



全民健康保險醫療給付費用中醫門診  
總額 112 年第 3 次研商議事會議

112 年 8 月 17 日 (星期四) 下午 2 時  
本署 9 樓第 1 會議室

**「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額  
112 年第 3 次研商議事會議」會議議程**

**壹、主席致詞**

**貳、前次會議紀錄確認**

**參、報告事項（請註記每項議題起始時間，以利切檔）**

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1
二、中醫門診總額執行概況報告案。	報 2-1
三、112 年第 1 季中醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1
四、111 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案。	報 4-1
五、中醫 111 年第 3-4 季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算事宜案。	報 5-1
六、調整「112 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」施行區域一覽表案。	報 6-1

**肆、討論事項**

一、修正「112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式案」。	討 1-1
二、「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文修訂案。	討 2-1
三、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文修訂案。	討 3-1
四、「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案。	討 4-1

**伍、臨時動議：**

**陸、散會**

## 貳、前次會議紀錄確認

# 全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 112年第2次研商議事會議紀錄

時間：112年5月18日下午2時

地點：本署9樓第1會議室

主席：李副署長丞華

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列) (\*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
何代表紹彰	何紹彰	陳代表俊龍	陳俊龍
吳代表清源	吳清源	陳代表俞沛	請假
卓代表青峰	卓青峰	陳代表博淵	陳博淵
林代表狄昇	請假	陳代表憲法	陳冠仁(代)
林代表源泉	林源泉	傅代表世靜	傅世靜
花代表錦忠	張鈺民(代)	黃代表兆杰	黃兆杰
邱代表瑞發	邱瑞發	黃代表頌儼	黃頌儼
姜代表智文	姜智文	黃代表輝榮	黃輝榮
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	詹永兆
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表素玲	蔡素玲
張代表廷堅	張廷堅	蔡代表淑貞	蔡淑貞
張代表清田	張清田	羅代表永達	羅永達
陳代表仲豪	陳仲豪	蘇代表守毅	蘇守毅
陳代表俊良	陳俊良	蘇代表芸蒂	蘇芸蒂

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	陳淑華
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、張嘉云
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、賴宛而、李敬
本署醫務管理組	劉林義、呂姿曄、洪于淇 張作貞、朱文玥、黃怡娟、 王智廣、蔡政伶、陳怡靜

本署醫審及藥材組

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

楊淑美、鄭正義

連恆榮、賴昱廷、單國浩

楊淑娟\*、郭乃文\*、黃寶玉\*

謝明珠\*、林孟萱\*

蘇彥秀\*、王奕晴\*、林裕能\*

戴秀容\*、陳淑眉\*、陳怡心\*

潘佳鈴\*、周宛儀

丁增輝\*、賴文琳\*、楊雅雯\*

高宜聲\*、林聖哲\*、秦莉英\*

蔡春梅\*

謝明雪\*、李金秀\*、黃皓綱\*

李昀融\*、吳建昌\*、廖子喬\*

高菲屏\*

羅亦珍\*、王素惠\*、鄭翠君\*

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號 9(申報醫療費用每點暫付金額/每點支付金額調整案)繼續列管，餘解除列管。

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。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年第 4 季中醫門診總額點值結算報告案。

決定：

一、 洽悉。

二、 111 年第 4 季結算點值確認如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
111年 第4季	浮動點值	0.78300552	0.72672847	0.77445001	0.78317235	0.74914057	1.12384737	0.77464217
	平均點值	0.86727374	0.83984032	0.85945430	0.87178570	0.84973350	1.07922271	0.86325539

三、 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

四、 本季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

#### 第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點之會議內容實錄，改採會議實錄錄音檔對外公開。

決定：洽悉。

#### 第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案。

說明：

- 一、 為使會議有效進行及討論聚焦，代表(含代理人)任期內需出席達三分之二次數為續聘必要條件。
- 二、 為增進研商議事會議效率，保留各總額研商議事會議召開次數之彈性，維持每季召開1次之原則，惟當次會議若無需討論之議案得不召開；結算點值之確認，改以書面確認，爰將研商議事作業要點第2點條文「至少每3個月召開1次會議」修訂為「每3個月召開1次會議為原則」。

決定：洽悉。

#### 第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務項目之預算扣減方式規劃案。

決定：

- 一、 111 年新增項目執行情形追蹤：以 112 年針傷處置醫令量較 111 年增加數，扣除 107 年至 111 年件數年平均成長率，作為針傷處置申報上限放寬之執行數；另以平均每件針傷處置申報之診察

費及藥費推估因針傷處置增加致診察費及藥費增加點數。

## 二、112年新增項目預算扣減方式：

以112年3月至12月之月平均申報量（其中針傷合併治療合理給付項目以支付點數調升前後之月平均差異點數），推估全年總申報費用，未達各項目之預算額度予以扣減。

## 參、討論事項

### 第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等5項專業醫療服務品質指標案。

決議：本案修訂通過，並依本次會議決議，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。

### 第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112年全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案「機構內收案對象中醫醫療費用，應自一般服務扣除」案。

決議：

一、本案修訂通過。

二、本署將俟112年第4季結算時，依本方案112年申報費用之住民，回推該住民(排除111年已接受本方案服務者)111年全年中醫門診申報醫療費用點數(不含「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」、「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」及代辦案件)，視為自一般服務轉移至專款之費用，予以扣減。

## 肆、散會：下午3時12分

## 參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 6 項，擬解除列管 6 項，繼續列管 0 項。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	112_臨 1_討(1)：申報醫療費用每點暫付金額/每點支付金額調整案。	因中醫總額 111 年第 3 季溢付情形較嚴重，爰該總額代表建議季結算後之溢付款可分三次(每月 1 次)進行帳務沖抵，惟僅適用中醫基層。	本署已訂定分次抵扣作業原則，總額點值結算後有溢付醫療費用需返還，且最近三個月皆有申報資料、尚在健保特約中之醫事服務機構，得向本署分區業務組提出申請辦理分次抵扣，由 1 次抵扣改分 3 次(原則每月 1 次)抵扣。各分區復依作業原則，並因地制宜、自行審酌是否准予申請。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
2	112_2_報(4)_有關全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點之會議內容實錄，改採會議實錄錄音檔對外公開。	為提升行政效率及發文時效，自本(5)月份起會議內容實錄，將比照藥物共擬會議，會議內容實錄以「會議實錄錄音檔」對外公開。	會議實錄錄音檔已公布於本署全球資訊網首頁>健保服務>健保醫療費用>醫療費用申報與給付>醫療費用支付>醫療費用給付規定>各部門總額研商議事會議紀錄>中醫總額項下。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
3	112_2_報(5)_修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」	一、為使會議有效進行及討論聚焦，代表(含代理人)任期內需出席達三分之二次數為續聘必要條件。 二、為增進研商議事會議效率，保留各總額研商議事會議召開次數之彈性，維持每季召開 1 次之原則，惟當次會議若無需討論之議案得不召開；結算點值之確認，改以書面確認，爰將研商議事作業要點第 2 點條文「至少每 3 個月召開 1 次會議」修訂為「每 3 個月召開 1 次會議為原則」。	業於 112 年 7 月 3 日健保醫字第 1120662773 號公告。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
4	112_2_報(6)_全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務項目之預算扣減方式規劃案。	<p>一、 111年新增項目執行情形追蹤：以112年針傷處置醫令量較111年增加數，扣除107年至111年件數年平均成長率，作為針傷處置申報上限放寬之執行數；另以平均每件針傷處置申報之診察費及藥費推估因針傷處置增加致診察費及藥費增加點數。</p> <p>二、 112年新增項目預算扣減方式：以112年3月至12月之月平均申報量（其中針傷合併治療合理給付項目以支付點數調升前後之月平均差異點數），推估全年總申報費用，未達各項目之預算額度予以扣減。</p>	<p>本案已提至112年7月健保委員會討論，惟與會委員多數建議依實際申報情形，辦理預算之扣減，而非採執行月份回推全年執行數方式認定執行數，爰將依健保委員會意見，配合結算時程並依實際申報數，辦理未執行額度扣減作業。</p>	<p>■ <input type="checkbox"/> 繼續列管  <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</p>
5	112_2_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（下稱品保方案）」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等5項專業醫療服務品質指標案。	<p>配合本署112年中醫門診總額新增試辦計畫，本案修訂通過，並依本次會議決議，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。</p>	<p>業於112年6月16日以衛部保字第1120124964號公告。</p>	<p>■ <input type="checkbox"/> 繼續列管  <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</p>

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
6	112_2_討(2)_112年全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案「機構內收案對象中醫醫療費用，應自一般服務扣除」案。	<p>本案修訂通過。</p> <p>本署將俟112年第4季結算時，依本方案112年申報費用之住民，回推該住民(排除111年已接受本方案服務者)111年全年中醫門診申報醫療費用點數(不含「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」、「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」及代辦案件)，視為自一般服務轉移至專款之費用，予以扣減。</p>	將依會議決議辦理費用扣減事宜。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 繼續列管

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件報 2-2 頁）

決定：



(附件)

# 中醫門診總額執行概況

中央健康保險署  
112年8月17日

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

1



## 大綱

- 112年第2季點值預估
- 112年第2季醫療供給及利用概況
- 112年第2季專案執行報告

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

2



# 點值預估說明

- 一、製表日期：112年7月3日。
- 二、總額邏輯說明：
  1. 總額醫療費用含部分負擔。
  2. 分區分配參數依健保會公告東區占率2.22%，其餘五區佔率97.78%。  
占率分配如下。
    - 2-1. 112年分區預算調整指標共計有6項，預估實際採用之校正資料為實際預算占率(72%)、戶籍人口佔率(14%)、同期就醫次數權值占率(10%)、人數利用及醫療點數成長率(4%)。
    - 2-2. 原地區預算分配所採用之第5、6項指標中醫師密度、偏鄉人口預算分配調升機制並未列入預估作業考量，且其校正占率(6%)均移至實際預算占率。
  3. 預算攤月以111年同期之申報資料分別計算過年期間、連假之週六及日、國定假日、週六、週日及工作日回攤112年得出每季各月之費用占率。
  4. 分區調後總額以送核補報占率(99.53546484%)校正，該占率以111Q1結算金額計算得之。
- 三、預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採111上半年爭審後核減率，各分區分別計之。

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

3



## 112年第2季 中醫門診總額各分區點值推估

月份	就醫分區	跨區就醫調整後總額(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
			非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第2季	臺北	2,196	912	1,526	0.8416	0.9009
	北區	945	451	687	0.7187	0.8302
	中區	1,882	776	1,406	0.7862	0.8622
	南區	1,057	484	738	0.7756	0.8645
	高屏	1,190	530	840	0.7856	0.8685
	東區	165	53	108	1.0443	1.0297
	合計	7,435	3,207	5,305	0.7970	0.8735

註1：111Q2結算全區平均點值1.010

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

4

# 112Q2預估點值 vs 112Q1結算點值



分區別	暫核付點值					
	112年第1季 結算點值(A) 		112年第2季 預估點值(B)		點值差距(B-A)	
	浮動 點值	平均 點值	浮動 點值	平均 點值	浮動 點值	平均 點值
臺北	0.8289	0.8843	0.8416	0.9009	0.0326	0.0166
北區	0.7500	0.8552	0.7187	0.8302	-0.0313	-0.0250
中區	0.7985	0.8747	0.7862	0.8622	-0.0123	-0.0125
南區	0.8083	0.8876	0.7756	0.8645	-0.0326	-0.0232
高屏	0.7726	0.8648	0.7856	0.8685	0.0130	0.0038
東區	1.1692	1.1066	1.0443	1.0297	-0.1249	-0.0768
合計	0.7994	0.8792	0.797	0.8735	-0.0023	-0.0057

- ◆ 依據112年4月7日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額112年第1次臨時研商議事會議紀錄決議，維持現行以最近一季結算點值進行暫付/核定金額計算。
- ◆ 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自112年9月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核付，依最近1季結算點值辦理。

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

5



## 112年第2季 醫療供給及利用概況

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

6



## 特約醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
108年6月	1,072	456	1,033	512	541	69	3,683
109年6月	1,104	467	1,051	522	544	71	3,759
110年6月	1,128	472	1,058	529	555	71	3,813
111年6月(A)	1,153	474	1,062	534	561	68	3,852
112年6月(B)	1,182	492	1,085	545	573	70	3,947
成長率(B/A)-1	2.5%	3.8%	2.2%	2.1%	2.1%	2.9%	2.5%
增減數B-A	29	18	23	11	12	2	95

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表之特約中醫醫院及中醫診所。

註2：成長率係與前一年同期比較。



## 具中醫科醫院 醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
111年6月(A)	26	13	33	25	20	10	127
112年6月(B)	27	16	36	25	21	10	135
成長率(B/A)-1	3.8%	23.1%	9.1%	0.0%	5.0%	0.0%	6.3%
增減數B-A	1	3	3	0	1	0	8

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

註2：112年6月較去年同期家數增減名單：

臺北區(+1)：增加1家：天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院。

北區(+3)：增加3家：臺北榮民總醫院桃園分院、為恭紀念醫院、國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處。

中區(+3)：增加3家：洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院、國軍台中總醫院附設民眾診療服務處、東華醫院。

高屏(+1)：增加1家：屏東榮民總醫院

註3：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註4：成長率為當年各月與去年同期之比較。



## 中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
108年6月	1,997	839	1,824	864	952	140	6,616
109年6月	2,075	874	1,868	886	991	149	6,843
110年6月	2,142	890	1,925	906	1,017	158	7,038
111年6月(A)	2,200	926	1,968	942	1,046	155	7,237
112年6月(B)	2,249	968	2,023	966	1,087	157	7,450
成長率(B/A)-1	2.2%	4.5%	2.8%	2.5%	3.9%	1.3%	2.9%
增減數B-A	49	42	55	24	41	2	213

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。  
註2：成長率係與前一年同期比較。



## 醫院執業之中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
108年6月	213	103	206	154	109	50	835
109年6月	225	108	221	151	118	55	878
110年6月	229	113	240	143	122	57	904
111年6月(A)	242	118	251	154	121	56	942
112年6月(B)	241	126	254	154	118	59	952
成長率(B/A)-1	-0.4%	6.8%	1.2%	0.0%	-2.5%	5.4%	1.1%
增減數B-A	-1	8	3	0	-3	3	10

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。  
註2：成長率係與前一年同期比較。



## 各分區每萬人口中醫醫師數

年度	108	109	110	111	112Q2
臺北	2.71	2.83	2.92	3.00	3.00
北區	2.29	2.34	2.42	2.48	2.50
中區	4.07	4.19	4.33	4.44	4.44
南區	2.69	2.49	2.84	2.93	2.95
高屏	2.66	2.76	2.88	2.99	2.99
東區	2.82	3.04	2.99	2.95	2.96
總計	2.90	3.00	3.10	3.18	3.19

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

11



## 各分區每萬人口中醫醫師數 與全國比值

年度	108	109	110	111	112Q2
臺北/全區	0.93	0.94	0.94	0.94	0.94
北區/全區	0.79	0.78	0.78	0.78	0.78
台中/全區	1.40	1.40	1.40	1.40	1.39
南區/全區	0.93	0.83	0.92	0.92	0.93
高屏/全區	0.92	0.92	0.93	0.94	0.94
東區/全區	0.97	1.01	0.97	0.93	0.93
全區	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

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

12



## 每萬人口中醫師數組距各區鄉鎮數

年月	每萬人口 中醫師組距	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	合計%
		112年6月	無中醫師鄉鎮	13	10	4	12	23	14
鄉鎮數	0 < X < 1	17	9	15	25	19	6	91	24.7%
	1 ≤ X < 2	14	17	12	16	17	5	81	22.0%
	2 ≤ X < 3	9	3	8	9	6	0	35	9.5%
	3 ≤ X	17	8	29	15	12	4	85	23.1%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
111年6月	無中醫師鄉鎮	15	11	4	13	24	15	82	22.3%
鄉鎮數	0 < X < 1	15	10	16	25	19	5	90	24.5%
	1 ≤ X < 2	14	14	13	15	17	5	78	21.2%
	2 ≤ X < 3	9	6	6	7	5	0	33	9.0%
	3 ≤ X	17	6	29	17	12	4	85	23.1%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
較去年同期增	無中醫師鄉鎮	-2	-1	0	-1	-1	-1	-6	
較去年同期增	0 < X < 1	2	-1	-1	0	0	1	1	
	1 ≤ X < 2	0	3	-1	1	0	0	3	
	2 ≤ X < 3	0	-3	2	2	1	0	2	
	3 ≤ X	0	2	0	-2	0	0	0	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

註：無中醫鄉鎮(-6)：

臺北區(-2)：宜蘭縣冬山鄉、壯圍鄉；北區(-1)：桃園市復興區；

南區(-1)：嘉義縣鹿草鄉；高屏(-1)：屏東縣麟邊鄉；東區(-1)：臺東縣卑南鄉。

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

13



## 112年第2季各縣市每萬人口中醫師數(一)

分區別	縣市別	中醫師數	人口數	每萬人口 中醫師數	醫人比
臺北區	宜蘭縣	96	449,705	2.13	4,684
	基隆市	76	362,396	2.10	4,768
	臺北市	996	2,504,687	3.98	2,515
	新北市	1,073	4,025,405	2.67	3,752
	金門縣	8	142,942	0.56	17,868
	連江縣	0	13,992	0.00	0
		2,249	7,499,127	3.00	3,334
北區	桃園市	600	2,302,465	2.61	3,837
	新竹市	133	454,603	2.93	3,418
	新竹縣	114	586,299	1.94	5,143
	苗栗縣	121	534,677	2.26	4,419
			968	3,878,044	2.50
中區	臺中市	1,479	2,834,046	5.22	1,916
	南投縣	145	478,462	3.03	3,300
	彰化縣	399	1,242,521	3.21	3,114
			2,023	4,555,029	4.44

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

14



## 112年第2季各縣市每萬人口中醫醫師數(二)

分區別	縣市別	中醫師數	人口數	每萬人口 中醫師數	醫人比
南區	雲林縣	160	661,767	2.42	4,136
	嘉義市	111	263,707	4.21	2,376
	嘉義縣	79	486,229	1.62	6,155
	臺南市	616	1,858,444	3.31	3,017
		966	3,270,147	2.95	3,385
高屏	高雄市	915	2,736,019	3.34	2,990
	屏東縣	167	797,291	2.09	4,774
	澎湖縣	5	107,312	0.47	21,462
		1,087	3,640,622	2.99	3,349
東區	花蓮縣	105	318,306	3.30	3,031
	臺東縣	52	212,008	2.45	4,077
		157	530,314	2.96	3,378
	總計	7,450	23,373,283	3.19	3,137

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

15

## 整體申報概況 【分區別】



年季	分區	申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
112Q2	臺北	3,269.9	17.0%	2,489.0	18.6%	761.2	1.4%
	北區	1,562.2	23.0%	1,173.2	24.2%	751.0	1.0%
	中區	2,994.9	15.1%	2,271.1	17.6%	758.3	2.2%
	南區	1,640.4	20.3%	1,276.2	19.4%	778.0	-0.7%
	高屏	1,814.1	18.4%	1,412.4	18.1%	778.6	-0.2%
	東區	203.0	17.9%	180.3	19.6%	888.0	1.4%
	全區	11,484.5	18.0%	8,802.1	19.1%	766.4	1.0%

註1：資料來源：截至112年8月4日多模態健保資料平台。  
註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。  
註3：成長率為與前一年同期比較。

