



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

108 年 11 月 14 日（星期四）
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」

108 年第 4 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、中醫門診總額執行概況報告	報 2-1
三、108 年第 2 季點值結算結果報告	報 3-1
四、109 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、109 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商會議」召開會議時程確認案	報 5-1
六、診所無障礙就醫環境合格標準報告	報 6-1

肆、討論事項

一、全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫條文修訂案	討 1-1
二、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條文修訂案	討 2-1
三、全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫修訂案	討 3-1
四、全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案修訂案	討 4-1
五、中醫慢性腎病門診加強照護計畫(草案)	討 5-1
六、建議提高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及癌症患者加強照護整合方案點值。	討 6-1
七、中醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂案(草案)	討 7-1

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 3 次

會議紀錄

時間：108 年 8 月 15 日 14 時整

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	朱日僑	陳代表建霖	陳建霖
呂代表世明	請假	陳代表博淵	陳博淵
巫代表雲光	巫雲光	陳代表憲法	陳憲法
李代表純馥	李純馥	彭代表德桂	彭德桂
邱代表振城	邱振城	黃代表怡超	黃純英 ^代
施代表純全	請假	黃代表俊元	黃俊元
柯代表富揚	請假	黃代表俊傑	黃俊傑
洪代表啟超	洪啟超	黃代表科峯	黃科峯
胡代表文龍	胡文龍	黃代表頌儼	黃頌儼
孫代表茂峰	請假	黃代表蘭嫻	請假
許代表中華	請假	詹代表永兆	詹永兆
許代表美麗	許美麗	劉代表富村	劉富村
陳代表仲豪	請假	蔡代表明鎮	陳錦煌 ^代
陳代表旺全	陳旺全	羅代表永達	請假

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

蘇芸蒂

衛生福利部全民健康保險會

劉于鳳

台灣醫院協會

洪毓婷

中華民國中醫師公會全國聯合會

賴宛而、王逸年、李敬

本署醫務管理組

吳科屏、蔡翠珍、劉林義、
韓佩軒、王玲玲、洪于淇、
陳依婕、鄧家佩、邵子川、
楊淑美、鄭正義

本署醫審及藥材組

黃兆杰、邱垂昇、賴淑華

本署資訊組

李冠毅

本署企劃組

陳泰諭

本署財務組

高承駿

本署臺北業務組

林照姬、葉惠珠、林雨亭、
黃寶玉

本署北區業務組

林巽音

本署中區業務組

林淑惠

本署南區業務組

郭碧雲

本署高屏業務組

施怡如

本署東區業務組

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2：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3：中醫急症處置計畫執行率低，請中全會繼續加強執行案。

3. 序號 5-1：請中全會輔導會員使用醫療資訊雲端查詢系統案。

4. 序號 7：符合各項專案計畫收案條件，若有超出收案時間、條件，VPN 能加設告知功能案。

三、請中醫藥司確認健保現有收載之濃縮中藥，複方品項計有 277 品項藥品許可證已註銷，單方品項計 61 品項查無藥品許可證狀態之實際狀況；另請協助確認可建議納入健保之中藥藥品中，對於複方濃縮中藥並應列屬主管機關整編之「臨床常用中藥方劑基準方」的處方規定，若有不符時宜或更動的規定，請於下次會議提供資料。

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 1 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	0.828542580	0.888595880
北區	0.838088860	0.900842450
中區	0.833023070	0.890882630
南區	0.906377450	0.942379130
高屏	0.866256710	0.915618490
東區	1.188726130	1.124685460
全區	0.854160020	0.906893520

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：107 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉

肆、討論案

第一案：有關「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」附件 1-1 及 1-2 施行區域修訂案

決議：同意中全會建議，新竹縣關西鎮原為本方案施行區域一覽表附件 1-2 之「一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」更列為附件 1-1 之「無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」。

第二案：有關特定疾病門診加強照護之門診收案問題，如何解決因應案。

決議：有關中全會建議開放分區業務組線上檢核次診斷碼之權限，考量如勾稽次診斷難以區辨個案是否為二年內診斷之個案，爰不同意開放。惟如有個案符合「二年內診斷」之事實，建議仍由院所檢具病歷相關資料以為佐證。

散會：15 時 30 分

伍、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
	108_3_報(1)_1 歷次會議決定/決議事項辦理情形_序號 2	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。	中全會回復： 已於 108 年 8 月 1 日 (108)全聯醫總全字第 1688 號函，建議本署將藥品用量，中醫部分修訂為每日用量，檢核邏輯為：給藥日數 X 每日用量=總量 健保署： 1. 中全會建議「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，經詢問醫審及藥材組意見，因 IDp5「藥品用量」係指每次使用之藥量，IDp7「藥品使用頻率」係指每日用藥頻次，兩者意義不同，故不建議刪減。 2. 建議中全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」、「總量」4 項欄位，摘要如下： (1)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	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

序 號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤 建議
1			統一研議用量單位，如每公克、每錠等，以利申報之一致性。 (2)例：開立 A048020 當歸龍薈丸(且用量單位為公克)，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。	

序 號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤 建議
1	108_3_報(1)_2 歷次 會議決定/決議事項 辦理情形_序號 2 (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。	健保署： 1. 經本署與中醫藥司核發具藥品許可證品項比對差異，健保未收載單方有 88 品項，複方有 609 品項濃縮中藥品項，本署於 108 年 8 月 26 日函請中華民國中醫師公會全國聯合會評估是否納入健保收載品項，該會回函請本署會同藥廠研議收載的可行性。依藥品支付標準規定中藥公協會於 108 年 10 月 15 日前提出收載建議，新增之中藥單方品項共 5 項及複方品項共 21 項，其中複方品項共 2 項為新發證，故健保未收載之濃縮中藥品項減少，單方計有 83 品項，複方計有 590 品項，本署已函請各中藥廠商尚有未納入健保收載之濃縮中藥單方品項 27 家、複方品項 55 家，評估建議健保收載，並於 108 年 11 月 15 日前回復。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

序 號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤 建議
1	(續上頁)	(續上頁)	2. 另比對過程中發現健保現有收載之濃縮中藥，複方品項計有 277 品項藥品許可證已註銷、有 5 品項為外銷專用、2 品項非濃縮製劑，及 1 品項應為單方，不符收載條件，故共計 284 品項將取消收載；單方品項計有 54 品項藥品許可證已註銷、有 1 品項同品名不同編碼，而重複收載，及 1 品項變更藥品類別為成藥，不符收載條件，故共計 56 品項將取消收載。健保收載之中藥單、複方品項取消收載共計 340 品項，已提 108 年 10 月共同擬訂會議報告，預計 109 年 1 月 1 日將取消收載。	

序 號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤 建議
1	108_3_報(1)_2 歷次 會議決定/決議事項 辦理情形_序號 2 (續上頁)	1. 請中醫藥司確認健保現有收載之濃縮中藥，複方品項計有 277 品項藥品許可證已註銷，單方品項計 61 品項查無藥品許可證狀態之實際狀況。 2. 另請中醫藥司協助確認可建議納入健保之中藥藥品中，對於複方濃縮中藥並應列屬主管機關整編之「臨床常用中藥方劑基準方」的處方規定，若有不符時宜或更動的規定，請於下次會議提供資料。	中醫藥司回復： 1. 針對健保現有收載之濃縮中藥複方計 277 品項藥品許可證已註銷，單方 61 項查無許可證之原因，係因該證已註銷、逾期未註銷、已變更藥品類別等，本司重新匯出濃縮製劑清冊，計單方 3,484 項及複方 7,186 項，分別於 108 年 6 月 17 日及 8 月 26 日回覆健保署在案。建議健保署介接本部中藥許可證系統，並另於 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；鑒於 109 年度中藥許可證系統功能增修才能完成介接，爰介接功能完成前，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，除通函週知各縣市地方衛生局外，將副知健保署。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

序 號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤 建議
1	(續上頁)	(續上頁)	2. 本部 107 年 9 月 20 日衛部中字第 1071861267 號公告略以，業經本部核准生產濃縮製劑之中藥廠自 109 年 1 月 1 日起實施中藥優良製造確效作業，以提升濃縮製劑品質，故中藥廠之人事及設備等成本必然大幅增加，爰建議(1)貴署將 GMP 中藥廠製造之「須由中醫師處方使用」濃縮製劑所有品項，納入健保給付品項。(2)建請提高中藥濃縮製劑之健保給付額度。(3)基於中藥廠已全面實施 GMP，建議傳統製劑亦納入健保給付品項。 健保署回應： 有關中醫藥司之建議， 本署補充說明如下： (1)將 GMP 中藥廠製造之「須由中醫師處方使用」濃縮製劑所有品項，納入健保給付部分，本組已函請尚有未納入健保收載品項之中藥廠商，評估建議健保收載，並於 108 年 11 月 15 日前回復(濃縮中藥單方品項 27 家、複方品項 55 家)。	

序 號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤 建議
1	(續上頁)	(續上頁)	(2)中藥廠已全面實施 GMP，建議傳統製劑亦納入健保給付部分，因涉修訂全民健康保險藥物給付項目及支付標準，中華民國中醫師公會全國聯合會建議暫依現行規範辦理，本署於 108 年 9 月 26 日再發函請該會提供暫依現行規範辦理之理由，待回復後研議辦理。	
2	108_3_報(1)_2 歷次會議決定/決議事項辦理情形_序號 3 (續上頁)	中醫急症處置計畫 108 年第 2 季累季執行率僅 1.6%；第 3 季累季執行率僅 2.5%，請中全會繼續加強執行。	中全會回復：已於中執會上加強宣導，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。另已函文台灣醫院協會轉請各大醫院協助推廣。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
3	108_3_報(1)_2 歷次會議決定/決議事項辦理情形_序號 5-1 (續上頁)	請中全會輔導會員使用醫療資訊雲端查詢系統案。	中全會回復：已於中執會請各區加強宣導。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
4	108_3_報(1)_2 歷次會議決定/決議事項辦理情形_序號 7 (續上頁)	符合各項專案計畫收案條件，若有超出收案時間、條件，VPN 能加設告知功能案。	VPN 系統已於 108 年 10 月 16 日新增「特定疾病門診加強照護」個案收案情形追蹤查詢功能，並於 108 年 10 月 17 日以 108AD07180 請辦單請各分區業務組轉知轄區中醫院所。	☒ 解除列管 ☐ 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：

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108年第2季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、第2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2季結算結果說明如下（附件2）：

（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2季	浮動點值	0.8689	0.9169	0.8718	0.9369	0.9226	1.2942	0.9002
	平均點值	0.9114	0.9473	0.9138	0.9601	0.9499	1.2000	0.9342
108年 第2季	浮動點值	0.8419	0.8575	0.8439	0.8814	0.8747	1.1861	0.8612
	平均點值	0.8964	0.9124	0.8978	0.9271	0.9208	1.1241	0.9110

（二）中醫專案計畫：

醫療試辦計畫	108Q2 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	36,990	33,381	3,608	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	51,323	44,892	6,431	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	16,250	18,263	-2,013	0.8898
4. 癌症患者加強照護整合方案	50,586	36,001	14,586	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	2,766	3,376	-610	0.7509
6. 中醫急症處置計畫(註2)	9,840	158	9,682	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(累計本季結算數)	74,000	32,432	41,568	
合計	288,161	168,503		

註1. 各項專款當季預算數含前一季未支用金額。

註2. 急診處置計畫自107年5月1日公告施行，另品質保證保留款及網路頻寬補助費用採全年預算列計。

（三）擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決定：

衛生福利部中央健康保險署
 中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
 列印日期：108/11/01
 程式代號：RGBI1808R02
 108年第 2季
 結算主要費用年月起迄：108/04—108/06
 核付截止日期：108/09/30
 頁 次：1

=====

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)108年第2季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

=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合計(OPD_G108合計) × 各季預算占率(h_q2)
 = 25,218,729,973 × 25.411420%(h_q2)
 = 6,408,437,392 (D1)

