



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 107 年第 4 次研商議事會議

107 年 11 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」

107 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	第 8 頁
二、中醫門診總額執行概況報告	第 13 頁
三、107 年第 2 季點值結算結果報告	第 29 頁
四、108 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	第 59 頁
五、108 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	第 60 頁

肆、討論事項

一、中醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂案(草案)	第 62 頁
二、108 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」修訂案(草案)	第 81 頁
三、修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案	第 139 頁
四、全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫條文修正案	第 146 頁
五、「全民健康保險中醫門診總額癌症患者加強照護整合方案」修訂內容案	第 150 頁

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」107 年第 3 次

會議紀錄

時間：107 年 8 月 16 日 14 時整

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

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
干代表文男	干文男	陳代表憲法	陳憲法
王代表惠玄	王惠玄	陳代表博淵	陳博淵
朱代表日僑	朱日僑	陳代表建霖	陳建霖
呂代表世明	請假	黃代表光華	黃光華
巫代表雲光	巫雲光	黃代表怡超	林聖傑(代)
李代表純馥	李純馥	黃代表科峯	黃科峯
林代表展弘	林展弘	黃代表俊傑	請假
柯代表富揚	柯富揚	黃代表頌儼	黃頌儼
施代表純全	蔡三郎(代)	黃代表蘭嫻	黃蘭嫻
胡代表文龍	胡文龍	楊代表禾	陳志超(代)
許代表中華	陳建宏(代)	詹代表永兆	詹永兆
許代表怡欣	許怡欣	劉代表富村	劉富村
陳代表旺全	陳旺全	羅代表永達	羅永達
陳代表瑞瑛	請假	羅代表莉婷	羅莉婷

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂、孫嘉敏
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
衛生福利部醫事司	呂念慈
台灣醫院協會	吳洵伶

中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、賴宛而、李敬
本署臺北業務組	馮震華、賴美雪
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	洪懷吟
本署高屏業務組	施怡如
本署東區業務組	鄭翠君
本署醫審及藥材組	曾玟富、陳宛均
本署資訊組	李冠毅
本署企劃組	吳千里
本署醫務管理組	劉林義、洪于淇、鄧家佩、 劉勁梅、朱文玥、鄭正義、 林 蘭、邵子川

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉，有關中藥之飲片政策方向，邀請衛生福利部中醫藥司於下次會議列席說明。

參、報告案

第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：洽悉。

第二案：中醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案：107 年第 1 季點值結算結果報告

決定：

一、一般服務部門點值確認如下表：

項目 分區	浮動點值	平均點值
----------	------	------

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.88208709	0.92152866
北區	0.90513213	0.94055811
中區	0.87476068	0.91681738
南區	0.94089582	0.96303426
高屏	0.89223208	0.93108897
東區	1.29882464	1.20000000
全區	0.89984247	0.93484878

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、107 年中醫門診總額地區預算分配說明、第 1 季參數表及結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案:106 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告

決定:洽悉。會後請補充 106 年中醫品保款層級別核發家數及總金額分布。

註：106 年中醫門診總額品質保證保留款層級別核發家數及金額分布

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	42	746	0	0
0-10百分位	2	304	1	512
10-20百分位	3	303	12	1,232
20-30百分位	2	304	11	1,842
30-40百分位	6	300	46	2,361
40-50百分位	4	302	38	2,909
50-60百分位	5	301	58	3,535
60-70百分位	5	301	70	4,328
70-80百分位	8	298	149	5,245
80-90百分位	6	300	147	7,101
90百分位以上	30	277	2,563	12,609
總計	113	3,736	3,096	41,675

第五案：中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷，

僅具中醫師資格者，開具檢查(驗)單進行初步判讀及出具報告案

決定：有關衛生福利部醫事司函示旨揭資格者「得開具檢查(驗)單(普通血液及生化檢查、常規尿液及糞便檢查、普通放射檢查與靜止狀態心電圖)，進行初步判讀，惟正式報告應由相關專科醫師出具」一案，考量「正式報告」及「相關專科醫師」定義不明確，因事涉給付，將俟衛生福利部醫事司釋示後再行辦理。

肆、討論案：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表

決議：

- 一、「使用中醫師門診之癌症病人同時使用西醫門診人數之比率」及「中藥藥袋標示合格率」兩項指標，同意刪除。
- 二、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」與「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」指標保留，繼續觀察。
- 三、「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」與「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」兩項指標，同意比照依前次會議紀錄之排除條件。
- 四、「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」及「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」三項指標之建議參考值修正，未達共識，下次再議。
- 五、「申報2年內未看診患者比率(A90)」與「健保雲端藥歷系統查詢率」兩項指標同意新增，並依建議參考值以前3年同季平均值 $\pm 10\%$ 計算，「申報2年內未看診患者比率(A90)」指標名稱修正為「兩年內初診患者人數比率」。

伍、散會：16時47分

參、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	107_3_確認前次會議紀錄	洽悉，有關中藥之飲片政策方向，邀請衛生福利部中醫藥司於下次會議列席說明	中醫藥司已提供飲片政策方向書面說明如附件 1	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	107_3_報(3)_107 年第 1 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。	業已併會議紀錄函請分區業務組配合辦理。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
3	107_3_報(5)_ 中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷，僅具中醫師資格者，開具檢查(驗)單進行初步判讀及出具報告案	有關衛生福利部醫事司函示旨揭資格者「得開具檢查(驗)單(普通血液及生化檢查、常規尿液及糞便檢查、普通放射檢查與靜止狀態心電圖)，進行初步判讀，惟正式報告應由相關專科醫師出具」一案，考量「正式報告」及「相關專科醫師」定義不明確，因事涉給付，將俟衛生福利部醫事司釋示後再行辦理。	本署已於 107 年 10 月 17 日健保醫字第 1070034013 號函補充更正說明，考量臨床實務性，對於中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷，僅具中醫師資格者，開具醫事檢驗項目(普通血液、生化檢查、常規尿液、糞便檢查)、普通放射檢查及靜止狀態心電圖，予本署申報該項檢查(驗)費用時，請於病歷內完整記載檢查結果。	☒ 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
4	107_3_討(1)_ 修訂 「全民健康保險中 醫門診總額支付制 度品質確保方案」附 表	一、同意刪除「使用中 醫門診之癌症病人同時 使用西醫門診人數之比 率」及「中藥藥袋標示 合格率」兩項指標。 二、「就診中醫門診後同 日再次就診中醫之比 率」與「使用中醫門診 者處方用藥日數重疊二 日以上之比率」兩項指 標，同意比照依前次會 議紀錄之排除條件。 四、「就診中醫門診後同 日再次就診中醫之比 率」、「使用中醫門診 者處方用藥日數重疊二 日以上之比率」及「使 用中醫門診者之平均中 醫就診次數」三項指標 之建議參考值修正，未 達共識，下次再議。 五、「申報2年內未看診 患者比率(A90)」與「健 保雲端藥歷系統查詢 率」兩項指標同意新增 ，並依建議參考值以 前3年同季平均值±10% 計算，「申報2年內未 看診患者比率(A90)」指 標名稱修正為「兩年內 初診患者人數比率」。	已併本次會議討論 事項第3案辦理	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

有關中藥飲片之品質管理及政策方向，中醫藥司提供說明如下：

一、 品質管理部分：

為強化中藥材邊境管理，提升中藥材品質，自 101 年 8 月 1 日起執行中藥材邊境查驗制度，確保輸入中藥材符合相關之安全及品質規範。

106 年邊境抽驗 848 件，811 件合格，合格率 95.6%；107 年 1 月至 9 月底，抽驗 669 件，645 件合格，合格率 96.4%。不合格產品依法退運或銷燬。

另滾動式檢討中藥材異常物質（二氧化硫、黃麴毒素、重金屬及殘留農藥）規範。於 105 年 8 月 1 日實施中藥材二氧化硫及黃麴毒素限量基準；同年 10 月 1 日實施中藥材重金屬（砷、鉛、鎘、汞）限量基準。

本司每年擬定市售中藥(材)抽驗計畫，由各地地方政府衛生局至所轄中醫醫療機構及中藥販賣業者抽驗產品，106 年抽驗 594 件，572 件合格，合格率 96.3%；107 年 1 月至 9 月底，抽驗 587 件，已完成檢驗 371 件，合格 344 件，合格率 92.7%。不合格產品依法下架回收銷燬。

二、 政策方向部分：

目前 GMP 中藥廠刻正推動確效作業政策，爰尚無推動中藥 GMP 飲片炮製廠規劃，惟 GMP 中藥廠得視需要自願提出申請新增飲片炮製項目之檢查。

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2）

決定：

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：107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107年第2季結算結果說明如下（附件3）：

（一）各區點值如下表：

結算季別	點值	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
106年第2季	浮動	0.9278	0.9194	0.8960	0.9521	0.9401	1.2912	0.9297
	平均	0.9499	0.9478	0.9286	0.9690	0.9605	1.2000	0.9526
107年第1季	浮動	0.8821	0.9051	0.8748	0.9409	0.8922	1.2988	0.8998
	平均	0.9215	0.9406	0.9168	0.9630	0.9311	1.2000	0.9348
107年第2季	浮動	0.8689	0.9169	0.8718	0.9369	0.9226	1.2942	0.9002
	平均	0.9114	0.9473	0.9138	0.9601	0.9499	1.2000	0.9342

（二）中醫專案計畫：

醫療試辦計畫	107Q2				單位：千元
	當季預算數	當季暫結金額	未支用金額	當季浮動	
	A (註1)	D	(D)-(A)	點值	
1. 醫療資源不足地區改善方案	40,869	30,516	10,354	1.0000	
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	32,500	41,124	-8,624	0.7796	
3. 提升孕產照護品質計畫	15,909	17,040	-1,132	0.9336	
4. 癌症患者加強照護整合方案	27,096	28,039	-943	0.9638	
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	8,498	2,126	6,372	1.0000	
6. 中醫急症處置計畫註2	10,000	12	9,988	1.0000	
7. 品質保證保留款(另行結算)	46,406				

註1. 各項專款當季預算數含前一季結餘金額。

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：RGBI1708R01
 107年第 2季
 結算主要費用年月起迄：107/04—107/06
 核付截止日期：107/09/30
 列印日期：107/11/06
 頁 次：1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)107年第2季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

=107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_G107合計) × 各季預算占率(h_q2)
 = 24,303,559,913 × 25.405122%(h_q2)
 = 6,174,349,046 (D1)

註：

- 依據106年11月16日「中醫門診總額研商議事會議」106年第4次會議決定，以101-105年(近五年)之各季核定點數平均占率做為107年各季預算重分配之依據。107年各季預算占率分別為：第1季：23.166979%，第2季：25.405122%，第3季：25.388037%，第4季：26.039862%。
- 107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_G107合計)為24,303,559,913元，各季調整後預算如下：
 107年第1季預算5,914,873,998元，調整後預算為5,630,400,621元 = 24,303,559,913 × 23.166979%(h_q1)。
 107年第2季預算6,057,047,786元，調整後預算為6,174,349,046元 = 24,303,559,913 × 25.405122%(h_q2)。
 107年第3季預算5,985,941,126元，調整後預算為6,170,196,783元 = 24,303,559,913 × 25.388037%(h_q3)。
 107年第4季預算6,345,697,003元，調整後預算為6,328,613,463元
 = 107年全年預算－ 107年第1季預算－ 107年第2季預算－ 107年第3季預算
 = 24,303,559,913元－ 5,630,400,621元－ 6,174,349,046元－ 6,170,196,783元
 = 6,328,613,463元。

(二)107年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G107合計)