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

16



## 整體申報醫療費用點數 【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
112Q2	臺北	920.0	15.9%	13.1	14.2%	1,024.6	15.5%	531.3	30.8%	2,489.0	18.6%
	北區	457.2	21.7%	6.3	13.9%	485.0	20.3%	224.6	40.0%	1,173.2	24.2%
	中區	782.6	12.8%	13.4	16.5%	930.1	13.7%	545.1	33.7%	2,271.1	17.6%
	南區	492.0	17.0%	6.9	25.5%	502.6	17.7%	274.7	27.3%	1,276.2	19.4%
	高屏	536.2	16.9%	8.3	27.3%	564.1	16.2%	303.8	24.0%	1,412.4	18.1%
	東區	57.3	14.4%	1.1	20.9%	63.5	16.0%	58.4	29.8%	180.3	19.6%
	合計	3,245.3	16.2%	49.0	18.5%	3,569.9	16.1%	1,937.9	30.9%	8,802.1	19.1%

註1：資料來源：截至112年8月4日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年藥費未調整。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

17



## 整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(1)

年季	分區/ 案件分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫 其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無 中醫鄉巡迴 醫療服務		28. 中醫慢性病 連續處方調劑	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (萬)	成長率
112Q2	臺北	1,174.5	12.2%	45.6	73.0%	518.4	20.7%	6.2	22.9%	31.1	24.1%
	北區	578.1	17.7%	23.8	27.0%	272.9	29.9%	11.7	-9.0%	67.2	15.6%
	中區	1,152.9	11.6%	87.2	43.9%	346.8	16.6%	7.7	-9.1%	27.0	94.1%
	南區	589.8	18.3%	43.0	24.7%	288.8	16.6%	13.2	48.4%	0.6	50.0%
	高屏	677.6	17.0%	29.4	50.5%	275.8	17.4%	14.5	7.9%	0.5	0.0%
	東區	60.9	13.8%	7.3	62.0%	28.7	20.3%	13.0	4.7%	0.5	0.0%
	全區	4,233.9	14.4%	236.3	43.9%	1,731.4	19.9%	66.3	8.5%	127.0	30.1%

註1：資料來源：截至112年8月4日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。0係今年及前一年皆無申報。

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

18



## 申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	分區/ 案件分類	29. 中醫針灸、 傷科及脫臼整復		30. 中醫特定疾 病門診加強照護		31. 中醫居家 (108.6新增)		醫療給付改善方 案及試辦計畫E1		合計	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
112Q2	臺北	735.2	25.6%	3.2	7.8%	5.56	127.1%	.	#VALUE!	2,489.0	18.6%
	北區	279.4	34.8%	2.9	20.5%	3.78	124.6%	.	#VALUE!	1,173.2	24.2%
	中區	655.7	26.9%	5.4	23.5%	15.11	51.5%	0.1	-98.4%	2,271.1	17.6%
	南區	328.2	22.1%	6.5	17.1%	6.62	40.1%	.	#VALUE!	1,276.2	19.4%
	高屏	403.6	19.0%	7.7	20.0%	3.74	21.5%	.	#VALUE!	1,412.4	18.1%
	東區	59.2	27.1%	1.0	-12.3%	10.15	17.0%	.	#VALUE!	180.3	19.6%
	全區	2,461.3	25.4%	26.7	16.9%	44.97	47.0%	0.1	-98.4%	8,802.1	19.1%

註1：資料來源：截至112年8月4日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。0係今年及前一年皆無申報。#VALUE!係今年與去年同期其中之一無資料。

註4：醫療給付改善方案及試辦計畫E1係為COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫

Bureau of National Health Insurance

19



## 醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	項目	申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
112Q2	臺北	274.6	26.8%	302.8	35.7%	1,102.8	7.0%
	北區	115.6	43.4%	135.2	43.7%	1,169.8	0.3%
	中區	292.6	20.9%	311.1	29.3%	1,063.2	6.9%
	南區	176.9	24.3%	201.6	23.2%	1,139.5	-0.9%
	高屏	115.6	25.9%	127.1	28.5%	1,099.5	2.0%
	東區	36.9	25.2%	44.3	31.4%	1,200.3	5.0%
	全區	1,012.1	26.1%	1,122.0	31.4%	1,108.6	4.2%

註1：資料來源：截至112年8月4日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

20



## 醫院中醫科申報醫療 費用點數【費用分類+分區別】

年季	項目 分區	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
112Q2	臺北	130.6	24.6%	5.9	23.3%	83.7	25.8%	82.7	75.6%	302.8	35.7%
	北區	60.7	36.0%	2.2	41.0%	34.6	45.2%	37.7	57.0%	135.2	43.7%
	中區	101.9	18.2%	6.0	18.1%	90.4	20.2%	112.8	52.3%	311.1	29.3%
	南區	75.3	18.3%	3.5	21.0%	51.9	22.8%	70.9	29.5%	201.6	23.2%
	高屏	47.6	23.8%	2.3	21.4%	36.2	24.6%	41.0	38.8%	127.1	28.5%
	東區	14.0	24.3%	0.9	25.7%	11.8	24.5%	17.6	43.4%	44.3	31.4%
	合計	430.0	23.2%	20.8	22.9%	308.5	25.2%	362.7	50.0%	1,122.0	31.4%

註1：資料來源：截至112年8月4日多模型健保資料平台。  
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。  
 註3：成長率為與前一年同期比較。

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

21



## 醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(1)

年季	分區	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務		28. 中醫慢性病連續處方調劑	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (萬)	成長率
112Q2	臺北	40.6	1.4%	35.7	78.3%	144.4	25.9%	1.4	143.2%	31.1	24.1%
	北區	14.0	52.0%	20.1	26.7%	71.6	36.6%	0.3	251.6%	67.2	15.6%
	中區	59.9	9.9%	72.0	41.8%	86.8	17.4%	1.3	-11.6%	21.8	127.8%
	南區	25.7	24.0%	36.7	24.1%	75.1	17.1%	4.9	42.0%	0.6	50.0%
	高屏	19.1	15.1%	21.7	39.6%	50.2	24.4%	1.7	15.3%	0.5	#VALUE!
	東區	6.0	13.9%	5.6	42.5%	12.0	29.1%	1.2	-7.6%	0.5	0.0%
	全區	165.3	13.0%	191.8	41.3%	440.2	24.0%	10.8	29.3%	121.8	30.6%

註1：資料來源：截至112年8月4日多模型健保資料平台。  
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。#VALUE!係今年與去年同期其中之一無資料。  
 註3：成長率為與前一年同期比較。0係指前一年申報為0。

22



## 醫院中醫科申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

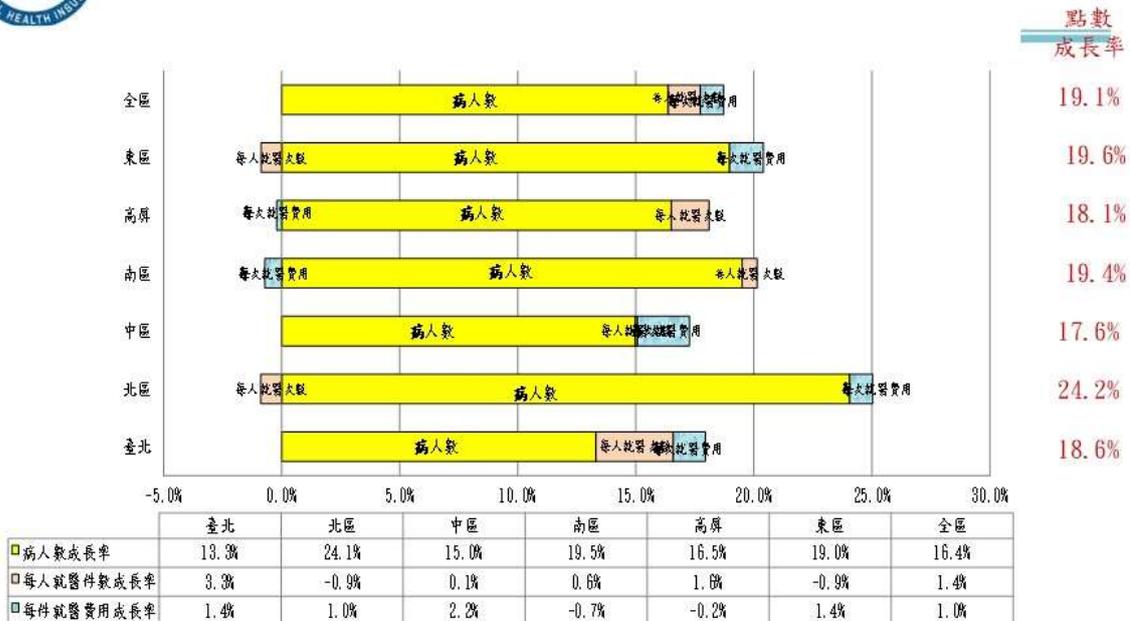
年季	分區	29. 中醫針灸、 傷科及脫臼整復		30. 中醫特定疾病 門診加強照護		31. 中醫居家 (108.6新增)		醫療給付改善方案 及試辦計畫E1		合計	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值(萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
112Q2	臺北	74.8	69.4%	2.7	14.9%	2.83	165.3%	.	#VALUE!	302.8	35.7%
	北區	26.2	76.9%	1.5	90.8%	0.75	206.9%	.	#VALUE!	135.2	43.7%
	中區	80.4	55.3%	4.3	31.0%	6.20	31.8%	3.8	-98.4%	311.1	29.3%
	南區	50.3	29.8%	5.7	21.2%	3.11	44.9%	.	#VALUE!	201.6	23.2%
	高屏	28.9	39.3%	4.2	35.1%	1.21	14.2%	.	#VALUE!	127.1	28.5%
	東區	16.1	47.2%	0.7	-10.5%	2.60	22.2%	.	#VALUE!	44.3	31.4%
	全區	276.7	52.7%	19.2	27.3%	16.70	47.2%	3.8	-98.4%	1,122.0	31.4%

註1：資料來源：截至112年8月4日多模態健保資料平台。  
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。  
 註3：成長率為與前一年同期比較。0係今年及前一年皆無申報。#VALUE!係今年與去年同期其中之一無資料。  
 註4：醫療給付改善方案及試辦計畫E1係為COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫

Bureau of National Health Insurance



## 112年Q2整體費用分析解構圖



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



## 中醫專案計畫

- 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(112年腦血管疾病新增腦血管後遺症(診斷碼I69)、術後疼痛)
- 中醫癌症患者加強照護整合方案( 112年新增胃癌、攝護腺癌、口腔癌)
- 中醫提升孕產照護品質計畫(104年新增)
- 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫(105年新增)
- 中醫急症處置計畫(107年新增)
- 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109年新增)
- 照護機構中醫醫療照護方案(111年新增)



## 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

院所層級	112Q2			
	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	14	2,171	25.0	26.8
區域醫院	40	2,962	36.2	39.7
地區醫院	50	1,631	22.0	25.6
總計	104	6,020	83.1	92.0

註：112年全年預算436.8百萬點，第1季支用82.7百萬點，累計至第2季預算執行率40.0%。

資料來源：截至112年8月2日多模型健保資料平台。



## 中醫癌症患者加強照護整合方案

112Q2

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	14	3,058	15.5	23.1
區域醫院	35	2,660	17.7	26.5
地區醫院	26	903	5.3	7.4
基層院所	63	788	3.7	4.9
總計	138	7,361	42.1	61.9

註：112年全年預算245百萬點，第1季支用54.6百萬點，累計至第2季預算執行率47.6%。  
資料來源：截至112年8月2日多模態健保資料平台。

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

27



## 中醫提升孕產照護品質計畫

112Q2

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	7	340	1.6	1.7
區域醫院	14	819	5.0	5.8
地區醫院	12	94	0.4	0.4
基層院所	89	1,792	8.6	9.4
總計	122	3,021	15.6	17.4

註：112年全年預算81百萬點，第1季支用15.6百萬點，累計至第2季預算執行率40.8%。  
資料來源：截至112年8月2日多模態健保資料平台。

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

28



## 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

院所層級	112Q2			
	院所家數	照護人數	照護人次 (次)	醫療點數 (萬點)
醫學中心	4	158	445	54.2
區域醫院	2	9	37	4.1
地區醫院	0	0	0	0.0
基層院所	81	1,242	4,024	421.5
總計	87	1,409	4,506	479.8

註：112年全年預算21.6百萬點，第1季支用4.01百萬點，累計至第2季預算執行率40.8%。  
資料來源：截至112年8月2日多模型健保資料平台。



## 中醫急症處置計畫

院所層級	112Q2			
	院所家數	照護人數	照護人次 (次)	醫療點數 (萬點)
醫學中心	3	378	498	75.5
區域醫院	3	924	950	187.8
總計	6	1302	1448	263.3

註：112年全年預算5百萬點，第1季支用1.498百萬點，累計至第2季預算執行率82.6%。  
資料來源：截至112年8月2日多模型健保資料平台。

醫學中心：台北馬偕醫院、高雄長庚紀念醫院、花蓮慈濟醫院  
區域醫院：基隆長庚紀念醫院、部立豐原醫院、部立台北醫院



## 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

院所層級		112Q2		
醫學中心	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(百萬點)
區域醫院	9	859	2,918	5.2
地區醫院	17	633	2,383	4.1
基層院所	17	368	1,280	2.3
總計	86	1,455	6,262	8.8
總計	129	3,299	12,843	20.4

註：112年全年預算105.3百萬點，第1季支用18.5百萬點，第2季預算執行率36.9%。  
資料來源：截至112年8月2日多模態健保資料平台。



## 照護機構中醫醫療照護方案

院所層級		112Q2		
院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
醫學中心	6	165	1,148	86.9
區域醫院	19	373	2,766	202.1
地區醫院	12	282	1,808	141.1
基層院所	29	738	4,571	427.3
小計	29	738	4,571	857.3
合計				23.4
合計				880.7

註：112年全年預算28百萬點，第1季支用6.36百萬點，第2季預算執行率54.2%。  
資料來源：截至112年8月2日多模態健保資料平台。



單位:百萬點

## 112Q2分區申報專案費用點數

分區別	住院輔助	癌症整合	孕產	鼻炎	急症	腎臟病	中醫照護	合計	占率
台北	18.6	11.4	2.1	0.8	0.143	2.6	1.0	36.6	17.6%
北區	5.2	9.0	1.3	1.5	.	3.6	0.9	21.3	10.3%
中區	41.0	18.5	5.9	1.7	2.0	6.7	3.0	78.7	37.9%
南區	14.3	12.4	5.7	0.3	.	3.3	1.3	37.4	18.0%
高屏	10.6	9.0	2.1	0.6	.	3.4	1.4	27.0	13.0%
東區	2.4	1.6	0.4	.	0.5	0.8	1.0	6.7	3.2%
全署	92.0	61.9	17.4	4.8	2.6	20.4	8.6	207.7	100.0%

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

33



## 小結

- 中醫門診總額各項專案計畫在112年Q2之預算執行率較不如預期者，請中全會鼓勵會員積極參與，提升執行率。
- 中醫門診總額各項專案計畫未來執行費用若超出預算，將以浮動點值結算。

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

34



敬請指教

### 報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112年第1季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、本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112年第1季結算結果說明如下（頁次：報3-3）。

（一）依衛生福利部112年8月8日衛部健字第1123360102號公告修正「112年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式」（附件）暨中華民國中醫師公會全國聯合會於112年8月8日（112）全聯醫總兆字第0617號函（已列入本會議討論事項第一案）修訂「112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」分配計畫，略以增列風險調整移撥款3千萬元，用於逐季補助當季浮動點值低於0.75者則補至0.75，經統計112年第1季北區分區浮動點值0.70920902，補至0.75所需經費為24,106,701元，尚未支用金額5,893,299元（頁次：報3-31頁）。

（二）第1季各分區結算點值如下表：

結算年季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
111年第1季	浮動點值	1.04641397	1.08333506	1.01526552	1.05463251	1.03781687	1.27593658	1.04693855
	平均點值	1.02886400	1.05003577	1.00964231	1.03238145	1.02290964	1.17732684	1.02888203
112年第1季	浮動點值	0.80893858	0.75000000	0.79847261	0.80827381	0.77256082	1.16924259	0.79938470
	平均點值	0.88428532	0.85515586	0.87474026	0.88761742	0.86476814	1.10657709	0.87922141

（三）中醫專案計畫：

專款項目	112Q1			單位:千元
	當季預算數 A (註1)	當季暫結金 額D	未支用金額 (A)-(D)	當季浮動 點值
1. 醫療資源不足地區改善方案	43,000	30,465	12,535	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	109,200	82,668	26,532	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	20,250	15,610	4,640	1.0000
4. 癌症患者加強照護整合方案	61,250	54,503	6,747	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	5,400	4,000	1,400	1.0000
6. 中醫急症處置計畫	1,250	1,483	-233	0.8426
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	26,325	18,443	7,882	1.0000
8. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(註2)	7,000	6,345	655	1.0000
8. 網路頻寬補助費用(註1、4)	98,000	21,032	76,968	
9. 品質保證保留款(另行結算)	49,306			

註1. 各項專款當季預算數含前一季未支用金額。網路頻寬補助費用、品質保證保留款為全年預算數。

註2. 醫療資源不足地區改善方案-獎勵開業服務計畫112Q1為8家。

註3. 當季暫結金額=1點/元\*當季支用點數。

註4. 網路頻寬補助費用累計至本季執行率為21.46%。預算如有不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

### 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

程式代號：RGI3208R02

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：112/08/08

112年第 1 季

結算主要費用年月起迄:112/01—112/03

核付截止日期:112/06/30

頁 次： 1

## 一、中醫一般服務醫療給付費用總額

## (一)112年第1季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 112\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G112合計)} \times \text{各季預算占率}(h_{q1}) \\
 &= 29,737,312,041 \times 23.209366\%(h_{q1}) \\
 &= 6,901,841,590 \text{ (D1)}
 \end{aligned}$$

註：

- 依據111年11月17日「中醫門診總額研商議事會議」111年第4次會議決定，以105-109年之各季核定點數平均占率做為112年各季預算重分配之依據。112年各季預算占率分別為：第1季：23.209366%，第2季：25.148925%，第3季：25.846146%，第4季：25.795563%。
- 112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\_G112合計)為29,737,312,041元，各季調整後預算如下：
  - 112年第1季預算7,262,891,301元，調整後預算為6,901,841,590元 =  $29,737,312,041 \times 23.209366\%(h_{q1})$ 。
  - 112年第2季預算7,417,657,365元，調整後預算為7,478,614,302元 =  $29,737,312,041 \times 25.148925\%(h_{q2})$ 。
  - 112年第3季預算7,311,449,483元，調整後預算為7,685,949,087元 =  $29,737,312,041 \times 25.846146\%(h_{q3})$ 。
  - 112年第4季預算7,745,313,892元，調整後預算為7,670,907,062元
    - = 112年全年預算 - 112年第1季調整後預算 - 112年第2季調整後預算 - 112年第3季調整後預算
    - = 29,737,312,041元 - 6,901,841,590元 - 7,478,614,302元 - 7,685,949,087元
    - = 7,670,907,062元。

(二)112年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD\_G112合計)

項目	110年各季 一般服務醫療 給付費用總額	109年各季校正 投保人口預估 成長率差額	110年 違反特管辦法 之扣款(註1)	111年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	110年各季校正 投保人口預估 成長率差值	111年 違反特管辦法 之扣款(註2)	112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(註3)	112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
	(Q110)	(PEOP109)	(B2)	(Q111) =(Q110+PEOP109 +B2)×(1+4.176%)	(PEOP110)	(B3)	(Q112) =(Q111+PEOP110 +B3)×(1+4.072%)	(C106)	(OPD_G112) =(Q112- C106)	(B4)
第1季	6,721,473,480	-5,418,561	5,994,059	7,002,761,743	-22,238,657	3,526,946	7,268,440,549	5,549,248	7,262,891,301	53,083,266
第2季	6,878,508,758	-10,761,702	5,994,059	7,160,788,544	-31,423,887	3,526,946	7,423,342,949	5,685,584	7,417,657,365	0
第3季	6,783,848,615	-12,641,350	5,994,059	7,060,217,251	-32,977,987	3,526,946	7,317,059,010	5,609,527	7,311,449,483	0
第4季	7,208,142,661	-27,123,730	5,994,059	7,487,142,652	-42,676,749	3,526,947	7,751,275,119	5,961,227	7,745,313,892	0
合計	27,591,973,514	-55,945,343	23,976,236	28,710,910,190	-129,317,280	14,107,785	29,760,117,627	22,805,586	29,737,312,041	53,083,266

