



全民健康保險醫療給付費用中醫門診 總額 108 年第 3 次研商議事會議

108 年 8 月 15 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 3 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、中醫門診總額執行概況報告	報 2-1
三、108 年第 1 季點值結算結果報告	報 3-1
四、107 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告。	報 4-1

肆、討論事項

一、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	討 1-1
二、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	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 2 次

會議紀錄

時間：108 年 5 月 16 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	陳代表博淵	陳博淵
呂代表世明	呂世明	陳代表憲法	陳憲法
巫代表雲光	巫雲光	彭代表德桂	彭德桂
李代表純馥	李純馥	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	柯富揚	黃代表俊傑	黃俊傑
洪代表啟超	請假	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	孫茂峰	黃代表蘭嫻	請假
許代表中華	葉裕祥 ^代	楊代表禾	陳志超 ^代
許代表美麗	許美麗	詹代表永兆	詹永兆
陳代表仲豪	葉育韶 ^代	劉代表富村	劉富村
陳代表旺全	張廷堅 ^代	蔡代表明鎮	陳錦煌 ^代
陳代表建霖	陳建霖	羅代表永達	羅永達

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司
衛生福利部中醫藥司
衛生福利部全民健康保險會
台灣醫院協會

蘇芸蒂
涂瑜君
陳燕鈴、劉于鳳
董家琪、洪毓婷

中華民國中醫師公會全國聯合會
本署醫務管理組

本署醫審及藥材組
本署企劃組
本署違規查處室
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

李敬、賴宛而
鄧家佩、谷祖棣、劉林義、
王玲玲、鄭正義、洪于淇、
楊淑美、張毓芬、邵子川、
黃曼青
林寶鳳、杜安琇、賴淑華
卓均彥
白姍綺、呂佳青
張晃禎
林照姬、葉惠珠、林雨亭
林巽音
林淑惠
洪穰吟
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：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。

第二案：中醫門診總額執行概況報告

決定：中醫急症處置計畫 108 年第 1 季執行率僅 0.8%，請中全會繼續加強執行。

第三案：107 年第 4 季點值結算結果報告

決定：洽悉

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	0.85270782	0.90186498
北區	0.90080795	0.93785411
中區	0.85716055	0.90464776
南區	0.92048532	0.95009792
高屏	0.89249935	0.93056270
東區	1.25593801	1.17311265
全區	0.88235327	0.92315323

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：建請提升「健保醫療資訊雲端查詢系統」使用率以提供精準醫療，提升民眾就醫安全。

決定：

一、請中全會輔導會員使用醫療資訊雲端查詢系統，以提升用藥安全。另中全會若有可幫助中醫診療服務之系統新增功能，亦可提供本署研議，請於下次會議提出說明。

二、有關建議針對中醫診所，該系統之首頁可設為中醫用藥頁籤部分，本署將研議辦理之可行性。

第五案：有關中醫部門總額 107 年度違規情形，提請注意改善。

決定：中醫特約醫事服務機構經查仍有刷卡換物、收取自費又申報健保、非醫師執行推拿卻申報費用等違規情事，請中全會持續宣導會員，務必依本署相關規定辦理。

肆、討論案：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

決議：有關中全會建議本署 VPN 系統，請醫務管理組於會後與中全

會討論，瞭解相關需求，另行規劃。

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
1	108_1_討(1)_修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容業已於108年5月31日以健保醫字第1080007611號公告修訂。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	108_2_報(1)_歷次會議決定/決議事項辦理情形	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	☒ 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
		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。	1. 經查至 108 年 8 月 1 日止健保現有收載之濃縮中藥單方品項計有 3,454 品項，複方品項計有 6,903 品項，衛生福利部中醫藥司核發具藥品許可證之濃縮中藥單方品項計有 3,481 品項，複方品項計有 7,189 品項。單複方品項比對差異後，單方有 88 品項，複方有 609 品項為健保未收載之濃縮中藥品項，經詢問多數品項未收載之 17 家廠商，有 7 家表示為未生產、7 家為不符合「臨床常用中藥方劑基準方」、1 家為不知有濃縮中藥品項未收載，1 家為無人接聽，及 1 家為選擇自費市場，其他廠商詢問中。該等品項本署將整理後，提供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。 2. 另比對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，另案請辦衛生福利部中醫藥司確認中。待確認無許可證後，將取消該等品項之收載事宜。	☒ 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
			3. 另為評估個別品項核價可行性，中華民國中醫師公會全國聯合會針對醫療機構申報醫療費用點數格式之檢核作業之建議，除可能影響院所申報之醫療作業，應另思考申報格式修訂恐涉院所端資訊系統程式之修改，請通盤考量，提出可行之方案。	
3	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年第1季執行率僅0.8%，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
4	108_2_報(3)_107年第4季點值結算結果報告	依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。	業已於108年3月15日健保醫字第1080033409號函請分區業務組配合辦理。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
5	108_2_報(4)_建請提升「健保醫療資訊雲端查詢系統」使用率以提供精準醫療，提升民眾就醫安全。	1. 請中全會輔導會員使用醫療資訊雲端查詢系統，以提升用藥安全。另中全會若有可幫助中醫診療服務之系統新增功能，亦可提供本署研議，請於下次會議提出說明。	中全會回復： 已請各公會協助宣導會員使用醫療資訊雲端查詢系統。 另已刊登中醫會訊、全聯會網站宣導使用醫療資訊雲端查詢系統已列為品保款獎勵項目。	☒ 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
		2. 有關建議針對中醫診所，該系統之首頁可設為中醫用藥頁籤部分，本署將研議辦理之可行性。	2. 經評估「健保醫療資訊雲端查詢系統」首頁專為中醫診所設置中醫用藥頁籤，與現行雲端系統設計架構迥異，考量成本效益，建議維持現行架構。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
6	108_2_報(5)_有關中醫部門總額 107 年度違規情形，提請注意改善。	中醫特約醫事服務機構經查仍有刷卡換物、收取自費又申報健保、非醫師執行推拿卻申報費用等違規情事，請中全會持續宣導會員，務必依本署相關規定辦理。	中全會回復： 已行文函請各公會協助宣導：執行健保業務勿違反『全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法』	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
7	108_2_討(2)_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	有關中全會建議本署 VPN 系統，請醫務管理組於會後與中全會討論，瞭解相關需求，另行規劃。	本案已於 108 年 5 月 16 日會後與中全會討論 VPN 系統修改方向，並向本署資訊組提出系統修改需求，預計於 108 年 10 月底完成系統修改，本案建議解除列管。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

