1,050萬元，再依109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= $((109\text{年當季全區預算} \times 97.78\%) - \text{提撥金額 } 1,050\text{萬元}) \times 109\text{年當季五分區相關指標}$ 。
    - 2-2. 108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(73%)、戶籍人口佔率(13%)、同期就醫次數權值占率(9%)、人數利用及醫療點數成長率(5%)。
    - 2-3. 原地區預算分配所採用之第5及6項指標中醫師密度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108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108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(99.6463%)校正，該占率以最近一季(108Q3)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108上半年爭審後核減率，各分區分別計之。

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

4





## 109年第1季中醫門診總額 各分區點值推估

就醫 跨區就醫調整後總額		預估點數(百萬)		預估點值	
分區	(百萬)	非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
臺北	1,752	702	1,203	0.8725	0.9195
北區	748	330	482	0.8680	0.9216
中區	1,549	628	1,083	0.8504	0.9053
南區	889	381	556	0.9127	0.9482
高屏	987	421	659	0.8589	0.9140
東區	135	43	80	1.1461	1.0947
合計	6,060	2,506	4,063	0.8748	0.9225

註：108Q1結算全國平均點值0.9069。



## 109年第1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
105年3月	1003	435	989	486	503	61	3477
106年3月	1011	442	1005	493	513	61	3525
107年3月	1039	447	1025	500	535	65	3611
108年3月	1068	454	1031	511	540	67	3671
109年3月	1095	467	1048	521	548	71	3750
成長率(B/A)-1	2.5%	2.9%	1.6%	2.0%	1.5%	6.0%	2.2%
增減數B-A	27	13	17	10	8	4	79
109年3月中醫醫院：中區2家、南區1家、高屏區1家							

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
105年3月	21	10	31	23	14	6	105
106年3月	20	11	32	24	16	7	110
107年3月	22	12	30	25	15	8	112
108年3月	22	13	32	26	16	8	117
109年3月	23	13	34	26	20	9	125
成長率(B/A)-1	4.5%	0.0%	6.3%	0.0%	25.0%	12.5%	6.8%
增減數B-A	1	0	2	0	4	1	8

新增(+8):淡水馬偕紀念醫院、光田綜合醫院、佛教正德醫院、國軍高雄總醫院左營分院、  
國軍高雄總醫院、高雄市立聯合醫院、臺北榮民總醫院臺東分院、民眾醫院。

註1：資料來源-本署醫事機構服務檔之醫院層級(含醫學中心、區域醫院、地區醫院)登載「中醫診療科別」者之家數。

註2：成長率係與前一年同期比較。

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

8



## 中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
105年3月	1818	760	1687	793	863	108	6029
106年3月	1856	782	1733	812	903	112	6198
107年3月	1924	791	1785	848	932	128	6408
108年3月	2001	836	1832	867	959	139	6634
109年3月	2060	874	1870	895	989	149	6837
成長率(B/A)-1	2.9%	4.5%	2.1%	3.2%	3.1%	7.2%	3.1%
增減數B-A	59	38	38	28	30	10	203

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
105年3月	187	90	201	128	83	29	718
106年3月	195	97	199	137	95	33	756
107年3月	210	103	202	147	99	40	801
108年3月	216	104	209	155	110	51	845
109年3月	219	107	224	159	116	56	881
成長率(B/A)-1	1.4%	2.9%	7.2%	2.6%	5.5%	9.8%	4.3%
增減數B-A	3	3	15	4	6	5	36

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	104	105	106	107	108	109Q1
臺北	2.4	2.43	2.52	2.61	2.71	2.70
北區	2.08	2.13	2.12	2.22	2.29	2.29
中區	3.72	3.81	3.91	4.00	4.07	4.08
南區	2.35	2.41	2.55	2.59	2.69	2.69
高屏	2.31	2.41	2.5	2.59	2.66	2.68
東區	1.93	2.03	2.31	2.52	2.82	2.75
總計	2.57	2.63	2.72	2.81	2.90	2.90

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	104	105	106	107	108	109Q1
臺北/全區	0.93	0.92	0.93	0.93	0.93	0.93
北區/全區	0.81	0.81	0.78	0.79	0.79	0.79
台中/全區	1.44	1.45	1.44	1.42	1.40	1.41
南區/全區	0.91	0.91	0.94	0.92	0.93	0.93
高屏/全區	0.90	0.92	0.92	0.92	0.92	0.92
東區/全區	0.75	0.77	0.85	0.90	0.97	0.95
全區	1.00	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%
108年3月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	15	12	5	13	24	15	84	22.8%
	0<X<1	17	12	20	23	20	7	99	26.9%
	1≤X<2	15	12	7	18	12	3	67	18.2%
	2≤X<3	10	5	9	9	9	2	44	12.0%
	3≤X	13	6	27	14	12	2	74	20.1%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
109年3月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	15	11	5	13	23	15	82	22.3%
	0<X<1	18	13	16	23	19	7	96	26.1%
	1≤X<2	12	11	12	18	15	3	71	19.3%
	2≤X<3	12	6	7	9	8	1	43	11.7%
	3≤X	13	6	28	14	12	3	76	20.7%
	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	0	-1	0	-2	
	0<X<1	1	1	-4	0	-1	0	-3	
	1≤X<2	-3	-1	5	0	3	0	4	
	2≤X<3	2	1	-2	0	-1	-1	-1	
	3≤X	0	0	1	0	0	1	2	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

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

13



## 整體申報概況 【分區別】

項目		申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
年季	分區	值(千件)	成長率	值(百萬點)	成長率	值	成長率
109Q1	台北	2,662.7	-1.1%	1,952.5	2.8%	733.26	4.0%
	北區	1,183.8	-2.2%	833.6	2.9%	704.16	5.2%
	中區	2,518.2	-1.5%	1,753.9	2.9%	696.48	4.4%
	南區	1,336.2	-0.7%	975.7	4.3%	730.22	5.1%
	高屏	1,514.7	1.0%	1,112.6	5.6%	734.55	4.6%
	東區	178.0	2.9%	141.1	7.8%	792.95	4.7%
	全區	9,393.6	-0.9%	6,769.4	3.6%	720.64	4.5%

註1：資料來源：截至109年5月1日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：件數不含慢性病連續處方箋調劑、補報部分醫令或醫令差額、交付機構案件。

註4：成長率為與前一年同期比較。

註5：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。

109年3月起調升每日藥費2點

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
109Q1	台北	716.6	8.5%	12.4	-4.8%	833.2	-0.1%	390.2	-0.3%	1,952.5	2.8%
	北區	334.3	7.4%	5.0	0.8%	373.1	-0.7%	121.3	2.4%	833.6	2.9%
	中區	632.5	8.4%	11.8	-2.3%	781.2	-0.3%	328.4	0.9%	1,753.9	2.9%
	南區	388.3	9.4%	5.8	-1.7%	410.5	0.3%	171.1	3.8%	975.7	4.3%
	高屏	427.7	11.5%	6.8	2.6%	473.5	2.1%	204.6	2.5%	1,112.6	5.6%
	東區	47.7	11.7%	1.0	7.2%	56.1	3.3%	36.3	10.1%	141.1	7.8%
	合計	2,547.1	9.0%	42.8	-1.7%	2,927.5	0.2%	1,252.0	1.5%	6,769.4	3.6%

註1：資料來源：截至109年5月1日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點

註5：109年Q1藥費貢獻度89.37%。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

15



## 109年第1季各月件數、費用統計

	次數(千件)			費用(百萬點)		
	108年	109年	成長率	108年	109年	成長率
1月	3,554	3,051	-14.1%	2,424	2,182	-10.0%
2月	2,556	3,047	19.2%	1,734	2,166	24.9%
3月	3,366	3,295	-2.1%	2,376	2,421	1.9%
合計	9,477	9,393	-0.9%	6,534	6,769	3.6%

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】

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
109Q1	台北	925.9	-0.3%	41.7	124.5%	406.0	10.9%	4.2	-9.5%
	北區	446.1	-0.1%	11.3	9.4%	199.0	11.1%	10.3	18.1%
	中區	990.6	2.2%	37.0	-19.4%	270.2	15.9%	4.0	22.0%
	南區	484.9	1.3%	28.6	3.2%	229.9	12.1%	8.9	42.9%
	高屏	563.4	3.6%	16.5	3.6%	222.1	14.5%	15.2	29.1%
	東區	53.9	5.7%	4.2	29.1%	23.3	12.9%	13.5	3.2%
	全區	3,464.9	1.3%	139.3	14.5%	1,350.5	12.7%	56.2	17.5%

註1：資料來源：截至109年5月1日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

17



## 整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(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(千)	成長率	值(百萬)	成長率
109Q1	台北	0.12	51.7%	571.2	-1.2%	3.0	-3.0%	272.4		1,952.5	2.8%
	北區	0.41	181.9%	163.1	0.7%	3.3	3.3%	0.0		833.6	2.9%
	中區	0.32	12.6%	446.3	-0.3%	5.1	6.7%	361.1		1,753.9	2.9%
	南區	0.00	57.2%	215.6	2.5%	7.4	8.4%	436.6		975.7	4.3%
	高屏	0.00	0%	288.3	2.6%	7.0	2.1%	24.2		1,112.6	5.6%
	東區	0.00	0%	42.9	1.1%	1.4	147.8%	2,014.4		141.1	7.8%
	全區	0.84	66.7%	1,727.3	0.3%	27.3	7.3%	3,108.7		6,769.4	3.6%