項目	105年各季 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年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q106) =(Q105+PEOP104) ×(1+3.291%)	105年各季校正 投保人口數預估 成長率差值 (PEOP105)	107年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q107) =(Q106+PEOP105) ×(1+3.000%)	106年 品質保證 保留款 (C106)	107年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算 (OPD_G107) =(Q107-C106)	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額 B3
第1季	5,519,653,839	29,594,349	5,731,873,946	16,109,788	5,920,423,246	5,549,248	5,914,873,998	31,232,238
第2季	5,663,148,319	22,435,537	5,872,696,421	13,452,482	6,062,733,370	5,685,584	6,057,047,786	39,781,684
第3季	5,585,243,310	24,284,110	5,794,136,967	22,902,502	5,991,550,653	5,609,527	5,985,941,126	0
第4季	5,943,856,930	17,370,269	6,157,411,186	9,247,290	6,351,658,230	5,961,227	6,345,697,003	0
合 計	22,711,902,398	93,684,265	23,556,118,520	61,712,062	24,326,365,499	22,805,586	24,303,559,913	71,013,922

註：

1. 106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q106)

= (105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q105)+104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104)) × (1+3.291%)

2. 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%)。

※一般服務成長率為3.291%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.281%，協商因素成長率1.010%。

3. 依據「107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%)。

※依據衛生福利部106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，校正後106年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正「投保人口預估成長率」差值。

程式代號：RGBI1708R01

107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:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/06

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： 5,432,853(J1) (浮動點數： 3,927,421；非浮動點數： 1,505,432)

(2)獎勵開業保障給付收入： 9,744,535(J2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3)： 5,432,853(J4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 9,744,535(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： 1,511,602(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 15,674,800(J7)

(3)小計已支用點數： 17,186,402(J8) 暫結金額= 1元/點× 17,186,402(J8)= 17,186,402(J9)

3. 合計:

已支用點數： 22,619,255(J4+J8)

暫結金額： 26,930,937(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 33,900,000 - 26,930,937= 6,969,063

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 6,969,063= 40,869,063

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： 6,286,998(K1) (浮動點數： 4,790,626；非浮動點數： 1,496,372)

(2)獎勵開業保障給付收入： 10,243,066(K2)

(3)獎勵開業論次費用： 193,280(K3)

(4)小計已支用點數(K1+K3)： 6,480,278(K4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 10,436,346(K5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 1,924,637(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 18,154,537(K7)

(3)小計已支用點數： 20,079,174(K8) 暫結金額= 1元/點× 20,079,174(K8)= 20,079,174(K9)

3. 合計:

已支用點數： 26,559,452(K4+K8)

暫結金額： 30,515,520(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 40,869,063 - 30,515,520= 10,353,543

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/06

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁次：4

=====

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 10,353,543= 44,253,543

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= 44,253,543 - 0 = 44,253,543

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 44,253,543= 78,153,543

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= 78,153,543 - 0 = 78,153,543

=====

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： 11,719,851(N1) (浮動點數： 8,718,047；非浮動點數： 3,001,804)

(2)獎勵開業保障給付收入： 19,987,601(N2)

(3)獎勵開業論次費用： 193,280(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3)： 11,913,131(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額= 20,180,881(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： 3,436,239(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 33,829,337(N7)

(3)小計已支用點數： 37,265,576(N8) 結算金額= 37,265,576(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： 49,178,707(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)： 57,446,457

全年未支用金額=全年預算—全年結算金額=135,600,000—57,446,457=78,153,543

註：依據「107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=130,000,000

第1季:預算= 130,000,000/4= 32,500,000

	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：	29,842,253(V01)	28,298,399(VF01)	1,543,854(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,974,036(V02)	3,803,534(VF02)	170,502(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,592,239(V03)	1,526,714(VF03)	65,525(VN03)
(4)小計：	35,408,528(V04)	33,628,647(VF04)	1,779,881(VN04)

已支用點數= 35,408,528

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 35,408,528

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 32,500,000 - 35,408,528= -2,908,528

浮動點值= (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)= (32,500,000 - 1,779,881) / 33,628,647= 0.91351041

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 130,000,000/4+ 0= 32,500,000

	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：	34,619,781(W01)	32,928,479(WF01)	1,691,302(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,643,219(W02)	4,447,752(WF02)	195,467(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,860,531(W03)	1,746,708(WF03)	113,823(WN03)
(4)小計：	41,123,531(W04)	39,122,939(WF04)	2,000,592(WN04)

已支用點數= 41,123,531

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 41,123,531

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 32,500,000 - 41,123,531= -8,623,531

浮動點值= (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)= (32,500,000 - 2,000,592) / 39,122,939= 0.77957865

程式代號：RGBI1708R01

107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:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/06

頁次：7

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 130,000,000/4+ 0= 32,500,000

	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：	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= 32,500,000 - 0= 32,500,000

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 130,000,000/4+ 32,500,000= 65,000,000

	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：	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= 65,000,000 - 0= 65,000,000

全年合計:全年預算= 130,000,000

	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：	64,462,034(Z01)	61,226,878(ZF01)	3,235,156(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,617,255(Z02)	8,251,286(ZF02)	365,969(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,452,770(Z03)	3,273,422(ZF03)	179,348(ZN03)
(4)小計：	76,532,059(Z04)	72,751,586(ZF04)	3,780,473(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)= 65,000,000

未支用金額= 全年預算 - 第1-4季已暫結金額= 130,000,000 - 65,000,000= 65,000,000

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＝ 60,000,000

第1季:

預算＝ 60,000,000/4＝ 15,000,000

已支用點數＝ 14,091,202

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 14,091,202

未支用金額＝ 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 15,000,000－ 14,091,202＝ 908,798

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 60,000,000/4＋ 908,798＝ 15,908,798

已支用點數＝ 17,040,472

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 17,040,472

未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數＝ 15,908,798－ 17,040,472＝ -1,131,674

浮動點值＝ (第2季預算－ 非浮動點數)／ (浮動點數)＝ (15,908,798－ 0)／ 17,040,472＝ 0.93358905

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 60,000,000/4＋ 0＝ 15,000,000

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＝ 15,000,000－ 0＝ 15,000,000

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 60,000,000/4＋ 15,000,000＝ 30,000,000

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＝ 30,000,000－ 0＝ 30,000,000

全年合計:

全年預算＝ 60,000,000

已支用點數＝ 31,131,674

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)＝ 30,000,000

未支用金額＝ 全年預算－ 第1-4季已暫結金額＝ 60,000,000－ 30,000,000＝ 30,000,000

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=103,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 103,000,000 / 4 = 25,750,000$$

	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：	12,010,166	10,189,107	1,821,059
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	8,048,562	8,048,562	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	1,210,679	1,210,679	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	894,814	894,814	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	725,545	725,545	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	1,514,255	1,412,149	102,106
(7)小計：	24,404,021	22,480,856	1,923,165

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 24,404,021$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 25,750,000 - 24,404,021 = 1,345,979$$

$$\text{第2季:預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 103,000,000 / 4 + 1,345,979 = 27,095,979$$

	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：	12,088,412	10,238,657	1,849,755
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	9,160,709	9,160,709	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數：	1,148,166	1,148,166	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,999,080	1,999,080	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,707,190	1,707,190	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	1,935,474	1,792,409	143,065
(7)小計：	28,039,031	26,046,211	1,992,820

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 28,039,031$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 27,095,979 - 28,039,031 = -943,052$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (27,095,979 - 1,992,820) / 26,046,211 = 0.96379312$$

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 103,000,000/4+

0= 25,750,000

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

已支用點數
0
0
0
0
0
0
0

浮動點數
0
0
0
0
0
0
0

非浮動點數
0
0
0
0
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= 25,750,000 -

0= 25,750,000

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 103,000,000/4+

25,750,000= 51,500,000

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

已支用點數
0
0
0
0
0
0
0

浮動點數
0
0
0
0
0
0
0

非浮動點數
0
0
0
0
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= 51,500,000 -

0= 51,500,000

全年合計：

全年預算= 103,000,000

已支用點數= 52,443,052

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)

= 24,404,021 + 27,095,979 + 0 + 0 = 51,500,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 103,000,000 - 51,500,000 = 51,500,000

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＝ 20,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 20,000,000 / 4 = 5,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,501,677 \quad (\text{浮動點數}: 1,085,979 \quad \text{非浮動點數}: 415,698)$$

$$\text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 1,501,677$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 5,000,000 - 1,501,677 = 3,498,323$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 3,498,323 = 8,498,323$$

$$\text{已支用點數} = 2,125,989 \quad (\text{浮動點數}: 1,502,578 \quad \text{非浮動點數}: 623,411)$$

$$\text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 2,125,989$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 8,498,323 - 2,125,989 = 6,372,334$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 6,372,334 = 11,372,334$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 11,372,334 - 0 = 11,372,334$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000 + 11,372,334 = 16,372,334$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 16,372,334 - 0 = 16,372,334$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 20,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 3,627,666$$

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

$$= 1,501,677 + 2,125,989 + 0 + 0 = 3,627,666$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 3,627,666 = 16,372,334$$

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:

$$\text{預算} = 20,000,000/4 = 5,000,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 5,000,000 - 0 = 5,000,000$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 5,000,000 = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 11,966 \quad (\text{浮動點數}: 11,768 \quad \text{非浮動點數}: 198)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 11,966$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 10,000,000 - 11,966 = 9,988,034$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 9,988,034 = 14,988,034$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 14,988,034 - 0 = 14,988,034$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,000,000/4 + 14,988,034 = 19,988,034$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 19,988,034 - 0 = 19,988,034$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 20,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 11,966$$

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

$$= 0 + 11,966 + 0 + 0 = 11,966$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 20,000,000 - 11,966 = 19,988,034$$

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

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/06

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

頁 次： 13

(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+107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106年12月28日衛部健字第1063360185號公告「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」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107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)。

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 6,174,349,046 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 39,781,684 (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 6,134,567,362 (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	3,161,121	1,274,742	4,435,863	4,435,863
北區	5,270,541	2,299,084	7,569,625	7,569,625
中區	2,327,717	825,226	3,152,943	3,152,943
南區	2,771,317	1,023,245	3,794,562	3,794,562
高屏	6,804,221	2,780,024	9,584,245	9,584,245
東區	8,175,218	3,069,228	11,244,446	11,244,446
合計	28,510,135	11,271,549	39,781,684(B2)	39,781,684(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% = 6,134,567,362 × 2.22% = 136,187,395 (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% - 9,000,000 = 5,989,379,967 (加總後四捨五入至整位數) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 69% = 5,989,379,967 × 69% = 4,132,672,177 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 11% = 5,989,379,967 × 11% = 658,831,796 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,989,379,967 × 9% = 539,044,197 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,989,379,967 × 5% = 299,468,998 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,989,379,967 × 5% = 299,468,998 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 5,989,379,967 - 4,132,672,177 - 658,831,796 - 539,044,197 - 299,468,998 - 299,468,998 = 59,893,801

(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		106年5月		106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%	7,650,426	33.2631%	953,231.521261		29.7071%	30.2486%
北區	1,656,701,975	12.1341%	3,708,347	16.1234%	437,111.343041		13.6224%	13.8707%
中區	3,696,250,352	27.0722%	4,563,654	19.8422%	827,133.236073		25.7773%	26.2472%
南區	1,992,139,000	14.5909%	3,362,477	14.6196%	446,172.399290		13.9048%	14.1583%
高屏 東區	2,262,525,558	16.5713%	3,714,843	16.1517%	487,670.427553 57,445.072614		15.1981%	15.4752%
小計	13,653,289,449	100.0000%	22,999,747	100.0000%	3,208,763.999832	3,208,764	98.2097%	100.0000%

指標4(註7)(S4)