註：

- 111年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q111)  
= (110年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q110)+109年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP109) +110年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) × (1+4.176%)。  
※111年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 23,976,236元，按季均分。
- 112年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q112)  
= (111年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q111)+110年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP110) +111年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) × (1+4.072%)。  
※一般服務成長率為4.072%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.394%，協商因素成長率2.678%。  
※依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112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111年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會111年第6次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110年未導入預算扣減」部分(未有需扣除110年未導入金額)。  
※112年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 14,107,785元，按季均分。
- 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+104年各季校正投保人口數成長率差值) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。
- 依據「112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，再進行預算分配。

## 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 = 172,000,000

第1季:預算=172,000,000/4= 43,000,000

## 1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 8

(1) 獎勵開業已支用點數 : 5,534,442(J1) (浮動點數 : 3,637,492 ; 非浮動點數 : 1,896,950)

(2) 獎勵開業保障給付收入 : 7,021,891(J2)

(3) 獎勵開業論次費用 : 46,000(J3)

(4) 小計已支用點數(J1+J3) : 5,580,442(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 7,067,891(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 : 2,334,975(J6)

(2) 中醫巡迴論次費用已支用點數 : 21,062,500(J7)

(3) 小計已支用點數 : 23,397,475(J8) 暫結金額= 1元/點× 23,397,475(J8)= 23,397,475(J9)

## 3. 合計:

已支用點數: 28,977,917(J4+J8)

暫結金額 : 30,465,366(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 43,000,000 - 30,465,366= 12,534,634

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 12,534,634= 55,534,634

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 0

(1)獎勵開業已支用點數 : 0(K1) (浮動點數 : 0 ; 非浮動點數 : 0)  
 (2)獎勵開業保障給付收入 : 0(K2)  
 (3)獎勵開業論次費用 : 0(K3)  
 (4)小計已支用點數(K1+K3) : 0(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 0(K5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數 : 0(K6)  
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 0(K7)  
 (3)小計已支用點數 : 0(K8) 暫結金額= 1元/點× 0(K8)= 0(K9)

3. 合計:

已支用點數： 0(K4+K8)  
 暫結金額： 0(K10=K5+K9)  
 未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 55,534,634 - 0 = 55,534,634

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 55,534,634= 98,534,634

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= 98,534,634 - 0= 98,534,634

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 98,534,634= 141,534,634

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=141,534,634 - 0=141,534,634

=====

全年合計:全年預算=172,000,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 8

(1)獎勵開業已支用點數 : 5,534,442(N1) (浮動點數 : 3,637,492 ; 非浮動點數 : 1,896,950)

(2)獎勵開業保障給付收入 : 7,021,891(N2)

(3)獎勵開業論次費用 : 46,000(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3) : 5,580,442(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額=7,067,891(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 : 2,334,975(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 21,062,500(N7)

(3)小計已支用點數 : 23,397,475(N8) 結算金額=23,397,475(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： 28,977,917(N4+N8)

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)

= 30,465,366 + 0 + 0 + 0 = 30,465,366

未支用金額=全年預算 - 全年暫結金額=172,000,000 - 30,465,366=141,534,634

註：依據「112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=436,800,000

第1季:預算= 436,800,000/4= 109,200,000

	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：	55,437,566(V01)	53,079,818(VF01)	2,357,748(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,968,767(V02)	9,503,673(VF02)	465,094(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,987,156(V03)	3,768,317(VF03)	218,839(VN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	13,274,323(V04)	12,225,696(VF04)	1,048,627(VN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(V05)	0(VF05)	0(VN05)
(6)小計：	82,667,812(V06)	78,577,504(VF06)	4,090,308(VN06)

已支用點數= 82,667,812

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 82,667,812

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 109,200,000 - 82,667,812= 26,532,188

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 26,532,188= 135,732,188

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W01)	0(WF01)	0(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W02)	0(WF02)	0(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W03)	0(WF03)	0(WN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W04)	0(WF04)	0(WN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(W05)	0(WF05)	0(WN05)
(6)小計：	0(W06)	0(WF06)	0(WN06)

已支用點數= 0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 135,732,188 - 0= 135,732,188

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 135,732,188= 244,932,188

	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)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
(6)小計：	0(X06)	0(XF06)	0(XN06)
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=	244,932,188 -	0 =	244,932,188

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 244,932,188= 354,132,188

	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)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)小計：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
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=	354,132,188 -	0 =	354,132,188

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

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：112/08/08

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01-112/03

核付截止日期:112/06/30

頁 次： 10

全年合計:全年預算= 436,800,000

	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：	55,437,566(Z01)	53,079,818(ZF01)	2,357,748(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,968,767(Z02)	9,503,673(ZF02)	465,094(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,987,156(Z03)	3,768,317(ZF03)	218,839(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	13,274,323(Z04)	12,225,696(ZF04)	1,048,627(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Z05)	0(ZF05)	0(ZN05)
(6)小計：	82,667,812(Z06)	78,577,504(ZF06)	4,090,308(ZN06)

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)  
 = 82,667,812+ 0+ 0+ 0= 82,667,812  
 未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 436,800,000 - 82,667,812= 354,132,188

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= 81,000,000

第1季:

預算= 81,000,000/4= 20,250,000  
 已支用點數= 15,609,606  
 暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 15,609,606  
 未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 20,250,000 - 15,609,606= 4,640,394

第2季:

預算= 當季預算+前一季未支用金額= 81,000,000/4+ 4,640,394= 24,890,394  
 已支用點數= 0  
 暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0  
 未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 24,890,394 - 0= 24,890,394

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R02

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：112/08/08

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01-112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次： 11

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 81,000,000/4+ 24,890,394= 45,140,394  
 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= 45,140,394 - 0= 45,140,394

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 81,000,000/4+ 45,140,394= 65,390,394  
 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= 65,390,394 - 0= 65,390,394

全年合計:

全年預算= 81,000,000  
 已支用點數= 15,609,606  
 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)  
 = 15,609,606+ 0+ 0+ 0= 15,609,606  
 未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 81,000,000 - 15,609,606= 65,390,394

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)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算= 21,600,000

## 第1季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= 21,600,000/4 = 5,400,000 \\ \text{已支用點數} &= 3,999,760 \quad (\text{浮動點數: } 2,673,735 \quad \text{非浮動點數: } 1,326,025) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 3,999,760 \\ \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 5,400,000 - 3,999,760 = 1,400,240 \end{aligned}$$

## 第2季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 21,600,000/4 + 1,400,240 = 6,800,240 \\ \text{已支用點數} &= 0 \quad (\text{浮動點數: } 0 \quad \text{非浮動點數: } 0) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 6,800,240 - 0 = 6,800,240 \end{aligned}$$

## 第3季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 21,600,000/4 + 6,800,240 = 12,200,240 \\ \text{已支用點數} &= 0 \quad (\text{浮動點數: } 0 \quad \text{非浮動點數: } 0) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 12,200,240 - 0 = 12,200,240 \end{aligned}$$

## 第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 21,600,000/4 + 12,200,240 = 17,600,240 \\ \text{已支用點數} &= 0 \quad (\text{浮動點數: } 0 \quad \text{非浮動點數: } 0) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 17,600,240 - 0 = 17,600,240 \end{aligned}$$

## 全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 21,600,000 \\ \text{已支用點數} &= 3,999,760 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 3,999,760 + 0 + 0 + 0 = 3,999,760 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 21,600,000 - 3,999,760 = 17,600,240 \end{aligned}$$

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。

(五)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=245,000,000

第1季:預算= 245,000,000/4= 61,250,000

	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：	19,542,735	16,430,585	3,112,150
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	20,591,318	20,591,318	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,553,032	1,553,032	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	5,063,176	5,063,176	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	4,539,062	4,539,062	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,649,425	2,390,019	259,406
(7)胃癌患者中醫門診加強照護：	108,383	108,383	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護：	234,837	234,837	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護：	221,202	221,202	0
(10)小計：	54,503,170	51,131,614	3,371,556

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 54,503,170

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 61,250,000 - 54,503,170 = 6,746,830

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 6,746,830 = 67,996,830

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	0	0	0
(7)胃癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(10)小計：	0	0	0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 67,996,830 - 0 = 67,996,830

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 67,996,830= 129,246,830

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	0	0	0
(7)胃癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(10)小計：	0	0	0
暫結金額= 1元/點× 已支用點數=	0		
未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數=	129,246,830 -	0=	129,246,830

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 129,246,830= 190,496,830

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	0	0	0
(7)胃癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(10)小計：	0	0	0
暫結金額= 1元/點× 已支用點數=	0		
未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數=	190,496,830 -	0=	190,496,830

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R02

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：112/08/08

112年第1季

結算主要費用年月起迄:112/01-112/03

核付截止日期:112/06/30

頁次：15

全年合計：全年預算 = 245,000,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療：	19,542,735	16,430,585	3,112,150
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	20,591,318	20,591,318	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,553,032	1,553,032	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	5,063,176	5,063,176	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	4,539,062	4,539,062	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,649,425	2,390,019	259,406
(7)胃癌患者中醫門診加強照護：	108,383	108,383	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護：	234,837	234,837	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護：	221,202	221,202	0
(10)小計：	54,503,170	51,131,614	3,371,556

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)

= 54,503,170 + 0 + 0 + 0 = 54,503,170

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 245,000,000 - 54,503,170 = 190,496,830

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。

(六)中醫急症處置計畫 全年預算= 5,000,000

第1季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= 5,000,000/4 = 1,250,000 \\ \text{已支用點數} &= 1,483,433 \quad (\text{浮動點數}: 1,483,433 \quad \text{非浮動點數}: 0) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 1,483,433 \\ \text{未支用金額} &= \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 1,250,000 - 1,483,433 = -233,433 \\ \text{浮動點值} &= (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (1,250,000 - 0) / 1,483,433 = 0.84264001 \end{aligned}$$

第2季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000/4 + 0 = 1,250,000 \\ \text{已支用點數} &= 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 1,250,000 - 0 = 1,250,000 \end{aligned}$$

第3季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000/4 + 1,250,000 = 2,500,000 \\ \text{已支用點數} &= 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 2,500,000 - 0 = 2,500,000 \end{aligned}$$

第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000/4 + 2,500,000 = 3,750,000 \\ \text{已支用點數} &= 0 \quad (\text{浮動點數}: 0 \quad \text{非浮動點數}: 0) \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 3,750,000 - 0 = 3,750,000 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 5,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 1,250,000 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 1,250,000 + 0 + 0 + 0 = 1,250,000 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 5,000,000 - 1,250,000 = 3,750,000 \end{aligned}$$

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

## =====

(七)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 全年預算=105,300,000

## 第1季:

$$\text{預算} = 105,300,000/4 = 26,325,000$$

$$\text{已支用點數} = 18,443,304 \quad (\text{浮動點數}: 18,443,304 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 18,443,304$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 26,325,000 - 18,443,304 = 7,881,696$$

## 第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 105,300,000/4 + 7,881,696 = 34,206,696$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 34,206,696 - 0 = 34,206,696$$

## 第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 105,300,000/4 + 34,206,696 = 60,531,696$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 60,531,696 - 0 = 60,531,696$$

## 第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 105,300,000/4 + 60,531,696 = 86,856,696$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 86,856,696 - 0 = 86,856,696$$

## 全年合計:

$$\text{全年預算} = 105,300,000$$

$$\text{已支用點數} = 18,443,304 \quad (\text{浮動點數}: 18,443,304 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

$$= 18,443,304 + 0 + 0 + 0 = 18,443,304$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 105,300,000 - 18,443,304 = 86,856,696$$

註：依據「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，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。

=====

(八)中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 全年預算= 28,000,000

## 第1季:

$$\text{預算} = 28,000,000/4 = 7,000,000$$

$$(1)\text{論次支付費用} : 613,000$$

$$(2)\text{論量支付已支用點數} : 5,732,030 \quad (\text{浮動點數} : 4,354,641 \quad \text{非浮動點數} : 1,377,389)$$

$$(9)\text{小計已支用點數} : 6,345,030$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 6,345,030$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 7,000,000 - 6,345,030 = 654,970$$

## 第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 28,000,000/4 + 654,970 = 7,654,970$$

$$(1)\text{論次支付費用} : 0$$

$$(2)\text{論量支付已支用點數} : 0 \quad (\text{浮動點數} : 0 \quad \text{非浮動點數} : 0)$$

$$(9)\text{小計已支用點數} : 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 7,654,970 - 0 = 7,654,970$$

## 第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 28,000,000/4 + 7,654,970 = 14,654,970$$

$$(1)\text{論次支付費用} : 0$$

$$(2)\text{論量支付已支用點數} : 0 \quad (\text{浮動點數} : 0 \quad \text{非浮動點數} : 0)$$

$$(9)\text{小計已支用點數} : 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 14,654,970 - 0 = 14,654,970$$

## 第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 28,000,000/4 + 14,654,970 = 21,654,970$$

$$(1)\text{論次支付費用} : 0$$

$$(2)\text{論量支付已支用點數} : 0 \quad (\text{浮動點數} : 0 \quad \text{非浮動點數} : 0)$$

$$(9)\text{小計已支用點數} : 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 21,654,970 - 0 = 21,654,970$$

## 全年合計：

全年預算 = 28,000,000

(1)論次支付費用：613,000

(2)論量支付已支用點數：5,732,030 (浮動點數：4,354,641 非浮動點數：1,377,389)

(9)小計已支用點數：6,345,030

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)

= 6,345,030 + 0 + 0 + 0 = 6,345,030

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 28,000,000 - 6,345,030 = 21,654,970

註：依據「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」，本計畫之預算，按季均分及結算，「論次費用」每點支付金額以1元支付，各季預算扣除論次費用後，其餘項目採浮動點值支付，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。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。

## (九)網路頻寬補助費用 全年預算 = 98,000,000

第1季已支用點數：21,032,170

第2季已支用點數：0

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：21,032,170

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 21,032,170

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 98,000,000 - 21,032,170 = 76,967,830

註：預算如有不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

## (十)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+112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

+104年各季校正投保人口數成長率差值) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%) + 27,600,000

= (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% + 27,600,000

= 5,549,248 + 5,685,584 + 5,609,527 + 5,961,227 + 27,600,000

= 50,405,586

※依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)與112年度之品質保證保留款(27.6百萬元)合併運用(計50.4百萬元)。

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 6,901,841,590 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬結算金額 53,083,266 (B4)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算 6,848,758,324 (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	3,609,569	1,549,239	5,158,808	5,158,808
北區	5,605,511	3,015,755	8,621,266	8,621,266
中區	4,844,602	2,120,719	6,965,321	6,965,321
南區	5,959,152	2,869,114	8,828,266	8,828,266
高屏	8,518,222	3,926,200	12,444,422	12,444,422
東區	7,805,553	3,259,630	11,065,183	11,065,183
合計	36,342,609	16,740,657	53,083,266	53,083,266(B4)

※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% = 6,848,758,324 × 2.22% = 152,042,435 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險調整移撥款(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D1\_5) = (E) × 97.78% - 7,500,000 = 6,689,215,889 (加總後四捨五入至整數位) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1\_5) × 66% = 6,689,215,889 × 66% = 4,414,882,487 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1\_5) × 14% = 6,689,215,889 × 14% = 936,490,224 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1\_5) × 10% = 6,689,215,889 × 10% = 668,921,589 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1\_5) × 4% = 6,689,215,889 × 4% = 267,568,636 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1\_5) × 5% = 6,689,215,889 × 5% = 334,460,794 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 6,689,215,889 - 4,414,882,487 - 936,490,224 - 668,921,589 - 267,568,636 - 334,460,794 = 66,892,159

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q1+97Q1+98Q1		111年2月		111年1~3月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 = (Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 = (Ai2/ΣAi2)	各區就醫次數比率加總 (a)	全區就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後指標3占率 = (Ai3/ΣAi3)
臺北	3,748,499,441	28.8812%	7,471,916	32.7921%	806,633.911882		29.8097%	30.3981%
北區	1,545,478,864	11.9075%	3,835,403	16.8325%	358,154.156075		13.2358%	13.4971%
中區	3,528,900,120	27.1892%	4,547,262	19.9566%	690,711.352174		25.5257%	26.0296%
南區	1,966,439,444	15.1509%	3,283,919	14.4122%	378,545.061945		13.9894%	14.2656%
高屏	2,189,713,132	16.8712%	3,647,250	16.0066%	419,520.133301		15.5036%	15.8096%
東區					52,380.384501			
小計	12,979,031,001	100.0000%	22,785,750	100.0000%	2,705,944.999878	2,705,945	98.0642%	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	111年1-3月							
計算期間								
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	-0.058035	-0.031693	-0.026342	1	0.00	3,748,499,441	3,748,499,441	29.0542%
北區	-0.033305	0.020743	-0.054048	5	-0.05	1,545,478,864	1,468,204,921	11.3799%
中區	-0.032521	0.009599	-0.042120	3	0.00	3,528,900,120	3,528,900,120	27.3521%
南區	-0.036960	0.013963	-0.050923	4	0.00	1,966,439,444	1,966,439,444	15.2416%
高屏	-0.047788	-0.007377	-0.040411	2	0.00	2,189,713,132	2,189,713,132	16.9722%
小計						12,979,031,001	12,901,757,058	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	111年11月			
計算期間				
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	0.006121	3,748,499,441	3,771,444,006	29.2302%
北區	0.006649	1,545,478,864	1,555,754,753	12.0577%
中區	-0.021312	3,528,900,120	3,453,692,201	26.7675%
南區	-0.009403	1,966,439,444	1,947,949,014	15.0974%
高屏	-0.007295	2,189,713,132	2,173,739,175	16.8472%
小計		12,979,031,001	12,902,579,149	100.0000%

(五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	28.8812%	32.7921%	30.3981%	29.0542%	29.2302%
北區	11.9075%	16.8325%	13.4971%	11.3799%	12.0577%
中區	27.1892%	19.9566%	26.0296%	27.3521%	26.7675%
南區	15.1509%	14.4122%	14.2656%	15.2416%	15.0974%
高屏	16.8712%	16.0066%	15.8096%	16.9722%	16.8472%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註9)：

$$\begin{aligned}
 \text{第1季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 66,892,159 - 35,162,387 \\
 &= 31,729,772
 \end{aligned}$$

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	0.78300552	31,427,312	6,819,551
北區	0.72672847	19,489,415	5,325,900
中區	0.77445001	29,106,206	6,564,900
南區	0.78317235	43,219,720	9,371,224
高屏	0.74914057	28,226,224	7,080,812
小計		151,468,877	35,162,387(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R02

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：112/08/08

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01-112/03

核付截止日期:112/06/30

頁 次： 24

(七)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=第1季預算Ga+ 第1季預算Gb+ 第1季預算Gc+ 第1季預算Gd+ 第1季預算Ge+ 第1季預算Gf。