註：

1. 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%。
2. 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 2季

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

(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	105年各季校正 投保人口數 成長率差額	107年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	106年各季校正 投保人口數預估 成長率差值	107年 違反特管辦法 之扣款(註2)	108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	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	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額
	(Q106)	(PEOP105)	(Q107) =(Q106+PEOP105) ×(1+3.000%)	(PEOP106)	(B2)	(Q108) =(Q107+PEOP106 +B2)×(1+3.457%)	(C106)	(OPD_G108) =(Q108-C106)	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	0
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	0
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	86,778,233

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 2季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/11/01

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： 6,800,227(J1)

(浮動點數： 5,196,499；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)： 7,050,227(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： 1,924,810(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： 19,822,010(J8)

暫結金額= 1元/點× 19,822,010(J8)= 19,822,010(J9)

3. 合計:

已支用點數： 26,872,237(J4+J8)

暫結金額： 30,810,492(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 33,900,000 - 30,810,492= 3,089,508

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 3,089,508= 36,989,508

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： 8,241,500(K1)

(浮動點數： 6,173,049；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)： 8,259,500(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： 2,247,641(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： 22,026,341(K8)

暫結金額= 1元/點× 22,026,341(K8)= 22,026,341(K9)

3. 合計:

已支用點數： 30,285,841(K4+K8)

暫結金額： 33,378,853(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 36,989,508 - 33,378,853= 3,610,655

程式代號：RGBI1808R02

108年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/11/01

頁 次： 4

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 3,610,655= 37,510,655

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= 37,510,655 - 0= 37,510,655

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 37,510,655= 71,410,655

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= 71,410,655 - 0= 71,410,655

程式代號：RGBI1808R02

108年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/11/01

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： 11

(1)獎勵開業已支用點數： 15,041,727(N1) (浮動點數： 11,369,548；非浮動點數： 3,672,179)

(2)獎勵開業保障給付收入： 22,072,994(N2)

(3)獎勵開業論次費用： 268,000(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3)： 15,309,727(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 22,340,994(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： 4,172,451(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 37,675,900(N7)

(3)小計已支用點數： 41,848,351(N8) 結算金額= 41,848,351(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： 57,158,078(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)： 64,189,345

全年未支用金額= 全年預算 - 全年結算金額=135,600,000 - 64,189,345= 71,410,655

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	

程式代號：RGBI1808R02
 108年第 2季
 結算主要費用年月起迄:108/04—108/06
 核付截止日期:108/09/30

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：	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)小計：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
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=	51,930,543 — 0=	51,930,543	

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 182,000,000/4+ 51,930,543= 97,430,543

	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：	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)小計：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
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=	97,430,543 — 0=	97,430,543	

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：	72,084,737(Z01)	68,420,306(ZF01)	3,664,431(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,443,481(Z02)	7,962,774(ZF02)	480,707(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,041,239(Z03)	3,860,318(ZF03)	180,921(ZN03)
(4)小計：	84,569,457(Z04)	80,243,398(ZF04)	4,326,059(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)=	84,569,457		
未支用金額= 全年預算 — 第1-4季已暫結金額=	182,000,000 — 84,569,457=	97,430,543	

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:

預算＝ 65,000,000/4＝ 16,250,000
 已支用點數＝ 16,631,132
 暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 16,631,132
 未支用金額＝ 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 16,250,000－ 16,631,132＝ -381,132
 浮動點值＝ (第1季預算－ 非浮動點數)／ (浮動點數)＝ (16,250,000－ 0)／ 16,631,132＝ 0.97708322

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 65,000,000/4＋ 0＝ 16,250,000
 已支用點數＝ 18,263,136
 暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 18,263,136
 未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數＝ 16,250,000－ 18,263,136＝ -2,013,136
 浮動點值＝ (第2季預算－ 非浮動點數)／ (浮動點數)＝ (16,250,000－ 0)／ 18,263,136＝ 0.88977052

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 65,000,000/4＋ 0＝ 16,250,000
 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＝ 16,250,000－ 0＝ 16,250,000

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 65,000,000/4＋ 16,250,000＝ 32,500,000
 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＝ 32,500,000－ 0＝ 32,500,000

全年合計:

全年預算＝ 65,000,000
 已支用點數＝ 34,894,268
 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)＝ 32,500,000
 未支用金額＝ 全年預算－ 第1-4季已暫結金額＝ 65,000,000－ 32,500,000＝ 32,500,000

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

=====

(四)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=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

程式代號：RGBI1808R02

108年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/11/01

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：	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= 56,085,809 - 0= 56,085,809

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 166,000,000/4+ 56,085,809= 97,585,809

	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：	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= 97,585,809 - 0= 97,585,809

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：	26,075,669	22,087,331	3,988,338
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	22,166,525	22,166,525	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	2,658,879	2,658,879	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	5,766,769	5,766,769	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	5,330,834	5,330,834	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	6,415,515	5,927,955	487,560
(7)小計：	68,414,191	63,938,293	4,475,898

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+ 0+ 0= 68,414,191

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 166,000,000 - 68,414,191= 97,585,809

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

程式代號：RGBI1808R02

108年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/11/01

頁 次： 11

(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＝ 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＝ 2,500,000－ 0＝ 2,500,000

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 2,500,000＋ 2,500,000＝ 5,000,000

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＝ 5,000,000－ 0＝ 5,000,000

全年合計：

全年預算＝ 10,000,000

已支用點數＝ 5,609,613

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＋ 0＋ 0＝ 5,000,000

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 10,000,000－ 5,000,000＝ 5,000,000

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。

=====

(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＝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＝14,681,742－0＝14,681,742

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝20,000,000/4＋14,681,742＝19,681,742
 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＝19,681,742－0＝19,681,742

全年合計：

全年預算＝20,000,000
 已支用點數＝318,258
 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＋0＋0＝318,258
 未支用金額＝全年預算－暫結金額＝20,000,000－318,258＝19,681,742

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： 0
 第4季已支用點數： 0
 全年已支用點數： 32,431,523

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 32,431,523
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 74,000,000 - 32,431,523 = 41,568,477

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 6,408,437,392 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 47,941,829 (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 6,360,495,563 (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	3,688,543	1,488,125	5,176,668	5,176,668
北區	6,071,308	2,940,843	9,012,151	9,012,151
中區	2,684,120	1,040,791	3,724,911	3,724,911
南區	4,065,567	1,596,046	5,661,613	5,661,613
高屏	8,164,017	3,497,736	11,661,753	11,661,753
東區	9,266,765	3,437,968	12,704,733	12,704,733
合計	33,940,320	14,001,509	47,941,829(B2)	47,941,829(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% = 6,360,495,563 × 2.22% = 141,203,001 (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 = 6,211,292,562 (加總後四捨五入至整數位) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 67% = 6,211,292,562 × 67% = 4,161,566,017 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 13% = 6,211,292,562 × 13% = 807,468,033 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 6,211,292,562 × 9% = 559,016,331 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 6,211,292,562 × 5% = 310,564,628 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 6,211,292,562 × 5% = 310,564,628 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 6,211,292,562 - 4,161,566,017 - 807,468,033 - 559,016,331 - 310,564,628 - 310,564,628 = 62,112,925

程式代號：RGBI1808R02

108年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/11/01

頁 次： 15

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
指標	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q2+97Q2+98Q2		107年5月		107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%	7,641,532	33.1895%	975,720.718684		30.2538%	30.8250%
北區	1,656,701,975	12.1341%	3,750,387	16.2891%	435,390.991666		13.5000%	13.7549%
中區	3,696,250,352	27.0722%	4,572,971	19.8618%	825,308.076601		25.5900%	26.0732%
南區	1,992,139,000	14.5909%	3,352,167	14.5595%	441,751.495445		13.6972%	13.9558%
高屏	2,262,525,558	16.5713%	3,706,893	16.1001%	487,179.638874		15.1058%	15.3911%
東區					59,765.078544			
小計	13,653,289,449	100.0000%	23,023,950	100.0000%	3,225,115.999814	3,225,116	98.1468%	100.0000%

程式代號：RGBI1808R02

108年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/11/01

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	0.023538	0.077983	-0.054445	4	0.00	4,045,672,564	4,045,672,564	29.8791%
北區	-0.003592	0.046846	-0.050438	2	0.00	1,656,701,975	1,656,701,975	12.2355%
中區	-0.002022	0.047872	-0.049894	1	0.00	3,696,250,352	3,696,250,352	27.2984%
南區	-0.009868	0.041035	-0.050903	3	0.00	1,992,139,000	1,992,139,000	14.7128%
高屏	-0.000999	0.055293	-0.056292	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)

當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

指標	當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率			
計算期間	108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	0.003279	4,045,672,564	4,058,938,324	29.7573%
北區	0.003943	1,656,701,975	1,663,234,351	12.1937%
中區	-0.008655	3,696,250,352	3,664,259,305	26.8638%
南區	-0.005796	1,992,139,000	1,980,592,562	14.5203%
高屏	0.004685	2,262,525,558	2,273,125,490	16.6649%
小計		13,653,289,449	13,640,150,032	100.0000%

程式代號：RGBI1808R02

108年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/11/01

頁 次： 17

(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%	33.1895%	30.8250%	29.8791%	29.7573%
北區	12.1341%	16.2891%	13.7549%	12.2355%	12.1937%
中區	27.0722%	19.8618%	26.0732%	27.2984%	26.8638%
南區	14.5909%	14.5595%	13.9558%	14.7128%	14.5203%
高屏	16.5713%	16.1001%	15.3911%	15.8742%	16.6649%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第2季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 62,112,925 - 18,094,598 \\
 &= 44,018,327
 \end{aligned}$$

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	0.82854258	22,065,276	3,783,252
北區	0.83808886	13,694,118	2,217,228
中區	0.83302307	26,776,865	4,471,118
南區	0.90637745	47,564,292	4,453,087
高屏	0.86625671	23,701,464	3,169,913
小計		133,802,015	18,094,598(M1)

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 8,000,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\
 &= 8,000,000 - 547,972 \\
 &= 7,452,028 \text{ (Gh)}
 \end{aligned}$$

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	0.82854258	0	0
北區	0.83808886	0	0
中區	0.83302307	0	0
南區	0.90637745	2,659,178	248,960
高屏	0.86625671	2,235,712	299,012
小計		4,894,890	547,972(R1)

程式代號：RGBI1808R02

108年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/11/01

頁 次： 19

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD2)=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+第2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2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	1,233,134,434	267,994,603	172,316,784	92,793,916	92,415,648	13,043,291		1,871,698,676
北區	504,968,582	131,529,275	76,892,137	37,999,135	37,869,319	5,341,228		794,599,676
中區	1,126,627,475	160,377,686	145,753,446	84,779,174	83,429,461	11,916,730	7,452,028	1,620,336,000
南區	607,209,936	117,563,308	78,015,201	45,692,753	45,094,916	6,422,670		899,998,784
高屏	689,625,590	130,003,161	86,038,763	49,299,650	51,755,284	7,294,408		1,014,016,856
小計	4,161,566,017	807,468,033	559,016,331	310,564,628	310,564,628	44,018,327	7,452,028	6,200,649,992

(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	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_107)	3,417,414,319	1,452,369,747	3,001,633,851	1,690,130,082	1,892,767,627	11,454,315,626
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	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_108)	3,541,291,668	1,508,124,088	3,104,682,920	1,748,279,545	1,954,846,900	11,857,225,121
預算成長率	3.62%	3.84%	3.43%	3.44%	3.28%	3.52%

※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%。

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(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})。

(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(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同期申報醫療費用點數)-1。

(4)各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數（申請費用點數+部分負擔點數），含交付機構，不含職業災害（案件分類B6）案件、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。

(5)本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。(p-r)產生的最大值中，其值需大於0且p值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且r值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

8. 指標5：當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

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

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

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

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

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

=-5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值：

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

=+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

程式代號：RGBI1808R02

108年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/11/01

頁 次： 22

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)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 $Ty = \Sigma$ 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 $= (108\text{年該區}yT / 107\text{年該區}yT) - 1$ 。