去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

指標

計算期間

106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	-0.036803	0.003084	-0.039887	1	0.00	4,045,672,564	4,045,672,564	29.8492%
北區	-0.028581	0.020593	-0.049174	3	0.00	1,656,701,975	1,656,701,975	12.2233%
中區	-0.035984	0.010804	-0.046788	2	0.00	3,696,250,352	3,696,250,352	27.2712%
南區	-0.036762	0.021682	-0.058444	5	-0.05	1,992,139,000	1,892,532,050	13.9632%
高屏	-0.019574	0.036221	-0.055795	4	0.00	2,262,525,558	2,262,525,558	16.6931%
小計						13,653,289,449	13,553,682,499	100.0000%

指標5(註8)(S5)

當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

指標

計算期間

107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	0.007492	4,045,672,564	4,075,982,743	29.7420%
北區	0.002155	1,656,701,975	1,660,272,168	12.1148%
中區	-0.004894	3,696,250,352	3,678,160,903	26.8391%
南區	0.007526	1,992,139,000	2,007,131,838	14.6458%
高屏	0.009024	2,262,525,558	2,282,942,589	16.6583%
小計		13,653,289,449	13,704,490,241	100.0000%

程式代號：RGBI1708R01

107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:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/06

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%	33.2631%	30.2486%	29.8492%	29.7420%
北區	12.1341%	16.1234%	13.8707%	12.2233%	12.1148%
中區	27.0722%	19.8422%	26.2472%	27.2712%	26.8391%
南區	14.5909%	14.6196%	14.1583%	13.9632%	14.6458%
高屏	16.5713%	16.1517%	15.4752%	16.6931%	16.6583%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第2季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 59,893,801 - 13,164,930 \\
 &= 46,728,871
 \end{aligned}$$

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	0.88208709	30,047,393	3,542,973
北區	0.90513213	14,462,678	1,372,040
中區	0.87476068	26,108,555	3,269,817
南區	0.94089582	46,035,414	2,720,890
高屏	0.89223208	20,963,707	2,259,210
小計		137,617,747	13,164,930(M1)

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}\text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 9,000,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\ &= 9,000,000 - 391,354 \\ &= 8,608,646 \text{ (Gh)}\end{aligned}$$

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	0.88208709	0	0
北區	0.90513213	0	0
中區	0.87476068	0	0
南區	0.94089582	2,665,054	157,516
高屏	0.89223208	2,169,832	233,838
小計		4,834,886	391,354(R1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1708R01

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：107/11/06

107年第 2季

結算主要費用年月起迄:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

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+臺北、北區風險基金分配款Gh。

分區	預算(Ga) =GAx指標1占率	預算(Gb) =GBx指標2占率	預算(Gc) =GCx指標3占率	預算(Gd) =GDx指標4占率	預算(Ge) =GEx指標5占率	第2季預算(Gf) =Nx指標1占率	臺北、北區 風險基金分 配款 (Gh)	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,224,572,756	219,147,879	163,053,323	89,389,100	89,068,069	13,846,465	4,734,755	1,803,812,347
北區	501,462,575	106,226,086	74,769,203	36,604,994	36,280,070	5,670,128	3,873,891	764,886,947
中區	1,118,805,277	130,726,723	141,484,008	81,668,789	80,374,784	12,650,533		1,565,710,114
南區	602,994,065	96,318,573	76,319,495	41,815,455	43,859,631	6,818,163		868,125,382
高屏	684,837,504	106,412,535	83,418,168	49,990,660	49,886,444	7,743,582		982,288,893
小計	4,132,672,177	658,831,796	539,044,197	299,468,998	299,468,998	46,728,871	8,608,646	5,984,823,683

(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
106年 第1季	1,565,580,021	664,203,291	1,407,405,538	800,923,253	887,902,842	5,326,014,945
第2季	1,735,117,109	732,153,090	1,519,269,884	840,137,823	943,749,367	5,770,427,273
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_106)	3,300,697,130	1,396,356,381	2,926,675,422	1,641,061,076	1,831,652,209	11,096,442,218
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
預算成長率	3.54%	4.01%	2.56%	2.99%	3.34%	3.23%

※預算成長率＝〔107年全年分區預算(BD_107)/106年全年分區預算(BD_106)－1〕×100%。

註：

- 依據「107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：105年第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；105年第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；
 105年第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；105年第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)：(106年該季申報醫療費用點數/105同期申報醫療費用點數)-1。

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

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

8. 指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

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

=各分區 $\sum$ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)。

※成長率之計算係與前季季中比較。

9. 指標6:「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

(3) 條件說明:

a. 偏鄉定義為每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮,補助之院所須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)104年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

b. 同時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院所僅能擇一方案辦理。

10. 風險基金提撥及分配:

(1) 107年度自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,600萬元,每季900萬元。

(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,55%分配予臺北分區,45%分配予北區分區。

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

(1) 操作定義:

a. 各分區全年預算 $Ty = \sum$ 該區各季 $Ts + \sum$ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

b. 成長率 $= (107\text{年該區}yT / 106\text{年該區}yT) - 1$ 。

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

(2) 撥補程序

a. 於107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：RGBI1708R01

107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:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/06

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	1,336,349,066(BF)	642,615,338(BG)	109,081(BJ)
2-北區分區	512,149,596(BF)	295,269,130(BG)	34,398(BJ)
3-中區分區	1,152,137,177(BF)	561,186,004(BG)	51,354(BJ)
4-南區分區	571,799,015(BF)	332,336,456(BG)	56,374(BJ)
5-高屏分區	669,567,773(BF)	364,549,056(BG)	17,453(BJ)
6-東區分區	76,725,011(BF)	36,149,943(BG)	5,235(BJ)
7-合計	4,318,727,638(GF)	2,232,105,927(GG)	273,895(GJ)

程式代號：RGBI1708R01

107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:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/06

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	= [1,803,812,347	— 642,615,338 —	109,081]	／ 1,336,349,066 = 0.86885078
北區分區	= [764,886,947	— 295,269,130 —	34,398]	／ 512,149,596 = 0.91688722
中區分區	= [1,565,710,114	— 561,186,004 —	51,354]	／ 1,152,137,177 = 0.87183434
南區分區	= [868,125,382	— 332,336,456 —	56,374]	／ 571,799,015 = 0.93692458
高屏分區	= [982,288,893	— 364,549,056 —	17,453]	／ 669,567,773 = 0.92256887
東區分區	= [136,187,395	— 36,149,943 —	5,235]	／ 76,725,011 = 1.30377586

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)

= [6,121,011,078 — 2,232,105,927 — 273,895] / 4,318,727,638 = 0.90041132

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)

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

臺北分區	= [1,803,812,347]	÷ [1,336,349,066 + 642,615,338 + 109,081]	= 0.91144283
北區分區	= [764,886,947]	÷ [512,149,596 + 295,269,130 + 34,398]	= 0.94728341
中區分區	= [1,565,710,114]	÷ [1,152,137,177 + 561,186,004 + 51,354]	= 0.91381661
南區分區	= [868,125,382]	÷ [571,799,015 + 332,336,456 + 56,374]	= 0.96011194
高屏分區	= [982,288,893]	÷ [669,567,773 + 364,549,056 + 17,453]	= 0.94986590
東區分區	= [136,187,395]	÷ [76,725,011 + 36,149,943 + 5,235]	= 1.20647738

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)

$$= \left[6,121,011,078 \right] \div \left[4,318,727,638 + 2,232,105,927 + 273,895 \right] = 0.93434753$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$= \left[\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)} \right] \\ \div \left[\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(BG)} + \text{加總分區自墊核退點數(BJ)} + \right. \\ \left. \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B3)} \right]$$

$$= \left[6,121,011,078 + 119,759,649 + 39,781,684 \right] \div \left[4,318,727,638 + 2,232,105,927 + 273,895 + 126,501,838 + 39,781,684 \right] \\ = 0.93496901$$

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)＋品質保證保留款預算(全年預算總金額/4)

$$= 30,515,520 + 32,500,000 + 15,908,798 + 27,095,979 + 2,125,989 + 11,966 + 11,601,397$$

$$= 119,759,649$$

五、啟動該分區保留款方案，修正後一般服務費用總額

(一)分區一般服務預算總額 (BD2)

臺北分區一般服務預算總額(BD2)	=	1,803,812,347
北區分區一般服務預算總額(BD2)	=	764,886,947
中區分區一般服務預算總額(BD2)	=	1,565,710,114
南區分區一般服務預算總額(BD2)	=	868,125,382
高屏分區一般服務預算總額(BD2)	=	982,288,893
東區分區一般服務預算總額(BD2)	=	136,187,395

總計		6,121,011,078
----	--	---------------

(二)保留款：

1. 分區當季保留款(T1)=依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)

— [一般服務核定浮動點數(GF)+ 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)] × 1.2

臺北分區當季保留款(T1)= 0

北區分區當季保留款(T1)= 0

中區分區當季保留款(T1)= 0

南區分區當季保留款(T1)= 0

高屏分區當季保留款(T1)= 0

東區分區當季保留款(T1)= [136,187,395]—[76,725,011+ 36,149,943+ 5,235] × 1.2= 731,168

2. 分區累計保留款 (T2) = 分區前季累計保留款(P)+分區當季保留款(T1)

臺北分區累計保留款(T2) =	前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
北區分區累計保留款(T2) =	前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
中區分區累計保留款(T2) =	前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
南區分區累計保留款(T2) =	前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
高屏分區累計保留款(T2) =	前季累計保留款	0(P) + 當季保留款	0(T1) =	0
東區分區累計保留款(T2) =	前季累計保留款	2, 061, 672(P) + 當季保留款	731, 168(T1) =	2, 792, 840

(三)修正後分區一般服務預算總額(BD3)=調整後分區一般服務預算總額(BD2) (四捨五入至整數位)－分區當季保留款(T1)

修正後臺北分區一般服務預算總額 =	1, 803, 812, 347(BD2)－	0 =	1, 803, 812, 347
修正後北區分區一般服務預算總額 =	764, 886, 947(BD2)－	0 =	764, 886, 947
修正後中區分區一般服務預算總額 =	1, 565, 710, 114(BD2)－	0 =	1, 565, 710, 114
修正後南區分區一般服務預算總額 =	868, 125, 382(BD2)－	0 =	868, 125, 382
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	982, 288, 893(BD2)－	0 =	982, 288, 893
修正後東區分區一般服務預算總額 =	136, 187, 395(BD2)－	731, 168 =	135, 456, 227

總計

6, 120, 279, 910

註：保留款之運用係依據全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案辦理。

程式代號：RGBI1708R01

107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:107/04—107/06

核付截止日期:107/09/30

列印日期：107/11/06

頁 次： 28

六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額 = [修正後分區一般服務預算總額(BD3)

— 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	= [1,803,812,347	— 642,615,338 —	109,081]	／ 1,336,349,066 = 0.86885078
北區分區	= [764,886,947	— 295,269,130 —	34,398]	／ 512,149,596 = 0.91688722
中區分區	= [1,565,710,114	— 561,186,004 —	51,354]	／ 1,152,137,177 = 0.87183434
南區分區	= [868,125,382	— 332,336,456 —	56,374]	／ 571,799,015 = 0.93692458
高屏分區	= [982,288,893	— 364,549,056 —	17,453]	／ 669,567,773 = 0.92256887
東區分區	= [135,456,227	— 36,149,943 —	5,235]	／ 76,725,011 = 1.29424614

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = [加總修正後分區一般服務預算總額(BD3)

— 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)

= [6,120,279,910 — 2,232,105,927 — 273,895] / 4,318,727,638 = 0.90024202

3. 修正後一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

$$= [\text{修正後分區一般服務預算總額(BD3)} \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(BF)} \\ + \text{分區核定非浮動點數(BG)} \\ + \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}]]$$