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108年8月1日
發文字號：(108)全聯醫總全字第1688號
速 別：
附 件：

主 旨：有關「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」(XML檔案格式)之媒體格式修訂建議，詳如說明段，請查照。

說 明：

- 一、復大署民國108年7月15日健保審字第1080056361號函。
- 二、本會建議「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」(XML檔案格式)之媒體格式(三)醫令清單段中「藥品用量」之中醫部分修訂為「每日藥量」。
- 三、IDp5藥品用量如為每日用量則檢核邏輯建議修訂如下：
 - (一)IDp1「藥品給藥日份」X IDp5「藥品用量」= IDp10「總量」。
 - (二)「藥品用量」：小數點需填寫，4位整數，2位小數，如9999.99。
 - (三)「總量」：小數點需填寫，取至小數點下一位，第二位四捨五入，如99999.9五位整數，一位小數。



正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部中央健康保險署醫務官理組

理事長 陳昭全

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1季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、第1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1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1季	浮動點值	0.8821	0.9051	0.8748	0.9409	0.8922	1.2988	0.8998
	平均點值	0.9215	0.9406	0.9168	0.9630	0.9311	1.2000	0.9348
108年 第1季	浮動點值	0.8285	0.8381	0.8330	0.9064	0.8663	1.1887	0.8542
	平均點值	0.8886	0.9008	0.8909	0.9424	0.9156	1.1247	0.9069

（二）中醫專案計畫：

醫療試辦計畫	108Q1 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	33,900	30,810	3,090	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	45,500	39,677	5,823	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	16,250	16,631	-381	0.9771
4. 癌症患者加強照護整合方案	41,500	32,414	9,086	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	2,500	2,234	266	1.0000
6. 中醫急症處置計畫(註2)	5,000	160	4,840	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	74,000	15,224	58,776	
合計	191,056	121,926		

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
 程式代號：RGBI1808R02
 108年第 1 季
 結算主要費用年月起迄：108/01—108/03
 核付截止日期：108/06/30
 列印日期：108/08/02
 頁 次：1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)108年第1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_q1)
 = 25,218,729,973 × 23.159753%(h_q1)
 = 5,840,595,571 (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 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

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	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	0
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	38,836,404

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1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

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：0

(1)獎勵開業已支用點數：0(K1) (浮動點數：0；非浮動點數：0)

(2)獎勵開業保障給付收入：0(K2)

(3)獎勵開業論次費用：0(K3)

(4)小計已支用點數(K1+K3)：0(K4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+1元/點×論次費用(K3)=0(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：0(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數：0(K7)

(3)小計已支用點數：0(K8) 暫結金額=1元/點×0(K8)=0(K9)

3. 合計:

已支用點數：0(K4+K8)

暫結金額：0(K10=K5+K9)

未支用金額=第2季預算—第2季暫結金額=36,989,508—0=36,989,508

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

頁次：4

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 36,989,508= 70,889,508

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= 70,889,508 - 0= 70,889,508

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 70,889,508= 104,789,508

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=104,789,508 - 0=104,789,508

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

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：10

(1)獎勵開業已支用點數：6,800,227(N1) (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(N2)

(3)獎勵開業論次費用：250,000(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3)：7,050,227(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額=10,988,482(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：1,924,810(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數：17,897,200(N7)

(3)小計已支用點數：19,822,010(N8) 結算金額=19,822,010(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：26,872,237(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)：30,810,492

全年未支用金額=全年預算—全年結算金額=135,600,000—30,810,492=104,789,508

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：	0(W01)	0(WF01)	0(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W02)	0(WF02)	0(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W03)	0(WF03)	0(WN03)
(4)小計：	0(W04)	0(WF04)	0(WN04)

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2季預算 — 1元/點× 第2季已支用點數= 51,322,637 — 0= 51,322,637

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

頁 次： 7

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 182,000,000/4+ 51,322,637= 96,822,637

	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：	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=	96,822,637 —	0 =	96,822,637

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 182,000,000/4+ 96,822,637= 142,322,637

	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：	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=	142,322,637 —	0 =	142,322,637

