



107 年全民健康保險醫療給付費用
中醫門診總額研商議事會議
第 1 次會議資料

107 年 3 月 8 日（星期四）

本署 18 樓大禮堂

107 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」

第 1 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	頁
二、中醫門診總額執行概況報告	第	頁
三、106 年第 3 季點值結算結果報告	第	頁
四、中醫藥政策未來方向報告	第	頁
五、隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明	第	頁

肆、討論事項

一、修訂「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」附件 1-1 及 1-2 施行區域	第	頁
二、107 年「全民健康保險中醫急症處置計畫(草案)」	第	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」106 年第 4 次

會議紀錄

時間：106 年 11 月 16 日下午 2 時

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)

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
王代表惠玄	王惠玄	許代表世源	許世源
干代表文男	干文男	許代表怡欣	請假
朱代表日僑	朱日僑	陳代表志超	陳志超
江代表瑞庭	請假	陳代表旺全	陳旺全
何代表紹彰	請假	陳代表瑞瑛	請假
呂代表世明	呂世明	陳代表憲法	陳憲法
巫代表雲光	巫雲光	黃代表光華	請假
李代表純馥	李純馥	黃代表怡超	蔡素玲(代)
林代表展弘	林展弘	黃代表蘭嫻	黃蘭嫻
施代表純全	請假	楊代表啟聖	楊啟聖
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	詹永兆
胡代表文龍	胡文龍	劉代表富村	劉富村
張代表瑞麟	張瑞麟	羅代表永達	羅永達
許代表中華	劉佳祐(代)	羅代表莉婷	羅莉婷

列席單位及人員：

衛生福利部	蘇芸蒂
全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
台灣醫院協會	吳洵伶
中華民國中醫師公會全國聯合會	凌誌遠、王逸年、賴宛而 李 敬
本署臺北業務組	林照姬、馮震華、賴美雪

	林雨亭
本署北區業務組	陳祝美
本署中區業務組	林淑惠
本署南區業務組	郭碧雲
本署高屏業務組	施怡如
本署東區業務組	請假
本署醫審及藥材組	曾玫富、郎淑琮
本署資訊組	姜義國
本署醫務管理組	劉林義、谷祖棣、吳明純、 劉立麗、吳柏彥、洪于淇、 楊秀文、吳韋均、鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

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：本會歷次會議決定/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案。

決定：報告內容洽悉，另請中醫藥司於 107 年第 1 次研商議事會議針對中藥師調劑、煎劑及科學中藥品質確保、中醫醫療資源分布及中醫藥政策未來方向報告。

第三案：106 年第 2 季點值結算結果報告。

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表：

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

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.92779632	0.94989962
北區	0.91940994	0.94775349
中區	0.89603813	0.92860200
南區	0.95208946	0.96903296
高屏	0.94006864	0.96051719
東區	1.29119969	1.20000000
全區	0.92973767	0.95264548

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

第四案：107 年中醫門診總額一般服務預算四季分配暨點值保障項目

決定：

- 一、107 年點值保障項目比照 106 年度，除藥費採每點 1 元支付外，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點 1 元支付，將報請健保會同意後實施。
- 二、107 年各季預算按 101~105 年各季核定點數占率計算如下：第一季 23.166979%、第二季 25.405122%、第三季 25.388037%、第四季 26.039862%。

第五案：107 年中醫門診總額研商議事會議召開會議時程案

決定：

一、會議時程如下，請代表預留。

會議名稱	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
會議日期	03.08 星期四	05.17 星期四	08.16 星期四	11.15 星期四	11.29 星期四

- 二、考量第一次會議時間適逢農曆年假順延至 3 月 8 日召開，為免影響院所權益，106 年第 3 季點值將先依本署計算結果辦理，俟會議召開時補行確認。

肆、討論案

第一案：修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」案

決議：同意修訂年度、預算來源及新增減計指標「院所提供慢性病照護未達一定比例」，餘同 106 年，將依程序辦理後續行政事宜。

第二案：修訂「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」案

決議：

一、修訂重點如下：

- (一)本計畫項下「腫瘤患者手術、化療、放射線療法」併至 107 年新增之「中醫癌症患者加強照護整合方案」持續辦理，故刪除相關文字。
- (二)刪除施行時間等各項年度相關用字，未來將視需要才提案修正，且不再每年公告。
- (三)退場機制依前測及後測量表完成率分別訂定，退場閾值授權本署與全聯會會後討論後決定。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

第三案：修訂「中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」案

決議：

一、修訂重點如下：

- (一)刪除施行時間等各項年度相關用字，未來將視需要才提案修正，且不再每年公告。
- (二)結案條件第一點「未連續照護【前後就醫日期相減大於 14(不含)天】者，視為中斷照護」，調整為「未連續照護【後次給藥首日減前次給藥末日大於 21(不含)天】者，視為中斷照護」。
- (三)新增退場機制，退場閾值授權本署與全聯會會後討論後決定。
- (四)取消包裹支付，回歸支付標準核實申報，並於通則增列說明針灸與傷科處置費得同時申報。

(五)「管理照護費」納入原包裹支付中之「經穴按摩指導費」，刪除評估量表費用，並調高點數為 200 點。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

三、另請中醫師公會全國聯合會洽請客觀公正之學術單位評估本計畫執行成效，並於 107 年評核會提出評估報告供委員參考。

第四案：修訂「中醫提升孕產照護品質計畫」案

決議：

一、計畫刪除施行時間等各項年度相關用字，未來將視需要才提案修正，且不再每年公告。

二、維持原計畫，不限制適用對象年齡為 25-45 歲保險對象。

三、繳交量表若未符合規定，經全聯會要求未改善，全聯會將通知保險人中止該院所執行。

四、將依程序辦理後續行政事宜。

第五案：增修訂「中醫門診總額支付標準」案

決議：

一、修訂重點如下：

(一)「每日藥費」支付點數調升 2 點。

(二)同意增加複雜性傷科適應症範圍。

(三)修訂支付標準第九章特殊疾病照護處置費-腦血管及顱腦損傷，包含調整申報方案、新增兩項醫令及增加「脊髓損傷」適應症。

(四)同意調升針傷科治療處置費支付點數 5 點。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

第六案：修訂「107 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」

案

決議：

一、修訂重點如下：

- (一) 放寬巡迴醫療服務計畫施行區域：除原有「無中醫醫事服務機構之鄉鎮市區」外，另「僅有 1 家中醫醫事服務機構之鄉鎮」亦列入施行區域。
- (二) 修訂支付方式：獎勵開業服務計畫之保障額度以當季浮動點值計算，每點不低於 1 元。
- (三) 修訂管理原則：當月申報核定總點數未達保障額度特定比率者，新增提供巡迴點規定。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

第七案：修訂「中醫癌症患者加強照護整合方案」案

決議：

一、修訂重點如下：

- (一) 整併原「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」項下「腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「乳肝癌患者中醫門診加強照護計畫」三項至本計畫，並新增肺癌及大腸癌兩項適應症。
- (二) 刪除施行時間等各項年度相關用字，未來將視需要才提案修正，且不再每年公告。
- (三) 退場機制依前測及後測量表完成率分別訂定，退場閾值授權本署與全聯會會後討論後決定。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

第八案：新增「全民健康保險中醫急症處置計畫」案

決議：俟中醫師公會全國聯合會提出草案後至研商議事會議討論。

第九案：修訂「107 年中醫門診總額一般服務地區預算分配計畫」(草案)

決議：

- 一、全年提撥風險基金 3,600 萬元，按季均分，撥補東區以外五分區鄉鎮市區當月月底僅有 1 家中醫門診特約醫事服務機構

申報之浮動點數點值差額外，剩餘款提撥 55%予臺北分區，
45%予北區分區。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