臺北分區	= [1,803,812,347]	÷ [1,336,349,066 + 642,615,338 + 109,081]	= 0.91144283
北區分區	= [764,886,947]	÷ [512,149,596 + 295,269,130 + 34,398]	= 0.94728341
中區分區	= [1,565,710,114]	÷ [1,152,137,177 + 561,186,004 + 51,354]	= 0.91381661
南區分區	= [868,125,382]	÷ [571,799,015 + 332,336,456 + 56,374]	= 0.96011194
高屏分區	= [982,288,893]	÷ [669,567,773 + 364,549,056 + 17,453]	= 0.94986590
東區分區	= [135,456,227]	÷ [76,725,011 + 36,149,943 + 5,235]	= 1.20000000

4. 修正後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)

$$= [6,120,279,910] \div [4,318,727,638 + 2,232,105,927 + 273,895] = 0.93423592$$

5. 修正後中醫門診總額平均點值

$$= [\text{修正後分區一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(BG)} + \text{加總分區自墊核退點數(BJ)} + \\ \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款全年預算總金額/4)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B3)}]$$

$$= [6,120,279,910 + 119,759,649 + 39,781,684] \div [4,318,727,638 + 2,232,105,927 + 273,895 + 126,501,838 + 39,781,684] \\ = 0.93486017$$

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)＋品質保證保留款預算(全年預算總金額/4)

$$= 30,515,520 + 32,500,000 + 15,908,798 + 27,095,979 + 2,125,989 + 11,966 + 11,601,397$$

$$= 119,759,649$$

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月107/03(含)以前：於107/07/01～107/09/30期間核付者。

費用年月107/04～107/06：於107/04/01～107/09/30期間核付者。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 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、108 年各季預算按 102~106 年各季核定點數平均占率(如下表)重分配後之占率如下:第一季 23.159753%、第二季 25.411420%、第三季 25.591955%、第四季 25.836872%。

年季	102年 占率	103年 占率	104 占率	105 占率	106 占率	102-106年 平均占率
Q1	23.60%	23.23%	23.47%	22.19%	23.31%	23.159753%
Q2	25.42%	25.39%	25.34%	25.72%	25.18%	25.411420%
Q3	25.11%	25.67%	25.23%	25.71%	26.24%	25.591955%
Q4	25.87%	25.71%	25.96%	26.37%	25.28%	25.836872%
合計	100%	100%	100%	100%	100%	

- 三、另108年中醫門診一般服務之保障項目擬比照107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：

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 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、本署將於近日函請各單位重新推派 108-109 年研商議事會議代表。
- 三、108 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	02/21 星期四	05/16 星期四	08/15 星期四	11/14 星期四	12/5 星期四
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：

肆、討論事項

第一案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：有關全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依「108年度中醫門診醫療給付費用協定」及本會107年10月7日召開中醫門診醫療服務審查執行會第三十一次會議決議辦理。
- 二、建議於條文
 - (一)標頭年度刪除。
 - (二)第參條預算來源二修正為：「~~107~~108年度本方案預算，以原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)與~~107~~108年度品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用，共計46.4百萬元。
 - (三)第捌條、中醫門診特約醫事服務機構品質保證保留款核算基礎加計原則：中新增第七項：「申報2年內未看診患者比率(A90)超過10%者加計10%」。

健保署意見：

- 一、建議簡化行政流程：考量方案執行多年已臻穩定，擬修正預算來源項下等各項年度相關用字，俟需要提案修正，毋須每年公告計畫。
- 二、本署詳細意見詳後附修正對照表(附件4)。

全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)條文修正彙整表

108 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
(標題)全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案	(標題)107 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	同意全聯會意見，刪除標題年度
壹、依據 同 107 年現行條文。	壹、 方案依據： 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。	無修訂意見
貳、目的 同 107 年現行條文。	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。	無修訂意見
參、預算來源： <u>公告當年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配方式項下「品質保證保留款」額度。</u>	參 預算來源： 一、全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。 二、107 年度本方案預算，以原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)與 107 年度品質保證保留款(23.6 百萬元)合併運用，共計 46.4 百萬元。105 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中「品質保證保留款」成長率	簡化行政流程及配合 108 年總額協定內容，修訂預算來源。

108 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
	0.1%(22 百萬元)與 106 年度該項目之成長率 0.1%(22.8 百萬元)，全年經費為 44.8 百萬元。	
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： (一) 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23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。	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 3 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。	健保署意見： 為配合評核會要求，提前啟動品質保證保留款核發期程，將提供時點提前至 2 月底。
伍、預算分配方式： 一、 核算基礎： (一) 該院所之核算基礎(A) $= (\text{該院所申報當年醫療服務點數} - \text{當年申報藥費}) \times \text{平均核付率(含部分負擔, 註 1)}$	伍、預算分配方式： 一、 核算基礎： (一) 該院所之核算基礎(A) $= (\text{該院所申報當年醫療服務點數} - \text{當年申報藥費}) \times \text{平均核付率(含部分負擔, 註 1)}$	

108 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
說明：當年申報醫療服務點數以次年 <u>12</u> 月底為截止點。	說明：當年申報醫療服務點數以次年 3 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	<u>健保署說明：</u> 為配合評核會要求提前啟動品質保證保留款核發期程，修訂列入當年度品保款核算基礎之費用申報點數截止時點。

108 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
	核發者，其核發金額將自次年度中醫門診總額品質保證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： 同 107 年現行條文。	柒、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。	無修訂意見
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 ¹¹ 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)	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 11 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	健保署意見： 配合當年度一般服務地區預算分配計畫偏鄉院所定義，統一資料擷取時點。

108 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
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（以<u>第一次</u>處分日期認定）者。	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（以處分日期認定）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。	健保署意見： 明確訂定第一次處分日期。
捌、中醫門診特約醫事服務機構品質保證保留款核算基礎加計原則： 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)	捌、中醫門診特約醫事服務機構品質保證保留款核算基礎加計原則： 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)	依中醫全聯會建議及配合政策，增訂 2 項加計原則指標。

108 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
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』之醫院。 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	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』之醫院。 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	

108 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
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全民健康保險資訊網服務系統(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、<u>申報 2 年內未看診患者比率(A90)，占全年看診人數超過 10%者加計 10%（註 7）。</u>	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全民健康保險資訊網服務系統(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）。	中醫全聯會提案增加第 7 點 <u>健保署說明：</u> 1. 本項指標定義係單一院所申報初診診察費加成比率，屬醫療利用情形，與醫療品質較無關連性。 2. 另查 A90 支付標準相關規定，要求院所申報初診案件件數以每月申報診察費不為 0 之就醫病人 ID 歸戶人數之 10% 為最

108 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
八、<u>基層特約醫事服務機構於當年度結束前向分區業務組提出至少 1 筆保險對象使用行動支付證明，加計 5%(註 8)。</u>		高申請件數。 <u>3.</u> 以 106 年全年申報數據試算(院所數 3,850)，符合加計原則比率為 51.4%(院所數 1,977)。 健保署說明：為提升民眾生活便利性，擴大行動支付場域至各基層院所，新增本項加計原則指標，操作型定義詳註釋 8。
玖、中醫門診特約醫事服務機構品質保證保留款核算基礎減計原則： 同 107 年現行條文。	玖、中醫門診特約醫事服務機構品質保證保留款核算基礎減計原則： 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 <u>97</u>)。	除配合增列加計指標修正備註序位外，其餘無意見。

108 年度條文(草案)	現行條文	健保署意見
	三、「同日重複就診率」超過 80 百分位者，核算基礎(A)減計 10%(註 <u>108</u>)。 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 <u>119</u>)。 <u>五</u>、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 <u>1240</u>)。	
同 107 年現行條文。	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。	
<u>拾壹、本方案自 108 年 1 月 1 日起生效。</u> <u>修正條文，自公告日回溯至當年 1 月 1 日起生效。</u>		配合簡化行政流程程序，新增本項條文。

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	指標操作型定義 擬增(修)部分劃線標示	健保署意見
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 11 月每萬人口中醫醫師數 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 11 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：醫療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	

指標項目	指標操作型定義 擬增(修)部分劃線標示	健保署意見
	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」判斷上個月是否完成登錄)。	
註7： <u>申報2年內未看診患者比率(A90)，占全年看診人數超過10%者加計10%</u>	<u>1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度申請人數。</u> <u>2. 公式說明：</u> <u>分子：分母中院所申報2年內未看診患者人數</u> <u>分母：中醫門診病人數</u> <u>3. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第二位(四捨五入)】</u> <u>4. 2年內未看診的定義為該院所患者未至該院所看診或看診年月日減上次看診年月日 ≥ 730天者。排除成立未滿二年之特約中醫院所。</u>	本項指標定義係單一院所申報初診診察費加成比率，屬醫療利用情形，與醫療品質較無關連性， <u>建議不新增。</u>
註8： <u>基層特約醫事服務機構於當年度提出至少1筆保險對象使</u>	<u>基層特約醫事服務機構於當年12月底前提出保險對象使用行動支付證明予所屬分區業務組，以計算加計權重。</u>	本項係(108)年度配合政策新增指標。

指標項目	指標操作型定義 擬增(修)部分劃線標示	健保署意見
<u>用行動支付證明，加計5%</u>		
註 97:「中醫同一院所同一患者同月看診次數過高病患就診8次以上比例」	1. 分母：<u>全年</u>同一院所、同月看診總人數<u>加總</u>。 2. 分子：<u>全年</u>同一院所、同一病人、同月看診次數8次(含)以上人數<u>加總</u>。 3. 指標計算(S)：分子 / 分母。 4. 各月計算比率、全年計算平均比率，進行百分位排序。 平均每月比率= $\frac{\sum S}{\text{月份數}}$ 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。	明確定義分子、分母計算方式(實質指標內容無修正)外，另序號順修，餘無修訂意見。
註 108:「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：	除序號順修外餘無修訂意見。

指標項目	指標操作型定義 擬增(修)部分劃線標示	健保署意見
	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。	
註 <u>119</u>：「7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率」	1. 資料範圍：所有屬中醫總額之門診給藥小於等於 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。	除序號順修外餘無修訂意見。

指標項目	指標操作型定義 擬增(修)部分劃線標示	健保署意見
	4. 指標進行百分位排序。 5. 資料排除以下任一條件者：案件類別 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、及 29(傷科)案件。	
註1210：「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。	本項為107年新增指標，除序號順修外餘無修訂意見。

指標項目	指標操作型定義 擬增(修)部分劃線標示	健保署意見
	B. 分母：院所當年度申報下列案件分類之件數總計。 案件分類：21(中醫一般案件)、22(中醫其他專案)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-當年申報藥費與藥品調劑費)× 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	無修訂意見。

指標項目	指標操作型定義 擬增(修)部分劃線標示	健保署意見
	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% / Σ(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%) / Σ(B) (3)符合基本資格且於無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮地區開業者(+100%)、教學研究績效卓著者(+10%)但「同日重複就診率」超過 80 百分位者(-10%) 院所核發品質保證保留款金額 =當年品保款預算× A×(60%+100%+10%-10%) / Σ B	

第二案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：有關「108 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」修訂案，提請討論。

說明：依中醫師公會全國聯合會 107 年 10 月 24 日(107)全聯醫總全字第 1212 號函檢送草案辦理。

健保署意見：全聯會建議修訂條文及本署意見如附件 5。

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修正彙整表

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。			
二、目的： 鼓勵中醫師至中醫醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分布，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護。			
三、預算來源： 107 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 135.6 百萬元。		三、預算來源： <u>108</u> 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 135.6 百萬元。	健保署意見： 依據 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商決議，108 年度中醫醫不足方案，全年經費為 135.6 百萬元。
四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以 106 年 8 月 31 日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件 1-1，每鄉鎮區限一家中		四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以 <u>107 年 8 月 31 日</u> 調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件 1-1，每鄉鎮區限一家中醫保	健保署意見： 一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 86 個，與 107 年度方案相比： 1. 減少： (1)新北貢寮。