分區	預算(Ga) =GA×指標1占率	預算(Gb) =GB×指標2占率	預算(Gc) =GC×指標3占率	預算(Gd) =GD×指標4占率	預算(Ge) =GE×指標5占率	第1季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,275,071,041	307,094,811	203,339,454	77,739,927	97,763,559	9,163,939	1,970,172,731
北區	525,702,132	157,634,717	90,285,016	30,449,043	40,328,279	3,778,223	848,177,410
中區	1,200,371,229	186,891,608	174,117,614	73,185,641	89,526,793	8,627,071	1,732,719,956
南區	668,894,431	134,968,844	95,425,678	40,781,741	50,494,884	4,807,346	995,372,924
高屏	744,843,654	149,900,244	105,753,827	45,412,284	56,347,279	5,353,193	1,107,610,481
小計	4,414,882,487	936,490,224	668,921,589	267,568,636	334,460,794	31,729,772	6,654,053,502

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

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：112/08/08

112年第 1季

結算主要費用年月起迄:112/01-112/03

核付截止日期:112/06/30

頁 次： 25

(八)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
111年 第1季	1,920,284,592	823,689,182	1,683,049,580	966,947,133	1,077,685,900	6,471,656,387
第2季	0	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_111)	1,920,284,592	823,689,182	1,683,049,580	966,947,133	1,077,685,900	6,471,656,387
112年 第1季	1,970,172,731	848,177,410	1,732,719,956	995,372,924	1,107,610,481	6,654,053,502
第2季	0	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_112)	1,970,172,731	848,177,410	1,732,719,956	995,372,924	1,107,610,481	6,654,053,502
預算成長率	2.60%	2.97%	2.95%	2.94%	2.78%	2.82%

※預算成長率 =  $\left[ \frac{112\text{年全年分區預算(BD}_{112})}{111\text{年全年分區預算(BD}_{111})} - 1 \right] \times 100\%$ 。

註：

1. 依據「112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。
2. 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。
3. 風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,000萬元。自112年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至0.75元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/∑各院補助金額)。若兩區以上浮動點值低於0.75時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至0.75元。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依112年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
4. 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醫療給付費用總額(D1)-東區分區一般服務預算總額(D6)。
5. 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：∑各分區各季總預算加總(∑Ai1)  
 (2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；  
 第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
6. 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：∑各分區去年同期戶籍人口數加總(∑Ai2)。  
 (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)。
7. 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：∑各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(∑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(案件分類B6)、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】，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)/∑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∑每位病患於各區就醫次數比率(∑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(∑K1)。
8. 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(111年該季/110年同期)-1。  
 (3)醫療費用點數成長率(r)：(111年該季申報醫療費用點數/110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(案件分類B6)、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。
9. 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：∑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(∑dr\_peop)

= 各分區∑各鄉鎮市區權值(dr\_peop)

※成長率之計算係與前季季中比較。

10. 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(1)保險人公告之全民健康保險山地離島地區或(2)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)111年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

b. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。

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 = ∑該區各季Ts + ∑指標6各區各季補至每點1元所需預算。

b. 成長率 = (112年該區yT / 111年該區yT) - 1。

c. 各分區撥補比例 = (分母各區Ty) / ∑(成長率大於0之分區Ty)。

(2)撥補程序

a. 於112年第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算Ty負成長之分區補至零成長。

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

=====  
四、估算東區以外五分區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	1,349,358,564(BF)	878,569,441(BG)	55,085(BJ)
2-北區分區	590,981,124(BF)	428,999,994(BG)	48,274(BJ)
3-中區分區	1,231,194,613(BF)	749,594,635(BG)	50,145(BJ)
4-南區分區	657,321,067(BF)	464,055,606(BG)	21,912(BJ)
5-高屏分區	761,554,690(BF)	519,259,368(BG)	3,800(BJ)
6-東區分區	86,524,149(BF)	50,861,684(BG)	13,031(BJ)
7-合計	4,676,934,207(GF)	3,091,340,728(GG)	192,247(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R02

112年第1季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/01-112/03

核付截止日期:112/06/30

列印日期：112/08/08

頁次：29

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(BD1)  
 - 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	= [ 1,970,172,731	-	878,569,441	-	55,085 ] /	1,349,358,564 =	0.80893858
北區分區	= [ 848,177,410	-	428,999,994	-	48,274 ] /	590,981,124 =	0.70920902
中區分區	= [ 1,732,719,956	-	749,594,635	-	50,145 ] /	1,231,194,613 =	0.79847261
南區分區	= [ 995,372,924	-	464,055,606	-	21,912 ] /	657,321,067 =	0.80827381
高屏分區	= [ 1,107,610,481	-	519,259,368	-	3,800 ] /	761,554,690 =	0.77256082
東區分區	= [ 152,042,435	-	50,861,684	-	13,031 ] /	86,524,149 =	1.16924259

3. 風險調整移撥款撥補當季浮動點值<0.75之分區

分區	分區 一般服務 預算總額	112年第1季風 險調整移撥款 撥補當季浮動 點值<0.75之預算	撥補前 五分區估算 浮動點值	全年未支用 風險調整 移撥款	風險調整移撥 款撥補當季浮 動點值至0.75 之差額	全年風險 調整移撥款 剩餘款	撥補後 五分區估算 浮動點值	風險調整移撥 款撥補後一般 服務預算
	(BD1)	(D7)	(Z)	(G)	(F)	(H)= (G)-(F)	(BD1)	(BD2)= (BD1)+(F)
臺北	1,970,172,731		0.80893858		-		0.80893858	1,970,172,731
北區	848,177,410		0.70920902		24,106,701		0.75000000	872,284,111
中區	1,732,719,956		0.79847261		-		0.79847261	1,732,719,956
南區	995,372,924		0.80827381		-		0.80827381	995,372,924
高屏	1,107,610,481		0.77256082		-		0.77256082	1,107,610,481
東區	152,042,435		-		-		-	152,042,435
合計	6,806,095,937	7,500,000		30,000,000	24,106,701	5,893,299		6,830,202,638

註：風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,000萬元。自112年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至0.75元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/∑各院補助金額)。若兩區以上浮動點值低於0.75時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至0.75元。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依112年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補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	= [ 1,970,172,731	-	878,569,441	-	55,085 ]	／	1,349,358,564	=	0.80893858
北區分區	= [ 872,284,111	-	428,999,994	-	48,274 ]	／	590,981,124	=	0.75000000
中區分區	= [ 1,732,719,956	-	749,594,635	-	50,145 ]	／	1,231,194,613	=	0.79847261
南區分區	= [ 995,372,924	-	464,055,606	-	21,912 ]	／	657,321,067	=	0.80827381
高屏分區	= [ 1,107,610,481	-	519,259,368	-	3,800 ]	／	761,554,690	=	0.77256082
東區分區	= [ 152,042,435	-	50,861,684	-	13,031 ]	／	86,524,149	=	1.16924259

2. 全區浮動每點支付金額 = [加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)

- 加總核定非浮動點數(GG)
- 加總自墊核退點數(GJ)]
- ／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [ 6,830,202,638 - 3,091,340,728 - 192,247 ] / 4,676,934,207 = 0.79938470

3. 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)

= [風險調整移撥款撥補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	= [ 1,970,172,731	]	／	[ 1,349,358,564 + 878,569,441	+	55,085 ]	=	0.88428532
北區分區	= [ 872,284,111	]	／	[ 590,981,124 + 428,999,994	+	48,274 ]	=	0.85515586
中區分區	= [ 1,732,719,956	]	／	[ 1,231,194,613 + 749,594,635	+	50,145 ]	=	0.87474026
南區分區	= [ 995,372,924	]	／	[ 657,321,067 + 464,055,606	+	21,912 ]	=	0.88761742
高屏分區	= [ 1,107,610,481	]	／	[ 761,554,690 + 519,259,368	+	3,800 ]	=	0.86476814
東區分區	= [ 152,042,435	]	／	[ 86,524,149 + 50,861,684	+	13,031 ]	=	1.10657709

4. 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)

= [ 6,830,202,638 ] / [ 4,676,934,207 + 3,091,340,728 + 192,247 ] = 0.87922141

## 5. 中醫門診總額平均點值

$$= \frac{[\text{加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬結算金額(B4)}]}{[\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(GG)} + \text{加總分區自墊核退點數(GJ)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{資源不足地區改善方案\_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)}]}$$

$$= \frac{[6,830,202,638 + 246,765,466 + 53,083,266]}{[4,676,934,207 + 3,091,340,728 + 192,247 + 245,511,450 + 53,083,266]}$$

$$= 0.88384736$$

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 + 中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫 + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 網路頻寬補助費用暫結金額(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  

$$= 30,465,366 + 82,667,812 + 15,609,606 + 54,503,170 + 3,999,760 + 1,250,000 + 18,443,304 + 6,345,030 + 21,032,170 + 12,449,248$$

$$= 246,765,466$$
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 112年品質保證保留款預算 / 4

## 六、說明

- 本季結算費用年月包括：
  - 費用年月111/12(含)以前:於112/04/01~112/06/30期間核付者。
  - 費用年月112/01~112/03:於112/01/01~112/06/30期間核付者。

## 報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：111 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案。

說明：

- 一、依據本署 111 年 1 月 5 日健保醫字第 1100017843 號公告之「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、111 年原預算計有 49,305,586 元，扣除 110 年申復金額 7,257 元，可支用預算為 49,298,329 元(附件表 1，報 4-2 頁)。
- 三、特約中醫家數共計 4,130 家，其中 2,844 家中醫院所實際領取品保款(約佔全區中醫院所 68.9%)，每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發 49,298,310 元，與預算數相較差異 19 元(附件表 2，報 4-3 頁)。
- 四、符合各項指標之分區院所分布(附件表 3，報 4-3 頁及附件表 4，報 4-5 頁)，各層級符合分配條件之家數(附件表 5，報 4-6 頁)及領取金額(附件表 6，報 4-6 頁)。
- 五、本署已於 112 年 7 月 31 日前完成品質保證保留款發放作業，並請院所自 VPN 下載「中醫總額核發品質保證保留款」收入金額(含不核發)明細表；院所若提出申復等行政救濟事宜並經審核同意列入核發者，將依方案規定，自次年度中醫門診總額品質保留款項下支應。

決定：

表 1：111年度中醫門診總額品質保證保留款預算

年季	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
預算數	12,174,248	12,310,584	12,234,527	12,586,227	49,305,586

製表日期：112年7月10日

預算：	49,305,586
申復：	7,257
實際預算：	49,298,329

**表 2：111年中醫門診總額品質保證保留款符合分配條件及領取品保款之家數統計**

分區	各分區院所家數 (A) = (B)+(C)+(D)	符合分配條件		不符分配條件		核發品質保證保留 款之金額	符合分配條件且領取 品保款金額不為0 之院所家數百分比 (E) = (B) / (A)	核算基礎減計至 100%之院所家數 百分比 (G)=(C)/(A)	不符核發資格 之院所家數百分比 (F) = (D) / (A)
		領取品保款 金額不為0 之院所家數 (B) 【註 2】	核算基礎減 計至100%之 院所家數 (C)【註 3】	因方案第柒點不 符核發資格院所 家數 (D)【註4】					
臺北	1,237	806	66	365	13,695,307	65.2%	5.3%	29.5%	
北區	512	362	18	132	6,975,842	70.7%	3.5%	25.8%	
中區	1,127	776	76	275	13,111,139	68.9%	6.7%	24.4%	
南區	575	400	29	146	6,542,703	69.6%	5.0%	25.4%	
高屏	597	438	12	147	7,746,939	73.4%	2.0%	24.6%	
東區	82	62	3	17	1,226,380	75.6%	3.7%	20.7%	
總計	4,130	2,844	204	1,082	49,298,310	68.9%	4.9%	26.2%	

註1：每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算與實際核發有差距，故實際核發**49,298,329元**，與預算相較差距**19元**。

註2：沒有本方案第柒點規定所列情形(含部分核算基礎減計之院所)。

註3：第玖點核算基礎減計100%：中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定修滿繼續教育點數(每年20點)，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎。

註4：本方案第柒點，中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

(一)前一年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數3.0以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。

(二)核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率，超過該區90百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。

(三)當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條、第37條、第38條、第39條或第40條等所列違規情事並經處分(以處分日期認定)者。

(四)中醫門診特約醫事服務機構非屬「中醫門診總額支付制度品質確保方案」之中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。

(五)未符合保險人公布之中醫總額部門醫療資訊公開「醫療費用明細標示」院所。

(六)未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」之院所。

(七)符合核發品質保證保留款資格中醫院所，依前項分數加總並由高而低排列，取前90百分位進行核發。

製表日期:112年7月10日

製表單位:醫務管理組

表3. 未領取品保款各分區各項指標不符合院所數

原因別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
1	47	18	42	15	16	1	139
2	124	52	113	58	60	9	416
3	9	2	8	4	5	0	28
4	127	55	56	71	46	8	363
5	70	36	60	6	2	1	175
6	106	61	125	40	32	26	390
7	75	48	157	34	36	8	358
8	13	5	14	3	4	6	45
9	270	95	218	107	107	25	822
10	382	149	370	121	125	15	1162
11	7	3	5	0	2	0	17
12	212	42	86	42	66	6	454
13	62	14	71	27	11	3	188

- 註. 1. 當年度在前1年12月在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數3.0以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。
2. 核減率：年平均核減率，超過該區90百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率
3. 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
4. 非屬「中醫門診總額支付制度品質確保方案」之中醫醫療院所加強感染控制指標合格
5. 未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。
6. 保險醫事服務機構之中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定
7. 中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例超過全國80百分位者，減計20%。
8. 同日重複就診率超過全國80百分位者，減計10%。
9. 7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過全國80百分位者，減計10%。
10. 慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者，減計10%。
- 11-未符合「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。
- 12-未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」之院所。
- 13-未符合總得分前90%之院所
14. 因各院所可能有多種不予核發註記項目，本表統計院所家數總和不等同實際院所家數。

表4 符合指標減計/加計院所數

原因別		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	占總家數比例
減計	7	75	48	157	34	36	8	358	8.7%
	8	13	5	14	3	4	6	45	1.1%
	9	270	95	218	107	107	25	822	19.9%
	10	382	149	370	121	125	15	1162	28.1%
加計	1	0	2	0	2	0	1	5	0.1%
	4	43	23	33	12	15	6	132	3.2%
	D-0	138	119	223	112	83	21	696	16.9%
	D-0.1	17	21	30	10	5	2	85	2.1%
	D-0.2	55	73	123	38	20	5	314	7.6%
	E-0	209	51	212	105	70	12	659	16.0%
	E-0.05	1024	460	912	468	526	70	3460	83.8%
	F	1230	509	1122	575	595	82	4113	99.6%
	G	379	114	322	183	202	18	1218	29.5%

註.

**減計原因別** 7. 中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例超過全國80百分位者，減計20%。

8. 同日重複就診率超過全國80百分位者，減計10%。

9. 7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過全國80百分位者，減計10%。

10. 慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者。

**加計原因別** 1-新設立之中醫門診特約醫事服務機構（屬新醫事服務機構代號者），位於保險人公告之中醫門診總額醫療  
4-從事教學研究且績效卓著

D-醫療機構當年度於週日看診超過30天以上者，依核算基礎加計10%;超過45天以上者，依核算基礎加計20%。

E-鼓勵中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計5%

F-中醫門診特約醫事服務機構參加「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」者，依核算基礎(A)加計5%。

G-鼓勵院所於全民健康保險資訊網服務系統(VPN)即時更新排班時間，院所「每月完成門診時間網路登錄」者，依核算基礎(A)加計10%。

表5、符合分配條件之院所層級與領取金額分布

	院所家數	領取金額	領取家數比例	領取金額比例
醫學中心	12	1,232,404	0.4%	2.5%
區域醫院	28	1,766,780	1.0%	3.6%
地區醫院	24	710,996	0.8%	1.4%
基層院所	2,780	45,588,130	97.7%	92.5%
小計	2,844	49,298,310	100%	100%

註. 符合分配條件之院所包括**2844**家領取金額不為0之院所

表6、依核發金額級距分級之家數及核發金額

核發金額 百分位	院所家數		發金額(單位:千元)	
	醫院	基層	醫院	基層
核發金額為0	65	1221		
0-10百分位	1	284	3	618
10-20百分位	0	284		1,290
20-30百分位	2	282	12	1,833
30-40百分位	3	282	26	2,381
40-50百分位	3	281	31	2,886
50-60百分位	2	282	25	3,551
60-70百分位	7	278	111	4,331
70-80百分位	6	278	121	5,452
80-90百分位	2	282	53	7,607
90百分位以上	38	247	3,329	15,640
總計	129	4,001	3,710	45,588

## 報告事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：中醫 111 年第 3-4 季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算事宜案。

說明：

- 一、依據全民健康保險會(下稱健保會)112年7月26日第6屆112年第6次委員會議決議(附件1)暨「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」(附件2)辦理。
- 二、依據前開會議決議略以，同意動支111年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目3億1,283萬元，用於撥補中醫門診總額111年第3、4季除東區以外之五分區受新冠疫情影響之醫療費用。
- 三、依前開動支程序規定，由本署依健保會議定結果報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算結果，並於費用結算後，向健保會提報執行成果。
- 四、本案衛福部業於112年8月11日衛部保字第1121260306號函核定，經統計111年第3、4季除東區外之五分區，補至前一年(以108年計算)同分區同季平均點值，上限補至0.9，最低補至全區同季平均點值估算補助經費下，動支後各分區浮動點值及點數差額如附件3(頁次:報5-11頁)，本署將於112年9月辦理追扣補付作業。

決定：

衛生福利部全民健康保險會  
第6屆112年第6次委員會議事錄

中華民國112年7月26日

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第6次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年7月26日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、吳委員榮達、吳委員鏘亮、李委員永振、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠(中華民國護理師護士公會全聯會全民健保護理政策小組洪委員世欣代理)、花委員錦忠(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、侯委員俊良、翁委員文能、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員彥廷、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華、韓委員幸紋

請假人員：謝委員佳宜

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、李副署長丞華、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第13頁)

貳、議程確認：(詳附錄第13~14頁)

決定：

- 一、同意將李委員永振等3位委員所提臨時提案「反對112.6.27預告修正之菸品健康福利捐分配及運作辦法第4條條文，並請恢復『菸捐分配70%供健保安全準備』之用」納入本次委員會議程，安排於報告事項之

後討論。

## 二、餘照議程確認。

參、確認上次(第5次)委員會議紀錄：(詳附錄第14頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第15~28頁)

決定：

一、上次(第5次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)上次委員會議擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。

(二)歷次委員會議達解除追蹤條件，擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。

二、113年度各部門總額協商順序抽籤結果(如附件一)依序為：醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診總額，其中門診透析安排在醫院協商場次之後，最後為其他預算。請同仁據以安排總額協商會議當日之細部議程，提報下次委員會議。

三、為利113年度總額協商，請中央健康保險署及各總額部門務必遵循衛生福利部交議之113年度健保政策目標及內涵，並依規定時程將總額協商草案及檢核表(格式如附件二)提送本會。

四、請中央健康保險署會同各總額部門相關團體，儘速辦理112年度總額協定事項未依時程完成之工作項目(如附件三)。

五、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第29~62頁)

### 第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：因新冠疫情對中醫門診總額111年第3~4季之醫療費用

造成顯著影響，提請動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目案，續請討論。

決議：

- 一、中醫門診總額部門及中央健康保險署調整因應新冠疫情顯著影響部門醫療費用估算方式(註)提出的共同評估報告，經委員討論議定結果：同意動支111年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目3億1,283萬元，用於撥補中醫門診總額111年第3、4季除東區以外之五分區受新冠疫情影響之醫療費用。
- 二、請中央健康保險署依本會議定結果，報請衛生福利部核定後，會同中醫門診總額相關團體討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

註：調整後動支程序指標2：「一般服務之醫療費用核定點數成長率(以「疫情前一年(108年)」作為計算基期)-受影響年度一般服務成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上」。