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：	33,843,935(Z01)	32,151,036(ZF01)	1,692,899(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,064,680(Z02)	3,795,649(ZF02)	269,031(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,768,748(Z03)	1,675,736(ZF03)	93,012(ZN03)
(4)小計：	39,677,363(Z04)	37,622,421(ZF04)	2,054,942(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)=	39,677,363		
未支用金額= 全年預算 — 第1-4季已暫結金額=	182,000,000 — 39,677,363 =	142,322,637	

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1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2季預算 － 1元/點× 第2季已支用點數＝ 16,250,000 － 0＝ 16,250,000

第3季：

預算＝當季預算＋前1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3季預算 － 1元/點× 第3季已支用點數＝ 32,500,000 － 0＝ 32,500,000

第4季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 65,000,000/4＋ 32,500,000＝ 48,750,000
 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＝ 48,750,000 － 0＝ 48,750,000

全年合計：

全年預算＝ 65,000,000
 已支用點數＝ 16,631,132
 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)＝ 16,250,000
 未支用金額＝ 全年預算 － 第1-4季已暫結金額＝ 65,000,000 － 16,250,000＝ 48,750,000

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已支用點數：	13,064,956	11,118,853	1,946,103
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	10,243,581	10,243,581	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	1,353,962	1,353,962	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,742,682	2,742,682	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,505,519	2,505,519	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	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已支用點數：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	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2季預算 — 1元/點× 第2季已支用點數= 50,586,475 — 0= 50,586,475

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 166,000,000/4+ 50,586,475= 92,086,475

	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已支用點數：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	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= 92,086,475 - 0= 92,086,475

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 166,000,000/4+ 92,086,475= 133,586,475

	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已支用點數：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	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= 133,586,475 - 0= 133,586,475

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

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+ 0+ 0+ 0= 32,413,525

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 166,000,000 - 32,413,525= 133,586,475

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 = 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2季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 2,766,256 - 0 = 2,766,256

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 2,500,000 + 2,766,256 = 5,266,256

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 = 5,266,256 - 0 = 5,266,256

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 2,500,000 + 5,266,256 = 7,766,256

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 = 7,766,256 - 0 = 7,766,256

全年合計:

全年預算 = 10,000,000

已支用點數 = 2,233,744

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 + 0 + 0 + 0 = 2,233,744

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 10,000,000 - 2,233,744 = 7,766,256

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1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

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1季未支用金額＝20,000,000/4＋4,840,073＝9,840,073

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2季預算－1元/點×第1季已支用點數＝9,840,073－0＝9,840,073

第3季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝20,000,000/4＋9,840,073＝14,840,073

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＝14,840,073－0＝14,840,073

第4季：

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝20,000,000/4＋14,840,073＝19,840,073

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＝19,840,073－0＝19,840,073

全年合計：

全年預算＝20,000,000

已支用點數＝159,927

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

＝159,927＋0＋0＋0＝159,927

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝20,000,000－159,927＝19,840,073

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： 0
 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： 15,223,827

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 15,223,827
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 74,000,000 - 15,223,827 = 58,776,173

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 5,840,595,571 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 38,836,404 (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 5,801,759,167 (E)

各分區醫療資源不足地區改善方案_論量計酬：

就醫分區	浮動點數	非浮動點數	合 計	論量計酬結算金額
臺北	2,814,823	1,248,039	4,062,862	4,062,862
北區	5,265,445	2,486,010	7,751,455	7,751,455
中區	2,357,114	958,269	3,315,383	3,315,383
南區	3,143,815	-773,761	2,370,054	2,370,054
高屏	7,461,414	3,171,635	10,633,049	10,633,049
東區	7,733,555	2,970,046	10,703,601	10,703,601
合計	28,776,166	10,060,238	38,836,404(B2)	38,836,404(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% = 5,801,759,167 × 2.22% = 128,799,054 (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 = 5,664,960,113 (加總後四捨五入至整位數) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 67% = 5,664,960,113 × 67% = 3,795,523,276 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 13% = 5,664,960,113 × 13% = 736,444,815 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,664,960,113 × 9% = 509,846,410 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,664,960,113 × 5% = 283,248,006 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,664,960,113 × 5% = 283,248,006 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 5,664,960,113 - 3,795,523,276 - 736,444,815 - 509,846,410 - 283,248,006 - 283,248,006 = 56,649,600

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

頁 次： 15

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q1+97Q1+98Q1		107年2月		107年1~3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	3,748,499,441	28.8812%	7,645,866	33.2095%	902,538.308019		29.3466%	29.8860%
北區	1,545,478,864	11.9075%	3,740,210	16.2455%	409,135.667132		13.3033%	13.5478%
中區	3,528,900,120	27.1892%	4,572,134	19.8589%	789,681.985610		25.6770%	26.1490%
南區	1,966,439,444	15.1509%	3,355,362	14.5739%	436,679.106540		14.1989%	14.4599%
高屏	2,189,713,132	16.8712%	3,709,547	16.1122%	481,897.422229		15.6692%	15.9573%
東區					55,509.510299			
小計	12,979,031,001	100.0000%	23,023,119	100.0000%	3,075,441.999829	3,075,442	98.1950%	100.0000%