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
醫保險醫事服務機構申請。 (二)巡迴醫療服務計畫：以 106 年 8 月 31 日調查時，為附件 1-1 所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件 1-2 所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。 (三)附件 1-2 之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。特殊情況者，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專		險醫事服務機構申請。 (二)巡迴醫療服務計畫：以 <u>107 年 8 月 31 日</u>調查時，為附件 1-1 所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件 1-2 所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。	(2)苗栗造橋。 (3)苗栗三灣。 (4)雲林口湖。 (5)台東太麻里。 2. 增加:台南安定。 二、僅有 1 家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 74 個，與 107 年度方案相比： 1. 減少： (1)新北瑞芳。 (2)宜蘭員山。 (3)台南安定。 (4)花蓮新城。 (5)台東成功。 2. 增加： (1)新北貢寮。 (2)苗栗造橋。 (3)苗栗三灣。 (4)台南官田。 (5)雲林口湖。 (6)台東太麻里。 (7)金門金湖。

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
案評估後核定。 (四)於本方案執行期間，經保險人及中醫全聯會評估並報經全民健康保險中醫門診總額研商議事會議同意，確屬適用本方案之地區，始可開放符合本方案申請資格之中醫師申請。			
五、施行期間：自公告日起至107 年 12 月 31 日。		五、施行期間：自公告日起至 <u>108 年 12 月 31 日</u>。	健保署意見： 修改年度。
六、年度目標： (一)獎勵開業服務計畫：以當年度新增 5 個計畫數為目標，若目標數滿額後才提出申請者，將優先列為下一年度計畫申請。 (二)巡迴醫療服務計畫： 1. 鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務，本年度以至少執行 80 個鄉鎮(區)數為目標。 2. 本計畫以達成服務人次 145,000 人次，服務總天數 5,700 天為執行目標。			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
七、申請資格： (一)申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近 2 年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。 (二)保險醫事服務機構須具備全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡設備，並確實刷卡、上傳及登錄資料。 (三)獎勵開業服務計畫：須為中醫全聯會所屬縣市公會會員並符合開業資格之中醫師。 (四)巡迴醫療服務計畫：須為中醫保險醫事服務機構，且實際參與巡	(三)獎勵開業服務計畫：須為中醫全聯會所屬縣市公會會員並符合開業資格之中醫師，<u>且該中醫師前一年月平均實積值須大於 15 萬元(符合 PGY 訓練之醫師不在此限)。</u>		健保署意見： 請中醫全聯會說明實積值之定義及計算方式。

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
迴服務之中醫保險醫事服務機構均應申請辦理本計畫，其他中醫師不得以支援方式辦理。			
八、申請與審查程序及須檢附之文件： (一)申請與審查程序： 1. 符合申請資格者，須自方案公告日起 15 個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中醫全聯會受理收件。 2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。 3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。 4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
憑)15 個工作日內，將評估後之彙整結果送請所轄區保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於 10 個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會。 5. 獎勵開業服務計畫：申請中醫師經保險人分區業務組通知審查結果日起，應於二個月內完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，並回報中醫全聯會確定之開業時間、地址及門診時間表。 6. 巡迴醫療服務計畫：自核定日(發文日)起執行；另為確保		6. 巡迴醫療服務計畫：自核定日(發文日)起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執行之	健保署意見： 修改年度。

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
巡迴醫療服務計畫執行之延續性，106 年度原有計畫延續至 107 年度執行，且符合 107 年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至 107 年計畫公告實施日當月底止，107 年度應重新提出申請。 (二)須檢附之文件： 1. 獎勵開業服務計畫 (1)107 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請表(附件 2)。 (2)獎勵開業服務計畫書，其內容應包含： A. 書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而		延續性，<u>107</u> 年度原有計畫延續至 <u>108</u> 年度執行，且符合 <u>108</u> 年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至 <u>108</u> 年計畫公告實施日當月底止，<u>108</u> 年度應重新提出申請。 (二)須檢附之文件： 1. 獎勵開業服務計畫 (1)<u>108</u> 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請表(附件 2)。	健保署意見： 修改年度。

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
下，(標)楷書 14 號定型，橫式書寫。 B. 前言。 C. 開業服務地區之現況分析(含當地人口分布狀況、地理環境概況、交通情況、醫療資源分析)。 D. 預定開業之詳細地址，並檢附診間空間規劃分配圖。 E. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、其學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。 F. 預定醫療門診時間表。			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
2. 巡迴醫療服務計畫： (1)107 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請表(附件3)、醫事人員名冊(附件4)。 (2)巡迴醫療服務計畫書，其內容應包含： A. 書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號定型，橫式書寫。 B. 封面：包括計畫名稱、執行單位、巡迴醫療服務點所屬縣市、鄉鎮(區)、執行期間。 C. 前言：請敘述巡			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
迴醫療服務動機，包括巡迴醫療服務地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。 D. 目的：分點具體列述巡迴醫療服務所要達成之目標。 E. 巡迴醫療服務地點現況分析，請依下列項目分別具體列述相關內容： a. 巡迴醫療服務點所屬地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務點所屬地區分布情形及面積、當地戶籍人口數及其性別年齡別分布情形			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
等相關資料。 b. 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴醫療服務點地理環境概況(檢附簡要地圖更佳)、當地對外交通情形、當地距最近中醫特約醫事服務機構所需車程時間等。 c. 醫療需求情形：請詳述巡迴醫療服務點所屬地區之醫療服務使用狀況、現存各類醫事人員及各類醫事服務機構情形。 F. 執行計畫： a. 醫療人力資			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。 b. 每週診療時間。 c. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。 d. 巡迴醫療服務設置點地址及空間配置圖。 G. 經當地衛生主管機關報備核准之中醫師、相關醫事人員及巡迴地點同意函。			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
H. 評估預期效益：請詳述巡迴醫療服務實施後預期達成之效益指標。			
九、開診規範： (一)獎勵開業服務計畫： 1. 經中醫全聯會評估通過之申請案件，於評估結果通知函寄達 2 個月內未完成開業登記並申請為中醫門診特約醫事服務機構者，該案件視同作廢，不予支付任何保障額度，且不再接受同一申請人之申請案件。 2. 門診服務時數，每週至少提供五天 35 小時(每週至少須含 2 次夜診)，每一門診時段至少 3 小時，且該保險醫事服務機構負責醫師之門診服務時數須至少三天 24			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
小時；門診天數、時段、地點依申請計畫書為依據，若逢行政院人事行政總處公布之假期，可為休診日。當月未達上述工作天數及門診時間者，則依實際比例扣款(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)，因天災、事故等特殊因素，經向保險人分區業務組報備者，不在此限。請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理；若產假期間無支援醫師代理者，保險人得不予支付保障額度。 3. 執行本計畫之保險醫事服務機構可同時申請巡迴醫療服務計			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
畫，但巡迴看診時數不列入上述門診服務時數計算。 4. 開業登記日起至月底未滿一個月者，則按實際門診日數發給保障額度(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)。 5. 門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單(附件 5、6)於前月 25 日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。 6. 中醫全聯會及保險人分區業務組將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段，做人員及電話抽查有無依所訂門診時段提供服務。 7. 經中醫全聯會及保險人分區業務組查證			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
保險醫事服務機構無故休診同一年累計達二週或同一年連續請假休診二個月者(不含請產假之負責醫師),即終止該醫事服務機構執行本計畫。 (二)巡迴醫療服務計畫： 1. 以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天至多 1 次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，每週至多 3 次定點定時中醫巡迴醫療服務(特殊地區每天及每週之巡迴次數及醫師數由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查後核定)。 2. 每次巡迴醫療服務時間不得少於 3 小時(其服務時間以實際醫療時間計算，不包			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
含車程、用膳及休息時間)。 3. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同意之每週診療時間提供醫療服務，並於所轄保險人分區業務組核定日(發文日)一個月內開始執行，超過一個月仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本計畫之辦理。如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流…等，得事後核准。 4. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。 5. 至離島地區執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構，若因天候狀況導致交通受阻，巡迴醫療服務得增加服務天數 1 天(限申報 1 診次)。當次執行完畢後，應檢具當地衛生主管機關報備函、交通延誤證明(由航空公司、船公司或警察機關等單位開立)等資料，向所轄保險人分區業務組申請備查且副知中醫全聯會，並依規定申報當日產生之醫療費用及論次費用。 6. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務時間、每週服務次數或地點，須先將變更計畫及當地衛生主管		6. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務時間、每週服務次數或地點，須先將變更計畫及當地衛生主管機關之報備函，<u>向中醫全聯會申請，中醫全聯會再將評估結果送請所轄</u>	健保署意見： 將計畫變更程序與計畫申請程序一致，統一向中醫全聯會申請審查，中醫全聯會再將評估結果送請所轄保險人分區業務組核定。

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
機關之報備函，報請所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組副知中醫全聯會。變更巡迴醫療服務者應俟保險人分區業務組核定後，始得變更計畫。 7. 申請巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件 7 辦理)。 8. 保險人應將本年度巡迴醫療服務相關訊息(含執行之保險醫事服務機構名稱、時間及地點)建置於保險人全球資訊網網站，以供查詢。 9. 巡迴時間、時段、地點，依執行本計畫之保險醫事服務機構申請書所列時間表為依		<u>保險人分區業務組核定。變更巡迴醫療服務者應俟保險人分區業務組核定後，始得變更計畫。</u>	

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
據，惟保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮西醫、牙醫及中醫之巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。			
十、支付方式 (一)獎勵開業服務計畫： 1. 獎勵標準： (1)第一級：除第二級、第三級以外之醫療資源不足地區，每月保障額度 30 萬元。 (2)第二級：醫療資源不足之山地地區，每月保障額度 35 萬元。 (3)第三級：醫療資源不足之離島地區，每月保障額度 40 萬元。 2. 醫療費用計算： (1)按全民健康保險醫療服務給付項目			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)申報醫療費用。 (2)管理原則(年限計算：自醫事服務機構簽約日開始累進計算服務年限；每月總服務量計算：包含門診、巡迴醫療服務量，不含代辦案件及其他預算案件)： A. 承辦本計畫後第七個月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 35%者，以 80%核付保障額度，且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，且須自次次月起於該開業鄉鎮提供 2 點巡迴醫療服務計畫。	A. 承辦本計畫後第七個月起，若<u>連續二個月</u>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，且須自次次月起<u>於該開業鄉鎮</u>提供 1 點巡迴醫療服務計畫；若<u>連續二個月</u>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，且須自次次月起<u>於該開業鄉鎮</u>提供 2 點巡迴醫療服務計畫。	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，<u>若連續 2 個月未達保障額度</u>，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，<u>若連續 2 個月未達保障額度</u>，須自次次月起於該開業鄉鎮提供 2 點巡迴醫療服務計畫。	健保署意見： 依 107 年申報資料分析： 一、現行 12 家獎勵開業院所中，有 3 家獎勵開業院所因單月未達保障額度而提供巡迴醫療，若改為連續 2 個月未達保障額度則為 1 家需提供巡迴醫療。 二、若連續二個月核定總點數未達保障額度一定成數才予以折付保障額度，現行 12 家獎勵開業院所中，有 3 家獎勵開業院所、3 個月，由折付保障額度改為全額保障額度，預計增加

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
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，且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，且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，且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 40%者，以 50%核付保障額度，且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	B. 滿一年者，自第十三個月起，若<u>連續二個月</u>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，且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<u>連續二個月</u>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，且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<u>連續二個月</u>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，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<u>連續二個月</u>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，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	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，<u>若連續 2 個月未達保障額度</u>，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，<u>若連續 2 個月未達保障額度</u>，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，<u>若連續 2 個月未達保障額度</u>，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 40%者，以 50%核付保障額度，<u>若連續 2 個月未達保障額度</u>，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	24 萬元。 三、考量院所每月核定總點數有起伏情況且巡迴點設立不易，故建議連續 2 個月核定總點數未達保障額度成數時，始提供巡迴服務，惟仍維持當月核定總點數未達保障額度一定成數即折付保障額度。