註1：資料來源：截至109年5月1日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

18





## 醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	項目	申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
		值(千件)	成長率	值(百萬點)	成長率	值	成長率
109Q1	台北	239.81	-14.2%	221.4	-7.1%	923.40	8.3%
	北區	83.44	-16.0%	87.1	-7.6%	1043.70	10.1%
	中區	206.69	-1.9%	185.3	3.6%	896.70	5.6%
	南區	151.10	-4.6%	148.9	3.2%	985.60	8.2%
	高屏	87.08	-4.1%	84.1	0.0%	965.72	4.2%
	東區	36.06	2.3%	32.1	6.7%	890.36	4.3%
	全區	804.17	-8.0%	759.0	-1.4%	943.81	7.1%

註1：資料來源：截至109年5月1日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

19



## 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 (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
109Q1	台北	109.6	-1.8%	4.8	-12.8%	66.6	-12.7%	40.4	-10.1%	221.4	-7.1%
	北區	46.9	-4.3%	1.6	-13.7%	23.7	-15.1%	14.9	-3.5%	87.1	-7.6%
	中區	72.1	8.7%	4.1	-0.6%	59.7	-0.9%	49.5	2.6%	185.3	3.6%
	南區	60.1	9.1%	2.8	-3.8%	40.4	-3.1%	45.6	2.4%	148.9	3.2%
	高屏	33.6	6.0%	1.7	4.3%	26.1	-1.8%	22.7	-6.2%	84.1	0.0%
	東區	11.2	6.0%	0.7	2.6%	10.6	0.2%	9.6	16.1%	32.1	6.7%
	合計	333.5	2.8%	15.6	-6.0%	227.1	-6.7%	182.8	-1.6%	759.0	-1.4%

註1：資料來源：截至109年5月1日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點。

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】

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
109Q1	台北	31.7	-20.7%	16.3	-2.5%	129.1	-0.5%	0.4	-47.5%
	北區	6.7	-28.4%	8.8	2.4%	59.6	-3.5%	0	0%
	中區	43.2	10.1%	30.3	-23.2%	67.7	23.2%	0.3	-11.8%
	南區	20.4	-1.7%	25.0	1.4%	61.9	11.6%	2.8	77.0%
	高屏	13.8	-7.4%	14.9	3.2%	35.6	4.3%	1.8	75.8%
	東區	6.7	10.3%	3.3	12.9%	9.9	-2.5%	1.1	0.7%
	全區	122.5	-6.0%	98.6	-7.7%	363.7	5.1%	6.4	32.3%

註1：資料來源：截至109年5月1日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

21



## 醫院中醫科申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(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(千)	成長率	值(百萬)	成長率
109Q1	台北	0.12	53.7%	41.4	-15.6%	2.2	1.4%	272.4		221.4	-7.1%
	北區	0.40	179.8%	10.8	-19.6%	0.9	-17.5%	0.0		87.1	-7.6%
	中區	0.29	7.0%	39.8	-4.0%	3.3	8.5%	290.6		185.3	3.6%
	南區	0.00	57.2%	31.9	-11.4%	6.5	12.7%	392.3		148.9	3.2%
	高屏	0	0%	15.2	-7.2%	2.9	-14.2%	24.2		84.1	0.0%
	東區	0	0%	10.2	4.2%	0.9	410.0%	154.6		32.1	6.7%
	全區	0.81	64.7%	149.2	-10.1%	16.5	6.8%	1,134.1		759.0	-1.4%

註1：資料來源：截至109年5月1日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點。

衛生福利部中央健康保險署

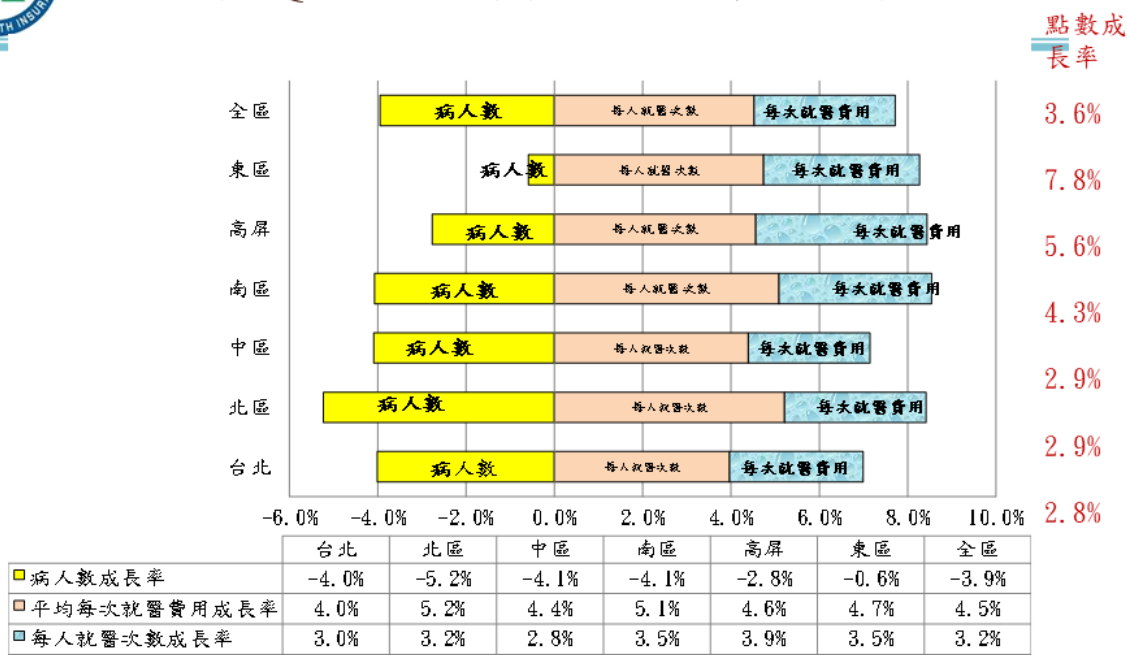
Bureau of National Health Insurance

22





## 109年Q1各區費用分析解構圖



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

23



## 中醫專案執行報告 (含醫院層級執行情形)

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

24



## 中醫專案計畫

### ■ 推動內容：

- 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫
- 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)
- 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)
- 中醫急症處置計畫(107年新增，5月1日生效)
- 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)

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

25



## 西醫住院病患中醫特定疾病 輔助醫療計畫

院所層級	2020Q1			
	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	12	1,330	11.0	12.84
區域醫院	35	1,997	16.9	18.73
地區醫院	35	901	9.0	10.70
總計	82	3,816	36.8	42.27
註：109年全年預算204百萬，第1季預算執行率20.7%。				
資料來源：截至109年5月1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

26



## 癌症患者加強照護整合計畫

院所層級	2020Q1			
	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	12	2,216	11.4	17.19
區域醫院	25	1,491	8.8	15.46
地區醫院	19	427	2.4	3.74
基層院所	47	671	3.3	4.75
總計	103	4,767	26.0	41.15
註：109年全年預算194百萬，第1季預算執行率21.2%。				
資料來源：截至109年5月1日健保倉儲門診清單明細檢視表。				

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

27



## 中醫提升孕產照護品質計畫

院所層級	2020Q1			
	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	8	384	1.7	1.89
區域醫院	9	952	5.5	6.34
地區醫院	9	64	0.4	0.40
基層院所	75	1,441	7.0	7.70
總計	101	2,806	14.6	16.33
註：109年全年預算90百萬，第1季預算執行率18.1%。				
資料來源：截至109年5月1日健保倉儲門診清單明細檢視表。				

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

28



## 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

院所層級	2020Q1			
	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	92	204	0.25
區域醫院	3	18	37	0.04
地區醫院	2	7	29	0.03
基層院所	69	965	2,969	3.16
總計	77	1,082	3,239	3.49

註：109年全年預算22百萬，第1季預算執行率15.9%。

資料來源：截至109年5月1日健保倉儲門診清單明細檢視表。



## 中醫急症處置計畫

院所層級	2020Q1			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(點)
醫學中心	5	106	115	180,531
區域醫院	5	11	11	12,917
地區醫院	0	0	0	0
基層院所	0	0	0	0
總計	10	117	126	193,448

註：109年全年預算10百萬，第1季預算執行率1.9%。

資料來源：截至109年5月1日健保倉儲門診清單明細檢視表。



## 各分區申報專案費用點數

單位：百萬點

分區 別	住院輔 助	癌症整合	孕產	鼻炎	急症	合計	占率
台北	7.5	5.2	2.8	1.0	0.02	16.5	15.9%
北區	2.6	5.2	1.3	1.4	0.01	10.5	10.1%
中區	17.5	10.1	4.9	0.8	0.06	33.4	32.3%
南區	7.2	10.8	6.2	0.2	.	24.4	23.6%
高屏	5.2	9.2	0.8	0.1	.	15.3	14.8%
東區	2.3	0.7	0.3	.	0.11	3.3	3.2%
總計	42.3	41.1	16.3	3.5	0.19	103.4	100.0%

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

31



敬請指教

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

32



## 報告事項 第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 年第 4 季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、第4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108年第4季結算結果說明如下（附件3）：