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：112年度醫院及西醫基層總額關於「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」、「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」、「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」決定項目內容，需提報本會確認案。

決議：本案經委員討論未有共識，請中央健康保險署參考委員所提意見，依法定程序報主管機關決定，並副知本會。

陸、報告事項(詳附錄第63~80頁)

## 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目(含須於112年7月提報項目、預算扣減方式及節流效益之規劃等)，請鑒察。

決定：

一、依委員意見及本會補充說明，請中央健康保險署辦理以下事項：

(一)修正112年度牙醫及中醫門診總額部分協定項目之預算扣減方式及成效指標，如附件四。

(二)部分未完成項目(註)，請儘速規劃具體之預算扣減及節流效益評估方式，最遲於112年12月份委員會將規劃結果提報本會。

(三)至於「112年度總額預算扣減方式及節流效益」執行結果，請於113年3月份提報本會，做為114年度總額協商參考。

二、有關「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」續辦與否之建議，請牙醫門診總額相關團體及中央健康保險署納為研議113年度總額協商草案之參據。

三、餘洽悉。

註：牙醫門診總額「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」：請提出預算扣減之具體計算方式及扣減時程。「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」：請補充修正後成效指標之分子、分母定義，並研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式。「超音波根管沖洗計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」：請研議如何將所提成效指標，轉換為量化節流效益金額之方式。

## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：各總額部門111年度執行成果評核結果，請鑒察。

決定：

一、確認依各總額部門111年度評核結果核算113年度「品質保證保留款」專款之獎勵額度如下：

總額別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
獎勵成長率	0.1%(良)	0.1%(良)	0.1%(良)	0.2%(優)
113年度品質保證保留款專款額度(億元)	5.015	1.262	0.478	0.574

註：113年度各總額「品質保證保留款」專款額度之計算方式：以評核年度(111年度)一般服務預算(淨值)×評核等級獎勵成長率(「良」級0.1%、「優」級0.2%)。

二、評核委員所提精進作為之建議，送請中央健康保險署及各總額部門承辦團體，納為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並請於113年評核報告提出辦理情形說明。

三、至於專款項目續辦與否及經費增減之建議，作為本會協商113年度總額參據。

### 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：112年6月份全民健康保險業務執行報告(書面報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

### 柒、臨時提案(詳附錄第81~85頁)

提案人：李委員永振、林委員恩豪、劉委員淑瓊

連署人：田委員士金、楊委員玉琦、劉委員守仁、鄭委員力嘉、林委員淑珍、游委員宏生、花委員錦忠、楊委員芸蘋、陳委員鴻文、張委員清田、董委員正宗、陳委員杰、蔡委員麗娟

代表類別：保險付費者代表

案由：反對112.6.27預告修正之菸品健康福利捐分配及運作

辦法第4條條文，並請恢復『菸捐分配70%供健保安全準備』之用，提請討論。

決議：委員所提意見併同發言實錄，送請衛生福利部作為修法之參考。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時30分。

「調節非預期風險及其他非預期政策所需經費」項目之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過

103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正

106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

一、適用範圍：

(一)屬「非預期風險」：

1. 年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如具傳染性疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響。
2. 應排除依其他法令由各級政府負擔之醫療服務項目。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1. 年度中非預期之全民健康保險法(下稱健保法)及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛生福利部(下稱衛福部)交議。
2. 應排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目(包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目等)」(註)

二、動支程序：

(一)屬「非預期風險」：

1. 提案前評估：

由受影響之總額部門與中央健康保險署(下稱健保署)於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，其影響不可歸責於該總額部門。

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

- (1) 具傳染性疾病異常流行(排除依其他法令應由各級政府負擔之醫療服務項目)，致使總額部門全區，單一季別之預估值，有下列情形之一者：

①平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度 > 5% 以上。

②一般服務之醫療費用點數成長率 > (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 + 5%) 以上。

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；  
閾值同上。

(2)屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第 52 條事件，並經  
主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前 2 個月之預估  
醫療費用達該地區當年季平均總額預算之 0.3%以上。

2. 提案及議定：

由健保署或本會委員提案，並提供前述評估資料與相關數據(含不  
可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定。

3. 核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額  
部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執  
行結果。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1. 提案及議定：

依適用範圍，於衛福部交議後，由健保署提案至本會討論議定；提案  
內容，應包括政策實施日期及方式、預估經費需求及預期效益等。

2. 核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門  
討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

註：

1. 年度總額協商前，衛福部會提出該年度總額之協商政策方向，若屬「可預期」之政策改變，於協商時即應納入考量，爰修訂為僅適用年度中「非預期」之全民健康保險法及相關政策修訂。因政策、法規屬主管機關權責，爰須經衛福部交議，健保署據以提案。
2. 歷年健保會訂有下列總額協商通則；另健保署會同各總額部門擬訂專款計畫或方案時，對於超過預算部分，係以浮動點值方式處理。
  - (1)專款專用項目：回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出，實施成效納入下年度總額協商考量。
  - (2)其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。
  - (3)其他原則：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

111Q3與111Q4中醫結算平均點值補至108年同期之平均點值以0.9為上限，最低補至全國平均點值估算所需的經費

111Q3														
就醫 分區	各分區預算 (百萬元) (G1)	點數(百萬)				結算點值			估算補助經費				動支後	
		非浮動 (A1)	浮動 (B1)	自墊核退 (C1)	小計 H1=A1+B1+C1	平均點值 (D1)	浮動點值 (FP1)	108Q3平均點值 (E1)	108Q3全區 平均點值(F1)	補助經費採用 點值(P1) <sup>註</sup>	動支經費(百萬元) ((A1+B1+C1)*P1-G1)	浮動點值 (FP1N)	浮動點值差值 (FP1N-FP1)	
臺北	2,183	929	1,505	0.05	2,434.06	0.8968528	0.83313433	0.88068344	0.89062276	0.89062276	0.0	.	.	
北區	940	438	640	0.03	1,077.14	0.8730204	0.78612534	0.90164936	0.89062276	0.90000000	29.1	0.83156775	0.04544241	
中區	1,867	789	1,328	0.04	2,117.09	0.8817413	0.81151669	0.87034011	0.89062276	0.89062276	18.8	0.82567222	0.01415553	
南區	1,030	471	688	0.02	1,159.08	0.8885464	0.81221845	0.90143481	0.89062276	0.90000000	13.3	0.83151602	0.01929757	
高屏	1,170	523	793	0.01	1,316.36	0.8887538	0.81534729	0.90199728	0.89062276	0.90000000	14.8	0.83401435	0.01866706	
東區	163	53	95	0.01	147.98	1.1033522	1.16072722	1.09005344	0.89062276	0.0	0.0	.	.	
合計	7,353	3,203	5,049	0.16	8,251.71	0.8911093	0.82202234	0.89062276	0.89062276	75.9	0.83706487	0.01504253		
											0	0.00000000	0.00000000	
											0	0.00000000	0.00000000	
111Q4														
就醫 分區	各分區預算 (百萬元) (G2)	點數(百萬)				結算點值			估算補助經費				動支後	
		非浮動 (A2)	浮動 (B2)	自墊核退 (C2)	小計 H2=A2+B2+C2	平均點值 (D2)	浮動點值 (FP2)	108Q4平均點值 (E2)	108Q4全區 平均點值(F2)	補助經費採用 點值(P2) <sup>註</sup>	動支經費(百萬元) ((A2+B2+C2)*P2-G2)	浮動點值 (FP2N)	浮動點值差值 (FP2N-FP2)	
臺北	2,123	951	1,498	0.07	2,448.44	0.8672737	0.78300552	0.86191817	0.88512547	0.88512547	43.7	0.81219136	0.02918584	
北區	922	454	644	0.03	1,097.99	0.8398403	0.72672847	0.88416212	0.88512547	0.88512547	49.7	0.80399600	0.07726753	
中區	1,867	819	1,354	0.03	2,172.37	0.8594543	0.77445001	0.87962905	0.88512547	0.88512547	55.8	0.81564752	0.04119751	
南區	1,059	496	718	0.02	1,214.93	0.8717857	0.78317235	0.91792211	0.88512547	0.9	34.3	0.83088653	0.04771418	
高屏	1,184	559	835	0.01	1,393.33	0.8497335	0.74914057	0.8880625	0.88512547	0.8880625	53.4	0.81312815	0.06398758	
東區	163	54	97	0.01	150.97	1.0792227	1.12384737	1.06876737	0.88512547	0	0.0	.	.	
合計	7,319	3,333	5,144	0.18	8,478.02	0.86325539	0.77464217	0.88512547	0.88512547	0	236.9	0.00000000	0.00000000	
111Q3+111Q4合計											312.8	0.00000000	0.00000000	

註1：若111年該區平均點值大於108年同期平均點值，則經費補至108年同期全區平均點值；

註2：若111年該區平均點值小於108年同期平均點值，則經費補至108年同期平均點值或全區平均點值(取高者)；惟上限補至0.9。

註3：動支後浮動點值=[(各分區預算+動支經費)-非浮動點數-自墊核退]/浮動點值。

**報告事項第六案**                   **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**  
**案由：調整「112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」施行區域一覽表案。**

**說明：**

- 一、附件 1-1「施行區域-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」因應獎勵開業服務計畫執行，將「宜蘭縣壯圍鄉、苗栗縣三灣鄉、雲林縣東勢鄉、屏東縣林邊鄉」變更至附件 1-2；另有院所搬遷及重新健保特約，將「宜蘭縣冬山鄉、台東縣卑南鄉」變更至附件 1-2。
- 二、「南投縣鹿谷鄉」原開業之中醫診所於 7 月 19 日歇業，建議由附件 1-2 移附件 1-1。
- 三、附件 1-2「施行區域-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」，因「苗栗縣銅鑼鄉、苗栗縣三義鄉、雲林縣林內鄉」另有中醫診所開業，故將該鄉鎮移除，並新增「雲林縣古坑鄉」。

本署說明如下：

- 一、統計截至 112 年 8 月 4 日與本署特約之中醫醫事機構各鄉鎮分布，同意中醫全聯會建議如下：
  - (一)無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(計畫附件 1-1)：刪除「宜蘭縣壯圍鄉」、「苗栗縣三灣鄉」、「雲林縣東勢鄉」、「屏東縣林邊鄉」、「宜蘭縣冬山鄉」、「台東縣卑南鄉」；新增「南投縣鹿谷鄉」。
  - (二)一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(計畫附件 1-2)：刪除「苗栗縣銅鑼鄉」、「苗栗縣三義鄉」、「南投縣鹿谷鄉」、「雲林縣林內鄉」；新增「宜蘭縣壯圍鄉」、「苗栗縣三灣鄉」、「雲林縣東勢鄉」、「屏東縣林邊鄉」、「宜蘭縣冬山鄉」、「台東縣卑南鄉」、「雲林縣古坑鄉」。
- 二、另查「金門縣金寧鄉」現僅有一家中醫診所，該地區併新增至一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(計畫附件 1-2)。
- 三、綜上，施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 76 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 81 個鄉鎮區。

**決定：**

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

縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數
新北市	坪林區	1	台南市	後壁區	1	花蓮縣	豐濱鄉	2
	石門區	1		大內區	1		富里鄉	1
	平溪區	1		左鎮區	1		秀林鄉	3
	雙溪區	1		龍崎區	1		萬榮鄉	3
	烏來區	3		北門區	1		卓溪鄉	3
宜蘭縣	<del>冬山鄉</del>	<del>1</del>	高雄市	東山區	1	台東縣	大武鄉	2
	<del>壯圍鄉</del>	<del>1</del>		田寮區	1		東河鄉	1
	大同鄉	3		茂林區	3		長濱鄉	2
	南澳鄉	3		桃源區	3		<del>卑南鄉</del>	<del>1</del>
新竹縣	橫山鄉	1	屏東縣	那瑪夏區	3		綠島鄉	5
	寶山鄉	1		內門區	1		延平鄉	3
	北埔鄉	1		萬巒鄉	1		海端鄉	3
	峨眉鄉	1		竹田鄉	1		達仁鄉	3
	尖石鄉	3		新埤鄉	1		金峰鄉	3
	五峰鄉	3		車城鄉	1		蘭嶼鄉	6
苗栗縣	南庄鄉	1	金門縣	滿州鄉	2	烈嶼鄉	6	
	獅潭鄉	1		枋山鄉	1	烏坵鄉	6	
	泰安鄉	3		三地門鄉	3	北竿鄉	4	
	頭屋鄉	1		連江縣	霧臺鄉	3	莒光鄉	6
	<del>三灣鄉</del>	<del>1</del>			泰武鄉	3	東引鄉	6
台中市	大安區	1	來義鄉		3	南竿鄉	4	
	和平區	3	春日鄉		3			
南投縣	信義鄉	3	獅子鄉		3			
	仁愛鄉	3	牡丹鄉	3				
	<del>鹿谷鄉</del>	<del>3</del>	瑪家鄉	3				
雲林縣	<del>東勢鄉</del>	<del>1</del>	<del>林邊鄉</del>	<del>1</del>				
	四湖鄉	1	吉貝村	6				
嘉義縣	溪口鄉	1	白沙鄉	5				
	番路鄉	1	西嶼鄉	5				
	阿里山鄉	3	望安鄉	6				
	東石鄉	1	七美鄉	6				

註 1：本一覽表統計截止日期：112 年 8 月 4 日，共 76 個鄉鎮(區)。[澎湖縣白沙鄉吉貝村屬澎湖縣白沙鄉，故不另計入鄉鎮(區)數]。

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。

註 3：澎湖縣白沙鄉吉貝村，考量地理及交通因素，另列分級級數為 6。

112 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	三芝區	台南市	柳營區	高雄市	甲仙區	
	金山區		六甲區	屏東縣	恆春鎮	
	萬里區		西港區		長治鄉	
	貢寮區		七股區		麟洛鄉	
	石碇區		將軍區		鹽埔鄉	
	八里區		山上區		高樹鄉	
宜蘭縣	蘇澳鎮		楠西區		南州鄉	
	三星鄉		南化區		九如鄉	
	冬山鄉		官田區		琉球鄉	
	壯圍鄉		玉井區		崁頂鄉	
桃園市	復興區	安定區			林邊鄉	
新竹縣	芎林鄉	古坑鄉	花蓮縣	鳳林鎮		
苗栗縣	卓蘭鎮	林內鄉		壽豐鄉		
	銅鑼鄉	東勢鄉		光復鄉		
	三義鄉	二崙鄉		瑞穗鄉		
	造橋鄉	褒忠鄉	台東縣	太麻里鄉		
	西湖鄉	臺西鄉		池上鄉		
	三灣鄉	元長鄉		成功鎮		
台中市	石岡區	口湖鄉		鹿野鄉		
彰化縣	線西鄉	嘉義縣	布袋鎮	澎湖縣	卑南鄉	
	埔鹽鄉		六腳鄉		湖西鄉	
	二水鄉		義竹鄉	金門縣	金沙鎮	
	田尾鄉		梅山鄉		金寧鄉	
	芳苑鄉		大埔鄉			
	竹塘鄉		中埔鄉			
	大城鄉		鹿草鄉			
南投縣	集集鎮		高雄市	湖內區		
	鹿谷鄉			六龜區		
	中寮鄉			杉林區		
	魚池鄉	永安區				
	國姓鄉	彌陀區				

註 1：本一覽表統計截止日期：112 年 8 月 4 日，共 81 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。

## 肆、討論事項

## 討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修正「112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」。

說明：

- 一、依衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)112年8月8日衛部健字第1123360102號公告(附件1)、中華民國中醫師公會全國聯合會112年8月8日(112)全聯醫總兆字第0617號函(附件2)暨112年8月10日中全會電子郵件辦理。
- 二、112年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配方式，業奉衛福部核定增列風險移撥款3千萬元，用於逐季補助當季浮動點值低於0.75者則補至0.75。
- 三、中全會來函修正旨揭計畫，修正重點如下：
  - (一)增列「風險移撥款」動支方式提撥及分配：
    1. 提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,000萬元，由每季提撥750萬元。
    2. 分配方式：
      - (1) 自112年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。
      - (2) 其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至0.75元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/∑各院補助金額)。
      - (3) 若兩區以上浮動點值低於0.75時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至0.75元。

(4) 移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

(二)112 年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件 1)

**本署意見：**

一、本署尊重無意見。

二、112 年第 1 季結算業已依本計畫辦理，補助北區分區 24,106,701 元，**尚未支用金額 5,893,299 元**(同報告事項第三案，頁次:報 3-31 頁)。

**擬辦：**本案係執行面之修正，擬依程序報部核定。

**決議：**

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年8月8日  
發文字號：衛部健字第1123360102號  
附件：如公告事項



主旨：修正「112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」。

依據：「全民健康保險法」第61條暨112年7月25日衛部保字第1120129515號函。

公告事項：旨揭公告內容原列於112年1月9日公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」公告事項一、(二)、2之附件二，經修正如附件。

部長薛瑞元 出  
政務次長 王必勝 代行

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段  
488號  
聯絡人：陳思嫻  
聯絡電話：(02)8590-6878  
傳真：(02)8590-6046  
電子郵件：hsszchi@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國112年8月8日  
發文字號：衛部健字第1123360102A號  
類別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：公告影印本1份 (A210000001\_1123360102A\_doc4\_Attach1.pdf、  
A210000001\_1123360102A\_doc4\_Attach2.pdf)

主旨：修正「112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額  
一般服務費用之地區預算分配方式」，業經本部於中華民國  
112年8月8日以衛部健字第1123360102號公告發布。茲  
檢送公告影本1份，請查照。

說明：

- 一、依據「全民健康保險法」第61條暨112年7月25日衛部保字  
第1120129515號函辦理。
- 二、旨揭公告內容原列於112年1月9日公告「112年度全民健康  
保險醫療給付費用總額及其分配方式」公告事項一、  
(二)、2之附件二，經修正如附件。

正本：中華民國工商協進會、中華民國工業協進會、中華民國工業區廠商聯合總會、中  
華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國全國  
工業總會、中華民國全國商業總會、中華民國全國教師會、中華民國全國漁會、  
中華民國全國總工會、中華民國全國職業總工會、中華民國區域醫院協會、中華  
民國會計師公會全國聯合會、中華民國農會、中華民國醫師公會全國聯合會、中  
華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣社區醫  
院協會、台灣社會福利總盟、台灣總工會、台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、  
台灣醫療改革基金會、全國工人總工會、全國產業總工會、全國產職業總工會、  
全國勞工聯合總工會、行政院主計總處、財團法人臺灣癌症基金會、國家發展委  
員會、本部社會保險司、本部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部中央健康保  
險署  
總收文 112.08.08

第 1 頁，共 2 頁



1120115753

除署、臺北市政府、基隆市政府、連江縣政府、新北市政府、宜蘭縣政府、新竹  
市政府、新竹縣政府、桃園市政府、苗栗縣政府、臺中市政府、彰化縣政府、南  
投縣政府、嘉義市政府、嘉義縣政府、雲林縣政府、臺南市政府、高雄市政府、  
澎湖縣政府、金門縣政府、屏東縣政府、臺東縣政府、花蓮縣政府

副本：

**112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用  
之地區預算分配方式(修正如劃線處)**

1.地區預算：

(1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

①一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

②自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 30 百萬元，作為風險調整移撥款，用於逐季撥補五分區(不含東區)浮動點值低於 0.75 元之分區，其浮動點值補至 0.75 元(預算上限 30 百萬元)；經費若有剩餘，則餘額於第四季回歸一般服務預算分配。