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
支付。 D. 獎勵開業之醫事服務機構依上述 A 至 C 點規定提供巡迴醫療服務後，須依其最高巡迴點之數量持續提供巡迴醫療服務至當年度 12 月底。 E. 若獎勵開業之醫事服務機構未依上述 A 至 C 點規定承辦巡迴醫療服務計畫，經所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案評估後，由保險人分區業務組終止本方案之辦理。 註：依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。 (3)自辦理本計畫之年度開始起算，第三年年底終止計畫補助(延續辦理期	10%者，以當月核定點數計算之費用支付。	負擔)未達保障額度 10%者，以當月核定點數計算之費用支付。 D. 獎勵開業之醫事服務機構依上述 A 至 C 點規定提供巡迴醫療服務後，須依其最高巡迴點之數量持續提供巡迴醫療服務至當年度 12 月底。 E. 獎勵開業之醫事服務機構未依上述 A 至 C 點規定<u>於該開業鄉鎮</u>承辦巡迴醫療服務計畫，經所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案評估後，由保險人分區業務組終止本方案之辦理。惟<u>若屬特殊情況，得專案向保險人分區業務組申請至鄰近本方案施行地區提供巡迴醫療服務計畫。</u>	健保署意見： 考量獎勵開業院所於該獎勵開業鄉鎮巡迴點設立不易，故增列特殊情況，得專案申請至鄰近本方案施行地區提供巡迴點。

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
間不須另提出申請),且不再接受同一申請人申請本計畫;又延續辦理計畫者,其起迄日期應依原申請年度計算,支付方式依年度方案規定辦理。 (4)本計畫中醫師參與巡迴醫療服務之醫療費用併入保障額度計算,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。 (5)本計畫申報之門診診察費納入門診合理量及針灸傷科脫臼整復合理量計算。 3. 每點支付金額之結算: (1)每月核定點數(含部分負擔)超過保障額度者:			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
以核定點數計算之費用支付，屬浮動點數者依該區當季之浮動點值計算，每點支付金額不低於 1 元。 (2) 每月核定點數(含部分負擔)低於保障額度者：依本方案第十項第一款第二目醫療費用計算之管理原則核付，其保障額度之點數依該區當季之浮動點值計算，惟每點支付金額不低於 1 元。 4. 承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件 8)，並於次月費用申報時以電子檔案，報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明																								
會各區分會。 (二)巡迴醫療服務計畫： 1. 本計畫論量計酬費用，由中醫門診總額一般服務預算支應。每點支付金額以 1 元計算，於一般服務預算分區預算分配前先行結算。 2. 本計畫之論次支付方式： (1)各地區別論次支付點數及申報代碼如下(偏遠及山地離島地區分類詳附件 1-1，中醫資源不足地區詳附件 1-2)：																											
<table><tr><th>地區</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th></tr><tr><td>0. 中醫資源不足</td><td>2,000</td><td>P23064</td></tr><tr><td>1. 一級偏遠</td><td>3,000</td><td>P23007</td></tr><tr><td>2. 二級偏遠</td><td>5,000</td><td>P23063</td></tr><tr><td>3. 山地</td><td>8,800</td><td>P23008</td></tr><tr><td>4. 一級離島</td><td>11,000</td><td>P23009</td></tr><tr><td>5. 二級離島</td><td>12,100</td><td>P23010</td></tr><tr><td>6. 三級離島</td><td>13,200</td><td>P23011</td></tr></table>				地區	支付點數	申報代碼	0. 中醫資源不足	2,000	P23064	1. 一級偏遠	3,000	P23007	2. 二級偏遠	5,000	P23063	3. 山地	8,800	P23008	4. 一級離島	11,000	P23009	5. 二級離島	12,100	P23010	6. 三級離島	13,200	P23011
地區	支付點數	申報代碼																									
0. 中醫資源不足	2,000	P23064																									
1. 一級偏遠	3,000	P23007																									
2. 二級偏遠	5,000	P23063																									
3. 山地	8,800	P23008																									
4. 一級離島	11,000	P23009																									
5. 二級離島	12,100	P23010																									
6. 三級離島	13,200	P23011																									

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
(2)若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以原支付點數八折計算。 3. 本計畫之門診診察費加成支付：保險人於結算時，門診診察費按本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數加計 1 成支付；院所申報該項費用時，無須申報加計之成數。 4. 本計畫醫療服務支付標準申報規定： (1)本計畫申報之門診診察費不納入門診合理量計算。 (2)針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同	(2)若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數以原支付點數八折計算。	(2)若為離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務，位於該離島的本島者及船程 20 分鐘內者(不含包船)，其論次支付點數<u>以一級離島之支付點數計算</u>。	健保署意見： 如金門縣烈嶼鄉為三級離島，論次費用為 13,200 點，若金門本島院所至該鄉執行巡迴醫療，因船程為 20 分鐘內，故以八折計，論次費用為 10,560 點已低於原一級離島論次費用 11,000 點，故建議以一級離島之論次費用計，增加金額為 45,760 元。

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94)。 (3) 針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療每次診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。 (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。 (5) 巡迴醫療服務之案件因非至保險醫事服務機構就醫，爰不得申報初			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
診門診診察費 (A90)。 (6)若因特殊情形，經保險人分區業務組核定同意，同一醫師同一日得至不同地點提供2診次巡迴醫療，其費用申報依本計畫執行之看診診次計算。 5. 依本計畫所申請之專款專用支付項目費用不列入「107 年度中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。 6. 執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件 8)，並於次月 10 日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。		6. 執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件 8)，並於次月 <u>20</u> 日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。	健保署意見： 與論次費用申請表資料上傳時間統一，均為次月 20 日前。

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
(三)本方案點值結算方式： 本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。			
十一、醫療服務申報、審查與管理原則：			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
(一)執行本方案之保險醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。 (二)本方案須配合健保卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，須填具健保卡例外就醫名冊(如附件 9)。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付；另巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴醫療服務之巡迴點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴服			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
務。 (三)醫療費用申報與審查： 1. 門診醫療費用點數申報格式與填報作業 (1)總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。 (2)點數清單段 A. 案件分類：請填報「25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。 B. 特定治療項目代號(一) a. 獎勵開業服務計畫請填報「C7(醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫)」。 b. 巡迴醫療服務計畫請填報「C6(醫療資源不足地區巡			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
迴醫療服務計畫)」。 C. 部分負擔代號及部分負擔點數 a. 山地離島地區：請填報免收部分負擔規定山地離島地區之就醫代碼「007」，部分負擔點數請填0。 b. 非山地離島地區：依現行全民健康保險法第四十三、四十八條規定辦理，若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
細則第六十條規定，部分負擔得予減免20%。 2. 巡迴醫療服務計畫： (1) 保險醫事服務機構依本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數申報門診診察費時，申報時不須加計成數。 (2) 採「論次加論量」支付方式申請，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			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
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)。 (3)管理原則：執行巡迴醫療服務者，若連續 5 個月每月每診平均就醫人次少於 10 人(不含 10 人)，由中醫全聯會函請執行者，於次月更換巡迴醫療服務點；若經更換巡迴醫療服務點後，再連續 3 個月，每月每診平均就醫人			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
次少於 10 人(不含 10 人)，由中醫全聯會評估後，轉請保險人分區業務組通知該院所終止執行本計畫。但執行巡迴醫療服務點為離島地區或山地地區者，不在此限。			
十二、執行報告： 執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益；巡迴醫療服務計畫執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。			
十三、考核事項： (一)考核程序：參與本方案之保險醫事服務機構，1 年至少考核 1 次。 1. 於1月1日至6月30日期間開始執行方案者：應於7月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點(附件			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
11-1、11-2)。 2. 自7月1日後始執行本方案者：應於12月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點(附件11-1、11-2)。 3. 考核成績將作為下年度審核之參考。另保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。 (二)考核方式與項目： 1. 實地考核或電話抽查評核(由保險人分區業務組依實際情況，自行評估選用評核方式)。 2. 開業地點民眾意見評核。 3. 實際開業服務內容分析評核。 4. 綜合討論及評分。 (三)考核結果： 1. 評分結果為96分(含)以上者，列入優等。 2. 評分結果為80~95分			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
者，列入良等。 3. 評分結果為71~79分者，列入觀察等級，由保險人分區業務組予以觀察一季要求改善，次年度未達80分者，則不予執行本方案。 4. 評分結果為 70 分(含)以下者，列入輔導等級，由保險人分區業務組予以輔導一季要求改善，經複核未改善者，終止執行本方案。			
十四、注意事項： (一)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、日報表資料不齊全(含書面資料及電子檔案)、未依本方案規定事項辦理者，經保險人分區業務組及中醫全聯會重新評估後，由保險人分區業務組同意更換、裁撤或終			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
止本方案之辦理。 (二)於方案執行期間，若巡迴醫療服務計畫施行地區有新設立之中醫保險醫事服務機構，原提供巡迴醫療服務計畫之中醫保險醫事服務機構可持續執行至當年度年底。			
十五、違規處理 (一)辦理本方案之保險醫事服務機構或醫事人員，如因涉及違反特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一，自保險人第一次發函處分所載之停約日起即停止執行本方案(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，另獎勵開業服務計畫費用支付方式自當年度執行本計畫起至本計畫終止日，以保障額度總額九折支付。 (二)因違反前項規定而停止執行本方案者，得於			

107 年度原條文	108 年度建議條文(中全會)	108 年度建議條文(健保署)	說明
收到該函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組提起申復。			
十六、本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，於實施半年後進行期中檢討，並於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況、本地就醫率等資料。			
十七、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。			

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	石碇區	1	嘉義縣	布袋鎮	1	屏東縣	瑪家鄉	3
	坪林區	1		溪口鄉	1	澎湖縣	吉貝村	6
	石門區	1		東石鄉	1		白沙鄉	5
	平溪區	1		鹿草鄉	1		西嶼鄉	5
	雙溪區	1		番路鄉	1		望安鄉	6
	貢寮區	4		阿里山鄉	3		七美鄉	6
	烏來區	3	台南市	後壁區	1	花蓮縣	豐濱鄉	2
宜蘭縣	冬山鄉	1		大內區	1		富里鄉	1
	壯圍鄉	1		左鎮區	1		秀林鄉	3
	大同鄉	3		龍崎區	1		萬榮鄉	3
	南澳鄉	3		北門區	1		卓溪鄉	3
桃園市	復興區	3		東山區	1	台東縣	大武鄉	2
新竹縣	橫山鄉	1	高雄市	安定區	1		太麻里鄉	4
	寶山鄉	1		田寮區	1		東河鄉	1
	北埔鄉	1		茂林區	3		長濱鄉	2
	峨眉鄉	1		桃源區	3		鹿野鄉	1
	尖石鄉	3		那瑪夏區	3		綠島鄉	5
	五峰鄉	3	屏東縣	琉球鄉	4		延平鄉	3
苗栗縣	南庄鄉	1		萬巒鄉	1		海端鄉	3
	頭屋鄉	1		竹田鄉	1		達仁鄉	3
	西湖鄉	1		新埤鄉	1		金峰鄉	3
	造橋鄉	4		崁頂鄉	1		蘭嶼鄉	6
	三灣鄉	4		車城鄉	1	金門縣	烈嶼鄉	6
	獅潭鄉	1		滿州鄉	2		烏坵鄉	6
	泰安鄉	3		枋山鄉	1	連江縣	南竿鄉	4
台中市	大安區	1		三地門鄉	3		北竿鄉	4
	和平區	3		霧臺鄉	3		莒光鄉	6
彰化縣	大城鄉	1		泰武鄉	3		東引鄉	6
南投縣	信義鄉	3		來義鄉	3			
	仁愛鄉	3		春日鄉	3			
雲林縣	東勢鄉	1		獅子鄉	3			
	口湖鄉	4		牡丹鄉	3			