（一）各區點值如下表：

結算季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107 年第 4 季	浮動點值	0.8527	0.9008	0.8572	0.9205	0.8925	1.2559	0.8824
	平均點值	0.9019	0.9379	0.9046	0.9501	0.9306	1.1731	0.9232
108 年第 4 季	浮動點值	0.7874	0.8107	0.8152	0.8656	0.8217	1.1033	0.8196
	平均點值	0.8619	0.8842	0.8796	0.9179	0.8881	1.0688	0.8851

（二）中醫專案計畫：

醫療試辦計畫	108Q4 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	37,430	37,160	270	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	52,169	48,177	3,992	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	16,250	18,464	-2,214	0.8801
4. 癌症患者加強照護整合方案	55,166	45,415	9,751	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	2,500	3,726	-1,226	0.5385
6. 中醫急症處置計畫(註2)	19,509	319	19,190	1.0000
7. 品質保證保留款(另行結算)	46,406			
8. 網路頻寬補助費用(累計)	74,000	69,550	4,450	
合計	303,431	222,812		

（三）擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決定：

程式代號：RGBI1808R02

108年第 4季

衛生福利部中央健康保險署  
中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/01

頁 次：1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)108年第4季調整後中醫一般服務醫療給付費用總額

=108年全年中醫一般服務醫療給付費用總額預算—108年第1~3季調整後中醫一般部門服務醫療給付費用總額  
= 25,218,729,973—5,840,595,571—6,408,437,392—6,453,966,026  
= 6,515,730,984 (D1)

註：

- 依據107年11月15日「中醫門診總額研商議事會議」107年第4次會議決定，以102-106年(近五年)之各季核定點數平均占率做為108年各季預算重分配之依據。108年各季預算占率分別為:第1季：23.159753%，第2季：25.411420%，第3季：25.591955%，第4季：25.836872%。
- 108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\_G108合計)為25,218,729,973元，各季調整後預算如下：  
108年第1季預算6,136,488,614元，調整後預算為5,840,595,571元= 25,218,729,973× 23.159753%(h\_q1)。  
108年第2季預算6,287,332,157元，調整後預算為6,408,437,392元= 25,218,729,973× 25.411420%(h\_q2)。  
108年第3季預算6,205,507,626元，調整後預算為6,453,966,026元= 25,218,729,973× 25.591955%(h\_q3)。  
108年第4季預算6,589,401,576元，調整後預算為6,515,730,984元  
= 108年全年預算— 108年第1季預算— 108年第2季預算— 108年第3季預算  
= 25,218,729,973元— 5,840,595,571元— 6,408,437,392元— 6,453,966,026元  
= 6,515,730,984元。



程式代號：RGBI1808R02

108年第 4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/01

頁次：2

(二)108年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD\_G108合計)

項目	106年各季 一般服務醫療 給付費用總額 (Q106)	105年各季校正 投保人口數 成長率差值 (PEOP105)	107年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q107) =(Q106+PEOP105) ×(1+3.000%)	106年各季校正 投保人口數預估 成長率差值 (PEOP106)	107年 違反特管辦法 之扣款(註2) (B2)	108年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q108) =(Q107+PEOP106 +B2)×(1+3.457%)	106年 品質保證 保留款 (C106)	108年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算 (OPD_G108) =(Q108-C106)	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額 B3
第1季	5,731,873,946	16,109,788	5,920,423,246	12,990,477	3,388,873	6,142,037,862	5,549,248	6,136,488,614	38,836,404
第2季	5,872,696,421	13,452,482	6,062,733,370	16,615,262	3,388,873	6,293,017,741	5,685,584	6,287,332,157	47,941,829
第3季	5,794,136,967	22,902,502	5,991,550,653	8,634,087	3,388,873	6,211,117,153	5,609,527	6,205,507,626	47,813,292
第4季	6,157,411,186	9,247,290	6,351,658,230	19,932,649	3,388,874	6,595,362,803	5,961,227	6,589,401,576	50,791,841
合 計	23,556,118,520	61,712,062	24,326,365,499	58,172,475	13,555,493	25,241,535,559	22,805,586	25,218,729,973	185,383,366

註：

1. 107年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q107)

= (106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q106)+105年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP105)) × (1+3.000%)

2. 108年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q108)

= (107年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q107)+106年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP106)+107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+3.457%)。

※一般服務成長率為3.457%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.365%，協商因素成長率2.092%。

※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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107年度中醫一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會107年第5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。

※108年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 13,555,493元，按季均分。

3. 依據「108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，再依前開計畫進行預算分配。

4. 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(Q105)+104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104)) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

程式代號：RGBI1808R02

108年第 4季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/01

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 = 135,600,000

第1季:預算=135,600,000/4= 33,900,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 10

(1)獎勵開業已支用點數： 6,814,950(J1) (浮動點數： 5,211,222；非浮動點數： 1,603,728)

(2)獎勵開業保障給付收入： 10,738,482(J2)

(3)獎勵開業論次費用： 250,000(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3)： 7,064,950(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 10,988,482(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： 1,910,087(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 17,897,200(J7)

(3)小計已支用點數： 19,807,287(J8) 暫結金額= 1元/點× 19,807,287(J8)= 19,807,287(J9)

3. 合計:

已支用點數： 26,872,237(J4+J8)

暫結金額： 30,795,769(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 33,900,000 - 30,795,769= 3,104,231

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 3,104,231= 37,004,231

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 11

(1)獎勵開業已支用點數： 8,262,144(K1) (浮動點數： 6,193,693；非浮動點數： 2,068,451)

(2)獎勵開業保障給付收入： 11,334,512(K2)

(3)獎勵開業論次費用： 18,000(K3)

(4)小計已支用點數(K1+K3)： 8,280,144(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 11,352,512(K5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 2,226,997(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 19,778,700(K7)

(3)小計已支用點數： 22,005,697(K8) 暫結金額= 1元/點× 22,005,697(K8)= 22,005,697(K9)

3. 合計:

已支用點數： 30,285,841(K4+K8)

暫結金額： 33,358,209(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 37,004,231 - 33,358,209= 3,646,022

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝135,600,000/4＋3,646,022＝37,546,022

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：10

(1)獎勵開業已支用點數：9,066,428(L1) (浮動點數：6,762,291；非浮動點數：2,304,137)

(2)獎勵開業保障給付收入：11,888,358(L2)

(3)獎勵開業論次費用：273,400(L3)

(4)小計已支用點數(L1+L3)：9,339,828(L4) 暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋1元/點×論次費用(L3)＝12,161,758(L5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數：2,281,112(L6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數：19,573,100(L7)

(3)小計已支用點數：21,854,212(L8) 暫結金額＝1元/點×21,854,212(L8)＝21,854,212(L9)

3. 合計：

已支用點數：31,194,040(L4+L8)

暫結金額：34,015,970(L10＝L5+L9)

未支用金額＝第3季預算－第3季暫結金額＝37,546,022－34,015,970＝3,530,052

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝135,600,000/4＋3,530,052＝37,430,052

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數：13

(1)獎勵開業已支用點數：10,897,083(M1) (浮動點數：7,980,228；非浮動點數：2,916,855)

(2)獎勵開業保障給付收入：13,581,505(M2)

(3)獎勵開業論次費用：184,400(M3)

(4)小計已支用點數(M1+M3)：11,081,483(M4) 暫結金額＝獎勵開業保障給付收入＋1元/點×論次費用(M3)＝13,765,905(M5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數：2,356,112(M6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數：21,038,200(M7)

(3)小計已支用點數：23,394,312(M8) 暫結金額＝1元/點×23,394,312(M8)＝23,394,312(M9)

3. 合計：

已支用點數：34,475,795(M4+M8)

暫結金額：37,160,217(M10＝M5+M9)

未支用金額＝第4季預算－第4季暫結金額＝37,430,052－37,160,217＝269,835

程式代號：RGBI1808R02

108年第 4季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/01

頁 次： 5

=====

全年合計:全年預算=135,600,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 14

(1)獎勵開業已支用點數： 35,040,605(N1) (浮動點數： 26,147,434；非浮動點數： 8,893,171)

(2)獎勵開業保障給付收入： 47,542,857(N2)

(3)獎勵開業論次費用： 725,800(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3)： 35,766,405(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額= 48,268,657(N5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 8,774,308(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 78,287,200(N7)

(3)小計已支用點數： 87,061,508(N8) 結算金額= 87,061,508(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： 122,827,913(N4+N8)

全年結算金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)： 135,330,165

全年未支用金額=全年預算—全年結算金額=135,600,000—135,330,165= 269,835

註：依據「108年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫  
全年預算＝182,000,000

第1季：預算＝182,000,000/4＝45,500,000

	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：	33,843,935(V01)	32,151,036(VF01)	1,692,899(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,064,680(V02)	3,795,649(VF02)	269,031(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,768,748(V03)	1,675,736(VF03)	93,012(VN03)
(4)小計：	39,677,363(V04)	37,622,421(VF04)	2,054,942(VN04)
已支用點數＝	39,677,363		
暫結金額＝1元/點×已支用點數＝	39,677,363		
未支用金額＝第1季預算－1元/點×第1季已支用點數＝	45,500,000－39,677,363＝	5,822,637	

第2季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝182,000,000/4＋5,822,637＝51,322,637