伍、散會：17時55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	106_4_報(2)_中醫門診總額執行概況報告	內容洽悉，另請中醫藥司於本次研商議事會議針對中藥師調劑、煎劑及科學中藥品質確保、中醫醫療資源分布及中醫藥政策未來方向報告。	該司提出報告內容已列入本次議程報告第4案	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	106_4_報(3)_106年第2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	106_4_報(4)_107年中醫總額一般服務預算四季分配暨點值保障項目	107年點值保障項目同106年項目，後續將提報健保會同意後實施。	107年點值保障項目業經106年12月22日健保會委員會議同意。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
4	106_4_討(1)_修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」案	僅修訂年度、預算來源及新增減計指標「院所提供慢性病照護未達一定比例」；將依程序辦理後續行政事宜。	已於1月8日公告修訂內容。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
5	106_4_討(2)_修訂「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	已於1月22日公告修訂內容。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
6	106_4_討(3)_修訂「中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	已於1月22日公告修訂內容。	☒ 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
7	106_4_討(4)_修訂「中醫提升孕產照護品質計畫」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	已於1月22日公告修訂內容。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
8	106_4_討(5)_增修訂「中醫門診總額支付標準」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	衛生福利部已於1月31日公告，自2月1日起施行	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
9	106_4_討(6)_修訂「107年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容已於1月4日公告。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
10	106_4_討(7)_修訂「中醫癌症患者加強照護整合方案」案	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容已於1月22日公告。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
11	106_4_討(8)_新增「全民健康保險中醫急症處置計畫」(草案)	俟全聯會提出草案後至研商議事會議討論。	草案內容列入本次議程討論第2案。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
12	106_4_討(9)_修訂「107年中醫門診總額一般服務地區預算分配計畫」	同意修訂內容，將依程序辦理後續行政事宜。	修正內容已於1月29日公告。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件 1）

決定：

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：106年第3季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、第3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106年第3季結算結果說明如下（附件2）：

（一）各區點值如下表：

結算季別	項目	台北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區點值
105年第3季	浮動點值	0.8769	0.8883	0.8778	0.9412	0.9592	1.2933	0.9062
	平均點值	0.9156	0.9277	0.9164	0.9624	0.9735	1.2000	0.9373
106年第2季	浮動點值	0.9278	0.9194	0.8960	0.9521	0.9401	1.2912	0.9297
	平均點值	0.9499	0.9478	0.9286	0.9690	0.9605	1.2000	0.9526
106年第3季	浮動點值	0.8648	0.8769	0.8516	0.9029	0.8954	1.2902	0.8797
	平均點值	0.9066	0.9198	0.8980	0.9372	0.9310	1.2000	0.9189

（二）中醫專案計畫：

醫療試辦計畫	106Q3 單位：千點；千元			
	當季預算數 A（註）	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	38,782	28,920	9,862	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	33,250	45,341	-12,091	0.7103
3. 提升孕產照護品質計畫	11,925	16,460	-4,535	0.7245
4. 乳癌、肝癌門診加強照護計畫	6,250	7,757	-1,507	0.8057
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	12,566	679	11,887	1.0000
6. 癌症化、放療中醫門診延長照護試辦計畫	22,265	1,629	20,636	1.0000

註：各項專款當季預算數含前一季結餘金額

三、俟會議確認後依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布及結算事宜。

決定：

=====

一、中醫一般部門服務醫療給付費用總額

(一)106年第3季調整後地區一般部門服務醫療給付費用總額

=106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_G106合計)×各季預算占率(h_q3)
= 23,511,348,057 × 25.412425%(h_q3)
= 5,974,803,691 (D1)

註：

- 依據105年11月17日「中醫門診總額研商議事會議」105年第4次會議決定，以100-104年(近五年)之各季核定點數平均占率做為106年各季預算重分配之依據。106年各季預算占率分別為：第1季：23.349456%，第2季：25.293199%，第3季：25.412425%，第4季：25.944920%。
- 106年全年地區一般部門服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G106合計)為23,511,348,057元，各季調整後預算如下：
106年第1季預算5,720,986,593元，調整後預算為5,489,771,870元= 23,511,348,057× 23.349456%(h_q1)。
106年第2季預算5,861,533,957元，調整後預算為5,946,772,052元= 23,511,348,057× 25.293199%(h_q2)。
106年第3季預算5,783,125,903元，調整後預算為5,974,803,691元= 23,511,348,057× 25.412425%(h_q3)。
106年第4季預算6,145,701,604元，調整後預算為6,100,000,444元
= 106年全年預算— 106年第1季預算— 106年第2季預算— 106年第3季預算
= 23,511,348,057元— 5,489,771,870元— 5,946,772,052元— 5,974,803,691元
= 6,100,000,444元。

=====

(二)106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G106合計)

項目	104年各季 一般服務醫療 給付費用總額	103年各季校正 投保人口數 成長率差額	105年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	104年各季校正 投保人口數 成長率差值	106年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	106年 品質保證 保留款	106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
	(Q104)	(PEOP103) =(Q104+PEOP103) ×(1+3.401%)	(Q105)	(PEOP104) =(Q105+PEOP104) ×(1+3.291%)	(Q106)	(C106) (詳說明4)	(OPD_G106) =(Q106-C106)	B3
第1季	5,324,921,216	13,183,676	5,519,653,839	29,594,349	5,731,873,946	10,887,353	5,720,986,593	26,866,132
第2季	5,457,205,702	19,673,940	5,663,148,319	22,435,537	5,872,696,421	11,162,464	5,861,533,957	33,091,350
第3季	5,381,087,547	20,449,488	5,585,243,310	24,284,110	5,794,136,967	11,011,064	5,783,125,903	33,538,032
第4季	5,724,631,860	23,723,504	5,943,856,930	17,370,269	6,157,411,186	11,709,582	6,145,701,604	0
合 計	21,887,846,325	77,030,608	22,711,902,398	93,684,265	23,556,118,520	44,770,463	23,511,348,057	93,495,514

註：

- 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年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q104)+103年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP103)) × (1+3.401%)
- 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%)。
※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%。
- 依據「106年中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式計畫」，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。
- 106年品質保證保留款(C106)
=105年編列之品質保證保留款預算+106年編列之品質保證保留款預算
= (104年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q104)+103年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP103)) ×105年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)+(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105年11月9日衛部健字第1053360140號公告「106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105年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。另品質保證保留款以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限。

二、專款項目費用

(一) 醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 121,500,000

第1季:預算=121,500,000/4= 30,375,000

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： 3,735,587(J1) (浮動點數： 2,527,506；非浮動點數： 1,208,081)
 (2)獎勵開業保障給付收入： 8,335,012(J2)
 (3)獎勵開業論次費用： 0(J3)
 (4)小計已支用點數(J1+J3)： 3,735,587(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 8,335,012(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： 1,302,547(J6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 14,725,500(J7)
 (3)小計已支用點數： 16,028,047(J8) 暫結金額= 1元/點× 16,028,047(J8)= 16,028,047(J9)

3. 合計:

已支用點數： 19,763,634(J4+J8)
 暫結金額： 24,363,059(J10=J5+J9)
 未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 30,375,000 - 24,363,059= 6,011,941

第2季:預算=當季預算+前1季未支用金額=121,500,000/4+ 6,011,941= 36,386,941

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： 4,691,998(K1) (浮動點數： 3,314,408；非浮動點數： 1,377,590)
 (2)獎勵開業保障給付收入： 9,754,148(K2)
 (3)獎勵開業論次費用： 0(K3)
 (4)小計已支用點數(K1+K3)： 4,691,998(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 9,754,148(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： 1,626,949(K6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 16,599,000(K7)
 (3)小計已支用點數： 18,225,949(K8) 暫結金額= 1元/點× 18,225,949(K8)= 18,225,949(K9)

3. 合計:

已支用點數： 22,917,947(K4+K8)
 暫結金額： 27,980,097(K10=K5+K9)
 未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 36,386,941 - 27,980,097= 8,406,844

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/02/02

106年第3季

結算主要費用年月起迄:106/07—106/09

核付截止日期:106/12/31

頁次：4

=====

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=121,500,000/4+ 8,406,844= 38,781,844

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 12

(1)獎勵開業已支用點數： 5,215,384(L1) (浮動點數： 3,940,752；非浮動點數： 1,274,632)

(2)獎勵開業保障給付收入： 10,353,117(L2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(L3)

(4)小計已支用點數(L1+L3)： 5,215,384(L4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(L3)= 10,353,117(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： 1,654,257(L6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 16,912,700(L7)

(3)小計已支用點數： 18,566,957(L8) 暫結金額= 1元/點× 18,566,957(L8)= 18,566,957(L9)

3. 合計:

已支用點數： 23,782,341(L4+L8)

暫結金額： 28,920,074(L10=L5+L9)

未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 38,781,844 - 28,920,074= 9,861,770

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=121,500,000/4+ 9,861,770= 40,236,770

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= 40,236,770 - 0= 40,236,770

=====

全年合計:全年預算=121,500,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 13

(1)獎勵開業已支用點數： 13,642,969(N1) (浮動點數： 9,782,666；非浮動點數： 3,860,303)
(2)獎勵開業保障給付收入： 28,442,277(N2)
(3)獎勵開業論次費用： 0(N3)
(4)小計已支用點數(N1+N3)： 13,642,969(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額= 28,442,277(N5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 4,583,753(N6)
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 48,237,200(N7)
(3)小計已支用點數： 52,820,953(N8) 結算金額= 52,820,953(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： 66,463,922(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)： 81,263,230
全年未支用金額=全年預算—全年結算金額=121,500,000—81,263,230= 40,236,770