註 1：本一覽表統計截止日期：107 年 8 月 31 日，共 86 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

縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區
新北市	瑞芳區	台南市	柳營區	高雄市	內門區
	三芝區		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
宜蘭縣	蘇澳鄉		安定區		鹽埔鄉
	員山鄉		山上區		高樹鄉
	三星鄉		楠西區		林邊鄉
新竹縣	關西鎮		南化區		南州鄉
	新埔鎮		官田區		九如鄉
	芎林鄉	雲林縣	口湖鄉	花蓮縣	鳳林鎮
苗栗縣	卓蘭鎮		林內鄉		新城鄉
	銅鑼鄉		二崙鄉		壽豐鄉
	三義鄉		褒忠鄉		光復鄉
	造橋鄉		元長鄉		瑞穗鄉
	三灣鄉		四湖鄉	台東縣	太麻里鄉
台中市	石岡區	嘉義縣	六腳鄉		成功鎮
彰化縣	線西鄉		義竹鄉		卑南鄉
	埔鹽鄉		水上鄉	澎湖縣	池上鄉
	二水鄉		梅山鄉	金門縣	湖西鄉
	田尾鄉		大埔鄉		金沙鎮
	芳苑鄉	高雄市	湖內區		金寧鄉
南投縣	竹塘鄉		梓官區		金湖鎮
	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		

註 1：本一覽表統計截止日期：107 年 8 月 31 日，共 74 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。

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
獎勵開業服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

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

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

巡迴醫療服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

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

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

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

巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

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

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

院所印章：

負責醫師簽章：

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 5

獎勵開業服務計畫門診時段異動表

(一) 原門診時段： 年 月

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時 間							
下午 時 間							
晚上 時 間							

合計 天 小時/週

(二) 新門診時段 年 月起

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時 間							
下午 時 間							
晚上 時 間							

合計 天 小時/週

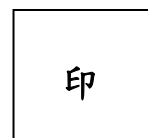
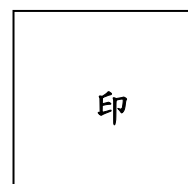
執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



門診時段異動表辦法：

1. 依「**108** 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之第九項開診規範辦理。
2. 每月門診時段異動表應於前月二十五日之前送至中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查。

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
獎勵開業服務計畫休診單

本人： (姓名) 因 (事由)

將於 年 月 日 時起至 年 月 日 時止休診

合計 月 天 小時

門診補班，於① 月 日 時起至 月 日 時

② 月 日 時起至 月 日 時

③ 月 日 時起至 月 日 時

④ 月 日 時起至 月 日 時

合計 天 小時

執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日

印

印

休診及補班規範：

1. 依「108 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之第九項開診規範辦理。
2. 本休診單應於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。
3. 門診補班可於休診日前、後辦理，但限於當月完成。且補班天數及時數應和請假天數及時數相同。
4. 跨月休診，應於當月個別補班；如遇臨時或突發事由於月底後三日，得於下個月前三日補班完成。

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之標示製作作業說明

一、預算來源

108 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

二、標示應包含下列內容

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

三、標示製作內容及規格

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

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務	巡迴地點及時間	主辦單位：衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4x42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60x160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60x150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60x300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

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

四、支付原則及核銷方式

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

108 年全民健康保險巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐海報

☐立牌

☐直立旗

☐布條

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

原始支出憑證黏貼處

所屬分會： _____
 承辦單位： _____
 醫事服務機構代碼： _____
 地 點： _____ 鄉 _____ 村
 核准代碼： _____

[illegible]

註：1. 依本方案規定填具本表。2. 核實申報均須同時填報本表，且應於申報費用時合併EXCEL電子檔或紙本送保險人分區業務組備查，並副知全聯會及所轄中執會各區分會。3. 性別欄：男填1女填0。4. 診察費欄：請依申報之診察費支付標準代碼填入。5. 藥費欄請填入天數(例如給藥7天，填入"7")。6. 治療處置欄：限擇一項申報，並在所屬申報代碼下打"✓"。7. 當地住民欄：請在是否處擇一打"✓"。8. 申請費用=醫療費用-部分負擔。9. 身份別：山地離島地區一律填入"007"；非山地離島地區：重大傷病填入"001"，低收入戶填入"003"，榮民(眷)填入"004"，一般民眾免填。10. 若當日無人看診仍應檢送當次門診日報表。

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

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

註：1. 本表由醫療院所自存備查，不須再寄送至保險人分區業務組。

106.10.5 版

2. 本表請院所自行印製使用。

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

全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫論次費用申請表

年 月

第 頁 共 頁

受 理 日 期				受 理 編 號							
醫事服務機構名稱				醫 事 服 務 機 構 代 號							
編號	醫 事 人 員 姓 名	醫事人員身分證號	支付別	日期	鄉(鎮)名	村(里)名	地點	診療人次	申請金額	核 減 額	核 定 額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
本 頁 小 計											
總 表	項 目	申 請 診 療 次 數	申 請 金 額	核 減 次 數	核 減 金 額		核 定 次 數		核 定 金 額		
	支付別										
	P23064 案件										
	P23007 案件										
	P23063 案件										
	P23008 案件										
	P23009 案件										
	P23010 案件										
總 計											
負責醫師姓名：		一、本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得給支付。									
醫事服務機構地址：		二、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。									
電話：		三、支付別：中醫：中醫門診巡迴醫療服務計畫：論次費用「次」計填寫。									
印信：		P23064 中醫資源不足地區中醫師巡迴醫療費用（次）。									
		P23007 一級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。									
		P23063 二級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。									
		P23008 山地地區中醫師巡迴醫療費用（次）。									
		P23009 一級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。									
		P23010 二級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。									
		P23011 三級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。									
		四、填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。									
		五、本申請表應於次月 20 日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明中醫門診巡迴醫療服務計畫（論次費用）。									

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

院所考核表 ☐開業 ☐巡迴

填報日期： 年 月 日

一、考核對象： 中醫診所

二、考核地點： 鄉(區) 村(里)

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

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

三、考核項目：

(一)診療服務評核

1、是否有中低收入戶減免掛號費或免收掛號費？

☐是(10 分) ☐否(0 分)

2、開業診所招牌及或巡迴告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

☐明顯(5 分) ☐不明顯(3 分) ☐無(0 分)

3、開業診所或巡迴地點是否有「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報？

☐是(5 分) ☐否(0 分)

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

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

(內容：診療科目、時段、地點，附 1 張照片)

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

3、空間及環境清潔衛生(附 1 張照片)。

☐非常乾淨(6 分) ☐尚可(3 分) ☐待改進(0 分)

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

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

5、平均每診看診人次

☐15 人次以上(6 分) ☐不足 15 人次(3 分)

6、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料。

☐是(10 分) ☐否(0 分)

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

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

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

民眾滿意度調查表

親愛的女士/先生：

您好！健保署為增進就醫可近性及改善醫療資源不足地區中醫醫療服務，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。

以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝 健康快樂

1、請問您對此中醫醫療服務滿意度如何？

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

2、請問您對此中醫服務據點就醫滿意度如何？

(1)您今天花多久時間到達此中醫服務據點?(僅指去程)

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

(2)您到此中醫服務據點看病是否方便？

☐非常方便(3分) ☐方便(2分) ☐普通(1分) ☐不方便(0分)

(3)是否有收取不當之收費？ ☐是(0分) ☐否(3分)

(4)您接受此中醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多 5 個)

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

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

鄉(區)

村(里)

中醫診所

年 月

第三案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關擬修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標(以下簡稱「品保方案專業指標」)乙案，提請討論。

說明：

- 一、中華民國中醫師公會全聯會回復本署依據 107 年第 3 次「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議紀錄辦理，於 107 年 9 月 28 日函請中醫師公會提供有關「品保方案專業指標」之「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」等 5 項專業醫療服務品質指標之建議參考值。
- 二、中醫師公會補充說明「5 項指標皆以前五年平均值正負 20%為監測值，因目前指標值已經造成醫療行為的扭曲，指標值因管理問題而變為極低、趨向於 0，長久下來危及民眾的就醫的權益，不利中醫正常發展，建議適度放大合理範圍，以反應實際正常的醫療生態」。
- 三、本次擬修訂前揭 5 項指標之參考值，併前次會議指標增修決議內容詳如附件 6。
- 四、擬依本次會議決議辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業事宜。

決議：

附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標（草案）

修正如畫底線及刪除線

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 點值					
每點支付金額改變率	每季	$\pm 10\%$	資料分析	保險人	$[(\text{每季分配總額}/\text{每季審核後之總點數}) - 1] \times 100\%$
2. 保險對象就醫調查					
保險對象就醫調查	每年	每年於評核會議報告前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註：105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為中醫門診總額實施前一次、實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
民眾申訴檢舉成案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	保險人	當年度民眾申訴檢舉成案件數。
3. 專業醫療服務品質					
使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率	每季	參考值：以前 3 年同季平均值$\pm 10\%$。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：因癌症就醫之中醫、西醫門診案件。 2. 公式說明： 分子：以分母之身分證號，統計中醫癌症病患當季曾因同疾病至西醫門診之人數。 分母：各區癌症病患按分區別及病人 ID 歸戶，計算中醫門診就醫人數。 ※癌症病患係申報資料中「國際疾病分類號（一）」C00至D49範圍之中醫和西醫門診案件。 3. 指標計算：分子 / 分母。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率	每季	參考值：以前 3 年同季平均值±10%。 <u>參考值：以前 5 年同季平均值±20%。</u>	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件， <u>排除如下案件：</u> (1) <u>職業災害(案件分類B6)</u> (2) <u>預防保健(案件分類A3)</u> (3) <u>中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30)</u> (4) <u>中醫專款專用：符合下列任一條件：</u> A. <u>案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)</u> B. <u>案件分類：22且任一特定治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK。</u> (5) <u>其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)</u> 2. 公式說明： 分子：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。 分母：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率	每季	參考值：以前 3 年同季平均值±10%。 <u>參考值：以前 5 年同季平均值±20%。</u>	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額之門診給藥小於等於7日案件， <u>排除如下案件：</u> (1) <u>職業災害(案件分類B6)</u> (2) <u>預防保健(案件分類A3)</u> (3) <u>中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30)</u> (4) <u>中醫專款專用：符合下列任一條件：</u> A. <u>案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)</u> B. <u>案件分類：22且任一特定治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK。</u> (5) <u>其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)</u> (6) <u>中醫針灸傷科及脫臼整復(案件分類29)</u>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					2. 公式說明： 分子：按各區及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為 1 日之重複日數。 分母：各區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。
使用中醫門診者之平均中醫就診次數	每季	參考值：以前 3 年同季平均值±10%。 <u>參考值：以前 5 年同季平均值±20%。</u>	資料分析	保險人	1. 資料範圍：中醫門診總額診察費大於0且排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案) B. 案件分類：22且任一特定治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK。 (5)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：各區中醫門診總額就診案件數。 分母：各區中醫門診總額就診人數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率	每季	參考值：以前 3 年同季平均值±10%。 <u>參考值：以前 5 年同季平均值±20%。</u>	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案) B. 案件分類：22且任一特定治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK。 (5)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：按各區、病人 ID 歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。 分母：各區申報總件數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率	自 97 年第 3 季起每季	參考值：以前 3 年同季平均值±10%。 <u>參考值：以前 5 年同季平均值±20%。</u>	資料分析	保險人	1. 資料範圍：中醫門診總額針傷科案件排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案) B. 案件分類：22且任一特定治療項目為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK。 (5)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費超過 15 次以上次數之總和。 分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。 ※中醫針傷科醫令代碼：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94。 (排除醫令點數=0之案件)。 ※例如院所該月份同一患者申報針灸、傷科處置費16次，分子以16-15=1計，以此類推。 3. 指標計算：分子 / 分母。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
中藥藥袋標示合格率	自101年起每年	為新增訂之指標，實施一年後再訂參考值。	資料分析	受託單位	1. 公式說明： 分子：藥袋完整標示之特約中醫醫療機構家數。 分母：特約中醫醫療機構總家數。 2. 指標計算：(分子/分母) x100%。
健保雲端藥歷系統查詢率	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：中醫健保雲端藥歷系統查詢人數 分母：中醫門診病人數 2. 指標計算：分子/分母。【取至小數點後第二位(四捨五入)】
兩年內初診患者人數比率	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：申報2年內未看診患者人數 分母：中醫門診病人數 2. 指標計算：分子/分母。【取至小數點後第二位(四捨五入)】
4. 其他醫療服務品質（中長程指標）					
符合針灸治療規範比率	每季	≥前一年同期符合針灸治療規範比率	資料分析	受託單位	符合針灸治療規範人次/實際接受針灸治療人次（參考值啟用第一年各季，均以91年7-9月為基期）
符合傷科治療規範比率	每季	≥前一年同期符合傷科治療規範比率	資料分析	受託單位	符合傷科治療規範人次/實際接受傷科治療人次（參考值啟用第一年各季，均以91年7-9月為基期）