	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：	38,240,802(W01)	36,269,270(WF01)	1,971,532(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,378,801(W02)	4,167,125(WF02)	211,676(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,272,491(W03)	2,184,582(WF03)	87,909(WN03)
(4)小計：	44,892,094(W04)	42,620,977(WF04)	2,271,117(WN04)
已支用點數＝	44,892,094		
暫結金額＝1元/點×已支用點數＝	44,892,094		
未支用金額＝第2季預算－1元/點×第2季已支用點數＝	51,322,637－44,892,094＝	6,430,543	

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/05/01

108年第 4季

結算主要費用年月起迄：108/10—108/12

核付截止日期：109/03/31

頁次：7

=====

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 182,000,000/4＋ 6,430,543＝ 51,930,543

	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：	38,445,387(X01)	36,547,187(XF01)	1,898,200(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,428,139(X02)	4,145,898(XF02)	282,241(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,387,696(X03)	2,275,196(XF03)	112,500(XN03)
(4)小計：	45,261,222(X04)	42,968,281(XF04)	2,292,941(XN04)

已支用點數＝ 45,261,222

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 45,261,222

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 51,930,543－ 45,261,222＝ 6,669,321

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 182,000,000/4＋ 6,669,321＝ 52,169,321

	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：	40,796,437(Y01)	38,707,598(YF01)	2,088,839(YN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,960,611(Y02)	4,656,765(YF02)	303,846(YN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,419,863(Y03)	2,266,718(YF03)	153,145(YN03)
(4)小計：	48,176,911(Y04)	45,631,081(YF04)	2,545,830(YN04)

已支用點數＝ 48,176,911

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 48,176,911

未支用金額＝ 第4季預算－ 1元/點× 第4季已支用點數＝ 52,169,321－ 48,176,911＝ 3,992,410

全年合計：全年預算＝ 182,000,000

	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：	151,326,561(Z01)	143,675,091(ZF01)	7,651,470(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	17,832,231(Z02)	16,765,437(ZF02)	1,066,794(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,848,798(Z03)	8,402,232(ZF03)	446,566(ZN03)
(4)小計：	178,007,590(Z04)	168,842,760(ZF04)	9,164,830(ZN04)

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)＝ 178,007,590

未支用金額＝ 全年預算－ 第1-4季已暫結金額＝ 182,000,000－ 178,007,590＝ 3,992,410

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

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

=====

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算＝ 65,000,000

第1季：

$$\begin{aligned} \text{預算} &= 65,000,000/4 = 16,250,000 \\ \text{已支用點數} &= 16,631,132 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 16,631,132 \\ \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 16,250,000 - 16,631,132 = -381,132 \\ \text{浮動點值} &= (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (16,250,000 - 0) / 16,631,132 = 0.97708322 \end{aligned}$$

第2季：

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 65,000,000/4 + 0 = 16,250,000 \\ \text{已支用點數} &= 18,263,136 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 18,263,136 \\ \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 16,250,000 - 18,263,136 = -2,013,136 \\ \text{浮動點值} &= (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (16,250,000 - 0) / 18,263,136 = 0.88977052 \end{aligned}$$

第3季：

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 65,000,000/4 + 0 = 16,250,000 \\ \text{已支用點數} &= 17,937,842 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 17,937,842 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 16,250,000 - 17,937,842 = -1,687,842 \\ \text{浮動點值} &= (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (16,250,000 - 0) / 17,937,842 = 0.90590607 \end{aligned}$$

第4季：

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 65,000,000/4 + 0 = 16,250,000 \\ \text{已支用點數} &= 18,463,919 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 18,463,919 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 16,250,000 - 18,463,919 = -2,213,919 \\ \text{浮動點值} &= (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (16,250,000 - 0) / 18,463,919 = 0.88009485 \end{aligned}$$

全年合計：

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 65,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 71,296,029 \\ \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)} &= 65,000,000 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{第1-4季已暫結金額} = 65,000,000 - 65,000,000 = 0 \end{aligned}$$

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：RGBI1808R02

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：109/05/01

108年第 4季

結算主要費用年月起迄：108/10—108/12

核付截止日期：109/03/31

頁 次： 9

(四)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=166,000,000

第1季：

預算= 166,000,000/4= 41,500,000

	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：	13,064,956	11,118,853	1,946,103
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	10,243,581	10,243,581	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,353,962	1,353,962	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	2,742,682	2,742,682	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	2,505,519	2,505,519	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,502,825	2,300,710	202,115
(7)小計：	32,413,525	30,265,307	2,148,218

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 32,413,525

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 41,500,000 - 32,413,525= 9,086,475

第2季：預算=當季預算+前一季未支用金額= 166,000,000/4+ 9,086,475= 50,586,475

	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：	13,010,713	10,968,478	2,042,235
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	11,922,944	11,922,944	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,304,917	1,304,917	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	3,024,087	3,024,087	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	2,825,315	2,825,315	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	3,912,690	3,627,245	285,445
(7)小計：	36,000,666	33,672,986	2,327,680

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 36,000,666

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 50,586,475 - 36,000,666= 14,585,809



## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/05/01

108年第 4季

結算主要費用年月起迄：108/10—108/12

核付截止日期：109/03/31

頁次：10

=====

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 166,000,000/4＋ 14,585,809＝ 56,085,809

	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：	14,582,522	12,437,337	2,145,185
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	14,394,088	14,394,088	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,534,693	1,534,693	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	3,898,607	3,898,607	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	3,674,618	3,674,618	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	4,335,085	4,027,702	307,383
(7)小計：	42,419,613	39,967,045	2,452,568

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 42,419,613

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 56,085,809－ 42,419,613＝ 13,666,196

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 166,000,000/4＋ 13,666,196＝ 55,166,196

	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：	14,617,902	12,360,614	2,257,288
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	16,042,925	16,042,925	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,597,971	1,597,971	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	4,202,313	4,202,313	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	4,086,231	4,086,231	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	4,867,610	4,501,793	365,817
(7)小計：	45,414,952	42,791,847	2,623,105

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 45,414,952

未支用金額＝ 第4季預算－ 1元/點× 第4季已支用點數＝ 55,166,196－ 45,414,952＝ 9,751,244

全年合計：

全年預算＝ 166,000,000

	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：	55,276,093	46,885,282	8,390,811
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	52,603,538	52,603,538	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	5,791,543	5,791,543	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	13,867,689	13,867,689	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	13,091,683	13,091,683	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	15,618,210	14,457,450	1,160,760
(7)小計：	156,248,756	146,697,185	9,551,571

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)

＝ 32,413,525＋ 36,000,666＋ 42,419,613＋ 45,414,952＝ 156,248,756

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 166,000,000－ 156,248,756＝ 9,751,244

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

(五)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算＝10,000,000

第1季：

預算＝10,000,000/4＝2,500,000  
 已支用點數＝2,233,744 (浮動點數：1,584,157 非浮動點數：649,587)  
 暫結金額＝1元/點×已支用點數＝2,233,744  
 未支用金額＝第1季預算－1元/點×第1季已支用點數＝2,500,000－2,233,744＝266,256

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝2,500,000＋266,256＝2,766,256  
 已支用點數＝3,375,869 (浮動點數：2,447,193 非浮動點數：928,676)  
 暫結金額＝1元/點×已支用點數＝3,375,869  
 未支用金額＝第2季預算－1元/點×第2季已支用點數＝2,766,256－3,375,869＝-609,613  
 浮動點值＝(第2季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(2,766,256－928,676)/2,447,193＝0.75089296

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝2,500,000＋0＝2,500,000  
 已支用點數＝4,397,049 (浮動點數：3,178,332 非浮動點數：1,218,717)  
 暫結金額＝1元/點×已支用點數＝4,397,049  
 未支用金額＝第3季預算－1元/點×第3季已支用點數＝2,500,000－4,397,049＝-1,897,049  
 浮動點值＝(第3季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(2,500,000－1,218,717)/3,178,332＝0.40313064

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝2,500,000＋0＝2,500,000  
 已支用點數＝3,726,448 (浮動點數：2,657,470 非浮動點數：1,068,978)  
 暫結金額＝1元/點×已支用點數＝3,726,448  
 未支用金額＝第4季預算－1元/點×第4季已支用點數＝2,500,000－3,726,448＝-1,226,448  
 浮動點值＝(第4季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(2,500,000－1,068,978)/2,657,470＝0.53849037

全年合計：

全年預算＝10,000,000  
 已支用點數＝13,733,110  
 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)  
 ＝2,233,744＋2,766,256＋2,500,000＋2,500,000＝10,000,000  
 未支用金額＝全年預算－暫結金額＝10,000,000－10,000,000＝0

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

程式代號：RGBI1808R02

108年第 4季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/01

頁次：12

(六)中醫急症處置計畫 全年預算＝20,000,000

第1季：

預算＝20,000,000/4＝5,000,000

已支用點數＝159,927 (浮動點數：159,281 非浮動點數：646)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝159,927

未支用金額＝第1季預算－1元/點×第1季已支用點數＝5,000,000－159,927＝4,840,073

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝20,000,000/4＋4,840,073＝9,840,073

已支用點數＝158,331 (浮動點數：156,446 非浮動點數：1,885)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝158,331

未支用金額＝第2季預算－1元/點×第1季已支用點數＝9,840,073－158,331＝9,681,742

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝20,000,000/4＋9,681,742＝14,681,742

已支用點數＝172,285 (浮動點數：171,306 非浮動點數：979)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝172,285