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

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1~3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	0.004639	0.051871	-0.047232	3	0.00	3,748,499,441	3,748,499,441	29.1269%
北區	-0.002659	0.040705	-0.043364	1	0.00	1,545,478,864	1,545,478,864	12.0088%
中區	-0.011593	0.034938	-0.046531	2	0.00	3,528,900,120	3,528,900,120	27.4206%
南區	-0.013358	0.039085	-0.052443	4	0.00	1,966,439,444	1,966,439,444	15.2798%
高屏	-0.000357	0.054950	-0.055307	5	-0.05	2,189,713,132	2,080,227,475	16.1639%
小計						12,979,031,001	12,869,545,344	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	107年11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	0.000197	3,748,499,441	3,749,237,895	29.0215%
北區	0.003391	1,545,478,864	1,550,719,583	12.0035%
中區	-0.011216	3,528,900,120	3,489,319,976	27.0095%
南區	-0.008983	1,966,439,444	1,948,774,918	15.0847%
高屏	-0.004075	2,189,713,132	2,180,790,051	16.8808%
小計		12,979,031,001	12,918,842,423	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	28.8812%	33.2095%	29.8860%	29.1269%	29.0215%
北區	11.9075%	16.2455%	13.5478%	12.0088%	12.0035%
中區	27.1892%	19.8589%	26.1490%	27.4206%	27.0095%
南區	15.1509%	14.5739%	14.4599%	15.2798%	15.0847%
高屏	16.8712%	16.1122%	15.9573%	16.1639%	16.8808%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第1季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 56,649,600 - 15,952,532 \\
 &= 40,697,068
 \end{aligned}$$

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	0.85270782	24,548,730	3,615,835
北區	0.90080795	12,096,580	1,199,888
中區	0.85716055	30,028,583	4,289,263
南區	0.92048532	49,966,731	3,973,090
高屏	0.89249935	26,738,932	2,874,456
小計		143,379,556	15,952,532(M1)

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 8,000,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\
 &= 8,000,000 - 432,452 \\
 &= 7,567,548 \text{ (Gh)}
 \end{aligned}$$

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	0.85270782	0	0
北區	0.90080795	0	0
中區	0.85716055	0	0
南區	0.92048532	2,489,540	197,955
高屏	0.89249935	2,181,353	234,497
小計		4,670,893	432,452(R1)

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

頁 次： 19

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD2)=第1季預算Ga+ 第1季預算Gb+ 第1季預算Gc+ 第1季預算Gd+ 第1季預算Ge+ 第1季預算Gf+第1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1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	1,096,192,668	244,569,641	152,372,698	82,501,363	82,202,820	11,753,802		1,669,592,992
北區	451,951,934	119,639,142	69,072,972	34,014,687	33,999,674	4,846,003		713,524,412
中區	1,031,972,415	146,249,839	133,319,738	77,668,303	76,503,870	11,065,207	7,567,548	1,484,346,920
南區	575,055,936	107,328,731	73,723,281	43,279,729	42,727,112	6,165,972		848,280,761
高屏	640,350,323	118,657,462	81,357,721	45,783,924	47,814,530	6,866,084		940,830,044
小計	3,795,523,276	736,444,815	509,846,410	283,248,006	283,248,006	40,697,068	7,567,548	5,656,575,129

(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	0	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_107)	1,613,601,972	687,482,800	1,435,923,737	822,004,700	910,478,734	5,469,491,943
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	0	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_108)	1,669,592,992	713,524,412	1,484,346,920	848,280,761	940,830,044	5,656,575,129
預算成長率	3.47%	3.79%	3.37%	3.20%	3.33%	3.42%

※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($Ai3$)；分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總($\Sigma Ai3$)。

(2)條件說明：保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人；資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害（案件分類B6）案件）及中醫醫療

照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】案件，該費用年月次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。

(3)計算步驟：〈1〉計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，〈2〉計算每位病患於各區就醫次數(a)，〈3〉計算每位病患於各區就醫次數比率($a\%$)=每位病患於各區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(a)，〈4〉各區每位病患之就醫次數比率(T)=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)，〈5〉計算各區每人就醫次數之權值($K1$)=各區每位病患之就醫次數比率(T)/全國就醫人數(p)，〈6〉扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值($K2$)=各區每人就醫次數之權值($K1$)/加總五區每人就醫次數之權值($\Sigma K1$)。

7. 指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

(1)保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。

(2)人數利用率成長率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(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。

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。

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

頁 次： 23

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	1,220,818,963(BF)	658,011,944(BG)	80,560(BJ)
2-北區分區	485,075,149(BF)	306,958,975(BG)	29,360(BJ)
3-中區分區	1,088,810,647(BF)	577,227,060(BG)	115,472(BJ)
4-南區分區	554,004,567(BF)	346,111,769(BG)	31,745(BJ)
5-高屏分區	648,293,837(BF)	379,217,055(BG)	24,103(BJ)
6-東區分區	75,659,830(BF)	38,846,115(BG)	14,122(BJ)
7-合計	4,072,662,993(GF)	2,306,372,918(GG)	295,362(GJ)

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

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 = [1,669,592,992	— 658,011,944—	80,560]／	1,220,818,963=	0.82854258
北區分區 = [713,524,412	— 306,958,975—	29,360]／	485,075,149=	0.83808886
中區分區 = [1,484,346,920	— 577,227,060—	115,472]／	1,088,810,647=	0.83302307
南區分區 = [848,280,761	— 346,111,769—	31,745]／	554,004,567=	0.90637745
高屏分區 = [940,830,044	— 379,217,055—	24,103]／	648,293,837=	0.86625671
東區分區 = [128,799,054	— 38,846,115—	14,122]／	75,659,830=	1.18872613