註：依據「106年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/02/02

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07—106/09

核付截止日期:106/12/31

頁 次： 6

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=133,000,000

第1季:預算= 133,000,000/4= 33,250,000

	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：	27,195,777(V01)	25,703,834(VF01)	1,491,943(VN01)
(2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	8,431,168(V02)	6,914,140(VF02)	1,517,028(VN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,181,514(V03)	3,013,485(VF03)	168,029(VN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,486,754(V04)	1,403,157(VF04)	83,597(VN04)
(5)小計：	40,295,213(V05)	37,034,616(VF05)	3,260,597(VN05)

已支用點數= 40,295,213

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 40,295,213

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 33,250,000 - 40,295,213= -7,045,213

浮動點值= (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)= (33,250,000 - 3,260,597) / 37,034,616= 0.80976681

第2季:預算=當季預算+前1季未支用金額= 133,000,000/4+ 0= 33,250,000

	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：	29,606,990(W01)	28,127,041(WF01)	1,479,949(WN01)
(2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	10,218,502(W02)	8,509,323(WF02)	1,709,179(WN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,980,534(W03)	2,854,744(WF03)	125,790(WN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,300,393(W04)	1,227,534(WF04)	72,859(WN04)
(5)小計：	44,106,419(W05)	40,718,642(WF05)	3,387,777(WN05)

已支用點數= 44,106,419

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 44,106,419

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 33,250,000 - 44,106,419= -10,856,419

浮動點值= (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)= (33,250,000 - 3,387,777) / 40,718,642= 0.73337964

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/02/02

106年第3季

結算主要費用年月起迄:106/07-106/09

核付截止日期:106/12/31

頁次：7

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 133,000,000/4+

0= 33,250,000

	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：	29,295,926(X01)	27,781,560(XF01)	1,514,366(XN01)
(2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	11,236,657(X02)	9,386,349(XF02)	1,850,308(XN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,283,910(X03)	3,124,556(XF03)	159,354(XN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,524,196(X04)	1,443,373(XF04)	80,823(XN04)
(5)小計：	45,340,689(X05)	41,735,838(XF05)	3,604,851(XN05)

已支用點數= 45,340,689

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 45,340,689

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 33,250,000 - 45,340,689= -12,090,689

浮動點值= (第3季預算- 非浮動點數)/ (浮動點數)= (33,250,000 - 3,604,851)/ 41,735,838= 0.71030439

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 133,000,000/4+

0= 33,250,000

	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)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)小計：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)

已支用點數= 0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 33,250,000 - 0= 33,250,000

全年合計:全年預算= 133,000,000

	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：	86,098,693(Z01)	81,612,435(ZF01)	4,486,258(ZN01)
(2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療：	29,886,327(Z02)	24,809,812(ZF02)	5,076,515(ZN02)
(3)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,445,958(Z03)	8,992,785(ZF03)	453,173(ZN03)
(4)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,311,343(Z04)	4,074,064(ZF04)	237,279(ZN04)
(5)小計：	129,742,321(Z05)	119,489,096(ZF05)	10,253,225(ZN05)

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)= 99,750,000

未支用金額= 全年預算 - 第1-4季已暫結金額= 133,000,000 - 99,750,000= 33,250,000

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/02/02

106年第3季

結算主要費用年月起迄:106/07—106/09

核付截止日期:106/12/31

頁次：8

=====

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算＝ 47,700,000

第1季:

預算＝ 47,700,000/4＝ 11,925,000

已支用點數＝ 15,102,843

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 15,102,843

未支用金額＝ 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 11,925,000－ 15,102,843＝ -3,177,843

浮動點值＝ (第1季預算－ 非浮動點數)/ (浮動點數)＝ (11,925,000－ 0)/ 15,102,843＝ 0.78958644

第2季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 47,700,000/4＋ 0＝ 11,925,000

已支用點數＝ 15,663,309

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 15,663,309

未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數＝ 11,925,000－ 15,663,309＝ -3,738,309

浮動點值＝ (第2季預算－ 非浮動點數)/ (浮動點數)＝ (11,925,000－ 0)/ 15,663,309＝ 0.76133338

第3季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 47,700,000/4＋ 0＝ 11,925,000

已支用點數＝ 16,459,879

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 16,459,879

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 11,925,000－ 16,459,879＝ -4,534,879

浮動點值＝ (第3季預算－ 非浮動點數)/ (浮動點數)＝ (11,925,000－ 0)/ 16,459,879＝ 0.72448892

第4季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 47,700,000/4＋ 0＝ 11,925,000

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＝ 11,925,000－ 0＝ 11,925,000

全年合計:

全年預算＝ 47,700,000

已支用點數＝ 47,226,031

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)＝ 35,775,000

未支用金額＝ 全年預算－ 第1-4季已暫結金額＝ 47,700,000－ 35,775,000＝ 11,925,000

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)乳癌、肝癌門診加強照護計畫 全年預算=25,000,000

第1季:

預算= 25,000,000/4=6,250,000

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 5,337,399

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,168,519

(3)小計： 6,505,918

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 6,505,918

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 6,250,000 - 6,505,918= -255,918

浮動點值= (第1季預算- 非浮動點數)/ (浮動點數)= (6,250,000- 0)/ 6,505,918= 0.96066381

第2季:預算=當季預算+前1季未支用金額= 25,000,000/4+ 0= 6,250,000

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 5,713,423

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,003,937

(3)小計： 6,717,360

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 6,717,360

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 6,250,000 - 6,717,360= -467,360

浮動點值= (第2季預算- 非浮動點數)/ (浮動點數)= (6,250,000- 0)/ 6,717,360= 0.93042505

第3季:預算=當季預算+前1季未支用金額= 25,000,000/4+ 0= 6,250,000

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 6,648,985

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 1,107,968

(3)小計： 7,756,953

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 7,756,953

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 6,250,000 - 7,756,953= -1,506,953

浮動點值= (第3季預算- 非浮動點數)/ (浮動點數)= (6,250,000- 0)/ 7,756,953= 0.80572874

第4季:預算=當季預算+前1季未支用金額= 25,000,000/4+ 0= 6,250,000

(1)乳癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 0

(2)肝癌患者中醫門診加強照護醫療已支用點數： 0

(3)小計： 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= 6,250,000 - 0= 6,250,000

=====

全年合計：

全年預算＝ 25,000,000
 已支用點數＝ 20,980,231
 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)
 ＝ 6,250,000＋ 6,250,000＋ 6,250,000＋ 0＝ 18,750,000
 未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 25,000,000－ 18,750,000＝ 6,250,000

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

(五)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算＝ 20,000,000

第1季：

預算＝ 20,000,000/4＝ 5,000,000
 已支用點數＝ 1,392,995
 暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 1,392,995
 未支用金額＝ 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 5,000,000－ 1,392,995＝ 3,607,005

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 5,000,000＋ 3,607,005＝ 8,607,005
 已支用點數＝ 1,041,477
 暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 1,041,477
 未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 8,607,005－ 1,041,477＝ 7,565,528

第3季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 5,000,000＋ 7,565,528＝ 12,565,528
 已支用點數＝ 678,909
 暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 678,909
 未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 12,565,528－ 678,909＝ 11,886,619

=====

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 5,000,000 + 11,886,619 = 16,886,619
 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1季已支用點數 = 16,886,619 - 0 = 16,886,619

全年合計:

全年預算 = 20,000,000
 已支用點數= 3,113,381
 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)
 = 1,392,995+ 1,041,477+ 678,909+ 0= 3,113,381
 未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 20,000,000 - 3,113,381= 16,886,619

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)癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫 全年預算＝ 30,000,000

第1季:

預算＝ 30,000,000/4＝ 7,500,000
 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1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 7,500,000 - 0 = 7,500,000

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 30,000,000/4 + 7,500,000 = 15,000,000
 已支用點數 = 234,507
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 234,507
 未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 15,000,000 - 234,507 = 14,765,493

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 30,000,000/4 + 14,765,493 = 22,265,493
 已支用點數 = 1,629,452
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,629,452
 未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 22,265,493 - 1,629,452 = 20,636,041

=====

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 30,000,000/4 + 20,636,041 = 28,136,041
 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1季已支用點數 = 28,136,041 - 0 = 28,136,041

全年合計:

全年預算 = 30,000,000
 已支用點數= 1,863,959
 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)
 = 0 + 234,507 + 1,629,452 + 0 = 1,863,959
 未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 30,000,000 - 1,863,959 = 28,136,041