未支用金額＝第3季預算－1元/點×第1季已支用點數＝14,681,742－172,285＝14,509,457

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝20,000,000/4＋14,509,457＝19,509,457

已支用點數＝319,016 (浮動點數：318,211 非浮動點數：805)

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝319,016

未支用金額＝第4季預算－1元/點×第1季已支用點數＝19,509,457－319,016＝19,190,441

全年合計：

全年預算＝20,000,000

已支用點數＝809,559

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)

＝159,927＋158,331＋172,285＋319,016＝809,559

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝20,000,000－809,559＝19,190,441

註：依據「全民健康保險中醫急症處置計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。

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

=====

(七)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+108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(Q105)  
 +104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104))×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)+23,600,000  
 =( 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%+23,600,000  
 = 5,549,248+ 5,685,584+ 5,609,527+ 5,961,227+23,600,000  
 =46,405,586

※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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108年度之品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用(計46.4百萬元)。

(八)網路頻寬補助費用 全年預算= 74,000,000

第1季已支用點數： 15,223,827  
 第2季已支用點數： 17,207,696  
 第3季已支用點數： 18,361,505  
 第4季已支用點數： 18,757,347 (傳票日期:109/04/24前核付)  
 全年已支用點數： 69,550,375

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 69,550,375  
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 74,000,000 - 69,550,375 = 4,449,625

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 6,515,730,984 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬結算金額 50,791,841 (B3)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算 6,464,939,143 (E)

各分區醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬：

就醫分區	浮動點數	非浮動點數	合 計	論量計酬結算金額
臺北	3,939,693	1,585,660	5,525,353	5,525,353
北區	6,785,231	3,228,601	10,013,832	10,013,832
中區	3,454,285	1,317,976	4,772,261	4,772,261
南區	3,969,627	1,787,766	5,757,393	5,757,393
高屏	8,549,660	3,662,371	12,212,031	12,212,031
東區	9,131,134	3,379,837	12,510,971	12,510,971
合計	35,829,630	14,962,211	50,791,841(B2)	50,791,841(B3)

※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% = 6,464,939,143 × 2.22% = 143,521,649 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險基金(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D1\_5) = (E) × 97.78% - 8,000,000 = 6,313,417,494 (加總後四捨五入至整位數) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1\_5) × 67% = 6,313,417,494 × 67% = 4,229,989,721 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1\_5) × 13% = 6,313,417,494 × 13% = 820,744,274 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1\_5) × 9% = 6,313,417,494 × 9% = 568,207,574 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1\_5) × 5% = 6,313,417,494 × 5% = 315,670,875 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1\_5) × 5% = 6,313,417,494 × 5% = 315,670,875 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 6,313,417,494 - 4,229,989,721 - 820,744,274 - 568,207,574 - 315,670,875 = 63,134,175

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
指標	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	95Q4+96Q4+97Q4		107年11月		107年10~12月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 =(Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	各區就醫 次數比率加總 (a)	全區 就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後 指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	4,025,382,379	28.9992%	7,641,093	33.1681%	956,227.717480		29.6489%	30.2063%
北區	1,672,890,030	12.0516%	3,768,910	16.3599%	431,399.838484		13.3760%	13.6275%
中區	3,784,142,258	27.2613%	4,577,095	19.8681%	825,408.889505		25.5927%	26.0739%
南區	2,079,771,210	14.9828%	3,346,593	14.5267%	451,654.469159		14.0041%	14.2674%
高屏	2,318,827,170	16.7051%	3,703,765	16.0772%	500,963.614961		15.5329%	15.8249%
東區					59,514.470226			
小計	13,881,013,047	100.0000%	23,037,456	100.0000%	3,225,168.999815	3,225,169	98.1546%	100.0000%

程式代號：RGBI1808R02

108年第 4季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/01

頁 次： 16

指標4(註7)(S4)

去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

指標	去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差							
計算期間	107年10~12月							
分區	人數利用 率成長率 (p)	醫療費 用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註4)	各分區各季經指 標4加權後之預算 (Ai4) =(Ai1)×(1+指標4權值)	指標4占率 =(Ai4/ΣAi4)
臺北	0.043930	0.108183	-0.064253	4	0.00	4,025,382,379	4,025,382,379	29.2181%
北區	0.034601	0.092280	-0.057679	1	0.00	1,672,890,030	1,672,890,030	12.1426%
中區	0.022666	0.086074	-0.063408	3	0.00	3,784,142,258	3,784,142,258	27.4671%
南區	0.017188	0.083829	-0.066641	5	-0.05	2,079,771,210	1,975,782,650	14.3411%
高屏	0.026296	0.088140	-0.061844	2	0.00	2,318,827,170	2,318,827,170	16.8311%
小計						13,881,013,047	13,777,024,487	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	當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率			
計算期間	108年8月			
分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指 標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)	指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	-0.004156	4,025,382,379	4,008,652,890	28.8792%
北區	-0.002281	1,672,890,030	1,669,074,168	12.0244%
中區	-0.005998	3,784,142,258	3,761,444,973	27.0983%
南區	0.009311	2,079,771,210	2,099,135,960	15.1226%
高屏	0.010190	2,318,827,170	2,342,456,019	16.8755%
小計		13,881,013,047	13,880,764,010	100.0000%

(五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	28.9992%	33.1681%	30.2063%	29.2181%	28.8792%
北區	12.0516%	16.3599%	13.6275%	12.1426%	12.0244%
中區	27.2613%	19.8681%	26.0739%	27.4671%	27.0983%
南區	14.9828%	14.5267%	14.2674%	14.3411%	15.1226%
高屏	16.7051%	16.0772%	15.8249%	16.8311%	16.8755%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註9)：

$$\begin{aligned}
 \text{第4季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 63,134,175 - 23,163,831 \\
 &= 39,970,344
 \end{aligned}$$

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	0.81737624	24,283,380	4,434,722
北區	0.84111827	14,491,355	2,302,410
中區	0.80170462	27,273,949	5,408,295
南區	0.83913985	45,891,991	7,382,195
高屏	0.84378993	23,277,701	3,636,209
小計		135,218,376	23,163,831(M1)



(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 8,000,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\
 &= 8,000,000 - 827,156 \\
 &= 7,172,844 \text{ (Gh)}
 \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	風險基金撥付院所 當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.81737624	0	0
北區	0.84111827	0	0
中區	0.80170462	0	0
南區	0.83913985	2,924,889	470,498
高屏	0.84378993	2,283,196	356,658
小計		5,208,085	827,156(R1)

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD2)=第4季預算Ga+ 第4季預算Gb+ 第4季預算Gc+ 第4季預算Gd+ 第4季預算Ge+ 第4季預算Gf+第4季就醫率最高分區之風險基金分配款Gh。

分區	預算(Ga) =GA×指標1占率	預算(Gb) =GB×指標2占率	預算(Gc) =GC×指標3占率	預算(Gd) =GD×指標4占率	預算(Ge) =GE×指標5占率	第4季預算(Gf) =Nx指標1占率	各季就醫率 最高分區風 險基金分配款 (Gh)	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,226,663,179	272,225,282	171,634,484	92,233,032	91,163,223	11,591,080		1,865,510,280
北區	509,781,441	134,272,942	77,432,487	38,330,652	37,957,529	4,817,066		802,592,117
中區	1,153,150,188	163,066,293	148,153,875	86,705,635	85,541,441	10,896,435	7,172,844	1,654,686,711
南區	633,770,900	119,227,058	81,068,447	45,270,676	47,737,644	5,988,677		933,063,402
高屏	706,624,013	131,952,699	89,918,281	53,130,880	53,271,038	6,677,086		1,041,573,997
小計	4,229,989,721	820,744,274	568,207,574	315,670,875	315,670,875	39,970,344	7,172,844	6,297,426,507

(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
107年 第1季	1,613,601,972	687,482,800	1,435,923,737	822,004,700	910,478,734	5,469,491,943
第2季	1,803,812,347	764,886,947	1,565,710,114	868,125,382	982,288,893	5,984,823,683
第3季	1,821,184,345	772,350,444	1,561,197,916	852,811,994	971,107,003	5,978,651,702
第4季	1,814,154,355	778,735,055	1,613,617,806	910,134,390	1,015,029,945	6,131,671,551
合 計(BD_107)	7,052,753,019	3,003,455,246	6,176,449,573	3,453,076,466	3,878,904,575	23,564,638,879
108年 第1季	1,669,592,992	713,524,412	1,484,346,920	848,280,761	940,830,044	5,656,575,129
第2季	1,871,698,676	794,599,676	1,620,336,000	899,998,784	1,014,016,856	6,200,649,992
第3季	1,898,343,800	808,687,555	1,630,029,342	893,308,805	1,014,061,234	6,244,430,736
第4季	1,865,510,280	802,592,117	1,654,686,711	933,063,402	1,041,573,997	6,297,426,507
合 計(BD_108)	7,305,145,748	3,119,403,760	6,389,398,973	3,574,651,752	4,010,482,131	24,399,082,364
預算成長率	3.58%	3.86%	3.45%	3.52%	3.39%	3.54%

※預算成長率＝〔108年全年分區預算(BD\_108)/107年全年分區預算(BD\_107)－1〕×100%。

※各分區預算全年成長率皆未小於0，各分區預算不須撥補。

註：

- 依據「108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： $\Sigma$ 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( $a$ )/ $\Sigma$ 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 $\Sigma$ 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(107年該季/106年同期)-1。