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)

= [5,785,374,183 — 2,306,372,918— 295,362]／ 4,072,662,993= 0.85416002

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

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	= [1,669,592,992]	[/ [1,220,818,963 + 658,011,944 + 80,560]	= 0.88859588
北區分區	= [713,524,412]	[/ [485,075,149 + 306,958,975 + 29,360]	= 0.90084245
中區分區	= [1,484,346,920]	[/ [1,088,810,647 + 577,227,060 + 115,472]	= 0.89088263
南區分區	= [848,280,761]	[/ [554,004,567 + 346,111,769 + 31,745]	= 0.94237913
高屏分區	= [940,830,044]	[/ [648,293,837 + 379,217,055 + 24,103]	= 0.91561849
東區分區	= [128,799,054]	[/ [75,659,830 + 38,846,115 + 14,122]	= 1.12468546

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)

$$= [5,785,374,183] / [4,072,662,993 + 2,306,372,918 + 295,362] = 0.90689352$$

6. 中醫門診總額平均點值

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

$$= [5,785,374,183 + 148,218,126 + 38,836,404] / [4,072,662,993 + 2,306,372,918 + 295,362 + 144,661,003 + 38,836,404] = 0.91003880$$

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

$$= 30,810,492 + 39,677,363 + 16,250,000 + 32,413,525 + 2,233,744 + 159,927 + 15,223,827 + 11,449,248 = 148,218,126$$
- 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107/12(含)以前:於108/04/01~108/06/30期間核付者。

費用年月108/01~108/03:於108/01/01~108/06/30期間核付者。

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

頁 次： 26

六、補充資料：本資料呈現若未採「中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」，一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

(一) 扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	1,098,779,239(BF)	0.85270782	-----	585,152,492
	2-北區分區	95,650,742	0.85270782	81,562,136	74,116,638
	3-中區分區	96,393,821	0.85270782	82,195,765	55,525,438
	4-南區分區	42,411,230	0.85270782	36,164,387	27,341,576
	5-高屏分區	56,461,216	0.85270782	48,144,920	34,282,521
	6-東區分區	8,588,152	0.85270782	7,323,184	4,709,529
	7-合計	1,398,284,400(GF)		255,390,392(AF)	781,128,194(BG)
2-北區分區	1-臺北分區	65,620,806	0.90080795	59,111,744	40,562,752
	2-北區分區	363,453,494(BF)	0.90080795	-----	215,855,827
	3-中區分區	38,551,323	0.90080795	34,727,338	24,324,006
	4-南區分區	14,623,991	0.90080795	13,173,407	9,520,953
	5-高屏分區	10,358,685	0.90080795	9,331,186	6,559,342
	6-東區分區	1,656,318	0.90080795	1,492,024	920,125
	7-合計	494,264,617(GF)		117,835,699(AF)	297,743,005(BG)
3-中區分區	1-臺北分區	20,881,957	0.85716055	17,899,190	11,990,111
	2-北區分區	13,062,134	0.85716055	11,196,346	8,464,635
	3-中區分區	908,881,262(BF)	0.85716055	-----	469,920,141
	4-南區分區	18,002,044	0.85716055	15,430,642	12,523,812
	5-高屏分區	9,669,643	0.85716055	8,288,437	6,098,369
	6-東區分區	1,145,581	0.85716055	981,947	641,375
	7-合計	971,642,621(GF)		53,796,562(AF)	509,638,443(BG)

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

頁 次： 27

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	19,185,464	0.92048532	17,659,938	10,552,863
	2-北區分區	7,117,815	0.92048532	6,551,844	4,784,121
	3-中區分區	28,697,173	0.92048532	26,415,326	18,044,330
	4-南區分區	453,076,123(BF)	0.92048532	-----	277,890,698
	5-高屏分區	25,411,339	0.92048532	23,390,765	17,516,513
	6-東區分區	944,739	0.92048532	869,618	532,109
7-合計		534,432,653(GF)		74,887,491(AF)	329,320,634(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	12,046,890	0.89249935	10,751,841	7,103,379
	2-北區分區	4,494,671	0.89249935	4,011,491	2,884,365
	3-中區分區	14,123,814	0.89249935	12,605,495	8,171,173
	4-南區分區	24,872,177	0.89249935	22,198,402	18,086,812
	5-高屏分區	544,380,406(BF)	0.89249935	-----	313,328,069
	6-東區分區	1,520,399	0.89249935	1,356,955	837,074
7-合計		601,438,357(GF)		50,924,184(AF)	350,410,872(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	4,304,607	1.25593801	5,406,320	2,650,347
	2-北區分區	1,296,293	1.25593801	1,628,064	853,389
	3-中區分區	2,163,254	1.25593801	2,716,913	1,241,972
	4-南區分區	1,019,002	1.25593801	1,279,803	747,918
	5-高屏分區	2,012,548	1.25593801	2,527,636	1,432,241
	6-東區分區	61,804,641(BF)	1.25593801	-----	31,205,903
7-合計		72,600,345(GF)		13,558,736(AF)	38,131,770(BG)