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

(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	1,368,710,233(BF)	719,248,367(BG)	76,094(BJ)
2-北區分區	534,929,244(BF)	335,884,028(BG)	34,857(BJ)
3-中區分區	1,181,897,703(BF)	622,876,636(BG)	39,475(BJ)
4-南區分區	596,324,951(BF)	374,399,515(BG)	20,096(BJ)
5-高屏分區	696,050,619(BF)	405,160,603(BG)	17,621(BJ)
6-東區分區	83,782,915(BF)	41,815,541(BG)	10,731(BJ)
7-合計	4,461,695,665(GF)	2,499,384,690(GG)	198,874(GJ)

程式代號：RGBI1808R02

108年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/11/01

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)

— 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	= [1,871,698,676	— 719,248,367	— 76,094]	／ 1,368,710,233 = 0.84194170
北區分區	= [794,599,676	— 335,884,028	— 34,857]	／ 534,929,244 = 0.85746068
中區分區	= [1,620,336,000	— 622,876,636	— 39,475]	／ 1,181,897,703 = 0.84391389
南區分區	= [899,998,784	— 374,399,515	— 20,096]	／ 596,324,951 = 0.88136371
高屏分區	= [1,014,016,856	— 405,160,603	— 17,621]	／ 696,050,619 = 0.87470453
東區分區	= [141,203,001	— 41,815,541	— 10,731]	／ 83,782,915 = 1.18612165

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)

— 加總自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(BF)

= [6,341,852,993 — 2,499,384,690 — 198,874] / 4,461,695,665 = 0.86116798

程式代號：RGBI1808R02

108年第 2季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/04—108/06

核付截止日期:108/09/30

列印日期：108/11/01

頁 次： 25

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)

$$= \left[\begin{array}{l} \text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\ \text{一般服務核定浮動點數(BF)} \\ \text{該分區核定非浮動點數(BG)} \\ \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)} \end{array} \right]$$

臺北分區	= [1,871,698,676]	[/ [1,368,710,233 + 719,248,367 + 76,094]	= 0.89639252
北區分區	= [794,599,676]	[/ [534,929,244 + 335,884,028 + 34,857]	= 0.91244346
中區分區	= [1,620,336,000]	[/ [1,181,897,703 + 622,876,636 + 39,475]	= 0.89778568
南區分區	= [899,998,784]	[/ [596,324,951 + 374,399,515 + 20,096]	= 0.92712215
高屏分區	= [1,014,016,856]	[/ [696,050,619 + 405,160,603 + 17,621]	= 0.92080485
東區分區	= [141,203,001]	[/ [83,782,915 + 41,815,541 + 10,731]	= 1.12414549

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)

$$= [6,341,852,993] / [4,461,695,665 + 2,499,384,690 + 198,874] = 0.91101833$$

6. 中醫門診總額平均點值

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

$$= [6,341,852,993 + 162,239,480 + 47,941,829] / [4,461,695,665 + 2,499,384,690 + 198,874 + 161,769,217 + 47,941,829] = 0.91368612$$

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
= 33,378,853 + 44,892,094 + 16,250,000 + 36,000,666 + 2,766,256 + 158,331 + 17,207,696 + 11,585,584
= 162,239,480

- 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108/03(含)以前：於108/07/01～108/09/30期間核付者。

費用年月108/04～108/06：於108/04/01～108/09/30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：109 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、109 年各季預算按 103~107 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 23.055689%、第 2 季 25.383041%、第 3 季 25.656373%、第 4 季 25.904897%。

年季	103年 占率	104 占率	105 占率	106 占率	107 占率	103-107年 平均占率
Q1	23.232%	23.468%	22.193%	23.306%	23.079%	23.055689%
Q2	25.389%	25.344%	25.724%	25.181%	25.277%	25.383041%
Q3	25.666%	25.233%	25.714%	26.237%	25.432%	25.656373%
Q4	25.713%	25.955%	26.369%	25.276%	26.212%	25.904897%
合計	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- 三、另109年中醫門診一般服務之保障項目擬比照108年保障項目，除藥費每點1元外，另保障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：109 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商會議」召開會議時程案。

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 個月開會乙次，必要時得召開臨時會議。

二、109 年會議時間，擬訂如下表，請代表預留時間：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	02/27 星期四 (上午)	05/14 星期四 (下午)	09/3 星期四 (下午)	11/19 星期四 (下午)	12/3 星期四 (下午)
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

決定：

報告事項第六案

報告單位：衛生福利部醫事司

案由：診所無障礙就醫環境合格標準報告案。

說明：如附件

決定：

108 年度無障礙就醫環境之品質保證保留款獎勵建議

一、申請條件

1. 申請資格：中醫、西醫與牙醫之健保特約診所。
2. 排除對象：
 - (1)衛生所
 - (2)按醫療機構設置標準第九條附表(七)診所設置標準表，需設置無障礙設施之診所，例如：設置復健治療設施之診所。

二、獎勵條件

符合「108 年度無障礙就醫環境合格標準」者，合格標準詳如附件 1。

三、申請程序

1. 申請診所填寫「108 年度診所無障礙就醫環境檢核表」附件 2。
2. 前項申請應檢附「108 年度診所無障礙就醫環境檢核表」之電子掃描檔案，於 108 年 12 月 9 日前完成線上繳交(網址：<https://forms.gle/tw1UbGbfKNqpCTVe6>)作業。
3. 後續將以抽查方式審核現場環境是否符合所填內容。

附件 1

108 年度無障礙就醫環境合格標準

從道路、人行道或騎樓至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。

一、 無障礙通路須符合以下規定：

- (一) 通路寬度在 90 公分以上且不得有高低差，如有高低差則須設置坡道、活動式斜坡(板)、輪椅升降平台或電梯(如圖 1)。
- (二) 出入口不得有高低差且門框間之距離不得小於 90 公分，如為橫向拉門、折疊門開啟後之淨寬度不得小於 80 公分(如圖 2)。

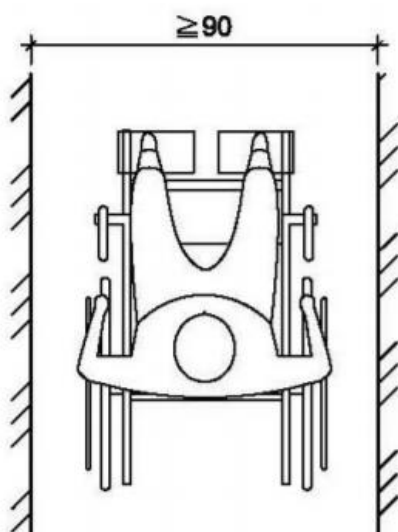


圖 1 通路寬度

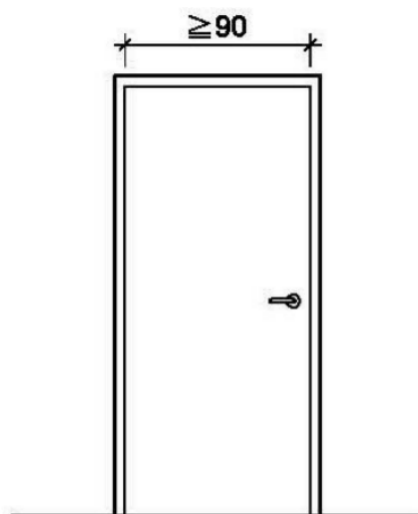


圖 2 門框間距

二、 無障礙通路不得有高低差，若有高低差為 0.5 至 3 公分者，應做 1/2 之斜角處理(如圖 3)；高低差在 0.5 公分以下者得不受限制。高低差為 3 公分以上者，應設置「坡道」、「活動式斜坡(板)」、「輪椅升降平台」或「電梯」。

(一) 設置坡道者應符合以下規定：

1. 坡道之坡度不得大於 1/12(如圖 4)，如坡道有轉彎，應有足供輪椅轉彎的空間。高低差未達 20 公分者，其坡度得酌予放寬；惟不得超過下表規定：

高低差	超過 5 公分 未達 20 公分	超過 3 公分 未達 5 公分
坡度	1/10	1/5

2. 若因空間受限，改善有困難者，坡度得依下表規定。但應設置需由人員協助上下坡道之標誌，並設有服務鈴或註明服務人員聯絡電話。

高低差 (公分)	75 以下	50 以下	35 以下	25 以下	20 以下	12 以下	8 以下	6 以下
坡度	1/10	1/9	1/8	1/7	1/6	1/5	1/4	1/3

3. 若無法設置坡道，得使用活動式斜坡(板)、設置輪椅升降平台或樓梯附掛式輪椅升降臺等設備，並設有服務鈴或註明服務人員聯絡電話，由服務人員提供協助。設置輪椅升降平台者應符合以下規定：

- (1) 平台之淨空間至少達 80 公分×125 公分，且出入口淨寬為 80 公分以上。
- (2) 升降平台出入口處之樓地板面，須與升降平台地板面保持平整，二者間之水平間隙在 3.2 公分以下。
- (3) 控制按鈕之位置須設於離地面 85 至 90 公分處。

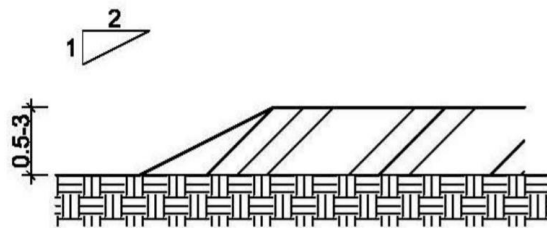


圖 3 1/2 之斜角

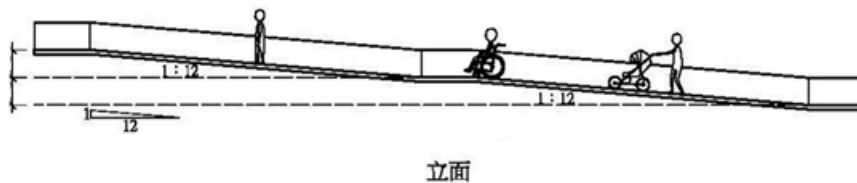


圖 4 坡度為 1/12 之坡道

4. 設置電梯者應符合以下規定：

- (1) 設置電梯，梯廳之淨空間直徑不得小於 150 公分(如圖 5)，且梯廂入口淨寬度不得小於 80 公分，機廂深度不得小於 110 公分(如圖 6)。

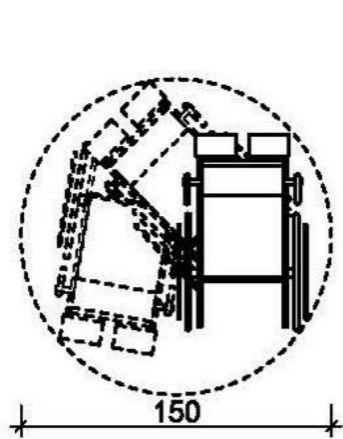


圖 5 淨空間直徑 150 公分

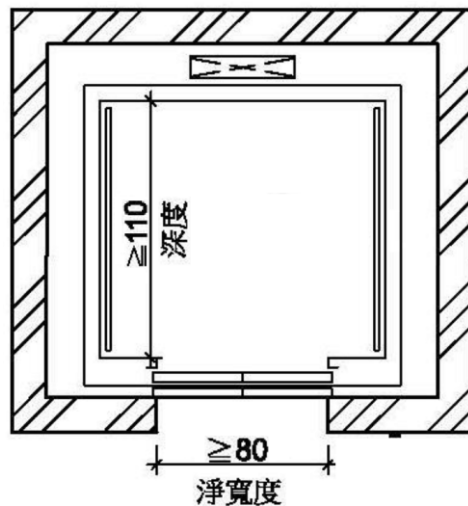


圖 6 機廂規格

- (2) 梯廂出入口與樓板應無高低差，並應於梯廳與門廳內設置 2 組電梯呼叫鈕。前組電梯呼叫鈕左邊應設置點字；後組電梯呼叫鈕之中心線距樓地板面 85 至 90 公分，且呼叫鈕上方適當位置應設置長寬各 5 公分之無障礙標誌(如圖 7)。電梯呼叫鈕未符上述規定，但已設置協助使用服務鈴或註明服務人員聯絡電話者，不在此限。