③五分區(不含東區)預算扣除上開移撥費用後，一般服務費用依下列參數占率分配：

A.各分區實際收入預算占率：66%。

B.各分區戶籍人口數占率：14%。

C.各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

D.各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

E.各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

F.偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

(3)所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送全民健康保險會備查。

(4)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

## 112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區 預算分配計畫

### 壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

### 貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。

### 參、計畫期間：112年1月1日起至112年12月31日止。

### 肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算（扣除106年度於一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元），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，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

### 二、風險調整移撥款之提撥及分配：

(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,000 萬元，由每季提撥 750 萬元。

### (二)分配方式：

1. 自 112 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

2. 其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至 0.75 元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算（折付比例=經費/∑各院補助金額）。

3. 若兩區以上浮動點值低於 0.75 時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.75 元。

4. 移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

三、112 年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

- (一)66%預算以「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之五分區實際預算占率」分配。
- (二)14%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
- (三)10%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。
- (四)4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。
- (五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。
- (六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，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，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)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，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)111 年全國每月申報醫療費用點數之

平均值者。

2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3.  $\frac{\text{111年全國每月申報醫療費用點數之平均值}}{\text{111年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數}} = \frac{\sum \text{111年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數}}{\sum \text{111年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數}}$ 。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
4. 112年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以111年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

四、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，**以及含已撥補分區之風險調整移撥款**，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

- 一、中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。
- 二、中醫全聯會與保險人成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

柒、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

## 附件1：指標之操作型定義

※各項指標計算過程結果，四捨五入取至小數點以下第6位（如：99.9905%  
≈ 0.999905） ※計算時程：每季

指標：

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

分子：各分區各季總預算(Ai1)

分母： $\Sigma$  各分區各季總預算加總( $\Sigma Ai1$ )

條件說明：

- 一、第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總
- 二、第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總
- 三、第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總
- 四、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： $\Sigma$  各分區去年同期戶籍人口數加總( $\Sigma Ai2$ )

條件說明：

- 一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）  
[http://www.ris.gov.tw/zh\\_TW/346](http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346)（首頁 >人口政策及統計資料 >人口統計資料庫 > 人口統計資料 > 各月人口資料 > 03鄉鎮戶數及人口數）
- 二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)

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

條件說明：

- 一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。
- 二、資料擷取時間點：中醫門診特約醫事服務機構申報資料【不含職業災害案件（案件分類B6）、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫】，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。

### 三、計算步驟：

- (一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)
- (二)計算每位病患於各區就醫次數(a)
- (三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)  
=每位病患於各區就醫次數(a)/ $\Sigma$  每位病患於各區就醫次數( $\Sigma a$ )
- (四)各區每位病患之就醫次數比率(T)  
=各區  $\Sigma$  每位病患於各區就醫次數比率( $\Sigma a\%$ )
- (五)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)
- (六)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( $\Sigma K1$ )

### 四、舉例說明：

- (一)本季全國中醫就診病患有4人(p)
- (二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	病患a1就 醫次數	於各區就 醫比率(a1%)	病患a2就 醫 次數	於各區就 醫次 數比率(a2%)	病患a3就 醫 次數	於各區就 醫次 數比 率(a3%)	病患a4就 醫 次數	於各區就 醫次 數比 率(a4%)	各區每位病患 之就醫次數比 率 T=(a1%+a2%+a 3%+a4%)
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.0000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%	0.916667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.6667%	1.024603
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%	0.391270
全區	18	100%	28	100%	40	100%	12	100%	4.000000

### (三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數P	各區每位病患之 就醫次數比率(T)	權值 (K1)=T/(全 區P)	扣除東區分區	權值(K2)
台北	3	0.838095	0.209524	0.209524	0.232241
北區	3	0.428968	0.107242	0.107242	0.118870
中區	2	0.916667	0.229167	0.229167	0.254014
南區	4	1.024603	0.256151	0.256151	0.283923
高屏	3	0.400397	0.100099	0.100099	0.110952
東區	3	0.391270	0.097817	-	-
全區	4		1.000000	0.902183	1.000000

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)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即  $(\frac{111\text{年該季}}{110\text{年同期}}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(\frac{111\text{年該季申報醫療費用點數}}{110\text{年同期申報醫療費用點數}}) - 1$ 。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於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。

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

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： $\sum$  各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

- 一、「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」。
- 二、「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。
- 三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。
- 五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數  
$$= \text{各分區各鄉鎮市區中醫師數} \div (\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數} \div 10,000)$$
- 六、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  
(一)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  $\geq$  全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)

=  $-5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$

\* 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。

(二)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)

=  $+5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$

\* 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。

(三)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。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

一、 每季結算時，「偏鄉」之中醫門診特約醫事服務機構，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，若分區前一季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。

二、 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」分配予各分區，併同指標1至指標5之預算進行當季結算。

條件說明：

一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)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，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)111年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

二、 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。

- 三、111年全國每月申報醫療費用點數之平均值 =  $\Sigma$ 111年每月申報醫療費用 /  $\Sigma$ 111年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
- 四、112年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以111年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

## 附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

### ※五分區預算分配之計算操作型定義

- 一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)  
= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算 GF+  
預算(東區) +當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

$$\text{指標1預算 GA} = (T) * 97.78\% * 66\%$$

$$\text{指標2預算 GB} = (T) * 97.78\% * 14\%$$

$$\text{指標3預算 GC} = (T) * 97.78\% * 10\%$$

$$\text{指標4預算 GD} = (T) * 97.78\% * 4\%$$

$$\text{指標5預算 GE} = (T) * 97.78\% * 5\%$$

$$\text{指標6預算 GF} = (T) * 97.78\% * 1\%$$

### 二、各分區各季指標預算計算如下

#### (一) 各分區各季預算 Ga

$$= \text{各季預算 GA} * \text{指標1占率} (A_{i1} / \sum A_{i1})。$$

指標1占率  $(A_{i1} / \sum A_{i1})$

$$= \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (A_{i1}) / \sum \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (\sum A_{i1})。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

#### (二) 各分區各季預算 Gb

$$= \text{各季預算 GB} * \text{指標2占率} (A_{i2} / \sum A_{i2})。$$

指標2占率  $(A_{i2} / \sum A_{i2})$

$$= \text{去年同期各分區戶籍人口數} (A_{i2}) / \sum \text{去年同期各分區戶籍人口數} (\sum A_{i2})。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

$$= \text{各季預算 GC} * \text{指標3占率} (A_{i3} / \sum A_{i3})。$$

指標3占率  $(A_{i3} / \sum A_{i3})$

$$= \text{各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值} (A_{i3}) / \sum \text{去年同期每人於各分區就醫次數之權值} (\sum A_{i3})。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

$$= \text{各季預算 GD} * \text{指標4加權後之預算占率} (A_{i4} / \sum A_{i4})。$$

※各分區指標4權值 = 各分區人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

※各分區各季經指標4加權後之預算  $(A_{i4})$

$$= 95\text{年第4季至}98\text{年第3季之各區各季預算} (A_{i1}) * (1 + \text{指標4權值} K2)$$

※各分區各季經指標4加權後之預算占率  $(A_{i4} / \sum A_{i4})$

$$= \text{各分區各季經指標4加權後之預算} (A_{i4}) / \sum \text{各分區各季經指標4加權後之預算} (\sum A_{i4})$$

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

$$= \text{預算 GE} * \text{指標5加權後之預算占率} (A_{i5} / \sum A_{i5})。$$

※各分區指標5權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算  $(A_{i5})$

$$= 95\text{年第4季至}98\text{年第3季之各區各季預算} (A_{i1}) * \text{【}1 + \text{指標5權值和} (\sum dr\_peop) \text{】}$$

※各分區各季經指標5加權後之預算占率  $(A_{i5} / \sum A_{i5})$

$$= \text{各分區各季經指標5加權後之預算} (A_{i5}) / \sum \text{各分區各季經指標5加權後之預算} (\sum A_{i5})$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 Gf

$$=(\text{預算 GF} - \Sigma \text{ 指標6各區各季補至每點1元所需預算}) * \text{指標1占率} (A_{i1} / \Sigma A_{i1})。$$

三、 各分區各季預算  $T_s = \text{該區當季預算 } G_a + \text{該區當季預算 } G_b + \text{該區當季預算 } G_c + \text{該區當季預算 } G_d + \text{該區當季預算 } G_e + \text{該區當季預算 } G_f + \text{當季撥補之風險調整移撥款 } G_h。$

四、 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：

(一) 操作定義:各分區全年預算  $T_y = \Sigma \text{ 該區各季 } T_s + \Sigma \text{ 指標6各區各季補至每點1元所需預算}。$

1. 成長率 =  $(\text{112年該區各季核算 } T_y / \text{111年該區各季核算 } T_y) - 1。$

2. 各分區撥補比例 =  $(\text{成長率大於0之分區 } T_y) / \Sigma (\text{成長率大於0之分區 } T_y)。$

(二) 撥補程序

1. 於112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  $T_y$  負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

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。

	111年該區 全年 預算 Ty (百萬元) V	112年該區 全年 預算 Ty (百萬元) W	成長 率 W/V-1	負成長 分區 差額 X	撥補比 例 Y	撥補方式 X*Y=Z	調整 金額 Z	撥補後 Ty W+Z	撥補後成 長率
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長 分區小計		14,178.9			100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

(一) 東區浮動每點支付金額 = [預算(東區) - 東區核定非浮動點數 - 東區自墊核退點數] / 東區一般服務浮動核定點數。

(二) 各分區浮動每點支付金額 = [預算(各分區) - 各分區核定非浮動點數 - 各分區自墊核退點數] / 各分區一般服務浮動核定點數。

(三) 全區浮動每點支付金額 = [全區一般服務預算總額 - 全區核定非浮動點數 - 全區自墊核退點數] / 全區一般服務浮動核定點數。

三、平均點值

(一) 東區平均點值 = [預算(東區) / [東區一般服務核定浮動點數 + 東區核定非浮動點數 + 東區自墊核退點數]

(二) 各分區平均點值 = [各分區預算 / [各分區一般服務核定浮動點數 + 各分區核定非浮動點數 + 各分區自墊核退點數]

(三) 全區平均點值 = [全區一般服務預算總額 / [全區一般服務核定浮動點數 + 全區核定非浮動點數 + 全區自墊核退點數]

**討論事項第二案**                   **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**  
**案由：「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條**  
**文修訂案，提請討論。**

**說明：**

- 一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議事項辦理。
- 二、增修部分如下：
  - (一). 修改年度。
  - (二). 為方便病人用藥持續性及方便性，建請同意新增：西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫給付項目及支付標準第二章藥費加註「出院患者必要時得開給 7 天藥品」。

**健保署意見：**

- 一、依中華民國中醫師公會全國聯合會 112 年 7 月 31 日(112)全聯醫總兆字第 0605 號函（附件 1）辦理。
- 二、經統計 107 至 111 年申報 P33021「每日藥費」之平均給藥日份資料如下：

(P33021)每日藥費	
年度	平均給藥日份
107	4.34
108	4.57
109	4.52
110	4.24
111	4.06

- 三、未加註「出院患者必要時得開給 7 天藥品」時，病人需重回門診開藥；若比照「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」增訂文字，可減輕民眾回診就醫之負擔，亦提升照護連續性，推估不增加整體中醫門診總額財務支出。其餘文字修訂未改變語意，擬同意調整。

**擬辦：**修訂後計畫如附件 2，本案如經同意，將依程序將提全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

**決議：**

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國中醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 112 年 7 月 31 日  
發文字號：(112)全聯醫總兆字第 0605 號  
速 別：  
附 件：提案單乙份

主 旨：檢陳 112 年第 3 次「中醫門診總額研商議事會議」提案單  
乙份，請鑒察。

說 明：依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50  
次會議決議事項辦理。

中醫全聯會  
投對章(四)

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：

理事長 詹永兆

總收文 112 年 8 月 2 日收到  
健保醫字 中央健康保險署  
# 1120059668

## 附件

### 第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

支付科

案由：有關「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議事項辦理。
- 二、增修部分如下：
  - (一)修改年度。
  - (二)為方便病人用藥持續性及方便性，建請同意新增：西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫給付項目及支付標準第二章藥費「註：出院患者必要時得開給 7 天藥品」。

決議：

### 第二案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

支付科

案由：有關「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議事項辦理。
- 二、增修部分如下：
  - (一)修改年度。
  - (二)修正五、適用範圍(三)特定癌症患者中醫門診加強照護計畫 5.西醫確診為胃癌 ICD-10-CM:(2)(主診斷碼:C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-~~C97.7~~C79.7)+(次診斷碼 C16、Z85.028)。

決議：

### 第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

支付科

案由：有關「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議

事項辦理。

二、增修部分如下：

(一)修改年度。

(二)五、適用範圍及收案條件：(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、S28、S32、S38、S39、S42、S43、S48、S49、S52、S53、S59、S62、S63、S67、S68、S69、S72、S73、S78、S79、S82、S83、S88、S89、S92、S93、S98」，新增「S030、S031、S13、S23、S33」。

(三)修正全民健康保險中醫急症處置計畫支付標準表，修訂對照表如下：

代碼	診療項目	支付點數	修訂說明
P61001	中醫急症診察費—平日	521	平日、夜間、例假日加成部分另增代碼
P61002	中醫急症處置費	500	刪除，另增列 P61005-7
P61003	中醫急症診察費—夜間(晚上十時至隔日早上六時)	782	平日、夜間、例假日加成部分另增代碼
P61004	中醫急症診察費—例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)	626	
P61005	針灸(或電針)治療處置費	500	新增代碼(將 P61001 拆項給付，依實際處置申報)
P61006	傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費	500	
P61007	骨折、脫臼整復復位治療處置費	1,200	

(四)修正全民健康保險中醫急症處置計畫支付標準表，備註修訂對照表如下：

項次	原條文	修正文字	說明
註 1	夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。	同時符合夜間及例假日者，則僅可申報 P61003。	配合新增給付代碼文字修正

註 2	每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001)。	每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001、P61003、P61004)。	配合新增給付代碼文字修正
註 3	每一個案該次急診期間，中醫急症處置費(P61002)以申報三次為上限。	每一個案該次急診期間，中醫急症處置費(P61005至 P61007)以申報各三次為上限。	配合新增給付代碼文字修正
註 4	藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。	藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。	未修正

決議：

#### 第四案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會 **行政科**

案由：有關「照護機構中醫醫療照護方案」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議事項辦理。

二、建議修訂事項對照條文如下：

項次	原條文	修正條文
九、(三)	若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構(門診異動表如附件5)； <u>因不可抗力因素(如因颱風來襲</u> <u>縣市政府公告停班停課等)</u> ，則為休診日，不須補診及報備。	若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構(門診異動表如附件5)； <u>行政院人事行政總處公布之假期</u> <u>或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日</u> ，則為休診日，不須補診及報備。
十、(二)2.	每診次以 <u>15</u> 人次為上限； <u>16</u> 人次以上部分，則不予支付。	每診次以 <u>25</u> 人次為上限； <u>26</u> 人次以上部分，則不予支付。

決議：

全民健康保險西醫住院**病患**中醫特定疾病輔助醫療計畫

## 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：

針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難及術後疼痛病人，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病人神經學功能進步、呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。

## 三、施行期間：1123年4月1日至1123年12月31日。

四、預算來源：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院**病患**中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款項目下支應。

## 五、適用範圍：

(一)符合下列任一項適應症，自診斷日起六個月內之住院病人，需中醫輔助醫療協助者：

- 1.腦血管疾病(ICD-10：G45.0-G46.8、I60-I69)。
- 2.顱腦損傷(ICD-10：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9)。
- 3.脊髓損傷(ICD-10：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)。

(二)呼吸困難(ICD-10：J12-J18、J43-J45、J69、J70、J80、J81、J84、J90、J91、J93、J94、J96、J98、J99、P23、P24、P28、R06)之住院病人，當次住院需中醫輔助醫療協助者。

(三)術後疼痛(ICD-10：F45、G89、M22-26、M36、M76-77、M79-81、N23、R10、R14、R39、R51-R52、R68、S38-39、S80、S82-83、S86-89)，當次住院開刀後需中醫輔助醫療協助者。

## 六、申請資格及退場機制：

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

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以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)。

- (三)退場機制：前一年度結案**患者病人**之前測量表完成率低於90%且後測量表完成率低於50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本計畫。

#### 七、申請程序：

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

#### 八、申請資格審查：

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

#### 九、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)療效評估標準：

- 1.腦血管疾病：以美國國家衛生研究院中風評量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。
- 2.顱腦損傷：以巴氏量表(Barthel Index)、改良式創傷嚴重度指標 (Revised Trauma Score, RTS；包含呼吸次數，收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標)做為評估標準。
- 3.脊髓損傷：以美國脊髓損傷協會神經和功能評分(American Spinal Injury Association neurologic and functional score, ASIA score)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。
- 4.呼吸困難：以下列項目做為評估標準。
  - (1)呼吸頻率 (respiratory rate, RR)、心率 (heart rate, HR)、血氧飽和度 (oxygen saturation as measured by pulse oximetry, SpO<sub>2</sub>)。
  - (2)巴氏量表(Barthel Index)。
  - (3)依病人狀況進行以下其中一項量表：
    - A.氣喘：氣喘控制測驗 (Asthma Control Test, ACT)。
    - B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(COPD Assessment Test, CAT)。

C.其他：呼吸困難評估量表(Modified Medical Research Council, mMRC)。

5.術後疼痛：使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)、歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)做為評估標準。

(三)本計畫收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)。各項評估量表須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前，登錄於VPN。

(四)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請書之內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，並檢具中醫全聯會所發予之評估結果，向保險人之分區業務組申請計畫變更，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

#### 十、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件二。

(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。

#### 十一、醫療費用申報與審查：

##### (一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「C8(腦血管疾病西醫住院病人中醫輔助醫療)」、「JC(顱腦損傷西醫住院病人中醫輔助醫療)」、「JD(脊髓損傷西醫住院病人中醫輔助醫療)」、「JQ(呼吸困難西醫住院病人中醫輔助醫療)」及「JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療)」。

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

#### 十二、執行報告：

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，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

- 十三、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。
- 十四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。
- 十五、本計畫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人療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。
- 十六、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
- 十七、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保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。



附件二

西醫住院**病患**中醫特定疾病輔助醫療計畫  
給付項目及支付標準

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001)，不受同一療程規定之限制。
- 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 七、本計畫支付標準表除第五章及第七章之診療項目外，同一病人同一診療項目，每日限申報一次。

## 支付標準表

### 第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

### 第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

註：出院病人必要時得開給7天藥品

### 第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P33031	針灸治療處置費	400
P33032	電針治療	500

註：P33031、P33032每次治療擇一申報。

### 第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

### 第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風病人適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33054	生理評估(限顱腦損傷病人適用) (1)改良式創傷嚴重度指標(RTS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33055	生理評估(限脊髓損傷病人適用) (1)美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33056	生理評估(限呼吸困難病人適用) (1)呼吸頻率(RR)，心率(HR)，血氧飽和度(SpO2) (2)巴氏量表(Barthel Index) (3)依病人狀況進行以下其中一項量表： A. 氣喘：氣喘控制測驗(ACT)。 B. 慢性阻塞性肺病：慢性阻塞性肺病評估量表(CAT)。 C. 其他：呼吸困難評估量表(mMRC)。	1,000
P33057	生理評估(限術後疼痛病人適用)： (1)視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)。 (2)簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)。 (3)歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)。	1,000

註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。  
 2.P33053、P33054、P33055、P33056、P33057生理評估：  
 (1)須以個案為單位。  
 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。  
 (3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於VPN。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P33071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P33072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
P33073	中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助)	500/次
P33074	中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

**討論事項第三案**           **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**  
**案由：「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文修訂案，提請討論。**