(二)醫療資源不足地區之論量計酬一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	2,704,320(BF)	0.85270782	-----	1,192,188
	2-北區分區	335,361	0.85270782	285,965	161,036
	3-中區分區	57,924	0.85270782	49,392	28,438
	4-南區分區	122,594	0.85270782	104,537	-4,346
	5-高屏分區	209,812	0.85270782	178,908	92,646
	6-東區分區	646,616	0.85270782	551,375	265,896
7-合計		4,076,627(GF)		1,170,177(AF)	1,735,858(BG)
2-北區分區	1-臺北分區	59,011	0.90080795	53,158	25,953
	2-北區分區	4,752,001(BF)	0.90080795	-----	2,232,138
	3-中區分區	41,618	0.90080795	37,490	13,983
	4-南區分區	14,208	0.90080795	12,799	6,382
	5-高屏分區	70,371	0.90080795	63,391	29,895
	6-東區分區	170,172	0.90080795	153,292	64,537
7-合計		5,107,381(GF)		320,130(AF)	2,372,888(BG)
3-中區分區	1-臺北分區	19,190	0.85716055	16,449	11,145
	2-北區分區	101,236	0.85716055	86,776	52,072
	3-中區分區	2,199,463(BF)	0.85716055	-----	892,103
	4-南區分區	36,537	0.85716055	31,318	17,696
	5-高屏分區	69,039	0.85716055	59,178	29,747
	6-東區分區	124,680	0.85716055	106,871	53,378
7-合計		2,550,145(GF)		300,592(AF)	1,056,141(BG)

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

頁次：29

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	12,144	0.92048532	11,178	7,018
	2-北區分區	49,093	0.92048532	45,189	24,882
	3-中區分區	33,538	0.92048532	30,871	13,779
	4-南區分區	2,938,651(BF)	0.92048532	-----	-774,575
	5-高屏分區	109,542	0.92048532	100,832	54,582
	6-東區分區	33,332	0.92048532	30,682	11,177
7-合計		3,176,300(GF)		218,752(AF)	-663,137(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	13,848	0.89249935	12,359	7,540
	2-北區分區	27,095	0.89249935	24,182	15,453
	3-中區分區	18,810	0.89249935	16,788	6,933
	4-南區分區	28,789	0.89249935	25,694	-23,037
	5-高屏分區	6,987,087(BF)	0.89249935	-----	2,957,940
	6-東區分區	105,446	0.89249935	94,110	45,990
7-合計		7,181,075(GF)		173,133(AF)	3,010,819(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	6,310	1.25593801	7,925	4,195
	2-北區分區	659	1.25593801	828	429
	3-中區分區	5,761	1.25593801	7,235	3,033
	4-南區分區	3,036	1.25593801	3,813	4,119
	5-高屏分區	15,563	1.25593801	19,546	6,825
	6-東區分區	6,653,309(BF)	1.25593801	-----	2,529,068
7-合計		6,684,638(GF)		39,347(AF)	2,547,669(BG)

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

頁 次： 30

(三)一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數合計

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	1,101,483,559(BF)	0.85270782	-----	586,344,680	80,560
	2-北區分區	95,986,103	0.85270782	81,848,101	74,277,674	
	3-中區分區	96,451,745	0.85270782	82,245,157	55,553,876	
	4-南區分區	42,533,824	0.85270782	36,268,924	27,337,230	
	5-高屏分區	56,671,028	0.85270782	48,323,829	34,375,167	
	6-東區分區	9,234,768	0.85270782	7,874,559	4,975,425	
	7-合計	1,402,361,027(GF)		256,560,570(AF)	782,864,052(BG)	80,560(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	65,679,817	0.90080795	59,164,901	40,588,705	
	2-北區分區	368,205,495(BF)	0.90080795	-----	218,087,965	29,360
	3-中區分區	38,592,941	0.90080795	34,764,828	24,337,989	
	4-南區分區	14,638,199	0.90080795	13,186,206	9,527,335	
	5-高屏分區	10,429,056	0.90080795	9,394,577	6,589,237	
	6-東區分區	1,826,490	0.90080795	1,645,317	984,662	
	7-合計	499,371,998(GF)		118,155,829(AF)	300,115,893(BG)	29,360(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	20,901,147	0.85716055	17,915,639	12,001,256	
	2-北區分區	13,163,370	0.85716055	11,283,121	8,516,707	
	3-中區分區	911,080,725(BF)	0.85716055	-----	470,812,244	115,472
	4-南區分區	18,038,581	0.85716055	15,461,960	12,541,508	
	5-高屏分區	9,738,682	0.85716055	8,347,614	6,128,116	
	6-東區分區	1,270,261	0.85716055	1,088,818	694,753	
	7-合計	974,192,766(GF)		54,097,152(AF)	510,694,584(BG)	115,472(BJ)