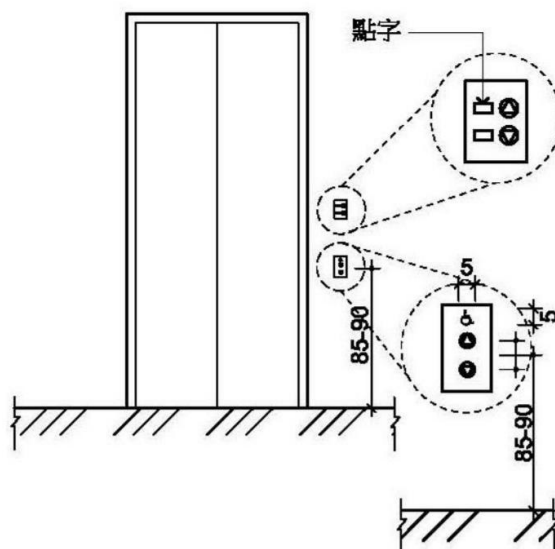


圖 7 電梯門廳與梯廳之呼叫鈕

三、 無障礙通路上之出入口須符合以下規定：

- (一) 出入口門扇打開時，地面應平順、避免設置門檻。若設門檻，應為 3 公分以下，且門檻高度為 0.5 至 3 公分者，應做 1/2 之斜角處理；高低差在 0.5 公分以下者得不受限制。
- (二) 門框間之距離不得小於 90 公分；另橫向拉門、折疊門開啟後之淨寬度不得小於 80 公分。
- (三) 出入口開門方式不得使用旋轉門、彈簧門。如出入口設有自動開關裝置

時，其裝置之中心點應距地板面 85 公分至 90 公分，且距柱、牆角 30 公分以上。使用自動門者，應設有當門受到物體或人之阻礙時，可自動停止並重新開啟之裝置，且此裝置應透過感應到地板面 15 至 25 公分及 50 至 75 公分處之物體與人來啟動。

附件 2

108 年度診所無障礙就醫環境檢核表

檢核日期	中華民國 年 月 日(須於 108 年 12 月 9 日前)		
醫事機構代碼		診所名稱	
診所地址			
聯絡人姓名		聯絡電話	
聯絡人電子信箱			

第一部分：無障礙通路(不含出入口)

內容 (同項目請至少勾選1項)		檢核情形 (請打V)	填寫規格
壹、無障礙通路範圍			
一	從道路至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。		
二	從人行道至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。		
三	從騎樓至少有一條輪椅可使用之無障礙通路可進入診所，並可到達候診室、診間及領藥處等。		
貳、無障礙通路之寬度			
一	無障礙通路範圍內，最窄通路寬度在90公分以上。		診所通路寬度(最窄)為_____公分。
參、無障礙通路上有高低差(不含出入口)			
一	無障礙通路範圍內，門檻位置以外		高低差(最大)為

內容 (同項目請至少勾選1項)		檢核情形 (請打V)	填寫規格
	之處，最大高低差在0.5公分以下。		_____公分。
二	無障礙通路範圍內，門檻位置以外之處，最大高低差為0.5至3公分，並有做1/2之斜角處理。		高低差(最大)為_____公分。 設置的斜角水平長度是_____公分，高度是_____公分，坡度為_____。
三	無障礙通路範圍內，門檻位置以外之處，最大高低差為3公分以上，有設置「坡道」、「活動斜坡(板)」、「輪椅昇降平台」或「電梯」，並符合下列方案3.1至3.4的任一標準。		高低差(最大)為_____公分/樓(請圈選)。 符合方案(____)、(____)、(____)、(____)。
3.1	有設置坡道，並符合下列條件3.1.1至3.1.4的任一標準。		坡道之高度為_____公分，坡道之水平長度為_____公分，坡度為_____。
3.1.1	坡道坡度小於1/12，如坡道有轉彎，則設有足供輪椅轉彎的空間。		
3.1.2	高低差超過5公分、未達20公分，且坡道坡度小於1/10，如坡道有轉彎，則設有足供輪椅轉彎的空間。		

內容 (同項目請至少勾選1項)		檢核情形 (請打V)	填寫規格																				
3.1.3	高低差超過3公分、未達5公分，且坡道坡度小於1/5，如坡道有轉彎，則設有足供輪椅轉彎的空間。																						
3.1.4	設置坡道之坡度無法符合上述條件1、2、3的標準，但坡度符合下表規定(請圈選)，且有標示需由人員協助上下坡道之標誌，並有設置服務鈴或註明服務人員聯絡電話。																						
	<table border="1"> <tr> <td>高低差 (公分)</td> <td>75以下</td> <td>50以下</td> <td>35以下</td> <td>25以下</td> <td>20以下</td> <td>12以下</td> <td>8以下</td> <td>6以下</td> </tr> <tr> <td>坡度</td> <td>1/10</td> <td>1/9</td> <td>1/8</td> <td>1/7</td> <td>1/6</td> <td>1/5</td> <td>1/4</td> <td>1/3</td> </tr> </table>	高低差 (公分)	75以下	50以下	35以下	25以下	20以下	12以下	8以下	6以下	坡度	1/10	1/9	1/8	1/7	1/6	1/5	1/4	1/3				
高低差 (公分)	75以下	50以下	35以下	25以下	20以下	12以下	8以下	6以下															
坡度	1/10	1/9	1/8	1/7	1/6	1/5	1/4	1/3															
3.2	設置活動斜坡(板)，並符合下列條件3.2.1或3.2.2的任一標準。																						
3.2.1	設有服務鈴，由服務人員提供協助。																						
3.2.2	有註明服務人員聯絡電話，由服務人員提供協助。																						
3.3	設置輪椅升降平台或樓梯附掛式輪椅升降臺等設備，並符合下列條件3.3.1或3.3.2的任一標準。 <u>輪椅升降平台或樓梯附掛式輪椅升降臺的設置規格標準如下：</u> - 平台之淨空間至少達80公分×125公分 - 平台出入口淨寬為80公分以上 - 升降台出入口處之樓地板面，須與升降台地板面保持平整，二者間之水平間隙在3.2公分以下		平台之淨空間為____公分×____公分。 出入口淨寬為____公分。 升降台出入口處之樓地板面，與升降台地板面間之水平間隙為____公分。 控制按鈕之位置設																				

內容 (同項目請至少勾選1項)	檢核情形 (請打V)	填寫規格
控制按鈕之位置須設於離地面85至90公分處。		於離地面____公分處。
3.3.1 設有服務鈴，由服務人員提供協助。		
3.3.2 有註明服務人員聯絡電話，由服務人員提供協助。		
3.4 設置電梯，並符合下列條件3.4.1或3.4.2的任一標準。 <u>電梯的規格標準如下：</u> - 梯廳之淨空間直徑不得小於150公分。 - 梯廂入口不得小於80公分。 - 機廂深度不得小於110公分。 - 梯廂出入口與樓板應無高低差。		梯廳之淨空間直徑為____公分。 梯廂入口為____公分。 機廂深度為____公分。
3.4.1 有於梯廳與門廳內設置2組呼叫鈕。 <u>呼叫鈕的規格標準如下：</u> 前組呼叫鈕左邊應設置點字；後組呼叫鈕之中心線距樓地板面85至		呼叫鈕之中心線距樓地板面____公分。 呼叫鈕上方之無障礙標誌的長為____公分，寬為____公分。

內容 (同項目請至少勾選1項)		檢核情形 (請打V)	填寫規格
	90公分，且呼叫鈕上方適當位置應設置長寬各5公分之無障礙標誌。		
3.4.2	有於梯廳與門廳內設置服務鈴或註明聯絡電話，由服務人員提供協助。		

第二部分：無障礙通路上之出入口(門口處)

內容 (同項目請至少勾選1項)		檢核情形 (請打V)	填寫規格
壹、出入口的高低差			
一	門扇打開時，地面平順(高低差在0.5公分以下)、沒有設置門檻。		門扇打開時，出入口之高低差最大為____公分。
二	若設門檻，門檻在3公分以下，且門檻高度為0.5至3公分者，有做1/2之斜角處理。		門扇打開時，出入口之高低差最大為____公分。 斜角之水平長度是____公分，高度是____公分，坡度為____。
貳、出入口的門寬			
一	出入口門框間之距離大於或等於90公分。		門框間距離最窄為____公分。
二	出入口若設橫向拉門、折疊門，		門開啟後之淨寬最窄

	開啟後之淨寬度大於或等於80公分。		為____公分。
參、開門方式			
一	出入口開門方式非使用旋轉門、彈簧門。		
二	若有設置門之自動開關裝置，其裝置之中心點距離地板面85公分至90公分，且距柱、牆角30公分以上。		門之自動開關裝置之中心點應距地板面____公分，且距柱、牆角____公分。
三	使用自動門，並設有當門受到物體或人之阻礙時，可自動停止並重新開啟之裝置。 此裝置可以透過感應到地板面15至25 公分及50至75公分處之物體與人來啟動。		自動門之感應啟動條件為感應到地板面____公分及____公分處之物體與人。

備註：

1. 名詞說明

- 「無障礙通路」是指室內或室外之連續通路，並可使身心障礙者與行動不便之民眾獨立進出及通行。
- 「坡度」是指上下兩端之高度與水平長度之比值。
- 「行動不便」是指使用輪椅、手持拐杖或助行器之民眾。

2. 評量說明：不評分，以勾選項目內容，顯示診所環境之提供情況。

3. 本案資料各項填表內容若有疏漏，皆判定為不合格申請案件。

填畢此份檢核表後，請務必蓋上「診所章」、「診所負責醫師章」與騎縫章。 確認資料無誤後，請將此表掃描為電子檔(pdf./jpg./jpeg.)，於網路 Google 表單檢核表末上傳繳交(網址： https://forms.gle/tw1UbGbfKNqpC	診所章	診所負責醫師章
--	-----	---------

TVe6)。		
【倘有疑義，請與就醫無礙管理中心 聯絡，電話：(02) 6638-2736 轉 1214】		

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：有關全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫條文修訂案，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108年10月6日召開中醫門診醫療服務審查執行會第35次會議決議辦理。

二、建議修訂第一章、第二章及支付標準通則六，共需增加1,177.8百萬，預算來源：非協商項目成長率、其他醫療服務利用及密集度之改變等項目。

(一)第一章「診察費」修訂案：

(1)配合衛福部訂定「無障礙設施」之規定，符合者第一階段診察費每件增加5點(新增支付標準代碼A55~A72)以107年申請診察費39.6百萬件推算約需198百萬。

(2)調高支付代碼A82、A83、A41、A83、A85、A42(教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分)每件提高5點及A01、A11、A45、A02、A12、A46(非教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分)及山地離島A09、A19、A53、A10、A20、A54各調高10點，以107年申請診察費件數教學醫院部分提高5點約有0.78百萬件及非教學醫院部分提高10點有32.56百萬件，推算約需329.5百萬元。

(3)調整後共需527.5百萬元。

(二)第二章「每日藥費」修訂案：將藥費由現行每日35點，調高為每日37點，以107年總申報粗估給藥日數為317.3百萬天，約需634.6百萬元。。

(三)支付標準通則六：擬修改中醫支付標準通則六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B62、B80、B85、B90)每位專任醫師每月上限為~~一百二十人次~~一百五十人次，超出~~一百二十人次~~一百五十人次部分者五折支付；推估費用約增加15.7百萬元。。

健保署意見：

一、109 年一般服務預算可用於調整支付標準合計 958.3 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 523.7 百萬元，其中 200 百萬元併入「提升用藥品質」項目使用，其餘預算優先用於中醫診所設立無障礙設施等支付標準之調整。
- (二)協商因素：「提升用藥品質」預計增加 434.6 百萬元。另中全會提出「提升用藥品質」意見(如附件)。