註：依據「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」，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。

(七)專款費用合計

第1季：已支用點數	83,060,603	暫結金額：	77,181,054
第2季：已支用點數	90,681,019	暫結金額：	80,681,081
第3季：已支用點數	95,648,223	暫結金額：	82,653,435
第4季：已支用點數	0	暫結金額：	0
小計：已支用點數	269,389,845	暫結金額：	240,515,570

※如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算

未支用金額＝專款項目合計全年預算－暫結金額
 = 377,200,000 - 240,515,570
 = 136,684,430

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部門預算

調整後地區一般服務醫療給付費用總額 5,974,803,691 (D1)

－ 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 33,538,032 (B3)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般部門預算 5,941,265,659 (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	2,684,493	1,075,516	3,760,009	3,760,009
北區	4,510,427	1,836,334	6,346,761	6,346,761
中區	2,061,329	752,674	2,814,003	2,814,003
南區	3,427,285	1,277,549	4,704,834	4,704,834
高屏	5,550,028	2,109,830	7,659,858	7,659,858
東區	5,998,210	2,254,357	8,252,567	8,252,567
合計	24,231,772	9,306,260	33,538,032(B2)	33,538,032(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% = 5,941,265,659 × 2.22% = 131,896,098 (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% -10,000,000 = 5,799,369,561 (加總後四捨五入至整數位) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) ×69% = 5,799,369,561 ×69% = 4,001,564,997 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1_5) ×11% = 5,799,369,561 ×11% = 637,930,652 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,799,369,561 × 9% = 521,943,260 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,799,369,561 × 5% = 289,968,478 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,799,369,561 × 5% = 289,968,478 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 5,799,369,561－ 4,001,564,997－ 637,930,652－ 521,943,260－ 289,968,478－ 289,968,478＝ 57,993,696

(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	96Q3+97Q3+98Q3		105年8月		105年7~9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	4,067,660,394	29.9898%	7,648,226	33.3059%	992,996.355963		30.2847%	30.8194%
北區	1,666,787,981	12.2888%	3,675,078	16.0040%	448,684.863513		13.6841%	13.9257%
中區	3,666,236,032	27.0302%	4,553,011	19.8271%	845,681.726949		25.7918%	26.2472%
南區	1,942,046,149	14.3182%	3,368,823	14.6703%	450,459.427147		13.7382%	13.9808%
高屏 東區	2,220,761,046	16.3730%	3,718,424	16.1927%	484,166.589345 56,883.036871		14.7663%	15.0269%
小計	13,563,491,602	100.0000%	22,963,562	100.0000%	3,278,871.999788	3,278,872	98.2651%	100.0000%

指標4(註7)(S4)								
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	105年7~9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	0.007974	0.067248	-0.059274	2	0.00	4,067,660,394	4,067,660,394	30.2373%
北區	0.009379	0.077637	-0.068258	4	0.00	1,666,787,981	1,666,787,981	12.3902%
中區	-0.007666	0.058419	-0.066085	3	0.00	3,666,236,032	3,666,236,032	27.2533%
南區	-0.002535	0.055940	-0.058475	1	0.00	1,942,046,149	1,942,046,149	14.4364%
高屏	-0.015133	0.057606	-0.072739	5	-0.05	2,220,761,046	2,109,722,994	15.6828%
小計						13,563,491,602	13,452,453,550	100.0000%
指標5(註8)(S5)								
指標	當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率							
計算期間	106年5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	0.013700	4,067,660,394	4,123,387,341		30.2709%			
北區	0.007345	1,666,787,981	1,679,030,539		12.3262%			
中區	-0.005203	3,666,236,032	3,647,160,606		26.7748%			
南區	-0.000077	1,942,046,149	1,941,896,611		14.2560%			
高屏	0.004218	2,220,761,046	2,230,128,216		16.3721%			
小計		13,563,491,602	13,621,603,313		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	29.9898%	33.3059%	30.8194%	30.2373%	30.2709%
北區	12.2888%	16.0040%	13.9257%	12.3902%	12.3262%
中區	27.0302%	19.8271%	26.2472%	27.2533%	26.7748%
南區	14.3182%	14.6703%	13.9808%	14.4364%	14.2560%
高屏	16.3730%	16.1927%	15.0269%	15.6828%	16.3721%
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)：

第3季指標6分配後剩餘預算(N)=
指標6預算(GF)－
前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)

=
57,993,696
－
11,161,552

=
46,832,144

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	0.92779632	34,356,709	2,480,681
北區	0.91940994	18,390,582	1,482,096
中區	0.89603813	34,634,175	3,600,628
南區	0.95208946	47,530,130	2,277,197
高屏	0.94006864	22,041,138	1,320,950
小計		156,952,734	11,161,552(M1)

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)＝ 10,000,000－前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)
＝ 10,000,000－ 422,657
＝ 9,577,343 (Gh)

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	0.92779632	0	0
北區	0.91940994	0	0
中區	0.89603813	0	0
南區	0.95208946	6,024,202	288,623
高屏	0.94006864	2,236,470	134,034
小計		8,260,672	422,657(R1)

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD2)=第3季預算Ga+ 第3季預算Gb+ 第3季預算Gc+ 第3季預算Gd+ 第3季預算Ge+ 第3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	預算(Gf) = Nx指標1占率	就醫率最高 分區之風險 基金分配款 (Gh)	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,200,061,339	212,468,545	160,859,781	87,678,639	87,776,068	14,044,866	0	1,762,889,238
北區	491,744,319	102,094,422	72,684,253	35,927,674	35,742,095	5,755,109	0	743,947,872
中區	1,081,631,022	126,483,148	136,995,491	79,025,979	77,638,480	12,658,822	9,577,343	1,524,010,285
南區	572,952,079	93,586,340	72,971,843	41,861,009	41,337,906	6,705,520	0	829,414,697
高屏	655,176,238	103,298,197	78,431,892	45,475,177	47,473,929	7,667,827	0	937,523,260
小計	4,001,564,997	637,930,652	521,943,260	289,968,478	289,968,478	46,832,144	9,577,343	5,797,785,352

(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
105年 第1季	1,518,463,662	639,890,550	1,374,355,079	779,440,611	866,967,557	5,179,117,459
第2季	1,668,383,300	699,081,865	1,469,223,679	807,813,187	914,078,605	5,558,580,636
第3季	1,700,028,983	713,059,617	1,479,644,468	803,346,483	909,521,141	5,605,600,692
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_105)	4,886,875,945	2,052,032,032	4,323,223,226	2,390,600,281	2,690,567,303	16,343,298,787
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	1,762,889,238	743,947,872	1,524,010,285	829,414,697	937,523,260	5,797,785,352
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_106)	5,063,586,368	2,140,304,253	4,450,685,707	2,470,475,773	2,769,175,469	16,894,227,570
預算成長率	3.62%	4.30%	2.95%	3.34%	2.92%	3.37%

※:預算成長率＝〔106年全年分區預算(BD_106)/ 105年全年分區預算(BD_105)－1〕×100%。

註：

- 依據「106年中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式計畫」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部門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)＝調整後地區一般部門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
 - 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)
 - 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
 - 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)。
 - 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)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/02/02

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07—106/09

核付截止日期:106/12/31

頁 次： 20

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(105年該季/104年同期)-1。

(3)醫療費用點數成長率(r)：(105年該季申報醫療費用點數/104年同期申報醫療費用點數)-1。

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

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

8. 指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

(1)分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母： 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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/02/02

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07—106/09

核付截止日期:106/12/31

頁 次： 21

=====

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，除依一般部門結算外，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) 106年度自五分區之一般服務預算項下全年移撥4,000萬元，每季1,000萬元。

(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) 各季就醫率最高分區之一般服務預算另加回當季撥付風險基金院所後之剩餘款。

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，撥補程序如下：

(1) 於105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」，使全年預算負成長之分區補至零成長。

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

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	1,342,897,349(BF)	601,398,021(BG)	213,570(BJ)
2-北區分區	526,485,298(BF)	282,230,366(BG)	65,371(BJ)
3-中區分區	1,166,993,634(BF)	530,057,289(BG)	99,888(BJ)
4-南區分區	571,912,400(BF)	312,907,235(BG)	125,945(BJ)
5-高屏分區	663,903,046(BF)	342,977,646(BG)	80,815(BJ)
6-東區分區	74,375,148(BF)	33,524,446(BG)	18,099(BJ)
7-合計	4,346,566,875(GF)	2,103,095,003(GG)	603,688(GJ)

$$2. \text{ 一般服務浮動每點支付金額} = \frac{[\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)} - \text{各分區一般服務核定非浮動點數(BG)} - \text{各分區自墊核退點數(BJ)}]}{\text{各分區一般服務核定浮動點數(BF)}}$$