(3)醫療費用點數成長率( $r$ )：(107年該季申報醫療費用點數/106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： $\Sigma$ 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( $\sum dr\_peop$ )

=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。

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)107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. 風險基金提撥及分配：

(1) 108年度自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,200萬元，每季800萬元。

(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) 當季撥付風險基金院所後之剩餘款餘額，全數撥予當季就醫率最高之分區。

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 $Ty = \sum$ 該區各季 $Ts + \sum$ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

b. 成長率 $= (108\text{年該區}yT / 107\text{年該區}yT) - 1$ 。

c. 各分區撥補比例 $= (\text{分母各區}Ty) / \sum (\text{成長率大於0之分區}Ty)$ 。

(2) 撥補程序

a. 於108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。

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	1,405,883,789(BF)	758,363,855(BG)	122,885(BJ)
2-北區分區	555,456,294(BF)	352,257,419(BG)	29,445(BJ)
3-中區分區	1,225,060,186(BF)	655,995,192(BG)	63,389(BJ)
4-南區分區	620,893,080(BF)	395,569,187(BG)	32,916(BJ)
5-高屏分區	736,450,174(BF)	436,405,586(BG)	5,376(BJ)
6-東區分區	89,415,204(BF)	44,869,841(BG)	2,035(BJ)
7-合計	4,633,158,727(GF)	2,643,461,080(GG)	256,046(GJ)

程式代號：RGBI1808R02

108年第 4季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/10—108/12

核付截止日期:109/03/31

列印日期：109/05/01

頁 次： 24

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(BD2)

— (各分區一般服務核定非浮動點數(BG) — 緩起訴捐助款)

— 各分區自墊核退點數(BJ)]

／ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區 = [ 1,865,510,280 — ( 758,363,855 — 0) — 122,885 ] / 1,405,883,789 = 0.78742180

北區分區 = [ 802,592,117 — ( 352,257,419 — 0) — 29,445 ] / 555,456,294 = 0.81069430

中區分區 = [ 1,654,686,711 — ( 655,995,192 — 0) — 63,389 ] / 1,225,060,186 = 0.81516659

南區分區 = [ 933,063,402 — ( 395,569,187 — 0) — 32,916 ] / 620,893,080 = 0.86562617

高屏分區 = [ 1,041,573,997 — ( 436,405,586 — 0) — 5,376 ] / 736,450,174 = 0.82172977

東區分區 = [ 143,521,649 — ( 44,869,841 — 0) — 2,035 ] / 89,415,204 = 1.10327739

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(BD2)

— ( 加總核定非浮動點數(BG) — 緩起訴捐助款)

— 加總自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(BF)

= [ 6,440,948,156 — ( 2,643,461,080 — 0) — 256,046 ] / 4,633,158,727 = 0.81957715

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)

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

臺北分區	= [ 1,865,510,280 ]	÷ [ 1,405,883,789 + 758,363,855 - 0 + 122,885 ]	= 0.86191817
北區分區	= [ 802,592,117 ]	÷ [ 555,456,294 + 352,257,419 - 0 + 29,445 ]	= 0.88416212
中區分區	= [ 1,654,686,711 ]	÷ [ 1,225,060,186 + 655,995,192 - 0 + 63,389 ]	= 0.87962905
南區分區	= [ 933,063,402 ]	÷ [ 620,893,080 + 395,569,187 - 0 + 32,916 ]	= 0.91792211
高屏分區	= [ 1,041,573,997 ]	÷ [ 736,450,174 + 436,405,586 - 0 + 5,376 ]	= 0.88806250
東區分區	= [ 143,521,649 ]	÷ [ 89,415,204 + 44,869,841 - 0 + 2,035 ]	= 1.06876737

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)

$$= \frac{[6,440,948,156]}{[4,633,158,727 + 2,643,461,080 - 0 + 256,046]} = 0.88512547$$

6. 中醫門診總額平均點值

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

$$= \frac{[6,440,948,156 + 180,439,670 + 50,791,841]}{[4,633,158,727 + 2,643,461,080 - 0 + 256,046 + 181,195,615 + 50,791,841]} = 0.88857386$$

註：

- 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算  
 = 37,160,217 + 48,176,911 + 16,250,000 + 45,414,952 + 2,500,000 + 319,016 + 18,757,347 + 11,861,227  
 = 180,439,670
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 108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108/09(含)以前：於109/01/01~109/03/31期間核付者。  
 費用年月108/10~108/12：於108/10/01~109/03/31期間核付者。



## 報告事項 第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關109年全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額結算方式，將採「全年結算」案。

說明：

一、為確保院所在疫情期間之財務周轉穩健，本署已提高各總額暫付款金額，於109年3月如申報醫療點數較去年同期低，以去年同期核定金額計算補付金額。自4月起每月暫付款將逐月檢討，檢討重點如停約、基期異常、醫師人數減少、未支用藥費、未支用特材費、核減金額等。另如本(109)年申報點數較去年高者，則仍依現行暫付規定辦理，惟院所仍具選擇權。

二、109年第1季醫療費用統計如下：

(一)整體：件數下降0.9%，點數上升3.6%，預估第1季平均點值0.9225，相較108年第1季(0.9069)上升1.7%。

(二)月份變化：1月因逢年假整體申報件數(-14.1%)、點數(-10.0%)皆呈現負成長；2月因去年年假整體申報件數(19.2%)、點數(24.9%)皆呈現正成長，3月整體申報件數下降-2.1%、點數上升1.9%。

(三)院所消長：其中有2,067家院所(53%)呈現正成長，1,594家院所(41%)呈現負成長，209家(5%)為新設立院所。

三、考量未來疫情發展之不確定性，醫療利用情形需持續觀察，若按季結算，未免未來若發生當季點值明顯下滑，造成醫療院所營運受影響，經報衛生福利部核定109年中醫門診總額採全年結算。

決定：



## 報告事項 第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」已上網公開，請轉知所屬會員。

說明：

- 一、本署依據「衛生福利部對受嚴重特殊傳染性肺炎影響醫療(事)機構事業產業補償紓困辦法」第3至第10條規定訂定「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」，並已於4月21日函知各公協會轉知。
- 二、本項已獲配特別預算金額10.8億元，凡醫療(事)機構之醫事人員因照顧對象確診，致該醫事人員被隔離無法執行業務，經地方主管機關書面通知停診(業)者，得向本署各分區業務組申請補償(貼)，並於停診(業)原因消滅後6個月內提出，補償範圍如下表：

要件 主體	全面停診(業)	部分停診(業)
滿一年以上之健保特約醫療(事)機構	擇一申請： 1. 前一年同期之健保申報醫療費用點數(扣除藥費及特材費，一點以新台幣一元計算)及掛號費 2. 停診原因存續期間所應支出之基本人事費、維持費及掛號費	<u>整體醫療費用未及前一年同期者</u> ，停診原因存續期間所應支出之基本人事費、維持費及掛號費
未滿一年之健保特約醫療(事)機構	停診原因存續期間所應支出之基本人事費、維持費、掛號費	
非健保特約醫療機構		

- 三、相關規定已公布於本署全球資訊網(路徑為首頁>重要政策>武漢肺炎保費及就醫權益>武漢肺炎停診(業)補償(貼)專區)，請惠予轉知所屬會員。

決議：



## 肆、討論事項



## 討論事項 第一案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：有關中華民國中醫師公會全國聯合會(簡稱中全會)提案「研訂提升中藥用藥品質方案草案」討論案，提請討論

說明：

- 一、依衛生福利部全民健康保險委員會第四屆 108 年第 10 次委員會議決議辦理。
- 二、另依全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 108 年第 4 次研商議事會議決議，中醫師公會全國聯合會於下次會議提案研訂「提升中藥用藥品質方案」草案，將於本次中醫總額研商議事會議討論，如附件。

健保署意見：

- 一、因日劑藥費提升 2 點，同意新增收載 10 種藥品，經中藥商公協會來函建議收載，本署已於 109 年 3 月 1 日增加此 10 種藥品之健保給付共 89 品項。
- 二、經向中全會確認五、預期效益(含評估指標)(三)藥品申報正確不低於前一年，係指 RAP 檢核邏輯，請中全會再修正。

決議：

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國中醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 109 年 4 月 30 日

發文字號：(109)全聯醫總富字 0406 號

速 別：

附 件：提升中藥用藥品質方案(草案)，乙份。

主 旨：檢陳本會研訂「提升中藥用藥品質方案」草案乙份，請鑒察。

說 明：依衛生福利部全民健康保險委員會第 4 屆第 108 年第 10 次  
委員會議決議事項辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



# 提升中藥用藥品質方案(草案)

一、依據：衛生福利部全民健康保險委員會第四屆 108 年第 10 次委員會議決議辦理。

二、目的：提升中藥品質、減少科學中藥自費比率、藥品申報正確。

三、執行項目：

(一)增加健保藥品給付品項

(二)提升藥品申報正確

(三)修正中藥給付方式

(四)推動全國藥物不良反應通報系統 (ADR)受理中藥不良反應案件之通報及分析。

(五)加強民眾使用中藥常識

四、執行方式

(一)修正健保用藥給付規定

(二)檢核健保藥品申報格式之正確性

(三)修正健保相關法規中藥給付方式規定

(四)與相關中醫學會合作推動 ADR(全國藥物不良反應通報系統)受理中藥不良反應案件之通報及分析。

(五)與相關單位合作辦理對民眾研討會、講座、海報等加強民眾使用中藥常識。

五、預期效益(含評估指標)