二、有關診所設置「無障礙設施」之財務誘因，考量 109 年各總額別皆編列此預算，支付標準應採一致之調整方案。如依中醫師全聯會提案中醫診所第一階段診察費每件增加 5 點，預估 109 年約增加 160.85 百萬元，爰建議 109 年預算先行保留 162 百萬元，俟各總額調整方案定案後，據以調整「無障礙設施」相關支付標準。

三、其餘全聯會提案建議調整項目之財務影響：

(一)調升部分「診察費」支付點數：

- 1.「教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下」(醫令代碼 A82、A83、A41、A84、A85、A42)每件提升 5 點：
 - (1)查 A82、A83、A84 及 A85 已分別於 101 年 10 月調升 10 點、106 年 5 月調升 10 點；106 年 10 月則新增 A41 及 A42 等 2 項診療項目。
 - (2)統計上述 6 項診察費 108 年 1~8 月合計申報量為 0.68 百萬人次，依各項醫令 107 年同期占全年比率推估，109 年預估合計申報量為 1.075 百萬人次，若每件調升 5 點，約增加 5.38 百萬點(詳附表 1)。
- 2.「非教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下」(醫令代碼 A01、A11、A45、A02、A12、A46)及「山地離島地區」(醫令代碼 A09、A19、A53、A10、A20、A54)每件提升 10 點：
 - (1)查 A01、A11、A02 及 A12 已分別於 101 年 10 月調升 30 點、106 年 3 月調升 15 點；106 年 10 月則新增 A45 及 A46 等 2 項診療項目。
 - (2)統計上述 12 項診察費 108 年 1~8 月合計申報量為 22.03

百萬人次，依各項醫令 107 年同期占全年比率推估，109 年預估合計申報量為 34.45 百萬人次，若每件調升 10 點，約增加 344.5 百萬點(詳附表 1)。

3.前述調整部分診察費支付點數提案，合計約增加 349.88 百萬點。

(二)調升「每日藥費」支付點數 2 點：

1.本項已分別於 105 年由 30 點調升 1 點為 31 點、107 年調升 2 點為 33 點、108 年調升 2 點為 35 點。

2.108 年 1~8 月申報量約 193.24 百萬日，依 107 年同期占全年比率約 65.6%計算，推估 108 年全年申報 294.6 百萬日、成長 6.8%，預估 109 年申報量約 314.6 百萬日，**若調升 2 點，約增加 629.2 百萬點。**

(三)修訂通則六，另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費之每位專任醫師每月申報上限：

1.本項已由 101 年合理量之 30 人次調升為 106 年之 120 人次，調幅達 400%，請說明本次提案調升至 150 人次原因及合理性。

2.現行規定：

(1) 依支付通則六規定，中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B62、B80、B85、B90)每位專任醫師每月上限為一百二十人次，超出一百二十人次部分者五折支付。

(2) 另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置超過合理量，其改支後支付點數差額如下：

A.B41、B43、B53、B62、B80、B85 原支付 227 點，改支後為 114 點，差額 113 點。

B.B45、B90 原支付 307 點，改支後為 154 點，差額 153 點。

3.以 107 年申報資料試算，若申報上限次數調升為 150 人次，推估約增加 6.18 百萬點(詳附表 2)：

107 年專任醫師每月另開內服藥醫令總人次超過 120 人次者，計有 2,221 筆資料，按申報點數高低排序，其中排序屬

第 121 人次至第 150 人次之醫令量及校正點數如下：

(1) B41、B43、B53、B62、B80、B85：計 54,701 人次，每人
次校正 113 點，共計校正 6,181,213 點。

(2) B45、B90：計 20 人次，每人次校正 153 點，共計校正
3,060 點。

四、綜上，前述 3 項中醫師全聯會提案總計約增加 984.26 百萬元【調
整部分診察費 349.88 百萬元+每日藥費 629.2 百萬元+另開內服
藥處置費合理量 6.18 百萬元】：

(一)按總額協商結果，調整每日藥費所需之 629.2 百萬點，尚在預
算 634.6 百萬元內【「醫療服務成本指數改變率」200 百萬元+
「提升用藥品質」434.6 百萬元】。

(二)承上，非協商因素中調整支付標準之預算為「醫療服務成本指
數改變率」增加之 523.7 百萬元，其中 194.6 百萬元【629.2 百
萬元-434.6 百萬元】用以支應調整每日藥費，餘 329.1 百萬元
【523.7 百萬元-194.6 百萬元】優先用於中醫診所設立無障礙
設施之 162 百萬點後，其餘 167.1 百萬元如用以調整其他提案，
預估將超出「醫療服務成本指數改變率」增加之預算約 188.96
百萬元【167.1 百萬元-5.38 百萬元-344.5 百萬元-6.18 百萬元】，
建議中醫師全聯會重新檢視各調整項目及調整幅度。

五、另 109 年協商「提升用藥品質」4.346 億項目中，決議本項應檢
討改善目前有中藥藥品許可證，但健保藥品給付尚未收載之品
項，新增收載健保藥品給付至少 5 項。爰依本項決議，於全聯
會尚未依上述決議辦理前，本署建議藥費暫不調整。

決議：

附表 1

調升部分「診察費」支付點數試算結果								
1.「教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下」調升5點								
醫令代碼	107/1~8		107年全年	108/1~8	108年全年		109年全年	
	申報量 a	占全年比率 X=a/A	申報量 A	申報量 b	預估申報量 B=b/X	預估成長率 Y=B/A-1	預估申報量 C=B*(1+Y)	預估增加點數 C*5
A82	516,197	66.6%	774,494	517,097	775,844	0.2%	777,196	3,885,980
A83	72	96.0%	75	5	5	-93.3%	-	-
A41	900	68.4%	1,315	1,208	1,765	34.2%	2,369	11,845
A84	137,617	62.6%	219,973	159,059	254,247	15.6%	293,861	1,469,305
A85	30	90.9%	33	26	29	-12.1%	25	125
A42	411	58.3%	705	736	1,262	79.0%	2,259	11,295
總計							1,075,710	5,378,550
註： A82-看診時聘有護理人員在場服務者 A83-看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方 A41-看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方 A84-看診時未聘有護理人員在場服務者 A85-看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方 A42-看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方								
2.「非教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下」調升10點								
醫令代碼	107/1~8		107年全年	108/1~8	108年全年		109年全年	
	申報量 a	占全年比率 X=a/A	申報量 A	申報量 b	預估申報量 B=b/X	預估成長率 Y=B/A-1	預估申報量 C=B*(1+Y)	預估增加點數 C*10
A01	7,205,949	65.6%	10,980,948	7,345,561	11,193,699	1.9%	11,410,572	114,105,720
A11	601	69.2%	868	744	1,075	23.8%	1,331	13,310
A45	332	70.5%	471	370	525	11.5%	585	5,850
A02	14,065,807	65.9%	21,350,730	14,506,608	22,019,829	3.1%	22,709,897	227,098,970
A12	712	71.3%	999	763	1,071	7.2%	1,148	11,480
A46	136	62.1%	219	297	478	118.3%	1,043	10,430
總計							34,124,576	341,245,760
註： A01-看診時聘有護理人員在場服務者 A11-看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方 A45-看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方 A02-看診時未聘有護理人員在場服務者 A12-看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方 A46-看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方								
3.「山地離島地區」調升10點								
醫令代碼	107/1~8		107年全年	108/1~8	108年全年		109年全年	
	申報量 a	占全年比率 X=a/A	申報量 A	申報量 b	預估申報量 B=b/X	預估成長率 Y=B/A-1	預估申報量 C=B*(1+Y)	預估增加點數 C*10
A09	8,914	69.3%	12,864	17,387	25,092	95.1%	48,943	489,430
A10	143,396	65.2%	220,029	160,941	246,950	12.2%	277,165	2,771,650
總計							326,108	3,261,080
註1：資料分析期間A19、A53、A20、A54申報量為0。 註2： A09-看診時聘有護理人員在場服務者 A19-看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方 A53-看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方 A10-看診時未聘有護理人員在場服務者 A20-看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方 A54-看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方								

附表 2

調升「另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費」合理量至150人次之財務試算							
每月申報總人次	總計月次數	財務試算邏輯	財務試算_依107年實際申報量				
			醫令類別	總計申報量	屬序位第 121~150人次 之申報量	差額單價	調升合理量 之差額
					A	B	A*B
1~120人次	16,631	未超出現行申報上限120人次，調升申報上限後不增加點數。	B45、B90	23,191	-	-	-
			其餘醫令	571,532	-	-	-
121人次以上	2,221	按申報點數高低排序，針對序位第121人次至第150人次給予差額校正： ●B45、B90：表定307點，補差額153點。 ●其餘醫令(B41、B43、B53、B62、B80、B85)：表定227點，補差額113點。	B45、B90	16,157	20	153	3,060
			其餘醫令	405,063	54,701	113	6,181,213
總計	18,852						6,184,273

提升用藥品質(草案)

中醫全聯會

(一)執行目標及預期效益(含評估指標)，以落實科學中藥用藥品質之提升。

執行目標：

- 一、食藥署每年已辦理「市售中藥製劑異常物質之調查」計畫，本會針對中醫界常用的複方和單方品項編列經費，委託研究機構進行中藥製劑的指標成分與農藥殘留、重金屬、黃麴毒素、二氧化硫、微生物等異常物質的檢驗。
- 二、依照中醫藥臨床需求與風險管理概念，召開提升中藥品質研討會，邀請中醫藥界專家及藥廠代表，適時召開中藥製劑或中藥材品質管理討論會議，釐清品質管理現況、困境與展望。
- 三、持續推動民眾中藥使用安全教育與活動，並向民眾宣導中藥品質之重要性與內涵。
- 四、建議持續推動 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，據以提升中醫用藥的品質並提高療效。

預期效益(含評估指標)：

- 一、從中醫界提升中藥品質需求的角度，以前五大藥廠為主，其他藥廠為輔進行中藥製劑指標成分與異常物質的檢測，並適時在全聯會理監事會做適當資訊的揭露，預期可以增加藥廠製程透明化，達到提升科學中藥「有效、安全、均一」的品質目標。
- 二、建議每年辦理民眾使用中藥安全的研討會、論壇或推廣教育活動，由中醫界主動宣導中藥品質之重要性與內涵，預期可以提升民眾對中藥品質之重視與瞭解。

(二)以新增收載健保藥品給付品項為優先考量，於 108 年 12 月底前提出擬新增藥品給付之品項規劃。

擬新增藥品給付之品項：

建議新增收載健保藥品給付品項至少五項：桂枝加朮附湯、頓嗽湯、清鼻湯、十味敗毒湯、折衝飲、清咽利膈湯、香砂養胃湯、平肝流氣飲、三仁湯、珍珠母等及部分非濃縮科學中藥單位藥品。

提升用藥品質規劃：

- 一、建議與中醫藥司協商召開擴大基準方品項會議，藉由瞭解中醫界需求並借鏡日本漢方醫療保險報銷制度以協助新增藥品給付品項之規劃。
- 二、建議健保署擴增「全民健康保險中藥用藥品項表」，納入 G.M.P 中藥濃縮廠

領有藥證並製造之「調劑專用」及「須由醫師（中醫師）處方使用」之濃縮中藥為健保藥品給付品項，亦即複方濃縮中藥不再受限於現有之 337 基準方。

依上述說明，建議部分修正全民健康保險中醫門診總額支付制度中醫審查注意事項第三條的文字。

（原文-第三條：中藥之使用依「全民健康保險中藥用藥品項表」所收載為範圍，係以行政院衛生署核准經由 G.M.P 中藥濃縮廠製造之「調劑專用」及「須由醫師（中醫師）處方使用」之濃縮中藥為限；複方濃縮中藥並應用列屬行政院衛生署整編之「臨床常用中藥方劑標準處方」。）