臺北分區	= [1, 762, 889, 238	— 601, 398, 021 —	213, 570] /	1, 342, 897, 349 =	0. 86475534
北區分區	= [743, 947, 872	— 282, 230, 366 —	65, 371] /	526, 485, 298 =	0. 87685665
中區分區	= [1, 524, 010, 285	— 530, 057, 289 —	99, 888] /	1, 166, 993, 634 =	0. 85163542
南區分區	= [829, 414, 697	— 312, 907, 235 —	125, 945] /	571, 912, 400 =	0. 90290317
高屏分區	= [937, 523, 260	— 342, 977, 646 —	80, 815] /	663, 903, 046 =	0. 89540905
東區分區	= [131, 896, 098	— 33, 524, 446 —	18, 099] /	74, 375, 148 =	1. 32239808

$$3. \text{全區浮動每點支付金額} = \left[\begin{array}{l} \text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\ - \text{加總核定非浮動點數(BG)} \\ - \text{加總自墊核退點數(BJ)} \end{array} \right] \div \text{加總一般服務浮動核定點數(BF)}$$
$$= [5,929,681,450 - 2,103,095,003 - 603,688] / 4,346,566,875 = 0.88023097$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/02/02

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07—106/09

核付截止日期:106/12/31

頁 次： 24

4. 一般服務浮動分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

÷[一般服務核定浮動點數(BF)

+ 該分區核定非浮動點數(BG)

+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [1,762,889,238]	÷ [1,342,897,349 + 601,398,021 + 213,570]	= 0.90659868
北區分區	= [743,947,872]	÷ [526,485,298 + 282,230,366 + 65,371]	= 0.91983842
中區分區	= [1,524,010,285]	÷ [1,166,993,634 + 530,057,289 + 99,888]	= 0.89798165
南區分區	= [829,414,697]	÷ [571,912,400 + 312,907,235 + 125,945]	= 0.93724938
高屏分區	= [937,523,260]	÷ [663,903,046 + 342,977,646 + 80,815]	= 0.93104181
東區分區	= [131,896,098]	÷ [74,375,148 + 33,524,446 + 18,099]	= 1.22219160

5. 一般服務浮動全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [5,929,681,450] ÷ [4,346,566,875 + 2,103,095,003 + 603,688] = 0.91929261

6. 中醫門診總額平均點值

= [加總調整後分區一般服務預算總額(BD2) + 專款專用暫結金額 + 品質保證保留款 + 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)]

÷ [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) + 專款專用已支用點數

+ 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B2)]

= [5,929,681,450 + 82,653,435 + 11,011,064 + 33,538,032] ÷ [4,346,566,875 + 2,103,095,003 + 603,688 + 95,648,223 + 33,538,032]
= 0.92057578

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 + 乳癌、肝癌門診加強照護計畫暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫暫結金額(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)

= 28,920,074 + 33,250,000 + 11,925,000 + 6,250,000 + 678,909 + 1,629,452

= 82,653,435

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/02/02

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07—106/09

核付截止日期:106/12/31

頁 次： 25

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)	=	1,762,889,238
北區分區一般服務預算總額(BD2)	=	743,947,872
中區分區一般服務預算總額(BD2)	=	1,524,010,285
南區分區一般服務預算總額(BD2)	=	829,414,697
高屏分區一般服務預算總額(BD2)	=	937,523,260
東區分區一般服務預算總額(BD2)	=	131,896,098

總計 5,929,681,450

(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)

$$- [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} + \text{自墊核退點數(BJ)}] \times 1.2$$

$$\text{臺北分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{北區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{中區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{南區分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{高屏分區當季保留款(T1)} = 0$$

$$\text{東區分區當季保留款(T1)} = [131,896,098] - [74,375,148 + 33,524,446 + 18,099] \times 1.2 = 2,394,866$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/02/02

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07—106/09

核付截止日期:106/12/31

頁 次： 26

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	10,057,092(P) + 當季保留款	2,394,866(T1) =	12,451,958

(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 =	1,762,889,238(BD2) -	0 =	1,762,889,238
修正後北區分區一般服務預算總額 =	743,947,872(BD2) -	0 =	743,947,872
修正後中區分區一般服務預算總額 =	1,524,010,285(BD2) -	0 =	1,524,010,285
修正後南區分區一般服務預算總額 =	829,414,697(BD2) -	0 =	829,414,697
修正後高屏分區一般服務預算總額 =	937,523,260(BD2) -	0 =	937,523,260
修正後東區分區一般服務預算總額 =	131,896,098(BD2) - 2,394,866	=	129,501,232

總計

5,927,286,584

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。

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	=[1,762,889,238	— 601,398,021—	213,570]／ 1,342,897,349= 0.86475534
北區分區	=[743,947,872	— 282,230,366—	65,371]／ 526,485,298= 0.87685665
中區分區	=[1,524,010,285	— 530,057,289—	99,888]／ 1,166,993,634= 0.85163542
南區分區	=[829,414,697	— 312,907,235—	125,945]／ 571,912,400= 0.90290317
高屏分區	=[937,523,260	— 342,977,646—	80,815]／ 663,903,046= 0.89540905
東區分區	=[129,501,232	— 33,524,446—	18,099]／ 74,375,148= 1.29019827

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)

=[5,927,286,584

— 2,103,095,003—

603,688]／ 4,346,566,875= 0.87967999

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1608R01

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：107/02/02

106年第 3季

結算主要費用年月起迄:106/07—106/09

核付截止日期:106/12/31

頁 次： 28

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)

= [修正後分區一般服務預算總額(BD3)

／[一般服務核定浮動點數(BF)

+ 分區核定非浮動點數(BG)

+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [1,762,889,238	]/ [1,342,897,349 + 601,398,021 + 213,570]	= 0.90659868
北區分區	= [743,947,872	]/ [526,485,298 + 282,230,366 + 65,371]	= 0.91983842
中區分區	= [1,524,010,285	]/ [1,166,993,634 + 530,057,289 + 99,888]	= 0.89798165
南區分區	= [829,414,697	]/ [571,912,400 + 312,907,235 + 125,945]	= 0.93724938
高屏分區	= [937,523,260	]/ [663,903,046 + 342,977,646 + 80,815]	= 0.93104181
東區分區	= [129,501,232	]/ [74,375,148 + 33,524,446 + 18,099]	= 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)

= [5,927,286,584] / [4,346,566,875 + 2,103,095,003 + 603,688] = 0.91892133

5. 修正後中醫門診總額平均點值

= [修正後分區一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額 + 品質保證保留款 + 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)]

／[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) + 專款專用已支用點數

+ 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B2)]

= [5,927,286,584 + 82,653,435 + 11,011,064 + 33,538,032] / [4,346,566,875 + 2,103,095,003 + 603,688 + 95,648,223 + 33,538,032]
= 0.92021179

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 + 乳癌、肝癌門診加強照護計畫暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫暫結金額(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)

= 28,920,074 + 33,250,000 + 11,925,000 + 6,250,000 + 678,909 + 1,629,452

= 82,653,435

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月106/06(含)以前：於106/10/01～106/12/31期間核付者。

費用年月106/07～106/09：於106/07/01～106/12/31期間核付者。

第四案

報告單位：衛生福利部中醫藥司

案由：中醫藥政策未來方向報告案（附件3）

決定：

第五案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明。

說明：

- 一、本署於 106 年 7 月 25 日召開修訂「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」(以下簡稱審查辦法)討論會第二次會議，討論修正審查辦法中隨機抽樣案件之回推倍數計算方式，以降低對保險醫事服務機構的財務衝擊。會中醫界代表對於衛福部於 105 年 10 月 15 日至 10 月 28 日預告修訂條文之建議事項，例如維持隨機及立意抽樣審查併存方式，且立意抽樣審查不回推之意見，本署同意參採；另專科醫學會代表建議以「回推倍數上限」作為計算方式的意見，本署已列入修訂審查辦法草案內容。
- 二、本署參照各界意見再次將修訂審查辦法草案報部，而衛生福利部於 106 年 12 月 20 日衛部保字第 1061260608 號公告(如附件)，預告修正審查辦法，其中第 22 條第 3 項規定：隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，並應由保險人與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬訂，經提本法第六十一條第四項研商會議後，由保險人報請主管機關核定後公告；另於第二十二條附表二中門、住診極端值案件之比例，均調整為 14%。
- 三、中醫師公會全國聯合會於 106 年 8 月 30 日以電話通知，同 106 年 7 月 25 日會議上所表達之意見，門診回推倍數上限訂為 20 倍。
- 四、回推倍數上限值(中醫門診 20 倍)將由本署報請衛生福利部核定後公告。