(一)增加健保藥品給付品項較 108 年至少 10 項。

(二)藥品申報正確不低於前一年

(三)民眾滿意度調查中科學中藥自費金額降低

(四)辦理推動 ADR 講習會每年至少兩場次。

(五)辦理對民眾研討會、講座、院所海報張貼等每年辦理一次

六、與中央健康保險署研議通過後執行。



## 討論事項 第二案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：建請同意修正「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之指標「於同院所針傷科處置次數每月大於 15 次之比率」為 18 次，以符合中醫院所臨床現況，提請討論。

說明：

- 一、依本會 109 年 1 月 19 日中醫門診醫療服務審查執行會第 36 次會議決議辦理。
- 二、有鑒於民眾對於中醫針傷科的需求與接受度提高，且急性期疾病患者有密集治療的需要，建議以三次療程為基準，調整指標次數為 18 次(如附件 1)。

### 健保署意見：

- 一、本指標背景：97 年 1 月 11 日衛署健保字第 0972600058 號函核定「97 年度中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式試辦計畫」、97 年中醫品質確保方案新增指標(如附件 2)。
- 二、本指標為負向指標，前已依 107 年第四次會議決議，於 108 年修正參考值為前五年(同季)平均值 $\times(1\pm 20\%)$ 【原參考值為前三年(同季)平均值 $\times(1\pm 10\%)$ 】(如附件 3)。
- 三、本指標近 5 年結果為 104 年 0.04%、105 年 0.05%、106 年 0.09%、107 年 0.12%及 108 年 0.15%，呈顯著上升趨勢。
- 四、108 年申報針傷科處置醫令有 3,170 家院所。同一院所、同一人、同一月份申報針傷科處置醫令數量大於 15 次以上情形院所 434 家(13.7%)。各院指標結果分布如下：

>15 次比率	平均值	P50	P75	P90	P95	最大值
%	0.08	0.00	0.00	0.03	0.30	9.71

- 五、以 108 年資料試算，同一院所、同一人、同一月份申報針傷科處置醫令數量大於 18 次以上情形院所 168 家(5.3%)。各院指標結果分布如下：

>18 次比率	平均值	P50	P75	P90	P95	最大值
%	0.03	0.00	0.00	0.00	0.02	6.80

六、綜上，考量本指標 108 年剛修訂參考值，且近五年比率呈顯著上升，108 年大於 15 次以上院所家數比率為 13.7%，尚可持續觀察，爰建議維持本指標。

決議：

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國中醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國109年2月7日  
發文字號：(109)全聯醫總富字第0198號  
速 別：  
附 件：提案單乙份

主 旨：檢陳「中醫門診總額研商議事會議」109年第1次會議提案  
單乙份，請鑒察。

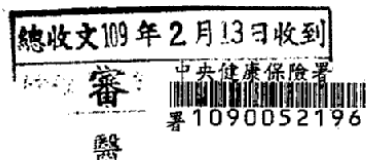
說 明：依本會109年1月19日中醫門診醫療服務審查執行會第36  
次會議決議事項辦理。

中醫全聯會  
校對章(四)

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：

理事長 柯富揚

子川



## 附 件

### 第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：檢送全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫(草案)，提請討論。

說明：

- 一、依「109 年度中醫門診醫療給付費用協定」及本會 109 年 1 月 19 日中醫門診醫療服務審查執行會第 36 次會議決議辦理。
- 二、「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」(草案)詳附件。

決議：

### 第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請同意修正「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之指標「於同院所針傷科處置次數每月大於 15 次之比率」為 18 次，以符合中醫院所臨床現況，提請討論。

說明：

- 一、依本會 109 年 1 月 19 日中醫門診醫療服務審查執行會第 36 次會議決議辦理。
- 二、有鑒於民眾對於中醫針傷科的需求與接受度提高，且急性期疾病患者有密集治療的需要，建議以三次療程為基準，調整指標次數為 18 次。

決議：

**(839). 針傷科處置次數每月大於15次以上占率(97年中醫預算分配)★**

(建置時間：98/04/10)

(99/02/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 J7(腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫)」，自 9801 開始重新產製)

(99/11/26 定義修訂：增加專款專用案件定義「案件分類 22 且特定治療項目為 CA(腦血管疾病後遺症門診照護計畫)」，自 9901 開始重新產製)

(102/05/29 定義修訂：1. 增列針傷科處置醫令代碼 B80, B81, B82, B83, B84, B85, B86, B87, B88, B89, B90, B91, B92, B93, B94。2. 重新產製費用年月 10112 的資料)

(102/06/18 定義修訂：1. 排除條件：(1)增加任一特定治療項目 JA、JB。(2)「案件分類 22 且特定治療項目為 J8」自 98 年起刪除，「案件分類 22 且特定治療項目為 C9、C0」自 102 年起刪除。(3)「案件分類 25」改為不限制特定治療項目為 C6、C7。2. 自費用年月 10201 起重新產製)

(104/07/17 定義修訂：1. 排除案件分類 A3、30 案件。2. 「案件分類 22 且特定治療項目為 CA」自 103 年起刪除，「案件分類 22 且特定治療項目為 J9」自 104 年起新增。3. 自統計期間 10301 起重新產製)

(106/09/25 定義修訂：增修複雜明細，自 106/01 開始產製)

(107/12/08 定義修訂：1. 新增排除條件如下：案件分類：22，且任一特定治療項目為 JC, JD, JE, JF, JG, JH, JI, JJ, JK。2. 自統計期間 107 年起重新產製。)

※指標背景：

97 年 1 月 11 日衛署健保字第 0972600058 號函核定{97 年度中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式試辦計畫}、97 年中醫品質確保方案新增指標

- 分子：針傷科處置大於 15 次以上之次數總和
- 分母：總針傷科處置次數
- 資料範圍：門診中醫
- 分子：同一院所、同一人、同一月份申報針傷科處置醫令數量大於 15 次以上之醫令數量總和
- 分母：申報針傷科處置醫令數量之總和
- 針傷科處置：醫令代碼為 B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94 且醫令金額 <> 0 之案件。
- 不含職業災害(案件分類 B6)案件、預防保健(案件分類 A3)、中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30)及、中醫專款專用案件及其他部門(JA、JB)。  
中醫專款專用案件係指符合下列任一條件
  - (1). 案件分類:25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)。
  - (2). 案件分類:22, 且任一特定治療項目為 C8, C9, C0, J8, J7, CA, J9, JC, JD, JE, JF, JG, JH, JI, JJ, JK。

- C8 (腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療)
- C9 (小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫) [因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]
- C0 (小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫) [因自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10201 起刪除]
- J8(褥瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療)[費用年月 9801 起刪除]
- J7 (腫瘤患者中醫輔助醫療試辦計畫)
- CA (腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫) [因自 103 年起不再試辦，回歸一般服務，費用年月 10301 起刪除]
- J9(中醫提升孕產照護品質計畫) [費用年月 10401 起新增]
- JC (顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)
- JD (脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)
- JE (乳癌患者中醫門診加強照護計畫)
- JF (肝癌患者中醫門診加強照護計畫)
- JG (兒童過敏性鼻炎照護計畫)
- JH (癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫)。
- JI (肺癌中醫門診加強照護計畫)
- JJ (大腸癌中醫門診加強照護計畫)
- JK (中醫急症處置計畫)

其他部門:任一特定治療項目(CURE\_ITEM1~CURE\_ITEM4)為 JA、JB

- JA (收容對象醫療服務計畫—矯正機關內門診) [費用年月 10201 起新增]
- JB(收容對象醫療服務計畫—戒護就醫)[費用年月 10201 起新增]

- 該費用年月次月 20 日前申報受理者，始納入計算。  
若統計期間為 9701，則該費用年月內所有案件之受理日期需 $\leq$ 970320 才納入計算。
- 範例說明：統計期間 9710，在 A 院所  
甲病患醫令數量為 18、乙病患醫令數量為 17、丙病患醫令數量為 16  
就 A 院所在 9710 而言：  
分母 =  $18 + 17 + 16 = 51$ ；  
分子 =  $(18 - 15) + (17 - 15) + (16 - 15) = 3 + 2 + 1 = 6$ 。



□ 分子複雜明細：

欄位 1	欄位 2	欄位 3	欄位 4	欄位 5	欄位 6	欄位 7	欄位 8	欄位 9	欄位 10	欄位 11	欄位 12	欄位 13	欄位 14	欄位 15	欄位 16	欄位 17	欄位 18	欄位 19	欄位 20	欄位 21	欄位 22
病人 ID	醫師 ID	分區 別	醫事 類別	特約 類別	醫事 機構 代號	醫事 機構 名稱	費用 年月	申報 類別	申報 日期	案件 分類	流水 號	就醫 日期	治療 結束 日期	診察 費	特定 治療 項目 代號 (一)	特定 治療 項目 代號 (二)	特定 治療 項目 代號 (三)	特定 治療 項目 代號 (四)	醫令 代碼	醫令 數量	分母