（三）時程規劃（預訂）

- （1）108/11 持續推動 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，據以提升中醫用藥的品質並提高療效。
- （2）108/12 行文各公會持續推動民眾中藥使用安全教育與活動，並向民眾宣導中藥品質之重要性與內涵。
- （3）109/03 規劃召開提升中藥品質研討會
- （4）109/06 委託研究機構進行中藥製劑的指標成分與農藥殘留、重金屬、黃麴毒素、二氧化硫、微生物等異常物質的檢驗。
- （5）新增藥品品項：
 - A、請中醫藥司會同中央健康保險署、中藥商同業公會研議：複方濃縮中藥受限於現有之 337 基準方公告的問題
 - a、108/11 行文中醫藥司（副知中央健康保險署、中藥相關藥業公會）召開研商會議
 - b、108/12 召開第一次會議（以公署實際時程執行）
 - B、108/11 函復中央健康保險署同意部分修正濃縮中藥字眼。
 - C、109/06 中央健康保險署召開會議修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第 11 條第三款（以公署實際時程執行）。

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：有關「109 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」修文修訂案，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 108 年 10 月 6 日中醫門診醫療服務審查執行會第 35 次會議決議辦理。

二、(一) 年度文字依年度修定。

(二) 建議巡迴醫療取消看診人次限制，修訂條文文字詳後：

項次	原條文	修訂條文
十一、 (三) 2.(2)	(2)本計畫採「論次加論量」支付方式：除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外，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、脫臼整復及針灸合併傷科治療處置費，自申請金額最少之案件計算起，不予支付。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)。	(2)本計畫採「論次加論量」支付方式：除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外，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、脫臼整復及針灸合併傷科治療處置費，自申請金額最少之案件計算起，不予支付。 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)。

健保署說明：

一、針對中醫全聯會建議巡迴醫療取消平均門診量限定 70 人次限制一事，建議如下：

- (一)統計費用年月 108 年 1 月至 8 月期間，巡迴醫療 7,665 診次，每位中醫師巡迴看診每診次平均門診量為 23.4 人次。計有 9 家中醫院所、10 個巡迴點、70 診次(約 1%)、超過每診 70 人次(最高為 102 人次)。
- (二)建議新增但書規定，針對特殊情形，並由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查核定，該巡迴點每位中醫師每診次平均門診量不受 70 人次限制(詳附表)。

二、本署另建議計畫修訂處摘要如下:(詳附表)

(一)施行鄉鎮修正：

1. 無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 85 個，刪除已有中醫師執業之屏東縣琉球鄉及崁頂鄉；新增新竹縣關西鎮、高雄市梓官區及內門區。
2. 僅有 1 家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 73 個，刪除金門縣金湖鎮、新竹縣關西鎮、嘉義縣水上鄉、高雄市梓官區及內門區、屏東縣恆春鎮及里港鄉；新增新北市八里區、台南市玉井區、屏東縣琉球鄉及崁頂鄉。

(二)補充計畫文字敘述：

1. 針對計畫第十點(一)2.(2)規定，承辦獎勵開業計畫者，連續 2 個月未達保障額度須提供巡迴點部分，補充敘明為未達保障額度一定成數須提供巡迴點。
2. 針對計畫第十點(一)2.(4)規定，承辦獎勵開業計畫中醫師參與巡迴醫療服務之醫療費用併入獎勵開業之每月保障額度計算，補充文字敘述，如未達獎勵開業之每月保障額度，巡迴醫療之診察費加成亦不支付。
3. 針對計畫第十點(二)4.(4)規定，巡迴點施作針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療，補充敘明巡迴診次平均門診量前 70 人次，不受醫療服務支付標準第四部中醫通則五至通則七，申報量打折支付之規定

決議：

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

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

註 1：本一覽表統計截止日期：108 年 10 月 31 日，共 8485 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。

109 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—家中醫醫事服務機構之鄉鎮區

縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區
新北市	三芝區	台南市	柳營區	高雄市	甲仙區
	金山區		六甲區		內門區
	萬里區		西港區	屏東縣	恆春鎮
	貢寮區		七股區		長治鄉
	石碇區		將軍區		麟洛鄉
	八里區		山上區		里港鄉
宜蘭縣	蘇澳鎮		楠西區		鹽埔鄉
	三星鄉		南化區		高樹鄉
新竹縣	關西鎮		官田區		林邊鄉
	新埔鎮		玉井區		南州鄉
	芎林鄉	雲林縣	口湖鄉		九如鄉
苗栗縣	卓蘭鎮		林內鄉	花蓮縣	琉球鄉
	銅鑼鄉		二崙鄉		崁頂鄉
	三義鄉		褒忠鄉		鳳林鎮
	造橋鄉		元長鄉		壽豐鄉
	三灣鄉		四湖鄉		光復鄉
台中市	石岡區	嘉義縣	東石鄉		瑞穗鄉
彰化縣	線西鄉		六腳鄉	台東縣	太麻里鄉
	埔鹽鄉		義竹鄉		卑南鄉
	二水鄉		水上鄉		池上鄉
	田尾鄉		梅山鄉	澎湖縣	湖西鄉
	芳苑鄉		大埔鄉	金門縣	金沙鎮
	竹塘鄉	高雄市	湖內區		金寧鄉
南投縣	集集鎮		梓官區		金湖鎮
	鹿谷鄉		六龜區		
	中寮鄉		杉林區		
	魚池鄉		永安區		
	國姓鄉		彌陀區		

註 1：本一覽表統計截止日期：108 年 10 月 31 日，共 7673 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。

序號	計劃 項次	原條文	健保署建議修訂條文
1.	十 一、 (三) 2.(2)	(2)本計畫採「論次加論量」支付方式：除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外，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、脫臼整復及針灸合併傷科治療處置費，自申請金額最少之案件計算起，不予支付。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)。	(2)本計畫採「論次加論量」支付方式：除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外，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、脫臼整復及針灸合併傷科治療處置費，自申請金額最少之案件計算起，不予支付。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)， <u>如屬特殊情形，並由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查核定，該巡迴點每位中醫師每診次平均門診量不受70人次限制。</u>
2.	十、 (一) 2.(2)	(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	(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

	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 個月未達保障額度者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供 1 點巡迴醫療服務計畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 20%者，以 70%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供 2 點巡迴醫療服務計畫。 B. 滿一年者，自第十三個月起，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 個月未達保障額度者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供 1 點巡迴醫療服務計畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 30%者，以 65%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供 2 點巡迴醫療服務計畫。 C. 滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 50%者，以 60%核付	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，須自次次月起於該開業鄉鎮提供 1 點巡迴醫療服務計畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 20%者，以 70%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度 20%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供 2 點巡迴醫療服務計畫。 B. 滿一年者，自第十三個月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 45%者，以 75%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度 45%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供 1 點巡迴醫療服務計畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 30%者，以 65%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度 30%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供 2 點巡迴醫療服務計畫。 C. 滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 50%者，以 60%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度 50%者，須自
--	---	---

		保障額度，若連續 2 個月未達保障額度者，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。	次次月起於該開業鄉鎮提供 1 點巡迴醫療服務計畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 40%者，以 50%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度者 40%，須自次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。
3.	十、 (一) 2.(4)	(4)本計畫中醫師參與巡迴醫療服務之醫療費用併入保障額度計算，每月核定點數未達保障額度者，不予支付當月巡迴醫療服務之論次費用。	(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。
4.	十、 (二) 4.(4)	(4)本計畫之針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不併入該院所之合計申報量計算。	(4)本計畫之針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不併入該院所之合計申報量計算， <u>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、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療申報量打折支付之規定。</u>

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：有關「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」修訂案，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 108 年 10 月 6 日中醫門診醫療服務審查執行會第 35 次會議決議辦理。

二、建議修訂：「新增支付代碼 P39005~ P39007 支付代碼及新增註 2、P39001、P39002、P39005、P39006(每週限擇一申報)；修改後全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫支付標準表。」如下：

編號	診療項目	支付點數	註
P39005	中醫助孕照護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫 (BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900	新增
P39006	中醫保胎護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。每週限申報1次)	900	新增
P39007	中醫助孕及保胎照護針灸處置費(同療程第2~6次、每月限申報12次)	300	新增
註： 1、P39003、P39004限受孕後0-20週之保胎照護患者適用。 2、P39001、P39002、P39005、P39006(每週限擇一申報)。			

健保署說明：

一、本計畫現行給付之 4 項醫療服務項目皆為包裹式支付，支付點數內含診察費、口服藥、衛教飲食指導等：

醫令代碼	診療項目	支付點數
P39001	中醫助孕照護處置費(含針灸處置費)	1,200 點
P39002	中醫助孕照護處置費(不含針灸處置費)	900 點
P39003	中醫保胎照護處置費(含針灸處置費)	1,200 點

醫令代碼	診療項目	支付點數
P39004	中醫保胎照護處置費(不含針灸處置費)	900 點

二、本計畫 109 年預算增加 25 百萬元，計 90 百萬元，以現行計畫內容預估 109 年執行情形如下：

(一) 本計畫 108 年 1-8 月申報約 47.3 百萬點，依 107 年同期占全年比率 64%，預估 108 年全年執行量約 73.9 百萬點【47.3 百萬點/64%】，與 107 年相較成長率為 8%【73.9 百萬點/67.9 百萬點-1】。

(二) 以 108 年預估全年執行量及成長率，預估 109 年執行量約為 79.8 百萬元【73.9 百萬點*(1+8%)】，尚在預算金額內。

三、依中醫師全聯會提案，以下事項提請說明：

(一) 僅註記「P39001、P39002、P39005、P39006(每週限擇一申報)」，請說明 P39003、P39004 未納入前述規範之原因。

(二) 另「中醫助孕及保胎照護針灸處置費(同療程第 2~6 次)」規範每月申報次數為 12 次，請說明治療間隔。

四、經洽中醫師全聯會表示，為配合臨床照護模式需求，新增當次就醫不含藥費之照護處置費，且此照護模式將以療程方式提供照護，配合新增同次療程後續針灸處置診療項目：

(一)現行計畫下，是類個案之照護處置費係申報 P39001 或 P39003(支付點數皆為 1,200 點)，每週限申報一次；如不含藥費 245 點【每日藥費 35 點*7 日】，則每週照護處置費用為 955 點，中醫師全聯會提案新增 P39005 及 P39006 支付點數為 900 點，並無不妥。

(二)如按中醫師全聯會提案之同次療程後續針灸處置診療項支付點數與每月申報上限，每月最高將支付 7,200 點(如下表高推估)，較現行計畫下同時開藥及接受針灸治療個案最多支付之 4,800 點高出許多。

(三)考量本計畫各項照護模式支付方式之衡平性，建議不新增 P39007(同療程第 2~6 次針灸處置費)，並以包裹支付方式新增 P39005 及 P39006。

現行計畫	修訂計畫後
每週申報 1 次 P39001 或 P39003 (支付點數皆為 1,200 點)，每月至多申報 4 次，合計每月支付 4,800 點【1,200 點*4】。	<u>低推估：</u> 1. 照護處置費：每週申報 1 次 P39005 或 P39006 (支付點數皆為 900 點)。 2. 針灸治療：僅申報一次療程，第 2~6 次針灸得申報 5 次 P39007(支付點數皆為 300 點)。 3. 合計每月支付 2,400 點【900+300*5】。
	<u>高推估：</u> 1. 照護處置費：每月至多得申報 4 次 P39005 或 P39006 (支付點數皆為 900 點)。 2. 針灸治療：第 2~6 次針灸每月至多得申報 12 次 P39007(支付點數皆為 300 點)。 3. 合計每月支付 7,200 點【900*4+300*12】。

決議：

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：有關「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」修訂案，
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 108 年 10 月 6 日中醫門診醫療服務審查執行會第 35 次會議決議辦理。
- 二、癌症患者加強照護整合方案一致性及服務需出國患者，建議於加強門診支付標準部分增加調劑費 50 點項目及增加開藥大於 28 天以上之四項給付項目。
- 三、新增支付標準表(三)-特定癌症患者中醫門診加強照護計畫支付項目如下：