決定：

衛生福利部 公告



發文日期：中華民國106年12月20日

發文字號：衛部保字第1061260608號

附件：「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」部分條文及第二十二條附表二修正草案總說明及修正草案條文對照表之pdf檔(1061260608-1.pdf)

主旨：預告修正「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」部分條文及第二十二條附表二草案。

依據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

一、修正機關：衛生福利部。

二、修正依據：全民健康保險法第六十三條第三項。

三、「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」部分條文及第二十二條附表二修正草案如附件。本案另載於本部全球資訊網站「法令規章／衛生福利部法規檢索系統」(網址<http://mohwlaw.mohw.gov.tw/Chi/Default.asp?class=s>)之「法規草案」網頁。

四、本案係依據本部105年10月14日衛部保字第1051260530號公告預告修正案作修訂，且本部中央健康保險署業與各相關團體多次討論，並於106年11月2日以健保審字第1060036152B號函，函知各相關團體本次預告修正之方向，爰預告期間為14日。對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報



次日起14日內陳述意見或洽詢：

(一)承辦單位：衛生福利部社會保險司

(二)地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488號4樓

(三)電話：(02)85906739

(四)傳真：(02)85906048

(五)電子郵件：hgmaggiesu@mohw.gov.tw

部長陳時中

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查 辦法部分條文及第二十二條附表二修正草案總說明

全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法於八十四年一月二十三日訂定發布，其後歷經十次修正，並修正名稱為全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下稱本辦法)，最近一次修正係於一百零三年十二月二十二日發布，本次為第十一次修訂。

本次修訂主要係因全民健康保險資源有限，為減少不適當或不必要之醫療處置，使資源得以合理分配，針對保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得朝以更精準與合理之方式，進行相關審查與檔案分析，尤其為隨機抽樣審查及回推計算方式。另配合全民健康保險會一〇六年度全民健康保險醫療給付費用總額之協定結果，修正非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額之計算。爰修正本辦法第五條、第十條、第十二條、第十三條、第二十二條，以及第二十二條附表二之內容。修正重點如下：

- 一、依據本辦法第二十二條之抽樣回推原則，酌修文字。(修正條文第五條)
- 二、為避免現行隨機抽樣之回推計算對保險醫事服務機構產生過度之財務衝擊，爰增訂採隨機抽樣之案件，保險人得設定回推倍數上限值，並考量核減方式之改變對各總額部門點值之影響，爰訂定回推倍數上限值之設定程序，即保險人應與各部門總額相關團體共同研商之機制。(修正條文第二十二條)。
- 三、修正現行隨機抽樣之回推方式，提高門診及住診極端值案件之比例，以及增列採設定回推上限值之回推方式。(修正條文第二十二條~~之~~附表二)。
- 四、依據本部公告之一〇六年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，有關其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」，各分項費用若有超支，依全民健康保險法第六十二條第三項辦理，爰修正非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額之計算，並配合酌修相關條文。(修正條文第十條、第十二條及第十三條)。

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查

辦法部分條文修正草案條文對照表

修正條文	現行條文	說明
第五條 保險醫事服務機構所申報之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。 對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣。	第五條 保險醫事服務機構所申報之醫療費用，未有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定應扣減醫療費用十倍金額、停止特約、或終止特約者，自保險人受理申報醫療費用案件、申復案件之日起逾二年時，保險人不得追扣。 對於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準有明確規範，於保險人受理申報案件二年內，經檔案分析發現違規者，保險人得輔導並追扣其費用，<u>不得回推</u>，其經審查核減之同一部分，不得重複核扣。	依據本辦法第二十二條之抽樣回推原則，刪除本條第二項「不得回推」之文字。
第十條 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫	第十條 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫	一、依據本部公告「一〇六年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」，其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目之協定事項：「各項分項費用若有超支，依全民健康保險法第六十二條第

格式化: 字型: 12 點, 非粗體

格式化: 字型: 12 點, 非粗體

格式化: 字型: 12 點, 非粗體

格式化: 字型: 12 點, 非粗體, 不加底線

格式化: 字型: 12 點, 非粗體, 不加底線

格式化: 字型: 12 點, 非粗體

格式化: 字型: 12 點, 非粗體, 不加底線

格式化: 字型: 12 點, 非粗體

格式化: 字型: 12 點, 非粗體, 不加底線

修正條文	現行條文	說明
付。 前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理： 一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。 二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。 三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六	付。 <u>實施總額部門之保險醫事服務機構</u>，前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理： 一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。 二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。 三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金	三項辦理」，故修正本條第四項文字。 二、餘酌修文字。

修正條文	現行條文	說明
十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。 藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。 非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額，以一元計算；<u>若總核定點數超過全民健康保險會協定當年度該項服務之預算時，依本法第六十二條第三項辦理。</u>	額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。 藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。 非屬各總額部門之保險醫事服務機構，<u>適用之</u>每點核定金額，以一元計算。	
第十二條 保險醫事服務機構，申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第三個月月底前核	第十二條 <u>實施總額部門之</u>保險醫事服務機構，申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第	配合本辦法第十條之修正，酌修文字。

修正條文	現行條文	說明
定之當季及前未核定季別之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。每點支付金額應於結算後一個月內完成確認。 結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。	三個月月底前核定之當季及前未核定季別之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。每點支付金額應於結算後一個月內完成確認。 結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。	
第十三條 保險醫事服務機構，如有停止特約、終止特約之情事時，保險人得自該保險醫事服務機構送核未結算之金額保留一成款	第十三條 <u>實施總額部門之</u>保險醫事服務機構，如有停止特約、終止特約之情事時，保險人得自該保險醫事服務機構送核未結算之	配合本辦法第十條之修正，酌修文字。

修正條文	現行條文	說明
項，俟每點支付金額確認後，辦理結清。	金額保留一成款項，俟每點支付金額確認後，辦理結清。	
第二十二條 保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。 <u>前項抽樣方式得採用隨機或立意抽樣，隨機抽樣以等比例回推，立意抽樣則不回推。</u> <u>隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，並應由保險人與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬訂，經提本法第六十一條第四項研商會議後，由保險人報請主管機關核定後公告。</u> 保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進	第二十二條 保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。 <u>抽樣以隨機抽樣為原則，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推。</u> 保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行分析，依分析結果，得免除抽樣審查、減少隨機抽樣審查件數、增加立意抽樣、加重審查或全審。 保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減率或	一、依據一百零六年四月二十五日「專業雙審及公開具名試辦方案」執行結果討論會議紀錄，本部中央健康保險署審查改革措施之一為「邁向精準審查」，朝以減少「隨機抽樣」、增加「立意抽樣」之抽樣模式，爰並列「隨機」及「立意」抽樣等文字，故修正第二項文字。 二、現行隨機抽樣審查雖有統計學理上之回推概念，然而回推後之總核減點數，動輒有較原未經回推核減點數高達數十倍之情事，多年來迭有保險醫事服務機構認有

修正條文	現行條文	說明
行分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審。 保險人得與保險醫事服務機構協商，以一定期間抽取若干月份之審查結果，做為該期間其他月份核減或補付作業之計算基礎。 隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如附表二。	補付<u>率</u>之計算基礎。 隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如附表二。	不合理之爭議。為降低現行隨機回推結果，對部分保險醫事服務機構造成財務之衝擊，故增訂保險人得設定回推倍數之上限值。 三、另基於總額支付制度專業自主之精神，考量核減方式之改變對點值之影響及醫療生態可能產生之衝擊等因素，爰明訂回推倍數上限值之訂定程序，即保險人應與各總額相關團體共同研商，增訂第三項。 四、<u>現行條文第三項至第五項項次遞延，並</u>配合修正文字。