程式代號：RGBI1808R02

108年第 1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:108/01—108/03

核付截止日期:108/06/30

列印日期：108/08/02

頁 次： 31

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	19,197,608	0.92048532	17,671,116	10,559,881	
	2-北區分區	7,166,908	0.92048532	6,597,034	4,809,003	
	3-中區分區	28,730,711	0.92048532	26,446,198	18,058,109	
	4-南區分區	456,014,774(BF)	0.92048532	-----	277,116,123	31,745
	5-高屏分區	25,520,881	0.92048532	23,491,596	17,571,095	
	6-東區分區	978,071	0.92048532	900,300	543,286	
	7-合計	537,608,953(GF)		75,106,244(AF)	328,657,497(BG)	31,745(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	12,060,738	0.89249935	10,764,201	7,110,919	
	2-北區分區	4,521,766	0.89249935	4,035,673	2,899,818	
	3-中區分區	14,142,624	0.89249935	12,622,283	8,178,106	
	4-南區分區	24,900,966	0.89249935	22,224,096	18,063,775	
	5-高屏分區	551,367,493(BF)	0.89249935	-----	316,286,009	24,103
	6-東區分區	1,625,845	0.89249935	1,451,066	883,064	
	7-合計	608,619,432(GF)		51,097,319(AF)	353,421,691(BG)	24,103(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	4,310,917	1.25593801	5,414,245	2,654,542	
	2-北區分區	1,296,952	1.25593801	1,628,891	853,818	
	3-中區分區	2,169,015	1.25593801	2,724,148	1,245,005	
	4-南區分區	1,022,038	1.25593801	1,283,616	752,037	
	5-高屏分區	2,028,111	1.25593801	2,547,182	1,439,066	
	6-東區分區	68,457,950(BF)	1.25593801	-----	33,734,971	14,122
	7-合計	79,284,983(GF)		13,598,082(AF)	40,679,439(BG)	14,122(BJ)

三、保留款分配後餘額：經第1至4階段分配後，如有餘額，則回歸該分區次年第1季該區之保留款。

東區分區保留款分配後餘額為 0元。

【說明】：

- 一、依據「中醫門診總額保留款機制作業方案」辦理。
- 二、第1階段分配之分配金額，係指啟動保留款機制之分區，該分區平均點值小於1之補助款。其每家院所補助金額(E)=核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)－補助前點值(B))。
- 三、第2階段分配之分配金額，係指啟動保留款機制之分區，該分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件，其核定浮動點數(含部分負擔)最高以每點點值1.5元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依該類案件之補助金額，按比例分配。其每家院所補助金額(E)=核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)－補助前點值(B))。
- 四、第3階段分配之分配金額，係指前項分配後之餘款，列入啟動保留款機制之分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務基本承作(論次)費用之鼓勵，加計2成支付，如保留款不足時，則該類案件之補助金額，按比例分配。其補助金額(E)=核定醫療費用點數(A)×論次加計成數(D)。
- 五、第4階段分配之分配金額，係指前項分配後之餘款，列入其他未啟動保留款機制之分區執行「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務論量計酬案件，其核定浮動點數(含部分負擔)最高以每點點值1.2元給付鼓勵。如保留款不足分配，則依該類案件之補助金額，按比例分配。
 - (1)預算足夠時，補助金額(G)=核定醫療費用點數(A)×(補助後點值(C)－補助前點值(B))。
 - (2)預算不足時，補助金額(G)=前項分配後之餘款×補助至點值1.2所需金額占率。

報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告(附件 3)。

說明：

- 一、依據本署 107 年 1 月 8 日健保醫字第 1060016997 號公告之「107 年中醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、107 年預算計有 46,405,586 元(附件表 1)。
- 三、特約中醫家數共計 3,902 家，其中 3,163 家中醫院所實際領取品保款(約佔全區中醫院所 81.1%)，每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發 46,405,602 元，與預算數相較差異 16 元(附件表 2)。
- 四、符合各項指標之分區院所分布詳如附件表 3 及附件表 4，各層級符合分配條件之家數及領取金額如附件表 5。
- 五、本署已於 108 年 7 月 12 日前完成品質保證保留款發放作業，並請院所自 VPN 下載「中醫總額核發品質保證保留款」收入金額(含不核發)明細表；院所若提出申復等行政救濟事宜並經審核同意列入核發者，將依方案規定，自次年度中醫門診總額品質保留款項下支應。

決定：

表 1：107年度中醫門診總額品質保證保留款預算

年季	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
預算數	11,449,248	11,585,584	11,509,527	11,861,227	46,405,586

製表日期：108年6月25日

表 2：107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		核發品質保證保留款之金額	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】					
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

表3. 未領取品保款各分區各項指標不符合院所數

原因別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	占總家數比例
1	43	6	34	15	33	2	133	3.5%
2	114	49	109	55	58	8	393	10.2%
3	6	5	4	6	3	1	25	0.7%
4	113	31	44	59	47	6	300	7.8%
5	39	3	14	2	9	1	68	1.8%
6	140	101	186	44	43	10	524	13.6%
7	5	1	21	2	7	3	39	1.0%
8	10	1	9	9	8	2	39	1.0%
9	286	73	183	92	122	21	777	20.2%
10	476	225	505	151	160	24	1541	40.1%

- 註. 1. 107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。
 2. 核減率：年平均核減率，超過該區95百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。
 3. 107年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條至第40條等所列違規情事之一並經處分者。
 4. 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。
 5. 未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。
 6. 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。
 7. 中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例超過全國80百分位者，減計20%。
 8. 同日重複就診率超過全國80百分位者，減計10%。
 9. 7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過全國80百分位者，減計10%。
 10. 慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者，減計10%。

表4 符合指標加計/減計院所數

原因別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	占總家數比例
7	5	1	21	2	7	3	39	1.0%
8	10	1	9	9	8	2	39	1.0%
9	286	73	183	92	122	21	777	19.9%
10	476	225	505	151	160	24	1541	39.5%
加計								
1	0	2	0	2	0	1	5	0.1%
4	15	8	19	9	7	2	60	2%
D-0.1	17	28	31	12	7	2	97	2%
D-0.2	51	55	148	50	25	5	334	9%
E	703	372	765	393	476	55	2,764	71%
F	727	308	764	380	469	55	2,703	69%
G	584	63	219	101	118	13	1,098	28%

備註.