編號	診療項目	支付點數	註
P56008	藥品調劑費	50	新增
P56009	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 29-35 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：因出國用藥需求(需附相關證明)	2,100	新增
P56010	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 36-42 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：因出國用藥需求(需附相關證明)	2,450	新增
P56011	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 43-49 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：因出國用藥需求(需附相關證明)	2,800	新增
P56012	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 50-56 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：因出國用藥需求(需附相關證明)	3,150	新增

健保署意見：

- 一、本計畫 109 年預算增加 28 百萬元，計 194 百萬元，以現行計畫內容預估 109 年執行情形如下：

(一) 本計畫 108 年 1-8 月申報約 97.5 百萬點，依 107 年同期占

全年比率 63%，預估 108 年全年執行量約 154.8 百萬點【97.5 百萬點/63%】，與 107 年相較成長率為 34%【154.8 百萬點/115.5 百萬點-1】。

(二) 因 108 年 6-8 月執行量增加(較去年同期增加 37%)，致以 108 年預估全年執行量及成長率，預估 109 年執行量約為 207.4 百萬元【154.8 百萬點*(1+34%)】，超出預算 13.4 百萬元之情形。

二、有關中醫全聯會提案新增門診加強子計畫之診療項目，建議註 2 依全民健康保險醫療辦法第 25 條，修改為「限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)」以減少申報疑義；新增給付項目之財務預估如下：

107 年門診加強照護計畫共計申報 66,346 件(如下表)：

(一) 計有 54,223 件開立藥品，如每件增加 50 點藥品調劑費，約增加 2.7 百萬點。

(二) 開藥超過 28 天之 64 件，現行皆申報「給藥日數 22-28 天」(支付點數 1,750 點)，如按其對應之新增診療項目校正(開藥 60 天以開藥 56 天計)，預估增加 27,650 點
【(2,100-1,750)*59+(3,150-1,750)*5】。

開藥天數	對應診療項目	類別	支付點數	107 年申報件數
0 天	給藥日數 7 天以下	現有醫令	700	12,123
1-7 天			700	32,716
8-14 天	給藥日數 8-14 天		1,050	15,753
15-21 天	給藥日數 15-21 天		1,400	2,991
22-28 天	給藥日數 22-28 天		1,750	2,699
29-35 天	給藥日數 29-35 天	新增醫令	2,100	59
36-42 天	給藥日數 36-42 天		2,450	-
43-49 天	給藥日數 43-49 天		2,800	-
50-56 天	給藥日數 50-56 天		3,150	1

60 天	-	-	-	4
總計				66,346

三、另因本計畫西醫住院子計畫之適用範圍為「需中醫輔助醫療之癌症住院患者」，本署前接獲醫院詢問非治療癌症而住院之癌症住院患者，其收案之適宜性，經洽中醫師全聯會表示，本計畫收案對象限當次住院為接受癌症相關治療者，爰建議修訂本計畫第三、(一)點適用範圍為「當次住院為接受癌症相關治療且需中醫輔助醫療之健保給付西醫住院患者」。

四、綜上，依中全會提案，推估 109 年申報點數為 207.43 百萬點，較核定預算超出 13.43 百萬點。

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：檢送「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」(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 108 年 10 月 6 日中醫門診醫療服務審查執行會第 35 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。

健保署意見：

一、本項計畫為 109 年新增計畫，協定預算為 50 百萬元。

二、有關中醫全聯會所提計畫草案，建議事項如下：

(一)考量照護之連續性，建議同一個案只能由一間院所收案照護。

(二)第三點「適用範圍」：僅敘明檢驗檢查數值，建議表列

ICD-10-CM 代碼，以減少收案爭議；另按計畫所列適用範圍已涵蓋第 2~5 期慢性腎病患者，考量本計畫為新增計畫且經費有限，建議實施初期限縮照護對象。

(三)第五點「申請資格及退場機制」：依衛生福利部 106 年 12 月 25 日衛部醫字第 1061669205 號函，特考及格之中醫師不得開單檢查檢驗單，爰本計畫應限制其承作資格。

(四)第九點「執行方式」：

1. 草案規範病人收案後每 3~6 個月須重新檢附腎功能檢查結果，建議明訂一定區間，如每 6 個月須重新檢附。

2. 病人收案期間追蹤之腎功能檢查，是否將造成西醫檢查費用之成長，請中醫師全聯會說明。

(五)支付標準表：草案之「疾病管理照護費」每週限申報一次，每次支付 500 點，查現行中醫其他專款計畫亦訂有相同項目，惟西醫住院癌症患者每次住院限申報一次、門診延長癌症患者收案期間現申報一次、門診加強照護癌症患者每 60 天申報一次，兒童過敏性鼻炎患者雖未定申報頻次，惟每次支付 200 點，爰請說明「疾病管理照護費」申報頻次限制較其

他計畫寬鬆之原因。另考量各總額之衡平性，建議參考西醫慢性腎病相關計畫之管理照護費訂定本項費用：

1. 支付標準第八部第三章初期慢性腎臟病之「初期慢性腎臟病追蹤管理照護費」：每年度最多申報 2 次，每次至少間隔 6 個月，每次支付 200 點。
2. 「末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」(以下稱 Pre-ESRD 計畫)之「完整複診衛教及照護費」：每 3 個月申報 1 次，每次支付 600 點。

三、按中醫全聯會所提計畫草案，照護第 2~5 期慢性腎病患者之財務試算：

(一) 107 年中醫門診就醫主、次診斷符合慢性腎臟病疾病碼(N182、N183、N184、N185)者，共計 2,518 人、17,733 件，總申報費用 14.11 百萬點：

1. 藥費：107 年開藥天數如下：

開藥天數	0 天	1-7 天	8-14 天	15-21 天	22-28 天	29-60 天
件數	1,645	6,012	6,707	1,190	2,006	173

2. 針傷處置：107 年每月每人接受針傷處置情形如下表。

每月針傷處置次數 A	人數 B	合計申報針傷次數 A*B	每月針傷處置次數 A	人數 B	合計申報針傷次數 A*B
1	202	202	9	88	792
2	207	414	10	32	320
3	176	528	11	34	374
4	202	808	12	32	384
5	115	575	13	28	364
6	101	606	14	7	98
7	92	644	15	9	135
8	92	736	16	1	16

(二) 財務模擬：

1. 加強照護費：依 107 年每件開藥日數分布，預估約增加 17.88 百萬點【 $700 \text{ 點} \times (1,645 \text{ 件} + 6,012 \text{ 件}) + 1,050 \text{ 點} \times 6,707 \text{ 件} + 1,400 \text{ 點} \times 1,190 \text{ 件} + 1,750 \text{ 點} \times (2,006 \text{ 件} + 173 \text{ 件})$ 】。
2. 針傷處置：依 107 年每人接受針傷處置換算每月得申報之針傷次數，如每月超過 12 次者以 12 次計，則 107 年合計得申報 6,923 次針傷處置，預估約增加 2.77 百萬點【 $400 \text{ 點} \times 6,923 \text{ 次}$ 】。
3. 疾病管理照護費：
 - (1) 中醫師全聯會提案：假設每人每週皆申報一次，預估約增加 65.47 百萬點【 $500 \text{ 點} \times 52 \text{ 週} \times 2,518 \text{ 人}$ 】。
 - (2) 支付標準第八部第三章初期慢性腎臟病：預估約增加 1 百萬點【 $200 \text{ 點} \times 2 \text{ 次} \times 2,518 \text{ 人}$ 】。
 - (3) Pre-ESRD 計畫：預估約增加 6.04 百萬點【 $600 \text{ 點} \times 4 \text{ 次} \times 2,518 \text{ 人}$ 】。
1. 上述 3 項費用合計 21.65~86.12 百萬點。
2. 如現行中醫門診符合收案條件之病人全數收案，替代一般服務部門之 14.11 百萬點後，本計畫約增加 7.54~72.01 百萬點，若採全聯會所提方案，預估較本計畫預算之 50 百萬元，高出 22.01 百萬點。

四、建議疾病管理照護費比照西醫慢性腎病相關計畫，則計畫各項診療項目合計費用，尚在計畫預算內。

決議：

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫(草案)

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。

二、目的

早期中醫介入腎病患者，減緩腎病惡化，延緩洗腎時程，提升患者生活品質，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。

三、適用範圍

(一)腎絲球過濾率(eGFR) < 60 ml/min /1.73m²之病患。

(二)腎絲球過濾率(eGFR)60~89 mL/min/1.73 m²合併有蛋白尿或血尿之病患。

四、預算來源

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫」專款項目下支應。

五、申請資格及退場機制

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

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

六、結案條件

(一)腎功能持續改善至stage 1。

(二)收案期間發生急性腎衰竭、接受器官移植換患者、接受血液透析、腹膜透析。

(三)病人未回診超過90日。

七、申請程序

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附表)及其他檢附資料，以

掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

八、申請資格審查

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月一日起計。

九、執行方式

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

(二)開立中藥、針灸(或傷科)治療、穴位按摩指導。

(三)請於患者第一次就診時檢附腎功能檢查(腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿ACR (Microalbumin/Urine Creatinine) 或PCR(protein/creatinine ratio)或血尿，後續每3-6個月須重新檢附。

(四)疾病管理照護費(含中醫護理衛教及營養飲食指導、穴位按摩指導)。

(五)本方案收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)，各項評估量表之執行說明如下，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前登錄於VPN。

(六)本方案執行期間，保險醫事服務機構欲變更方案申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十、支付方式

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

(二)本計畫預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十一、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「??」(全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫)。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十二、執行報告

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

(二)實施效益須包含如下：

1.慢性腎臟病(CKD)分期較新收案時改善。

2.腎絲球過濾速率(eGFR)較新收案時年平均下降少於2 ml/min/1.73m²。

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

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

十五、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。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。

附件一

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫

基本資料	院所名稱		院所代碼	
	本方案負責醫師姓名		身分證字號	
	本方案負責醫師學經歷		聯絡電話	
	E-mail：			
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業資 年
			台中字第 號	受訓課程日期
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
保險醫事服務機構自評項目			請 V 選	備註
院所是否二年內未違反健保相關法規			☐ 未違反 ☐ 違反	
醫師是否二年內未違反健保相關法規			☐ 未違反 ☐ 違反	
機構章戳				

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

附件二

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫 給付項目及支付標準表

通則：

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

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫
支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P**001	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據：腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿，應併入病患病歷紀錄備查。	700
P**002	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據：腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿，應併入病患病歷紀錄備查。	1,050
P**003	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據：腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿，應併入病患病歷紀錄備查。	1,400
P**004	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據：腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿，應併入病患病歷紀錄備查。	1,750
P**005	中醫慢性腎臟病針灸、或傷科治療處置費。 註：本項處置費每月申報上限為 12 次。	400
P**006	疾病管理照護費 註： 1.中醫護理衛教及營養飲食指導、穴位按摩指導， 2.腎功能檢查(腎絲球濾過率、血清肌酐酸及、蛋白尿 ACR （ Microalbumin/Urine Creatinine ） 或 PCR(protein/creatinine ratio)，後續每 3-6 個月須重新檢 附於病歷。 3.每周限申報一次。	500

附件三

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫

疾病管理照護衛教表單

☐一、健康生活型態：

- 1.維持理想體重：BMI 介於 18.5~23.9。
- 2.適度運動：每週至少運動三次，如打太極拳、作用手功，每次 30 分鐘，可防止骨質疏鬆，並減緩及預防血管硬化，更可保持免疫力。
- 3.戒菸、不酗酒、不熬夜。
- 4.注意保暖。