第二十二條附表二修正草案對照表

修正	規定	施行	規定	說明
附表二	全民健康保險醫療服務機構醫療費用案件隨機抽樣方式、核減、補付點數回推計算方式	附表二	全民健康保險醫療服務機構醫療費用案件隨機抽樣方式、核減、補付點數回推計算方式	依據本辦法第二十二條修正現行隨機抽樣之回推方式，並參採中華民國醫師公會全國聯合會一百零六年八月二十二日全醫聯字第一〇六〇〇〇一三〇八號函之建議，提高門診及住診極端值案件之比例，門診部分由百分之六調增為百分之十四，住診部分由百分之十調增為百分之十四。
一、隨機抽樣方式：得採論人歸戶抽樣或論件抽樣。				
(一) 論人歸戶抽樣				
抽樣分類	抽樣類別	抽樣人數		備註
門診	西醫基層	申報人數 1-500 501以上	人數抽樣率 1/100 1/100	1. 抽樣類別排除洗腎、代辦案件，以病人為抽樣單位，由電腦按人歸戶後，進行隨機抽樣。 2. 西醫基層樣本人數最少5人(不足5人，則依實際申報人數全抽)；中醫樣本人數最少10人(不足10人，則依實際申報人數全抽)。
	中醫	1-250 251以上	1/50 1/50	
	牙醫	1-150人 151以上	1/15 1/15	
(二) 論件抽樣				
抽樣分類	抽樣類別	抽樣件數		備註
門診	西醫	申報件數 1-10000 10001以上	調整數 0 100	1、西醫醫院分為慢性病及其他二類。診所不分列。 2、各抽樣類別之最少抽樣件數二十件。 3、不列入隨機抽樣案件：洗腎、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、一般案件(案件分類：01、11、21)、代辦案件、論病例計酬案件(案件分類c1)及經電腦程序審查需整件核減者。
	中醫			
	牙醫	1-1000 1001以上	0 50	

[illegible]

2.中復或爭議審議總補付點數		(二)中復或爭議審議總補付點數	
總補付點數	(抽樣審查案件補付點數) + (極端值未參與之補付點數) + (案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之補付點數) + (不列入抽樣審查案件補付點數)	總補付點數	(抽樣審查案件補付點數) + (極端值未參與之補付點數) + (案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之補付點數) + (不列入抽樣審查案件補付點數)
補付率	(極端值中復案件參與之補付點數)÷(非極端值中復案件補付點數) (抽樣樣本極端值案件參與之核減點數)÷(抽樣樣本非極端值案件核減點數)	補付率	(極端值中復案件參與之補付點數)÷(非極端值中復案件補付點數) (抽樣樣本極端值案件參與之核減點數)÷(抽樣樣本非極端值案件核減點數)
抽樣審查案件補付點數	(((總合計點數) - (極端值未參與之合計點數)) × (核減率)) × 補付率	抽樣審查案件補付點數	(((總合計點數) - (極端值未參與之合計點數)) × (核減率)) × 補付率
備註	1.補付率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 2.總補付點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。 3.住院總補付點數：非診斷開關聯案件與診斷開關聯案件與類別各自之總補付點數，分別單獨計算後，再合併加總。	備註	1.補付率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 2.總補付點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。 3.住院總補付點數：非診斷開關聯案件與診斷開關聯案件與類別各自之總補付點數，分別單獨計算後，再合併加總。
(二)適用設定回推上限值者			
1.送核總核減點數			
送核總核減點數=送核回抽核減點數+送核不回推核減點數。			
1.就下列何項計算式取其數值較小者，作為送核回推核減點數。 (1) [(總合計點數) - (極端值未參與之合計點數)] - (病人轉戶排除等就醫費用合計點數) × (送核核減率) + (極端值未參與之核減點數)。 (2) (回推核減之合計點數) × (指定回推倍數上限值) + (極端值未參與之核減點數)。			
2.送核不回推核減點數= (案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減點數) + (不列入抽樣審查案件核減點數)。			
1.抽樣案件核減點數之極端值案件註數N，門診以全部抽樣案件數之1.4%，住診以全部抽樣案件數之1.4%計算(四捨五入)。			
2.所需核減點數由高至低排列，其極端值案件之核減點數分別為M1 (合計點數T1)、M2 (T2)、M3 (T3)、...、Mn (Tn)，於計算核減率時所佔之權重依序為1/(N+1)、2/(N+1)、3/(N+1)、...、N/(N+1)。			
極端值未參與之合計點數		$\frac{\sum (T_n) [(N+1-n) / (N+1)]}{\sum (M_n) [(n / (N+1)) - \sum (其他非極端值案件之核減點數) / \sum (T_n) [(n / (N+1)) + \sum (其他非極端值案件之合計點數) / \sum (M_n) [(N+1-n) / (N+1)]]}$	
送核核減率			
極端值未參與之核減點數			
1.非依第二十二條核減辦法審查之案件，其核減點數不回推計算。 2.各抽樣類別抽樣案件數門診少於二十件、住診少於十件，該抽樣類別單獨計算核減點數(即為全量不回推)，不併入計算回推核減率。 3.送核核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 4.送核總核減點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。			

2. 救濟(中復或爭議審議)總進扣或補付點數		
救濟(中復或爭議審議)總進扣或補付點數=救濟總核減點數-送核總核減點數		
救濟(中復或爭議審議)總進扣或補付點數	1. 救濟總核減點數= [(總合計點數) - (核減值未參與之合計點數) - (病人歸戶排除母體醫療費用合計點數)] × (救濟核減率) + (核減值未參與之核減點數) + (案件少於最少抽樣件數之抽樣類別之核減點數) + (不列入抽樣審查案件之核減點數)。 2. 救濟(中復或爭議審議)總進扣或補付點數核值： (1) 為負值時，向全民健康保險醫事服務機構補付差異點數。 (2) 為正值時，該數值歸零。 1. 救濟後抽審案件核減點數之核減值案件數N，門診以全部抽審案件數之1.4%、住診以全部抽審案件數之1.4%計算(四捨五入)。 2. 救濟後所有核減點數由高至低排列，其核減值案件之核減點數分別為M1(合計點數T1)、M2(T2)、M3(T3)、...、Mn(Tn)，計算核減率時所佔之權重依序為1/(N+1)、2/(N+1)、3/(N+1)、...、N/(N+1)。 $\frac{\sum (Tn) \cdot ((N+1) \cdot n) / (N+1)}{\sum (Mn) \cdot ((N+1) \cdot n) / (N+1)}$	
案件數之合計點數	$\frac{\sum (Mn) \cdot ((n / (N+1)) \cdot \sum (其他非核減值案件之核減點數))}{\sum (Tn) \cdot ((n / (N+1)) \cdot \sum (其他非核減值案件之合計點數))}$	
救濟核減率	$\frac{\sum (Mn) \cdot ((N+1) \cdot n) / (N+1)}{\sum (Tn) \cdot ((N+1) \cdot n) / (N+1)}$	
核減值未參與之核減點數	1. 救濟核減率計算至小數點第四位，第五位四捨五入。 2. 救濟(中復或爭議審議)總進扣或補付點數，西醫、中醫、牙醫單獨計算。 3. 救濟(中復或爭議審議)總進扣或補付點數：非診斷開關醫案件與診斷開關醫案件前類別各自分別單獨計算後，再合併加總。	

肆、討論事項

第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：有關「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」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 107 年 1 月 21 日中醫門診醫療服務審查執行會第 28 次會議決議辦理。
- 二、屏東縣九如鄉原列於方案附件 1-1，施行區域一覽表(一)(無中醫鄉鎮)，因目前已有診所開業，建請改列於附件 1-2，施行區域一覽表(二)(資源不足地區)。
- 三、「澎湖縣白沙鄉」、「台南市北門區」及「台南市東山區」原列於方案附件 1-2，施行區域一覽表(二)，開業診所已於 106 年 12 月及 107 年 1 月停業，建請改列於附件 1-1，施行區域一覽表(一)。

健保署意見：

- 一、107 年方案施行地區為無中醫鄉鎮(方案附件 1-1)及僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮(方案附件 1-2)。
- 二、查屏東縣九如鄉現已有一家中醫診所開業；澎湖縣白沙鄉、台南市北門區及台南市東山區已無中醫診所，均屬適用本方案之地區。
- 三、同意中醫全聯會之建議，將原方案施行地區屬無中醫鄉鎮之屏東縣九如鄉改列為僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮及新增澎湖縣白沙鄉、台南市北門區及台南市東山區為無中醫鄉鎮之方案施行地區。

決議：

第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：檢送 107 年「全民健康保險中醫急症處置計畫(草案)」(詳附件 4)，提請討論。