**說明：**

- 一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議事項辦理。
- 二、增修部分如下：
  - (一). 修改年度。
  - (二). 適用範圍中，西醫確診為胃癌之 ICD-10-CM 主診斷碼範圍之 C79.5-C97.7 改為 C79.5-C79.7。

**健保署意見：**

- 一、依中華民國中醫師公會全國聯合會 112 年 7 月 31 日(112)全聯醫總兆字第 0605 號函（附件 1）辦理。
- 二、查本計畫適用範圍之胃癌，包含「主診斷為胃癌」及「主診斷為其他癌症且次診斷為胃癌」兩類，中全會建議係就後者由原「主診斷為其他癌症」修訂為「主診斷為續發性癌症」（附件 2），爰係屬診斷碼限縮，不影響財務。

**擬辦：**修訂後方案如附件 3，本案如經同意，將依程序將提全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

**決議：**

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國中醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 112 年 7 月 31 日  
發文字號：(112)全聯醫總兆字第 0605 號  
速 別：  
附 件：提案單乙份

主 旨：檢陳 112 年第 3 次「中醫門診總額研商議事會議」提案單  
乙份，請鑒察。

說 明：依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50  
次會議決議事項辦理。

**中醫全聯會  
投對章(四)**

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：

理事長 詹永兆

總收文 112 年 8 月 2 日收到  
健保醫字 中央健康保險署  
署 1120059668

## 附 件

### 第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

支付科

案由：有關「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議事項辦理。
- 二、增修部分如下：
  - (一)修改年度。
  - (二)為方便病人用藥持續性及方便性，建請同意新增：西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫給付項目及支付標準第二章藥費「註：出院患者必要時得開給 7 天藥品」。

決議：

### 第二案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

支付科

案由：有關「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議事項辦理。
- 二、增修部分如下：
  - (一)修改年度。
  - (二)修正五、適用範圍(三)特定癌症患者中醫門診加強照護計畫 5.西醫確診為胃癌 ICD-10-CM:(2)(主診斷碼:C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C97.7C79.7)+(次診斷碼 C16、Z85.028)。

決議：

### 第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

支付科

案由：有關「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議

事項辦理。

二、增修部分如下：

(一)修改年度。

(二)五、適用範圍及收案條件：(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、S28、S32、S38、S39、S42、S43、S48、S49、S52、S53、S59、S62、S63、S67、S68、S69、S72、S73、S78、S79、S82、S83、S88、S89、S92、S93、S98」，新增「S030、S031、S13、S23、S33」。

(三)修正全民健康保險中醫急症處置計畫支付標準表，修訂對照表如下：

代碼	診療項目	支付點數	修訂說明
P61001	中醫急症診察費—平日	521	平日、夜間、例假日加成部分另增代碼
P61002	中醫急症處置費	500	刪除，另增列 P61005-7
P61003	中醫急症診察費—夜間(晚上十時至隔日早上六時)	782	平日、夜間、例假日加成部分另增代碼
P61004	中醫急症診察費—例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)	626	
P61005	針灸(或電針)治療處置費	500	新增代碼(將 P61001 拆項給付，依實際處置申報)
P61006	傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費	500	
P61007	骨折、脫臼整復復位治療處置費	1,200	

(四)修正全民健康保險中醫急症處置計畫支付標準表，備註修訂對照表如下：

項次	原條文	修正文字	說明
註 1	夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。	同時符合夜間及例假日者，則僅可申報 P61003。	配合新增給付代碼文字修正

註 2	每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001)。	每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001、 <u>P61003</u> 、P61004)。	配合新增給付代碼文字修正
註 3	每一個案該次急診期間，中醫急症處置費(P61002)以申報三次為上限。	每一個案該次急診期間，中醫急症處置費( <u>P61005</u> 至 <u>P61007</u> )以申報各三次為上限。	配合新增給付代碼文字修正
註 4	藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。	藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。	未修正

決議：

#### 第四案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會 **行政科**

案由：有關「照護機構中醫醫療照護方案」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議事項辦理。

二、建議修訂事項對照條文如下：

項次	原條文	修正條文
九、(三)	若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構(門診異動表如附件5)；因不可抗力因素(如因颱風來襲 <u>縣市政府公告停班停課等</u> )，則為休診日，不須補診及報備。	若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構(門診異動表如附件5)； <u>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布之停止上班(課)日</u> ，則為休診日，不須補診及報備。
十、(二)2.	每診次以 <u>15</u> 人次為上限； <u>16</u> 人次以上部分，則不予支付。	每診次以 <u>25</u> 人次為上限； <u>26</u> 人次以上部分，則不予支付。

決議：

## Chapter 2: Neoplasms (C00-D49)

## 第二章 腫瘤

代碼	英/中文名稱
C77.9	Secondary and unspecified malignant neoplasm of lymph node, 未明示部位淋巴結之續發性及未明性惡性腫瘤
C78	Secondary malignant neoplasm of respiratory and digestive organs 呼吸及消化器官之續發性惡性腫瘤
C78.0	Secondary malignant neoplasm of lung 肺續發性惡性腫瘤
C78.00	Secondary malignant neoplasm of unspecified lung 未明示側性肺續發性惡性腫瘤
C78.01	Secondary malignant neoplasm of right lung 右側肺續發性惡性腫瘤
C78.02	Secondary malignant neoplasm of left lung 左側肺續發性惡性腫瘤
C78.1	Secondary malignant neoplasm of mediastinum 縱膈之續發性惡性腫瘤
C78.2	Secondary malignant neoplasm of pleura 胸(肋)膜之續發性惡性腫瘤
C78.3	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified respiratory 其他及未明示呼吸器官之續發性惡性腫瘤
C78.30	Secondary malignant neoplasm of unspecified respiratory organ 未明示呼吸器官之續發性惡性腫瘤
C78.39	Secondary malignant neoplasm of other respiratory organs 其他呼吸器官之續發性惡性腫瘤
C78.4	Secondary malignant neoplasm of small intestine 小腸續發性惡性腫瘤
C78.5	Secondary malignant neoplasm of large intestine and rectum 大腸及直腸之續發性惡性腫瘤
C78.6	Secondary malignant neoplasm of retroperitoneum and peritoneum 後腹腔及腹膜之續發性惡性腫瘤
C78.7	Secondary malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile duct 肝及肝內膽管之續發性惡性腫瘤
C78.8	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified digestive 其他及未明示消化器官之續發性惡性腫瘤
C78.80	Secondary malignant neoplasm of unspecified digestive organ 未明示消化器官之續發性惡性腫瘤
C78.89	Secondary malignant neoplasm of other digestive organs 其他消化器官之續發性惡性腫瘤
C79	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified sites 其他及未明示部位之續發性惡性腫瘤
C79.0	Secondary malignant neoplasm of kidney and renal pelvis 腎及腎盂之續發性惡性腫瘤
C79.00	Secondary malignant neoplasm of unspecified kidney and renal pelvis 未明示側性腎及腎盂之續發性惡性腫瘤
C79.01	Secondary malignant neoplasm of right kidney and renal pelvis 右側腎及腎盂之續發性惡性腫瘤
C79.02	Secondary malignant neoplasm of left kidney and renal pelvis 左側腎及腎盂之續發性惡性腫瘤
C79.1	Secondary malignant neoplasm of bladder and other and unspecified 其他及未明示膀胱與泌尿器官之續發性惡性腫瘤

## Chapter 2: Neoplasms (C00-D49)

### 第二章 腫瘤

代碼	英/中文名稱
C79.10	Secondary malignant neoplasm of unspecified urinary organs 未明示泌尿器官之續發性惡性腫瘤
C79.11	Secondary malignant neoplasm of bladder 膀胱續發性惡性腫瘤
C79.19	Secondary malignant neoplasm of other urinary organs 其他泌尿器官之續發性惡性腫瘤
C79.2	Secondary malignant neoplasm of skin 皮膚之續發性惡性腫瘤
C79.3	Secondary malignant neoplasm of brain and cerebral meninges 腦及腦膜續發性惡性腫瘤
C79.31	Secondary malignant neoplasm of brain 腦續發性惡性腫瘤
C79.32	Secondary malignant neoplasm of cerebral meninges 腦膜續發性惡性腫瘤
C79.4	Secondary malignant neoplasm of other and unspecified parts of 神經系統其他及未明示部位之續發性惡性腫瘤
C79.40	Secondary malignant neoplasm of unspecified part of nervous system 神經系統未明示部位之續發性惡性腫瘤
C79.49	Secondary malignant neoplasm of other parts of nervous system 神經系統其他部位之續發性惡性腫瘤
C79.5	Secondary malignant neoplasm of bone and bone marrow 骨骼及骨髓續發性惡性腫瘤
C79.51	Secondary malignant neoplasm of bone 骨骼續發性惡性腫瘤
C79.52	Secondary malignant neoplasm of bone marrow 骨髓續發性惡性腫瘤
C79.6	Secondary malignant neoplasm of ovary 卵巢續發性惡性腫瘤
C79.60	Secondary malignant neoplasm of unspecified ovary 未明示側性卵巢續發性惡性腫瘤
C79.61	Secondary malignant neoplasm of right ovary 右側卵巢續發性惡性腫瘤
C79.62	Secondary malignant neoplasm of left ovary 左側卵巢續發性惡性腫瘤
C79.7	Secondary malignant neoplasm of adrenal gland 腎上腺之續發性惡性腫瘤
C79.70	Secondary malignant neoplasm of unspecified adrenal gland 未明示側性腎上腺之續發性惡性腫瘤
C79.71	Secondary malignant neoplasm of right adrenal gland 右側腎上腺之續發性惡性腫瘤
C79.72	Secondary malignant neoplasm of left adrenal gland 左側腎上腺之續發性惡性腫瘤
C79.8	Secondary malignant neoplasm of other specified sites 其他特定部位之續發性惡性腫瘤
C79.81	Secondary malignant neoplasm of breast 乳房之續發性惡性腫瘤
C79.82	Secondary malignant neoplasm of genital organs 生殖器官之續發性惡性腫瘤

## Chapter 2: Neoplasms (C00-D49)

## 第二章 腫瘤

代碼	英/中文名稱
C79.89	Secondary malignant neoplasm of other specified sites 其他特定部位之續發性惡性腫瘤
C79.9	Secondary malignant neoplasm of unspecified site 未明示部位之續發性惡性腫瘤
C7A	Malignant neuroendocrine tumors 惡性神經內分泌腫瘤
C7A.0	Malignant carcinoid tumors 惡性類癌
C7A.00	Malignant carcinoid tumor of unspecified site 未明示部位之惡性類癌
C7A.01	Malignant carcinoid tumors of the small intestine 小腸惡性類癌
C7A.010	Malignant carcinoid tumor of the duodenum 十二指腸惡性類癌
C7A.011	Malignant carcinoid tumor of the jejunum 空腸惡性類癌
C7A.012	Malignant carcinoid tumor of the ileum 迴腸惡性類癌
C7A.019	Malignant carcinoid tumor of the small intestine, unspecified portion 未明示部位小腸惡性類癌
C7A.02	Malignant carcinoid tumors of the appendix, large intestine, and rectum 闌尾、大腸及直腸惡性類癌
C7A.020	Malignant carcinoid tumor of the appendix 闌尾惡性類癌
C7A.021	Malignant carcinoid tumor of the cecum 盲腸惡性類癌
C7A.022	Malignant carcinoid tumor of the ascending colon 升結腸惡性類癌
C7A.023	Malignant carcinoid tumor of the transverse colon 橫結腸惡性類癌
C7A.024	Malignant carcinoid tumor of the descending colon 降結腸惡性類癌
C7A.025	Malignant carcinoid tumor of the sigmoid colon 乙狀結腸惡性類癌
C7A.026	Malignant carcinoid tumor of the rectum 直腸惡性類癌
C7A.029	Malignant carcinoid tumor of the large intestine, unspecified portion 未明示部位大腸惡性類癌
C7A.09	Malignant carcinoid tumors of other sites 其他部位惡性類癌
C7A.090	Malignant carcinoid tumor of the bronchus and lung 支氣管及肺惡性類癌
C7A.091	Malignant carcinoid tumor of the thymus 胸腺惡性類癌
C7A.092	Malignant carcinoid tumor of the stomach 胃惡性類癌
C7A.093	Malignant carcinoid tumor of the kidney 腎惡性類癌

## 全民健康保險中醫癌症患者病人加強照護整合方案

依112年2月10日健保醫字第1120102169號公告自112年1月1日生效

### 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：

希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者病人病人經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓患者病人能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者病人所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者病人的生活品質。

### 三、施行期間：~~112~~113年1月1日至~~112~~113年12月31日。

### 四、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫癌症患者病人加強照護整合方案」專款項目下支應。

### 五、適用範圍：

(一)癌症患者病人西醫住院中醫輔助醫療計畫：當次住院為接受癌症相關治療且需中醫輔助醫療之健保給付西醫住院患者病人。

(二)癌症患者病人中醫門診延長照護計畫：

1.術後或接受化學治療、放射線治療過程中副作用明顯之癌症患者病人，依據放化療副作用評估表(Common Terminology Criteria for Adverse Events，以下稱CTCAE評估表)，至少兩項症狀程度為grade 2以上者。

2.正在接受其他抗癌治療且出現嚴重副作用或後遺症，經醫師評估須延長照護之癌症患者病人，依據CTCAE評估表，至少兩項症狀程度為grade 2以上者。

3.CTCAE評估表請至全民健康保險保險人(以下稱保險人)全球資訊網(網址<http://www.nhi.gov.tw>)下載，其路徑為：首頁 > 醫事機構 > 網路申辦及查詢(醫事機構) > 中醫總額醫療照護試辦計畫。

(三)特定癌症患者病人中醫門診加強照護計畫：

1.西醫確診為乳癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C50、C79.81。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷

碼：C50、Z85.3)。

2.西醫確診為肝癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C22、C23、C24。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.3、C79.5、C79.7、Z94.4)+(次診斷碼C22、C23、C24、Z85.05)。

3.西醫確診為肺癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C33、C34。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.3、C79.5-C79.7、Z94.2)+(次診斷碼C33、C34、Z85.1)。

4.西醫確診為大腸癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C18、C19、C20、C21。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.0、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼C18、C19、C20、C21、Z85.04)。

5.西醫確診為胃癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C16。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-~~C97.7~~C79.7)+(次診斷碼C16、Z85.028)。

6.西醫確診為攝護腺癌ICD-10-CM：主診斷碼：C61。

7.西醫確診為口腔癌ICD-10-CM：主診斷碼：C01-C10。

8.符合上述第1點至第7點之診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)或其它抗癌治療期間之患者病人。

註1：癌症患者病人西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者病人中醫門診延長照護計畫及特定癌症患者病人中醫門診加強照護計畫；同一患者病人不得於三項計畫併行收案。

註2：癌症患者病人中醫門診延長照護計畫；同一患者病人，每月限收案兩次(含跨院)。

六、申請資格及退場機制：

(一)癌症患者病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症患者病人中醫門診延長照護計畫：限設有中醫門診之醫院方可提出申請。

(二)申請參與本方案之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合

會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。

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

(四)退場機制：前一年度結案患者病人之前測量表完成率低於90%且後測量表完成率低於50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本方案。

#### 七、結案條件：

(一)癌症患者病人西醫住院中醫輔助醫療計畫：自西醫住院出院者，應予結案。

(二)癌症患者病人中醫門診延長照護計畫患者病人符合下列條件之一者，應予結案：

1.依據CTCAE評估表，所有症狀程度改善至grade 1者。

2.中斷治療超過三天者。(以同次收案期間內申報「中醫門診延長照護費」案件之「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」，大於等於四天者，須結案)。

#### 八、申請程序：

(一)中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附表)及其他檢附資料，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL 等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

(二)其他檢附資料：

1.癌症患者病人西醫住院中醫輔助醫療計畫：簡單說明中醫與西醫間人力資源配置及收案診治流程。

2.癌症患者病人中醫門診延長照護計畫：獨立照護空間之規劃配置圖。

#### 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一日起計。

#### 十、執行方式：

(一)醫師應對當次看診患者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)開立中藥、針灸(或傷科)治療。

(三)疾病管理照護費(含中醫護理衛教及營養飲食指導)：

- 1.癌症**患者病人**西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症**患者病人**中醫門診延長照護計畫：每一個案收案期間限申報一次。
- 2.特定癌症**患者病人**中醫門診加強照護計畫：每一個案收案期間限60日申報一次。

(四)填寫生理評估量表，各項計畫之評估量表如下：

- 1.癌症**患者病人**西醫住院中醫輔助醫療計畫及特定癌症**患者病人**中醫門診加強照護計畫：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale，以下稱FACT-G)(第四版)及生活品質評估(Eastern Cooperative Oncology Group，以下稱ECOG)。
- 2.癌症**患者病人**中醫門診延長照護計畫：CTCAE評估表(完整版本請至保險人全球資訊網下載)、台灣版簡明疲憊量表(The Taiwanese Version of the Brief Fatigue Inventory，以下稱BFI-T，詳附件一)及台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(The World Health Organization Quality of Life-BREF，以下稱WHOQOL-BREF，詳附件二)。

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

- 1.癌症**患者病人**西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症**患者病人**中醫門診延長照護計畫：須於收案三日內及結案(出院)前各執行一次評估量表。
- 2.特定癌症**患者病人**中醫門診加強照護計畫：須於收案三日內完成前測，60日內完成後測，之後每滿60日(「前次測量日+60天」至「前次測量日+120天」內)須執行一次。

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

十一、支付方式：

- (一)本方案之給付項目及支付標準如附件三。
- (二)本方案預算，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：本方案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「J7(癌症**患者病人**西醫住院中醫輔助醫療計畫)」、「JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)」、「JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)」、「JH(癌症**患者病人**中醫門診延長照護計畫)」、「JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)」、「JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)」、「JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)」、「JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)」及「JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)」。

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

十三、執行報告：

執行本方案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，做為下年度申請資格審查之依據。

十四、辦理本方案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，本方案執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

十五、執行本方案之保險醫事服務機構，未依本方案規定事項執行者，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方案。

十六、本方案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**病人**療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

十七、新年度方案未公告前，延用前一年度方案；新年度方案依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度方案者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十八、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，除屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。



附件一

台灣版簡明疲憊量表 (BFI-T)

在我們生活中，大多數我們有時會感到疲倦或疲憊。在過去一週中，您是否曾感到不尋常的疲倦或疲憊？是 否

1.請在下面數字中圈選一個，以表示現在的疲憊(疲倦、疲勞)程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

2.請在下面數字中圈選一個，以表示過去24小時中一般疲憊(疲倦、疲勞)的程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

3.請在下面數字中圈選一個，以表示過去24小時中疲憊(疲倦、疲勞)最劇烈時的程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

4.請在下面數字中圈選一個，以表示過去24小時中，疲憊(疲倦、疲勞)影響您的程度

(1)一般活動

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(2)情緒

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(3)行走能力

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(4)日常工作(包括外出工作及家事)

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(5)與人交往

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(6)生活樂趣

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

附件二

台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF)

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？  
極不好 不好 中等程度好 好 極好
2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？  
完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙
4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？  
完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要
5. 您享受生活嗎？  
完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受
6. 您覺得自己的生命有意義嗎？  
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
7. 您集中精神（含思考、學習、記憶）的能力有多好？  
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
8. 在日常生活中，您感到安全嗎？  
完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全
9. 您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀等)  
完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康
10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？  
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
11. 您能接受自己的外表嗎？  
完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠
12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？  
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？  
完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便

14. 您有機會從事休閒活動嗎？  
完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會
15. 您四處行動的能力好嗎？  
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
18. 您滿意自己的工作能力嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
19. 您對自己滿意嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
20. 您滿意自己的人際關係嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
21. 您滿意自己的性生活嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
22. 您滿意朋友給您的支持嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
23. 您滿意自己住所的狀況嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
26. 您常有負面的感受嗎？（如擔心、傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）  
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有
27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？  
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？  
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