第四案

提案單位：中醫師公會全聯會

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「108年度中醫門診醫療給付費用協定」及本會107年10月7日召開中醫門診醫療服務審查執行會第三十一次會議決議辦理。
- 二、建議修訂第二章、第四章、第五章、第六章、第八章及支付標準通則五，共需增加905.95百萬，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)第二章「每日藥費」修訂案：將藥費由現行每日33點，調高為每日35點，以106年總申報給藥日數為282.3百萬天粗估，約需564.6百萬。
 - (二)第四章、第五章、第六章、第八章「中醫針灸、傷科及脫臼整復」費用調整案：將中醫針灸、傷科及脫臼整復現行治療處置費點數調高15點，以106年申報總次數22.37百萬人次估算約需335.5百萬。
 - (三)支付標準通則五：複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每位專任醫師每月上限為由30人次調整為60人次；106年申報7.32萬多件，以倍數成長差額80點推估，約多需585萬點。

健保署意見：

- 一、108年一般服務預算可用於調整支付標準合計847.6百萬元，分述如下：
 - (一)非協商因素：預估增加金額333百萬元，其中「醫療服務成本指數改變率」所增加之50百萬元併入「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目使用。
 - (二)協商因素：「其他醫療服務利用及密集度之改變」增加514.6百萬元，優先用於提升用藥品質。
- 二、按全聯會提案建議調整項目之財務影響：
 - (一)調升「每日藥費」支付點數2點：
 - 1.本項於105年由30點調升1點為31點、107年調升2點為33點。

2. 107 年 1~9 月申報量約 203.7 百萬日，依 106 年同期占全年比率約 74.8%計算，推估 108 年申報量約 279.9 百萬日，若調升 2 點，**約增加 559.8 百萬點。**

(二)調升第四章、第五章、第六章、第八章「針灸、傷科及脫臼整復」支付點數 15 點：

1. 提案之醫令(B41-B46、B53-B57、B61-B63、B80-B94)於 103 年調升 10 點、107 年調升 5 點，本次提案增加 15 點，請說明增加點數高於以往之理由。

2. 107 年 1~9 月申報量約 17.1 百萬次，依 106 年同期佔全年比率約 74.6%計算，推估 108 年預估申報量約 23.4 百萬次。若調升 15 點，**約增加 351 百萬點**（超出預算）；若調升 12 點，**約增加 280.8 百萬點**（尚在預算內）；若調升 10 點，**約增加 234 百萬點**（尚在預算內）。

(三)修訂通則五，內含複雜性傷科處置之每位專任醫師每月申報上限：

1. 本項於 97 年訂定合理量 16 人次、101 年配合新增診療項目擴大醫令範圍、102 年調升為 30 人次；現提案倍增申報次數，請說明臨床實務之適宜性、增加理由，以及避免特約院所虛浮報之相關措施。

2. 現行規定：

(1)依支付通則五規定略以，專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量限 45 人次以內，其中內含複雜性傷科處置之診療項目，每位專任醫師每月申報上限為 30 人次，超過上限部分，改以通則七範圍醫令(一般針灸、傷科及脫臼整復診療項目)支付。

(2)內含複雜性傷科處置超過合理量，其改支後支付點數差額如下：

A. B57、B84、B89、B94 原支付 465 點，改支後為 295 點，差額 170 點。

B. 其餘醫令原支付 295 點，改支後為 215 點，差額 80 點。

3. 依下列原則並以 106 年申報資料試算，若申報上限次數調升為 60 人次，**推估約增加 0.54~1.15 百萬點**(詳附件 7)：

(1)查 106 年超過合理量經改支者皆為原支付 295 點之醫令，故財務影響皆予以校正差額 80 點。當年度每月申報屬第

31 人次至第 60 人次之醫令量，共計 6,761 件，調整合理量上限推估將增加 0.54 百萬點。

(2)若放寬上限後醫療行為改變，每月申報原支付 465 點之醫令增加，另假設自第 31~60 人次皆為 465 點之醫令(高推估)，則財務試算予以校正差額 170 點，推估將增加 1.15 百萬點。

(四)上述 3 項提案總計約增加 911.34~911.95 百萬點：

1. 調整每日藥費推估約增加 559.8 百萬點，尚在總額協商提升用藥品質合計預算之 564.6 百萬元內。
2. 餘 283 百萬元預算，若用以調整另 2 項全聯會提案，預估將超出預算 68.54~69.15 百萬點。

決議：

附表二、修訂通則五內含複雜性傷科處置申報上限之財務試算

現行專任醫師 申報型態		財務試算邏輯	醫師數	總計 月次數	內含複雜性傷科處置醫令量		放寬上限後增加點數	
					106 年		依 106 年申報量	若醫療行為改變 之高推估
					當月院申 報總計	第 31~60 人次執行量		
						A		
每月 申報 總 人 次	1~30 人次	未超出現行申報上限 30 人次， 調升申報上限後不增加點數。	846	4,520	43,325	0	0	0
	31~60 人次	按其實際超過 30 人次且未達 61 之人次，給予差額校正。	61	259	10,961	3,191	255,280	542,470
	61 人次以上	針對其第 31~60 人次，共計 30 人次，給予差額校正。	17	119	19,862	3,570 (=30*119)	285,600	606,900
總計							540,880	1,149,370

註：

- 106 年各醫師執行內含複雜性傷科處置醫令量，其當月第 29 人次起皆為支付點數 295 點之診療項目，顯示現行皆為 295 點之醫令改支為 215 點之醫令，故財務影響皆予以校正差額 80 點(=295 點-215 點)。
- 若放寬上限後醫療行為改變，每月申報支付點數 465 之醫令增加，高推估假設自第 31~60 人次皆為 465 點之醫令，則財務試算予以校正差額 170 點(=465 點-295 點)。

第五案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：檢送全民健康保險中醫門診總額癌症患者加強照護整合方案修訂內容，提請討論。

說明：

一、依「108 年度中醫門診醫療給付費用協定」及本會 107 年 10 月 7 日召開中醫門診醫療服務審查執行會第三十一次會議決議辦理。

二、建議修訂內容如下：

項次	原條文	修正條文
三.(三)1. (2)	主診斷碼：C78.0、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5+(次診斷碼：C50、Z85.3)。	主診斷碼： <u>C77</u> 、 <u>C78.0-C78.3</u> 、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5- <u>C79.7</u>)+(次診斷碼：C50、Z85.3)。
三.(三)3. (2)	(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.7、C79.3、C79.5、Z94.2)+(次診斷碼 C33、C34、Z85.1)。	(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.3、C79.5- <u>C79.7</u> 、Z94.2)+(次診斷碼 C33、C34、Z85.1)。
九.(三) 2.	特定癌症患者中醫門診加強照護計畫：須於收案三日內完成前測，90 日內完成後測，之後每滿三個月(「前次測量日+ <u>90</u> 天」至「前次測量日+ <u>150</u> 天」內)須執行一次。	特定癌症患者中醫門診加強照護計畫：須於收案三日內完成前測， <u>60</u> 日內完成後測，之後每滿 <u>60</u> 日(「前次測量日+ <u>60</u> 天」至「前次測量日+ <u>120</u> 天」內)須執行一次。
支付標準 表(三) P56006 註：	疾病管理照護費 註： 1. 包含中醫護理衛教及營養飲食指導。 2. 限 <u>三個月</u> 申報一次，申報此項目者，須參考衛教表單(如附件四)提供照護指導，並應併入病患之病歷紀錄備查。	疾病管理照護費 註： 2. 限 <u>60日</u> 申報一次，申報此項目者，須參考衛教表單(如附件四)提供照護指導，並應併入病患之病歷紀錄備查。
支付標準 表(三) P56007 註：	1. 前測(收案三日內)及後測(收案 <u>三個月</u> 內)量表皆完成，方可申請費用。 2. 限 <u>三個月</u> 申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	1. 前測(收案三日內)及後測(收案 <u>60日</u> 內)量表皆完成，方可申請費用。 2. 限 <u>60 日</u> 申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。

健保署意見：

一、108 年本項計畫預算增加 63 百萬元，總計 166 百萬元。依總額協商結果，建議朝落實全人照護，加強 3 項癌症照護計畫之實質整合，研議適應症之周延性，以照護有中醫醫療需求之癌症病人。

二、另對於「疾病管理照護費」及「生理評估費」由現行 90 日放寬至 60 日申報，應考量其妥適性及對本計畫照護人數之增加及照護品質提升是否有助益。

三、現行計畫之財務影響：

(一)107 年 1-9 月申報量約 82.6 百萬點，因本計畫各項子計畫實施日期不同，依 106 年同期占全年比率或 107 年月平均申報量計算，107 年全年預估申報費用為 114.1 百萬點。

(二)以具 106 年完整申報資料之「腫瘤患者手術、化療、放射線療法照護」、「乳癌門診加強照護」、「肝癌門診加強照護」等 3 項計畫之 107 年預估成長率為 31.2%計算，**推估 108 年本計畫合計申報費用為 149.7 百萬點。**

四、全聯會提案修訂內容及財務影響：

(一)放寬門診加強照護之乳癌適應症：

1.106 年門診申報資料中，符合提案放寬之適應症病人計 174 人，其中西醫門診 167 人、中醫門診 7 人。

2.以 106 年全年符合原乳癌適應症病人收案率 16%，預估增加收案 28 人，依 106 年本計畫乳癌患者平均每人醫療費用 13,480 點，**推估約增加 377,440 點。**

(二)放寬門診加強照護之肺癌適應症：

1.肺癌係 107 年新增之照護疾病別，建議視實施一年後之成效始考慮放寬適應症。

2.106 年門診申報資料中，符合放寬之適應症病人計 8 人，皆為西醫門診病人。

3.以 107 年 1-9 月符合原肺癌適應症病人收案率 7%，預估增加收案 1 人，依 107 年 1-9 月本計畫肺癌患者平均每人醫療費用 10,331 點，**推估約增加 10,331 點。**

(三)「疾病管理照護費」(支付點數 550 點)及「生理評估費」(支付點數 1,000 點)由現行 90 日申報一次，放寬為 60 日申報一次：

1.請補充說明放寬申報期間之理由。

2.申報期限放寬為 60 日後，每位病人一年內得申報上述 2 項醫令之次數，由 4 次增加為 6 次。107 年 1~9 月本計畫共計收案 5,828 位個案，依 106 年同期收案數占全年 78%，推估 108 年收案 8,743 人，另上述放寬適應症增加之 29 人，合計推估約增加 27.2 百萬點(1,550 點*8,772 人*2 次)。

五、綜上，本計畫總計申報約 177.28 百萬點，超出預算 11.28 百萬點。

決議：