☐二、均衡飲食：

- 1.不宜大補特補，避免坊間常見的十全大補湯、藥燉排骨、薑母鴨、麻油雞等溫燥食物，會使邪氣留滯，火氣更大。忌油膩辛辣刺激食物，不宜進食生冷飲食。適量蛋白質攝取，避免大魚大肉。
- 2.水果：應避免楊桃，此外，富含鉀離子的香蕉和柿餅也要注意。
- 3.飲食宜營養豐富而清淡易消化，少鹽、少調味料、少加工品，減低腎臟負荷，以延緩腎功能惡化。
- 4.適量喝水、勿憋尿。運動飲料含有額外的電解質與鹽分，腎病患者宜少食這類飲料。

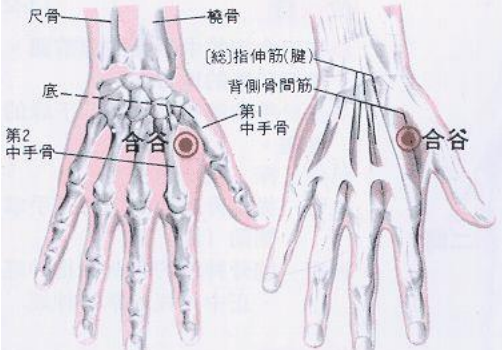
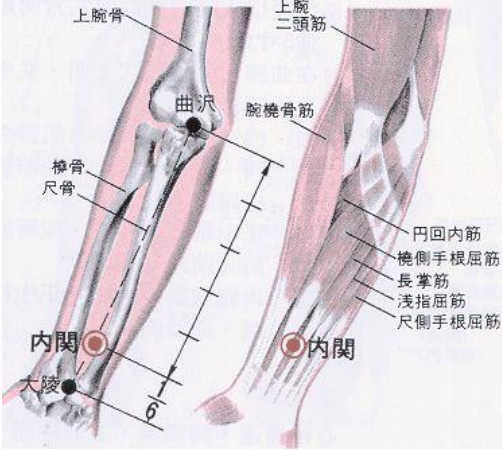
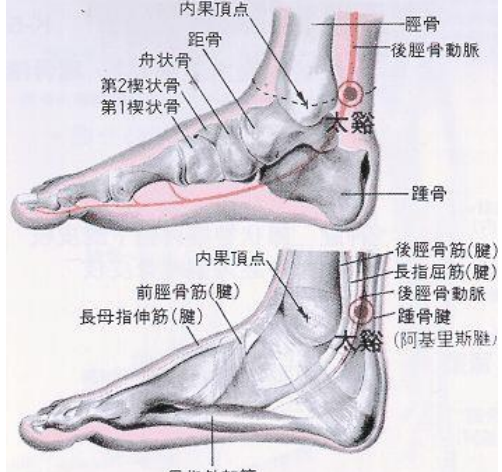
☐三、不亂吃藥：

- 1.服用藥物應諮詢及遵從醫藥專業人員指導。
- 2.不濫用止痛藥及來路不明藥物。
- 3.不聽信偏方草藥。
- 4.不輕易聽信廣告成藥的藥效。

☐四、自我監測及健康檢查：

- 1.原發性腎絲球腎炎需長期監控。
- 2.控制好原有的慢性病：糖尿病做好血糖控制，糖化血色素<7%；高血壓做好血壓控制，血壓控制 130/80mmHg；痛風患者應控制尿酸。
- 3.觀察尿液型態：排尿頻率、尿液顏色、味道、尿量、是否為血尿或泡沫尿。
- 4.定期健康檢查：最好每半年做一次尿液和血液肌酸酐和尿素氮檢。40~64 歲者，每三年可做一次健康檢查；大於 65 歲，每年可做一次健康檢查。

穴位按摩：

	合谷穴  位置： 手背拇指掌骨～食指掌骨之間，食指掌骨的中點處。
手部	內關穴  位置： 前臂內側（掌側），腕橫紋上2寸(三指橫幅)，兩筋（掌長肌腱與橈側腕屈肌腱）之間。
足部	太谿穴  位置： 足內側部，內踝後方，內踝尖與跟腱之間凹陷處。

以上圖片來源：《經絡與穴道》

討論事項第六案

提案單位：台灣醫院協會

案由：建議提高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及癌症患者加強照護整合方案點值。

說明：

一、經比較 107 年中醫試辦計畫點值與全區中醫平均點值，下列計畫點值明顯低於全區中醫平均點值：

- (一) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫。
- (二) 中醫提升孕產照護品質計畫。
- (三) 癌症患者加強照護整合方案。

計畫名稱	107 年 全年預算	107 年 支用點數	107 年度各季點值			
			第一季	第二季	第三季	第四季
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	20,000,000	9,672,167	1	1	1	1
中醫急症處置計畫	20,000,000	413,811	1	1	1	1
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	130,000,000	161,585,548	0.9135	0.7796	0.7834	0.7238
中醫提升孕產照護品質計畫	60,000,000	67,895,859	1.0000	0.9336	0.8321	0.8005
癌症患者加強照護整合方案	103,000,000	115,187,015	1.0000	0.9638	0.8512	0.7696
全區中醫平均點值			0.9348	0.9342	0.9277	0.9232

二、上述計畫執行效益如下：

(一) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

目前已有多篇論文證實中醫輔助西醫病患住院治療效益，尤其是腦血管疾病患者在中醫介入輔助治療後在巴氏量表和中風衝擊量表的表現多有進步，顯示腦中風病患在治療中加入中醫輔助所增加成本並不高，但對於生活品質的改善卻相當顯著；此外，就成本面而言，參與計畫的病人的住院費用與次數顯著低於無參與計畫者。

(二) 中醫提升孕產照護品質計畫：

中醫提升孕產照護品質計畫主要係針對原發性或特定病理因素所致之繼發性不孕、或有先兆流產傾向及有流產病史者，由中醫給予適當照護，以提升受孕率及保胎率；針對本計畫之研究顯示，藉由中醫辨證及補腎、疏肝和活血調經藥物的介入，助孕成功率可達 20% 以上，保胎成功率更可達 80% 以上，對於當今少子化社會，中醫提升孕產照護品質計畫有助於提升國家生育率。

(三) 西醫癌症患者加強照護整合方案：

經中西醫整合照護於癌症患者之長期優勢等相關論文佐證，接受中醫輔助治療的癌症病患，平均體重上升和整體健康狀

態獲得改善，患者的疲倦情況也較為減輕，此外，外用複方製劑可用於緩解放、化療後皮膚紅腫、發炎等副作用，降低病患使用西醫類固醇製劑。

三、承前述效益考量，中醫試辦計畫對病人確實有醫療效益，惟此類專款點值卻明顯低於中醫平均點值，其中第四季差距達0.1227~0.1994；為提高醫院執行中醫相關計畫/方案之意願與協助力道，建議提高中醫點值偏低之預算額，至少應保障至全區中醫平均點值。

健保署意見：

- 一、各項專案預算均為中全會與健保會付費者代表協商共識，且各項專案預算不得流用，爰執行如超過預算須以浮動點值處理。
- 二、請中全會對於執行超過預算項目，審慎思考其收案條件及相關支付標準有無再檢討空間。
- 三、109 年總額協商，已對部分專案酌增預算如下，
 - (一) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫全年經費 204 百萬元(增加 22 百萬元)
 - (二) 中醫提升孕產照護品質計畫全年經費 90 百萬元(增加 25 百萬元)
 - (三) 西醫癌症患者加強照護整合方案全年經費 194 百萬元(增加 28 百萬元)。
- 四、現行牙醫門診總額部門為保障牙醫特殊醫療服務計畫，每點支付金額不低於 0.95 元，當預算不足時，由一般服務預算支應，即於一般服務地區預算分配前，先行移撥部分預算支應(如有剩餘，再回歸一般服務預算)，並報全民健康保險會同意，請參考。

決議：

討論事項第七案
國聯合會

提案單位：中華民國中醫師公會全

案由：有關「109 年度全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」，建請先暫維持原條文案，提請討論。

說明：依本會 108 年 10 月 6 日中醫門診醫療服務審查執行會第 35 次會議決議辦理。

健保署意見：

- 一、考量本年度核發 107 年品保款時，中醫院所 3902 家中，符合核發資格 3202 家(其中 39 家不予核發)，約佔 82%(詳表 1)，且依其核發金額級距尚屬有差別(詳附表 2)，爰同意 109 年品保款方案予以維持。
- 二、另 109 年已於各總額非協商成本指數改變率中保留一定金額作為院所無障礙環境之獎勵，原品保款中關於無障礙部分予以取消。

決議：

附表 1

表1：107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	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)
	各分區院所家數 (A) = (B)+(C)+(D)	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	1,132	909	5	218	13,744,189	80.3%	0.4%	19.3%
北區	483	399	9	75	5,517,200	82.6%	1.9%	15.5%
中區	1,083	898	14	171	12,991,661	82.9%	1.3%	15.8%
南區	549	430	8	111	6,103,266	78.3%	1.5%	20.2%
高屏	578	464	3	111	7,186,635	80.3%	0.5%	19.2%
東區	77	63	0	14	862,651	81.8%	0.0%	18.2%
總計	3,902	3,163	39	700	46,405,602	81.1%	1.0%	17.9%

註1：每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算與實際核發有差距，故實際核發46,405,602元，與預算相較差距16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)，其中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:108年6月25日

製表單位:醫務管理組

附表 2

表2、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	44	695	0	0
0-10百分位	0	317	0	514
10-20百分位	0	316	0	1,234
20-30百分位	1	315	6	1,828
30-40百分位	4	312	31	2,398
40-50百分位	4	312	38	2,948
50-60百分位	6	311	69	3,602
60-70百分位	1	315	15	4,434
70-80百分位	9	307	154	5,351
80-90百分位	20	336	1,580	10,091
90百分位以上	24	253	1,719	10,395
總計	113	3,789	3,612	42,794

全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案

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

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：

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，得核發品質保證保留款；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。

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 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暫緩執行處分者。
- 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。

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 天以上者，依核算基礎(A)加計 10%；超過 45 天以上者，依核算基礎(A)加計 20%。(註 4)
- 四、為鼓勵中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計 5%。(註 5)
- 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）。
- ~~七、中醫特約基層院所提供無障礙就醫環境者，加計 5%。本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」確認後生效(註 7)。~~

玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：

- 一、保險醫事服務機構之中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定修滿繼續教育點數(每年 20 點)者，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎(A)。
- 二、「中醫同一院所同一患者同月就診 8 次以上比例」超過 80 百分位者，

核算基礎(A)減計 20% (註 8)。

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

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

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

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

指標項目	操作型定義
註 1：年平均核付率	$(\text{全年初核核定點數} + \text{部分負擔}) / (\text{全年申請點數} + \text{部分負擔})$
註 2：當年度在前一年 12 月每萬人口中醫師數 3.0 以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。	資料範圍：以前一年 12 月「內政部戶政司戶籍人口數」及「醫事人員公務統計檔」計算之。
註 3：年平均核減率	$(\text{全年初核核減點數}) / (\text{全年申請點數} + \text{部分負擔})$
註 4：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：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。【取至小數點後第二位（四捨五入）】
註 6：「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

指標項目	操作型定義
	斷上個月是否完成登錄)。
註7:無障礙就醫環境	依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」確認後生效。
註 87:「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 / 分母。 4. 全年計算平均比率，進行百分位排序。 5. 所有資料排除符合以下任一條件者： (1) 診察費=0 (2) 案件類別 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)之專款項目案件。
註 98:「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 / 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 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)案件。

指標項目	操作型定義
註 109 109：「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 1110 1110：「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：慢性病給藥七天以上之件數占率 A. 分子：分母院所當年度申報下列案件分類，給藥七天以上之件數總計。 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

指標項目	操作型定義
	計。 案件分類：21(中醫一般案件)、22(中醫其他專案)之特定治療項目 (一)為 JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及 28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第二位(四捨五入)】 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. 試算範例如下： (1)僅符合基本資格(無本條文之柒、捌、玖條之情事)者 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算× (A) × 60% / $\Sigma(B)$ (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×(A)×(60%+10%) / $\Sigma(B)$

指標項目	操作型定義
	(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× $A \times (60\% + 100\% + 10\% - 10\%) / \Sigma B$