- 運算範圍：月(報表呈現每季彙總)
- 展現維度：維度間可累加
  1. 分區
  2. 分區+院所(不跨院，以做為個別院所之管控)
- 指標位置：01. 醫療服務指標➔01. 各總額別➔04. 中醫
  01. 醫療服務指標➔12. 其他醫療品質監控管理指標➔07. 97年中醫預算分配相關指標
  01. 醫療服務指標➔02. 品質確保方案➔04. 中醫
- 此指標有產製一張院所分子異常明細報表
- 此指標有產製一張院所分子異常複雜明細報表
- 複雜明細位置：01. 醫療服務指標➔15. 明細報表查詢➔02. 複雜明細

## 全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案

行政院衛生署 89 年 7 月 5 日衛署健保字第 89032052 號公告訂定

行政院衛生署 91 年 9 月 26 日衛署健保字第 0910052976 號公告修正

行政院衛生署 95 年 10 月 17 日衛署健保字第 0952600407 號公告修正

行政院衛生署 97 年 10 月 14 日衛署健保字第 0970084689 號公告修正

行政院衛生署 99 年 1 月 5 日衛署健保字第 0982600461 號公告修正

行政院衛生署 100 年 9 月 28 日衛署健保字第 1002660194

號公告修正

行政院衛生署 101 年 7 月 2 日衛署健保字第 1012600114 號公告修正附表

衛生福利部 103 年 1 月 15 日衛部保字第 1021280302 號公告修正

衛生福利部 105 年 2 月 16 日衛部保字第 1050103763 號公告修正附表

衛生福利部 106 年 7 月 4 日衛部保字第 1061260316A 號公告修正

衛生福利部 108 年 5 月 7 日衛部保字第 1081260187 號公告修正附表

一、為確保中醫門診總額支付制度(以下稱本制度)實施後醫療服務之品質與可近性，特訂定本方案。

二、中醫每點支付金額變動之監控：

(一)全民健康保險保險人(以下稱保險人)每季應對本制度各分區每點支付金額進行分析，並製成報表函送本制度醫療服務審查業務受委託專業機構、團體(以下稱受託單位)、全民健康保險會(以下稱健保會)及主管機關。

(二)各區每點支付金額改變率每季超出負百分之十或正百分之十變動範圍，保險人應會同受託單位共同檢討原因。

(三)前項變動範圍之比較基礎為每點一元，實際變動比率若不在原訂定容許區間內，保險人應立即檢討原因，必要時提出改進對策，並進行輔導改善。

三、保險對象就醫調查：

(一)保險人每年應進行保險對象就醫調查，內容得由保險人參考各界意見後研訂，並得委託民調機構辦理。

(二)保險人每年應統計分析民眾申訴檢舉案件數之變化情形。

(三)調查結果變動情形若達統計上顯著差異，且可歸責於中醫門診醫療服務原因者，應請受託單位檢討改善。

四、專業醫療服務品質之確保：

(一)中醫醫療服務提供者所提供服務範圍及服務品質，不得低於本制度實施前之水準。

(二)受託單位應按下列服務品質監控計畫確實執行，其細部方案應提交保險人：

1.臨床診療作業指引：

(1)受託單位應逐年訂定各科臨床診療作業指引，分送中醫特約醫事服務機構做為臨床診療作業及申報費用之參考。

(2)受託單位應依據臨床診療作業指引編訂審查手冊，做為中

醫門診醫療服務專業審查之依據。

(3)受託單位每半年應將各區依照審查手冊執行醫療服務專業審查之檢討報告，函送保險人評量成效。

(4)受託單位應配合總額預算額度及中醫科技發展，逐年檢討修正臨床診療作業指引。

2.中醫醫療機構輔導系統：

(1)受託單位應建立完成中醫醫療機構輔導系統，對於提供醫療服務品質不符合規範之特約醫事服務機構，給予輔導及改善建議；情節重大者，應提報保險人依合約處理。

(2)加強中醫病歷紀錄品質管理，由受託單位於本制度實施前製作病歷紀錄規範，以供中醫特約醫事服務機構參考。

3.服務品質管理相關規範：

(1)受託單位應完成下列相關規範之建立，並加以監控：

- 提升針灸及傷科醫療服務品質：訂定針灸治療及傷科處置之適應症與適當性規範。
- 建立病患重複就診及重複用藥之輔導方式。
- 監測服務量及服務品質：藉由檔案分析，比較同儕團體診療型態之差異，作為專業審查參考指標，並將其資訊定期回饋院所，促使其改變行為。另對每位病人就醫紀錄加以歸戶，以抑制虛報浮報現象。

(2)受託單位每季應將前項監控結果提報保險人。

4.受託單位應研訂「服務品質」與「品質照護保證」之中長程指標，包括擬定中醫藥科學化、現代化之建議事項，藉以提升醫療服務水準。

5.受託單位應建立民眾諮詢及申訴檢舉案件處理機制，並廣為宣導。

五、中醫醫療服務品質指標：指標項目及其監測時程、監測方法、參考值與負責主辦單位，詳如附表。

六、本方案執行結果：保險人暨受託單位應向健保會提出年度報告，並列為次年度中醫門診總額協商因素之一項參考數據。

七、本制度若因故未能委託辦理，原應由受託單位執行之項目，改由保險人自行辦理。

附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 點值					
每點支付金額改變率	每季	±10%	資料分析	保險人	$[(\text{每季分配總額}/\text{每季審核後之總點數}) - 1] \times 100\%$
2. 保險對象就醫調查					
保險對象就醫調查	每年	每年於評核會議報告前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註：105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為中醫門診總額實施前一次、實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
民眾申訴檢舉成案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	保險人	當年度民眾申訴檢舉成案件數。
3. 專業醫療服務品質					
就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率	每季	參考值：以前 5 年同季平均值±20%。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					方案) B. 案件分類：22且任一特定治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK。 (5)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明： 分子：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶，計算就診 2 次(含)以上之筆數。 分母：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率	每季	參考值：以前 5 年同季平均值 $\pm$ 20%。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額之門診給藥小於等於7日案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案) B. 案件分類：22且任一特定治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK。 (5)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) (6) 中醫針灸傷科及脫臼整復(案件分類29) 2. 公式說明： 分子：按各區及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為 1 日之重複日

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>數。</p> <p>分母：各區給藥案件之給藥日份加總。</p> <p>※給藥案件係藥費不為0，或給藥天數不為0。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p>
使用中醫門診者之平均中醫就診次數	每季	參考值：以前5年同季平均值±20%。	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：中醫門診總額診察費大於0且排除如下案件：</p> <p>(1)職業災害(案件分類B6)</p> <p>(2)預防保健(案件分類A3)</p> <p>(3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30)</p> <p>(4)中醫專款專用：符合下列任一條件：</p> <p>A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)</p> <p>B. 案件分類：22且任一特定治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK。</p> <p>(5)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。</p> <p>2. 公式說明：</p> <p>分子：各區中醫門診總額就診案件數。</p> <p>分母：各區中醫門診總額就診人數。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p>
就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率	每季	參考值：以前5年同季平均值±20%。	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費&gt;0之門診案件，排除如下案件：</p> <p>(1)職業災害(案件分類B6)</p> <p>(2)預防保健(案件分類A3)</p> <p>(3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30)</p> <p>(4)中醫專款專用：符合下列任一條件：</p> <p>A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					方案) B. 案件分類：22且任一特定治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK。 (5)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：按各區、病人 ID 歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。 分母：各區申報總件數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率	自 97 年第 3 季起每季	參考值：以前 5 年同季平均值±20%。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：中醫門診總額針傷科案件排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案) B. 案件分類：22且任一特定治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK。 (5)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費超過 15 次以上次數之總和。 分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。 ※中醫針傷科醫令代碼：B41、B42、B43、B44、B45、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94。(排除醫令點數=0之案件)。 ※例如院所該月份同一患者申報針灸、傷科處置費16次，分子以16-15=1計，以此類推。 3. 指標計算：分子 / 分母。
中醫醫療院所加強感染控制執行率	每季	96 年重新審查認證第一季參考值合格率为 75%。 96 年重新審查認證第三季起參考值合格率为 80%。	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季合格機構數。 分母：中醫門診特約醫療院所數(該季最後一個月院所數)。 2. 指標計算：分子/分母
中醫醫療院所加強感染控制合格率	每季累算	抽審合格率为 85%	資料分析	受託單位	1. 公式說明： 分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查合格院所數。 分母：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查院所數。 2. 指標計算：分子/分母
健保雲端藥歷系統查詢率	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：中醫健保雲端藥歷系統查詢人數 分母：中醫門診病人數 2. 指標計算：分子/分母。
兩年內初診患者人數比	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：同一患者二年內(費用年月相減)未到中醫院



指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
率					<p>所看診人數。</p> <p>分母：統計期間看診中醫門診總人數。</p> <p><b>2. 指標計算：分子/分母。</b></p>
4. 其他醫療服務品質（中長程指標）					
符合針灸治療規範比率	每季	≥ 前一年同期符合針灸治療規範比率	資料分析	受託單位	符合針灸治療規範人次/實際接受針灸治療人次（參考值啟用第一年各季，均以 91 年 7-9 月為基期）
符合傷科治療規範比率	每季	≥ 前一年同期符合傷科治療規範比率	資料分析	受託單位	符合傷科治療規範人次/實際接受傷科治療人次（參考值啟用第一年各季，均以 91 年 7-9 月為基期）