- 減計原因別** 7. 中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例超過全國90百分位者，減計20%。
 8. 同日重複就診率超過全國80百分位者，減計10%。
 9. 7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過全國80百分位者，減計10%。
 10. 慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者。
- 加計原因別** 1-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），位於保險人公告之中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案無健保特約中醫院所之鄉鎮地區，依核算基礎加計100%。
 4-從事教學研究且績效卓著
 D-醫療機構當年度於週日看診超過30天以上者，依核算基礎加計10%；超過45天以上者，依核算基礎加計20%。
 E-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%
 F-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%。
 G-鼓勵院所於全民健康保險資訊網服務系統(VPN)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%。

表5、符合分配條件之院所層級與領取金額分布

	院所家數	領取金額	領取家數比例	領取金額比例
醫學中心	11	833,593	0.3%	1.8%
區域醫院	33	2,177,991	1.0%	4.7%
地區醫院	25	600,267	0.8%	1.3%
基層院所	3,094	42,793,751	97.8%	92.2%
小計	3,163	46,405,602	100%	100%

註. 符合分配條件之院所包括領取金額不為0與核算基礎減計至0之院所

表6、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

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「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，提請討論。

說明：

- 一、依據本會 108 年 7 月 21 日中醫門診醫療服務審查執行會第 34 次會議決議辦理。
- 二、「新竹縣關西鎮」原列於方案附件 1-2，施行區域一覽表(二)，開業診所已於 108 年 5 月搬遷，建請改列於附件 1-1，施行區域一覽表(一)。

健保署說明：

- 一、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」實行地區為無中醫鄉(附件 1-1)及僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮(附件 1-2)，經查於新竹縣關西鎮開業之長鴻中醫診所(3833011058)已於 108 年 5 月 20 日歇業，故新竹縣關西鎮現無中醫診所。

- 二、本署同意中醫全聯會建議，將原方案實行地區僅有一家中醫醫事服務機構之新竹縣關西鎮(附件 1-2)改列為屬無中醫鄉(附件 1-1)。

決 議：

108年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
施行區域一覽表-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區

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

註1：本一覽表統計截止日期：107年10月31日，共84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。

**108年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
施行區域一覽表-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區**

附件 1-2

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

註1：本一覽表統計截止日期：107年10月31日，共76個鄉鎮(區)。

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

討論事項第二案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：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，提請討論。

說明：

一、依本會 108 年 7 月 21 日召開中醫門診醫療服務審查執行會第三十四次會議決議辦理。

二、依規定，病患於西醫治療時之診斷(包括主診斷與此診斷)，若符合中醫特定疾病門診加強照護公告之 ICD10 碼(腦血管疾病(ICD-10-CM:G45.0-G46.8 及 I60-I68)、顱腦損傷(ICD-10-CM:S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM:S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)，且自診斷日起二年內，即可上網登錄 VPN 收案。

三、然而在收案過程中曾發生以下之二種情形：

(一)西醫病歷上有符合之診斷碼，但在 VPN 上該病患之資料卻撈不到。

(二)以符合之次診斷碼收案後，卻在費用端被核扣，再重新以申復方式提送紙本資料送健保署人工檢核。

擬辦：請大署協助提昇資訊系統效率：

(一)VPN 專案中病患資訊更新速度

(二)開放分區業務組線上檢核次診斷碼之權限。

健保署說明：

一、本署現行 VPN 登錄及檢核作業：

(一)特約中醫院所於 VPN 之「QN0 中醫特定疾病門診照護資料維護」系統登錄個案資料時，系統將勾稽住院申報資料是否具疾病相關主診斷，若個案為當月住院治療之新發個案，因院所尚未申報費用無資料可勾稽，故系統將顯示「是否確認收案」之提醒訊息，院所關閉提示訊息後仍可繼續登錄個案資訊並收案。

(二)俟當月費用申報後，系統再次勾稽之結果仍為不符收案條件者，將產製異常報表，由分區業務組檢視特約中醫院所檢具之病歷資料，若個案確符合收案條件，手動更新 QN0 資格檢核結果。

- 二、為確認個案符合「自診斷日起二年內」之收案條件，本署前考量本章節收案之腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷，多數個案於發病時會因相關主診斷入院接受住院治療，待病情穩定後始接受中醫門診之後續治療，爰現行 VPN 系統僅勾稽住院資料；又因考量次診斷之疾病可能為個案過去病史，勾稽次診斷難以區辨個案是否為二年內診斷之個案，爰 VPN 系統僅勾稽住院主診斷之資料。
- 三、少數因其他疾病入院而於住院期間發生腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷者，前述疾病診斷雖列於次診斷碼，惟若符合「二年內診斷」之事實者，中醫院所仍可先行收案，事後提供分區業務組病歷資料予以佐證。
- 四、綜上，本署現行僅檢核可透過申報資料逕行認定具二年內西醫住院主診斷為腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷之個案，如有次診斷為上述條件且符合「二年內診斷」可進行收案者，建議仍由院所檢具個案病歷資料佐證該次診斷確屬二年內之診斷，不宜開放由本署分區同仁進行線上檢核。

決議：