附件三

全民健康保險中醫癌症患者病人加強照護整合方案  
給付項目及支付標準

通則：

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

支付標準表(一)

-癌症患者病人西醫住院中醫輔助醫療計畫

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P34001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100

註：出院患者病人必要時得開給7天藥品

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P34031	針灸治療處置費	400
P34032	電針治療	500

註：P34031、P34032每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P34041	一般治療(含推拿治療或外敷藥處置)	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P34051	中醫護理衛教費	300
P34052	營養飲食指導費	250
P34053	癌症治療功能性評估： (1)一般性量表(FACT-G) (第四版) (2)生活品質評估(ECOG)	1,000

註：1.P34051、P34052每一個案住院期間限申報一次費用。  
2.P34053癌症治療功能性評估：  
(1)以個案為單位。  
(2)須於收案後三日內及出院前各執行一次，前後測量表限各申報一次費用。  
(3)每次須同時完成該項所列之量表並登錄於VPN。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

支付標準表(二)

-癌症患者病人中醫門診延長照護計畫

第一章 中醫門診延長照護費

編號	診療項目	支付點數
P59011	中醫門診延長照護費(全日照護時間大於六小時，包含醫師早晚診察至少兩次)	1,380/日

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P59021	每日藥費	100

註：收案期間結束之患者病人必要時得加開七日藥費。

第三章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P59031	藥品調劑費	50

第四章 治療處置費

編號	診療項目	支付點數
P59041	針灸(或電針)治療處置費	500/日
P59042	傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費	500/日

第五章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P59051	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P59052	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次

註：每一個案收案期間限申請一次。

第六章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P59061	生理評估費(含前後測) 1.放化療副作用評估表(CTCAE) 2.台灣版簡明疲憊量表(BFI-T) 3.台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)	1,000
P59062	營養飲食指導費	250
P59063	護理衛教指導費	300

註1.P59061：

(1)須以個案為單位，每一個案收案期間限申請一次。

(2)須完成 BFI-T、WHOQOL-BREF 及 CTCAE 評估表之前測及後測並登錄於 VPN，方可申請費用。

註2.P59062、P59063：每一個案收案期間限申請一次。

支付標準表(三)

-特定癌症**患者**病人中醫門診加強照護計畫

編號	診療項目	支付點數
P56001	特定癌症門診加強照護費(給藥日數7天以下) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	700
P56002	特定癌症門診加強照護費(給藥日數8-14天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,050
P56003	特定癌症門診加強照護費(給藥日數15-21天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,400
P56004	特定癌症門診加強照護費(給藥日數22-28天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,750
P56005	特定癌症針灸或傷科治療處置費 註：本項處置費每月中報上限為12次，超出部分支付點數以零計。	400
P56006	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60日申報一次，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 <b>患者</b> 之病歷紀錄備查。	550
P56007	生理評估費 1.癌症治療功能性評估：一般性量表(FACT-G)(第四版) 2.生活品質評估(ECOG) 註：1.前測(收案三日內)及後測(收案60日內)量表皆完成，方可申請費用。 2.限60日申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	1,000
P56008	藥品調劑費	50
P56009	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 29-35 天) 註1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	2,100
P56010	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 36-42 天) 註1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	2,450
P56011	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 43-49 天) 註1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	2,800
P56012	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 50-56 天) 註1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	3,150

附件四

全民健康保險特定癌症**患者病人**中醫門診加強照護計畫  
疾病管理照護衛教表單

接受放射線治療、化學治療時，大多數之副作用是暫時發生的，以下列出您應知道可能出現的副作用及建議處理方式：

(一)血球下降：

照護方式：

1. 經常使用肥皂或洗手乳洗手並養成良好衛生習慣。
2. 避免接觸有感冒症狀者。
3. 避免到公共場所，出門戴口罩，口罩潮濕後需立即更換。
4. 不可生食，生食及熟食之砧板應分開使用，水果一定要洗乾淨或削(剝)皮食用。
5. 充分的休息，以恢復體力，晚上充足睡眠，白天限制活動量，以減少體力的消耗。
6. 可多攝取補血的食物，例如深綠色的葉菜類(菠菜)、紅豆、番茄(需煮熟)、葡萄(乾)、肉類以及動物的肝臟。
7. 如果白血球不足時可選擇中藥的黃耆、黨參、枸杞、紅棗、雞血藤煮湯服用。
8. 姿勢改變時，如要從坐下或躺下的姿勢站起來時，動作宜放慢一點，以免感到頭暈目眩。
9. 注意步態，小心跌倒。

(二)噁心、嘔吐：

噁心、嘔吐是接受化學治療的人最擔心的副作用，但通常在化療後就會跟著逐漸消失。

照護方式：

1. 宜攝取易吸收的食物，可吃流質或半流質飲食，少量多餐，避免空腹太久。
2. 攝取清淡飲食，避免油膩、辛辣及含香料食物。
3. 選用有止嘔作用的食物(如，生薑…)，口感微酸的食物(如，酸梅、檸檬、仙楂餅)，以減輕噁心症狀。

(三)謹慎選擇健康食品：

雞精、蜆精、人參(皂苷)、五味子芝麻錠、牛樟芝、靈芝、桑黃、巴西蘑菇、冬蟲夏草、七葉膽、蜂膠、薑黃、天山雪蓮、褐藻醣膠、諾利果、天仙液、酵素、左旋麩醯胺酸、魚油(Eicosa Pentaenoic Acid, EPA)、高蛋白質營養品。

(四)生活作息：

1. 飲食有節，起居有常，不妄作勞。
2. 在中醫的觀念中，保持充分休息，晚上11點前就寢，維持精神舒暢，不發怒，避免憂鬱緊張，不過度房事，飲食五～七分飽，如此可以使我們的身體得到良好的復原。

(五)其他事項補充：

討論事項第四案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案，提請討論。

說明：

一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議事項辦理。

二、增修部分如下：

(一). 修改年度。

(二). 適用範圍及收案條件中，骨骼、關節相關痛症適應症之 ICD-10-CM 增列 S03.0、S03.1、S13、S23、S33。

(三). 另建議修正支付標準表，對照表如下：

代碼	診療診目	支付點數	修訂說明
P61001	中醫急症診察費 <u>-平日</u>	521	平日、夜間、例假日加成部分另增代碼
<del>P61002</del>	<del>中醫急症處置費</del>	<del>500</del>	<del>刪除</del> ，另增列 P61005-P61007
P61003	<u>中醫急症診察費</u> <u>-夜間(晚上十時至隔日早上六時)</u>	782	平日、夜間、例假日加成部分另增代碼
P61004	<u>中醫急症診察費</u> <u>-例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)</u>	626	
P61005	<u>針灸(或電針)治療處置費</u>	500	新增代碼(將 P61002 拆項支付，依實際處置申報)
P61006	<u>傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費</u>	500	
P61007	<u>骨折、脫臼整復復位治療處置費</u>	1,200	

項次	原條文	修正文字	說明
註 1	<u>夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成 50%、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成 20%，同時符合夜間及例假日者，則僅<u>加成 50%</u>。</u>	<u>中醫急症診察費</u> 同時符合夜間及例假日者， <u>則僅可申報 P61003。</u>	配合新增支付代碼文字修正
註 2	每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001)。	每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001、 <u>P61003、P61004</u> )。	配合新增支付代碼文字修正
註 3	每一個案該次急診期間，中醫急症處置費(P61002)以申報三次為上限。	每一個案該次急診期間，中醫急症處置費( <u>P61005 至 P61007</u> )以申報 <u>各</u> 三次為上限。	配合新增支付代碼文字修正
註 4	藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。	藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。	未修正

#### 健保署意見：

- 一、依中華民國中醫師公會全國聯合會 112 年 7 月 31 日(112)全聯醫總兆字第 0605 號函(附件 1)辦理。
- 二、有關將中醫急症診察費-夜間及例假日之加成以另列診療項目建議，考量支付標準西醫章節診療項目涉及夜間及例假日加成之規定皆係列於通則或載於規範之備註，基於支付標準一致性，建議以備註文字呈現，不以另列診療項目方式呈現。
- 三、以中醫急症計畫 7 家醫院之急診案件統計，112 年 1 月至 5 月申報符合現行適應症範圍急診人數約 6.6 萬人其中有申報中醫

急症計畫約 0.18 萬人，人數約占 2.71%。按中全會建議增加診斷碼範圍統計 112 年 1 月至 5 月急診人數為 372 人，估計其申報於中醫急症計畫人數約 10.1 人【372 人\*2.71%】，平均每人 3.87 件【6,982 件/1,802 人】，以中醫急症計畫 111 年 1-5 月占全年申報件數比率約 56.8%及計畫平均每件醫療費用 514.14 點【3,589,739 點/6,982 件】，推估 112 年約需增加 0.04 百萬點【10.1 人\*3.87 件/56.8%\*514.14 點】。

四、請中全會說明提升「骨折、脫臼整復復位治療處置費」支付點數之理由，本案增加財務支出應先爭取 113 年總額預算支應。

**擬辦：**修訂後方案如附件 2，本案俟成功爭取 113 年總額預算支應後，依程序提全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

**決議：**

符合現行計畫診斷碼範圍之急診案件		
年度月份	人數 A	件數
112 年 1-5 月	66,400	73,076

擴增適應症 S13、S23、S33、S03.0、S03.1 之急診案件		
年度月份	人數 C	件數
112 年 1-5 月	372	374

符合計畫適應症之急診申報中醫急症計畫之人數比率		
年度月份	占率 B1/A	推估擴增人數 C*B1/A
112 年 1-5 月	2.71%	10.1

以中醫急症計畫 111 年 1-5 月占全年比率	
年度月份	件數
111 年 1-5 月	573
111 年全	1,009
占率	56.8%

中醫急症處置						
年度月份	人數 B1	件數 B2	平均每 人處置 件數 B2/B1	醫療費用 (申報+部分 負擔) B3	平均每 人 醫療費用 B3/B2	推估 112 年度醫療費用 $C*B1/A*(B2/B1)*56.8%*(B3/B2)$
112 年 1-5 月	1,802	6,982	3.87	3,589,739	514.14	35413.94

附件 1

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國中醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 112 年 7 月 31 日  
發文字號：(112)全聯醫總北字第 0605 號  
速 別：  
附 件：提案單乙份

主 旨：檢陳 112 年第 3 次「中醫門診總額研商議事會議」提案單  
乙份，請鑒察。

說 明：依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50  
次會議決議事項辦理。

中醫全聯會  
投對章(四)

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：

理事長 詹永兆

總收文 112 年 8 月 2 日收到  
健保醫字 中央健康保險署  
署 1120059668

## 附件

### 第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

支付科

案由：有關「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議事項辦理。
- 二、增修部分如下：
  - (一)修改年度。
  - (二)為方便病人用藥持繼性及方便性，建請同意新增：西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫給付項目及支付標準第二章藥費「註：出院患者必要時得開給 7 天藥品」。

決議：

### 第二案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

支付科

案由：有關「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議事項辦理。
- 二、增修部分如下：
  - (一)修改年度。
  - (二)修正五、適用範圍(三)特定癌症患者中醫門診加強照護計畫 5.西醫確診為胃癌 ICD-10-CM:(2)(主診斷碼:C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C97.7C79.7)+(次診斷碼 C16、Z85.028)。

決議：

### 第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

附科

案由：有關「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議

事項辦理。

二、增修部分如下：

(一)修改年度。

(二)五、適用範圍及收案條件：(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、S28、S32、S38、S39、S42、S43、S48、S49、S52、S53、S59、S62、S63、S67、S68、S69、S72、S73、S78、S79、S82、S83、S88、S89、S92、S93、S98」，新增「S030、S031、S13、S23、S33」。

(三)修正全民健康保險中醫急症處置計畫支付標準表，修訂對照表如下：

代碼	診療項目	支付點數	修訂說明
P61001	中醫急症診察費—平日	521	平日、夜間、例假日加成部分另增代碼
P61002	中醫急症處置費	500	刪除，另增列 P61005-7
P61003	中醫急症診察費—夜間(晚上十時至隔日早上六時)	782	平日、夜間、例假日加成部分另增代碼
P61004	中醫急症診察費—例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)	626	
P61005	針灸(或電針)治療處置費	500	新增代碼(將 P61001 拆項給付，依實際處置申報)
P61006	傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費	500	
P61007	骨折、脫臼整復復位治療處置費	1,200	

(四)修正全民健康保險中醫急症處置計畫支付標準表，備註修訂對照表如下：

項次	原條文	修正文字	說明
註 1	夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。	同時符合夜間及例假日者，則僅可申報 P61003。	配合新增給付代碼文字修正

註 2	每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001)。	每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001、P61003、P61004)。	配合新增給付代碼文字修正
註 3	每一個案該次急診期間，中醫急症處置費(P61002)以申報三次為上限。	每一個案該次急診期間，中醫急症處置費(P61005至 P61007)以申報各三次為上限。	配合新增給付代碼文字修正
註 4	藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。	藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。	未修正

決議：

#### 第四案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會 **行政科**

案由：有關「照護機構中醫醫療照護方案」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

一、依本會 112 年 7 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 50 次會議決議事項辦理。

二、建議修訂事項對照條文如下：

項次	原條文	修正條文
九、(三)	若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構(門診異動表如附件5)； <u>因不可抗力因素(如因颱風來襲縣市政府公告停班停課等)</u> ，則為休診日，不須補診及報備。	若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構(門診異動表如附件5)； <u>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布之停止上班(課)日</u> ，則為休診日，不須補診及報備。
十、(二)2.	每診次以 <u>15</u> 人次為上限； <u>16</u> 人次以上部分，則不予支付。	每診次以 <u>25</u> 人次為上限； <u>26</u> 人次以上部分，則不予支付。

決議：

## 全民健康保險中醫急症處置計畫

### 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，減少病人反覆進出急診或滯留於急診觀察區。

### 三、施行期間：1123年1月1日至1123年12月31日。

### 四、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫急症處置」專款項下支應。

### 五、適用範圍及收案條件：符合下列疾病適應症之急診病人，經急診主治醫師評估需中醫介入處置，且徵詢病人同意者。

#### (一)眩暈

- 1.適應症：ICD-10-CM前三碼為R42、H81。
- 2.排除急重症與危急病人。

#### (二)急腹症(腸阻塞)

- 1.適應症：ICD-10-CM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人。

#### (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，且符合下列情況之一者：
  - (1)心電圖為正常竇性節律(normal sinus rhythm)、竇性心律過速(sinus tachycardia)或竇性心律過緩(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，導致仍需滯留於急診留觀或等床者。
  - (3)心肌梗塞溶栓治療危險評分(Thrombolysis in Myocardial Infarction risk

score, TIMI risk score)大於4分者(其14天內之死亡率大於20%)，應與急診醫師討論，並酌情告知病人或家屬，再斟酌是否治療。

- 2.排除需接受緊急侵入性治療之病人(註：若經侵入性治療後，病人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人。
- 4.排除須立即轉往加護病房之病人。

#### (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人。

#### (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、急重症與危急病人。

#### (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人。

#### (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人。

#### (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、S03.0、S03.1、

S13、S23、S33。

- 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、S28、S32、S38、S39、S42、S43、S48、S49、S52、S53、S59、S62、S63、S67、S68、S69、S72、S73、S78、S79、S82、S83、S88、S89、S92、S93→S38、S98、S030、S031、S13、S23、S33。

- 2.排除急重症與危急病人。

#### (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，出血性中風指數(Intracerebral Hemorrhage score, ICH score)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時美國國衛院腦中風評估量表(National Institutes of Health Stroke Scale，以下稱NIHSS)分數小於6分(不含6分)，未接收靜脈注射血栓溶解劑，栓體舒注射液(recombinant tissue plasminogen activator, rt-PA, Actilyse)之病人。

- 2.出血性腦中風病人，排除下列情況者：

- (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人。
- (3)接受緊急侵入性治療之病人。
- (4)立即轉往加護病房之病人。

- 3.梗塞性腦中風病人，排除下列情況者：

- (1)合併急性心肌梗塞病人。
- (2)疑似腦出血(包括蜘蛛網膜下出血)病人。
- (3)生命徵象不穩定、需插管急救之病人。

(4)接受緊急侵入性治療之病人。

(5)立即轉往加護病房之病人。

六、中醫急症處置照護流程，詳附件三。

七、評估方式：

(一)眩暈：使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale，以下稱 VAS 量表)進行前、後測評估，並於每次處置後記錄 VAS 量表分數。每一個案該次急診期間至少記錄其前、後測各一次。

(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 量表分數。

(三)胸悶、胸痛、心悸

1.記錄病人針灸治療前、後之心跳及血壓。

2.使用數字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)評估病人針灸治療前、後之臨床症狀改善程度，以數字量化1-10表示，最不舒適且無法離開病床為10，可執行日常活動無不適為0，並於每次處置後記錄於病歷。

(四)軟組織疼痛：使用簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, 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量表分數。

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量表分數。

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量表分數。

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 量表)及關節角度評估(range

of motion，以下稱 ROM)進行前、後測評估，並於每次處置後記錄 VAS 量表分數及 ROM 數值。

#### (九)腦中風

##### 1.出血性腦中風

(1)由中醫進行病案分析。

(2)記錄病人針灸治療前、後之昏迷指數(Glasgow Coma Scale，以下稱 Coma Scale)。

(3)記錄病人針灸治療前、後之上下肢近端及遠端雙側的肌力分級 (muscle power)。

##### 2.梗塞性腦中風

(1)由中醫進行病案分析。

(2)記錄病人針灸治療前、後之 NIHSS 分數。

(3)記錄病人針灸治療前、後之 Coma Scale。

(4)記錄病人針灸治療前、後之上下肢近端及遠端雙側之肌力分級 (muscle power)。

#### 八、申請資格：

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

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以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)。

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

#### 十、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。

#### 十一、執行方式：

- (一)醫師應對當次看診病人提供完整之診療，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申請表內容，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

#### 十二、支付方式：

- (一)本計畫之給付項目及支付標準如附件二。
- (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。

#### 十三、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「JK(中醫急症處置計畫)」。
  - 3.本計畫之費用與當次西醫急診費用分開申報。
- (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。

#### 十四、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，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。

#### 十五、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。

- 十六、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。
- 十七、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人療效評估等資料。
- 十八、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。
- 十九、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保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。



## 全民健康保險中醫急症處置計畫 給付項目及支付標準

### 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、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。
- 三、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」(以下稱醫療服務支付標準)之02005B「住院會診費」及第四部中醫各章節之診療項目，且本計畫之申報量不併入該院所原門診合理量或針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、本計畫之案件(同一個案)當次就醫之中醫急症處置費以申報三次為限。

全民健康保險中醫急症處置計畫  
支付標準表

新增代碼	診療項目	支付點數
P61001	中醫急症診察費—平日	521
<del>P61002</del>	<del>中醫急症處置費</del>	<del>500</del>
<u>P61003</u>	<u>中醫急症診察費—夜間(晚上十時至隔日早上六時)</u>	<u>782</u>
<u>P61004</u>	<u>中醫急症診察費—例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)</u>	<u>626</u>
P61005	針灸(或電針)治療處置費	500
P61006	傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費	500
P61007	骨折、脫臼整復復位治療處置費	1,200
<p>註1：<del>夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%、中醫急症診療費同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%可申報 P61003。</del></p> <p>註2：每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001、<u>P61003、P61004</u>)。</p> <p>註3：每一個案該次急診期間，中醫急症處置費(<del>P61002</del><u>P61005至 P61007</u>)以申報各三次為上限。</p> <p>註4：藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。</p>		

### 中醫急症處置照護流程