說明：依據中醫師公會全國聯合會 107 年 1 月 21 日中醫門診醫療服務審查執行會第 28 次會議決議辦理。

健保署意見：

- 一、中醫藥司自 102 年起輔導教學醫院辦理中醫與急診合治計畫，102 年以「眩暈患者」為對象，103 年以「下背痛患者」為對象，106 年以「急性腸阻塞」為對象，建議參考其計畫成效，作為本項中醫急症處置計畫規劃參考。
- 二、計畫所列急診適應症可能於醫院或基層院所發生，惟本計畫僅適用於有中醫部門可會診之醫院，若基層院所收治符合該等適應症之病患，是否亦可申報本項計畫？支付衡平性？
- 三、現行支付標準 02005B「住院會診費」每次支付 409 點，且規範急診處暫留床病患，以申報 1 次為限。本計畫會診中醫之單次處置費為 1,000-1,300 點，並以申報 3 次為限。建議再考量各科別支付之衡平性。
- 四、計畫所列前後測評估量表多與西醫評估方式重疊，若於急診個案重複測量，亦可能導致急診停留及觀察時間延長，建議再評估所訂量表之妥適性，宜訂定中醫急診適用之快速有效評估方式。
- 五、財務預估：
 - (一) 按 107 年中醫總額協商結果，本計畫編列 20 百萬元預算。
 - (二) 經統計目前設有中醫部門且有申報急診案件之醫院計 100 家，其 106 年急診案件中，符合本計畫所列急症會診中醫之適應症，且非為檢傷分類第 1 或第二級者，約 87 萬件，若每件以本計畫所訂治療兩次之費用 1,400 點計，推估一年約需 12.2 億點醫療費用(=87 萬*1,400 點)。

決 議：

附件 4

全民健康保險中醫急症處置計畫(草案)

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

針對急診常見病症，藉由中醫介入處置，減輕急診壅塞，減少病患反覆進出急診或滯留在急診觀察區。

三、適用範圍：急診病患需中醫介入處置，且符合下列疾病適應症。

(一)眩暈

1.適應症：ICD-10-CM前三碼為R42、H81。

3.排除急重症與危急病患。

(二)急腹症(腸阻塞)

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為K31.5、K56.0、K56.5、K56.6、K56.7、K91.3。

2.排除緊急開刀與危急病患，仍須留院觀察者。

(三)胸悶胸痛心悸

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為F41、F45.4、I20、I23.7、I49.9、K21、R00、R07、R12、R53，且符合下述情況：

(1)心電圖為normal sinus rhythm、sinus tachycardia、sinus bradycardia等，抽血數值無明顯異常需矯正，影像學診斷亦無明顯異常，給予西藥症狀治療仍無法改善，導致仍需滯留於急診留觀或等床者。

(2)確診為特定疾病所導致之胸悶胸痛心悸，經西醫治療後症狀仍持續者，導致仍需滯留於急診留觀或等床者。

(3)TIMI score大於4分之患者(其14天內之死亡率大於20%)，應與急診醫師討論，並酌情告知患者或家屬，再斟酌是否治療。

2.排除需接受緊急侵入性治療之病患(註：若經侵入性治療後，患者意識清醒且仍感不適導致須於急診留觀或等床者，則不在此限)。

3.排除生命徵象不穩定、需插管急救及其他緊急處置之病患。

4.排除須立即轉往加護病房之病患。

(四)軟組織疼痛

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為M54.4、M54.5、M60.8、M60.9、M65.3、M65.4、M65.8、M65.9、M67.4、M70、M75、M76.3、S20.2、S23、S33、S40、S46、S47、S50、S56、S57、S60、S66、S70、S76、S77、S80、S86、S87、S90、S96、S97、L03。

2.排除急重症與危急病患。

(五)經痛

1.適應症：ICD-10-CM前四碼為N94.4、N94.5、N94.6。

2.排除懷孕、急重症與危急病患。

(六)偏頭痛

1.適應症：ICD-10-CM前三碼為G43。

2.排除急重症與危急病患。

(七)癌症疼痛

1.適應症：ICD-10-CM前四碼為G89.3。

2.排除急重症與危急病患。

(八)骨骼、關節相關痛症

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為M02.3、M02.8-M02.9、M05-M19、M1A、M22-M25、M36.1-M36.4、M43、M45、M46.1、M46.4、M46.8-M46.9、M47-M51、M77、M80、M81、M84.3、M84.4、M84.5、M84.6、M79.6、S02、S12、S22、S32、S38、S39、S42、S49、S52、S59、S62、S72、S79、S82、S89、S92、S43、S53、S63、S67、S69、S73、S83、S93、S28、S38、S48、S68、S78、S88、S98。

2.排除急重症與危急病患。

(九)腦中風

1.適應症：

(1)出血性腦中風：ICD-10-CM前三碼為I61及I62，為非創傷性出血性腦中風，ICHscore為0分。

(2)梗塞性腦中風：ICD-10-CM前三碼為I63，梗塞性腦中風到急診
NIHSS小於6，未接收iv TPA病患。

2.出血性腦中風病患，排除下列情況，仍須留院觀察者：

(1)非創傷性出血性腦中風，排除蜘蛛膜下腔出血、硬腦膜下腔出血、
硬腦膜外出血。

(2)生命徵象不穩定、需插管急救、及其他緊急處置之病患。

(3)接受緊急侵入性治療之病患。

(4)立即轉往加護病房之病患。

3.梗塞性腦中風病患，排除下列情況，仍須留院觀察者：

(1)合併急性心肌梗塞病患。

(2)疑似腦出血(包括蜘蛛網膜下出血)病患。

(3)生命徵象不穩定、需插管急救之病患。

(4)接受緊急侵入性治療之病患。

(5)立即轉往加護病房之病患。

四、中醫急症處置照護流程，詳附件三。

五、評估方式

(一)眩暈：使用 VAS 量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄 VAS 分數。

(二)急腹症(腸阻塞)：使用 VAS 量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄 VAS 分數。

(三)胸悶胸痛心悸

1.記錄病患針灸治療前、後的心跳及血壓。

2.記錄病患針灸治療前、後的疼痛評估NRS。

3.記錄病患針灸治療前、後的臨床症狀改善程度(數字量化1-10，最不舒服且無法離開病床為10，可執行日常活動無不適為0)。

(四)軟組織疼痛：使用簡易 McGill 疼痛問卷(Short Form McGill Pain

Questionnaire 簡稱 SF-MPQ)進行前、後測評估，並於每次處置後記錄分數。

(五)經痛：

- 1.使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS分數。
- 2.由中醫進行病案分析與臨床評估。

(六)偏頭痛

- 1.使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS分數。
- 2.由中醫進行病案分析與臨床評估。

(七)癌症疼痛

- 1.使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS分數。
- 2.由中醫進行病案分析與臨床評估。

(八)骨骼、關節相關痛症：使用疼痛評估(VAS)、關節角度評估(ROM)進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS、ROM分數。

(九)腦中風

1.出血性腦中風

- (1)由中醫進行病案分析。
- (2)記錄病患針灸治療前、後的Coma Scale。
- (3)記錄病患針灸治療前、後的上下肢近端及遠端的Muscle power(雙側)。

2.梗塞性腦中風

- (1)由中醫進行病案分析。
- (2)記錄病患針灸治療前、後的NIHSS score。
- (3)記錄病患針灸治療前、後的Coma Scale。
- (4)記錄病患針灸治療前、後的上下肢近端及遠端的Muscle power(雙側)。

六、預算來源：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫急症處置計畫」專款項目下支應，全年經費依當年度健保會協定結果辦理。

七、申請資格：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之醫師須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育

受訓課程之中醫師。

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

八、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，以掛號郵寄方式向中醫全聯會提出申請。

九、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

十、執行方式：

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

(二)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫者，須先函送中醫全聯會進行評估，再由中醫全聯會向保險人之分區業務組申請計畫之變更，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十一、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二，每次就醫以治療三次為限。

(二)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。

十二、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「XX(中醫急症處置)」。

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

十三、執行報告：

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告包含執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

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

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

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，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、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料。

十七、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險中醫急症處置計畫申請表

基	醫 院 名 稱		機 構 代 碼			
	本計畫負責醫師姓名		身 分 證 字 號			
	本計畫負責醫師學經歷		聯 絡 電 話			
	E-mail :					
本	醫 師 姓 名	身 分 證 字 號	中醫師證書字號	中 醫 執 業 年 資	受訓課程日期	
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
資	保險醫事服務機構自評項目			請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規			☐ 未違反 ☐ 違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規			☐ 未違反 ☐ 違反		
料	機 構 章 戳					

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

附件二

全民健康保險中醫急症處置計畫
給付項目及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 五、中醫急症處置計畫之案件(同一個案)當次就醫之治療處置以三次為限。

全民健康保險中醫急症處置計畫
支付標準表

編號	診療項目	支付點數
PXXXX1	中醫急症診治費(當次就醫的第一次治療處置)	1,000
PXXXX2	中醫急症處置費(當次就醫的第二次治療處置)	400
PXXXX3	中醫急症處置費(當次就醫的第三次治療處置)	400

附件三

中醫急症處置照護流程

