



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 113 年第 1 次研商議事會議

113 年 2 月 22 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

**「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」
113 年第 1 次會議議程**

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、中醫門診總額執行概況報告	報 2-1
三、112 年度中醫門診醫療給付費用協定事項處理預算扣減計算結果案。	報 3-1
四、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	報 4-1
五、112 年第 3 季中醫門診總額點值結算報告案	報 5-1
六、擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」報告案	報 6-1
七、調整「113 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 7-1

肆、討論事項

一、有關 113 年度中醫門診醫療給付費用協定項目之「中醫利用新增人口」預算扣減方式案	討 1-1
二、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」申請資格修訂案	討 2-1
三、為有效執行「中醫兒童過敏性鼻炎試辦計畫」建請修正條文案(資料後補)	討 3-1

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 4 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 16 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	請假	陳代表博淵	陳博淵
林代表狄昇	林狄昇	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)	黃代表頌儼	黃頌儼
邱代表瑞發	邱瑞發	黃代表輝榮	黃輝榮
姜代表智文	姜智文	詹代表永兆	詹永兆
柯代表富揚	請假	劉代表林義	公出
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表素玲	涂瑜君(代)
張代表廷堅	陳建霖(代)	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

中華民國中醫師公會全國聯合會

李敬、王逸年、賴宛而

本署醫務管理組

林右鈞、黃珮珊、洪于淇

本署醫審及藥材組

本署企劃組

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

陳依婕、黃怡娟、朱文玥

黃瓊萱、黃怡娟、黃奕瑄

劉立麗、黃惠卿、吳倍儀

黃馨玉、李羿萱、林麗智

楊淑美、鄭正義

高幸蓓、詹淑存、陳亞其

陳泰諭

楊淑娟*、賴美雪*、黃寶玉*

謝明珠*、黃毓棠*、林孟萱*

蘇彥秀*、王奕晴*、林裕能*、

戴秀容*、林育辰*、陳怡心*、

潘佳鈴*、謝佩璇*

李建漳*、賴文琳*

謝明雪*、李金秀*、黃皓綱*

李昀融*、吳建昌*、廖子喬*

高菲屏*

黃兆杰*、羅亦珍*、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 6「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案繼續列管，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：112 年第 2 季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：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」暨中華民國中醫師公會全國聯合會於同年月日(112)全聯醫總兆字第 0617 號函修訂「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 2 季北區分區浮動點值 0.70756456，以截至 112 年第 1 季尚未支用金額 5,893,299 元補至 0.71616296。

決定：

一、洽悉。

二、112 年第 2 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
112年 第2季	浮動點值	0.82919	0.71616	0.78554	0.77146	0.78211	1.12215	0.79300
	平均點值	0.89333	0.82899	0.86210	0.86201	0.86641	1.07994	0.87124

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：113 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案。

決定：

一、洽悉。

二、113 年保障項目決議維持原 112 年項目，除藥費依藥物給付項目，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以

每點 1 元支付，並報健保會同意後實施。

三、有關 113 年中醫門診總額一般服務預算四季重分配，考量 110 年受疫情影響，110 年第 2 季占率偏低，比照 112 年按 105-109 年各季核定點數平均占率分配(第 1 季 23.209366%、第 2 季 25.148925%、第 3 季 25.846146%、第 4 季 25.795563%)。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」之會議召開事宜。

決定：

一、 洽悉。

二、 會議時間如下，請各代表預留時間：

第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 臨時會
113.2.22 (週四下午)	113.5.16 (週四下午)	113.8.15 (週四下午)	113.11.14 (週四下午)	113.12.5 (週四下午)

第六案

報告單位：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、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1)：新增「彰化縣線西鄉」。
- 二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-2)：刪除「彰化縣線西鄉」。
- 三、施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 77 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 80 個鄉鎮區(如附件)。

決定：洽悉。

報告事項第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：中醫112 年第1-2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。

決定：本案業提案至 112 年 11 月 15 日衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 10 次委員會議討論，將俟衛生福利部決定辦理後續事宜。

報告事項第八案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費不符申報適應症案件之改支邏輯案。

決定：本案同意修訂，並將補付院所改支之差額。

報告事項第九案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂 3 項中醫專款照護計畫(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、修訂「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫)案。

決定：本案修訂通過，配合執行年度(113 年)修改實施期程及違約情事之認定文字(附件)。

參、討論事項

第一案

提案單位：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(草案)」(下稱研商議事作業要點)案。

決議：本案修訂通過，增修條文 4-1。

一、本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：

- (一) 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。
- (二) 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。
- (三) 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停

止、終止或不予特約處分。

(四) 受前三款處分之執行。

- 二、本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。
- 三、醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。
- 四、本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。
- 五、有關代表建議負責人部分，應僅限不得擔任違約之總額別研商議事會議代表，請本署納入考量。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案(下稱品質方案)」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。

第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案。

決議：本案修訂通過，重點如下：

- 一、修訂執行目標：本年度以至少 90 家照護機構，及以達成 20,000 服務人次，服務總天數 3,500 天為目標。
- 二、修訂申請資格：增列參與計畫前二年內不得有特管辦法第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分及違約期間認定。
- 三、醫療服務提供方式：
 - (一)修訂第三項休診及報備規範。

- (二)增列第四項經雙方協調同意，報備後不須補診，及常態性休診未補診時，作為次年度審查參考。
- 四、給付項目及支付標準：論量支付增列照護機構核定床數 50 床以上者，每診次以 25 人次為上限。
- 五、修訂評核指標：照護機構接受本方案之中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較 112 年減少。
- 六、增列第十六點「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」。

第四案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：修訂「113 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」條文案。

決議：本案修訂通過，重點如下：

- 一、依據 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議決議，優先改善極偏遠地區之醫療服務，爰提高山地離島巡迴醫療論次費用，其餘地區則微幅提高。
- (一)調高巡迴論次費用，山地離島地區每診次調高 1,000 點，其餘地區調高 300 點。
- (二)附件 1-2(僅有一家中醫醫事服務機構開業鄉鎮區)所列屬施行區域如為山地及離島地區，比照二級偏遠論次費用。
- 二、考量飛地(吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、高雄市杉林區大愛里、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地)地域性及原住民語言特殊性(礙難由坐落地之其他巡迴點取代)，為鼓勵中醫醫事服務機構執行飛地之巡迴服務，以二級偏遠論次費用支付。
- 三、考量本方案施行地區有行動不便者無法至巡迴點接受中醫服務，為提升巡迴服務成本效益，開放執行中醫巡迴醫療服務亦可提供到宅醫療。
- 四、為簡化參與本方案中醫醫事服務機構行政作業負擔，執行報告

及考核要點(考核表及滿意度調查表)統一繳交予中全會，再由中全會彙整考核要點後提供本署分區業務組作為下年度審查之依據。

五、餘酌修文字內容。

第五案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：修訂 113 年「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案

決議：本案修訂通過，修訂本計畫年度，餘同 112 年方案。

第六案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：修訂 113 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(草案)」條文案

決議：本案修訂通過，重點如下：

一、風險調整移撥款動支方式提撥及分配式：

(一) 提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 6,000 萬元，由各季提撥 1,500 萬元。

(二) 分配方式：

1. 其中 4,000 萬元用於補助點值，補助方式如下：

(1) 自 113 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

(2) 其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，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/Σ 各院補助金額)。

(3) 若兩區以上浮動點值低於 0.8 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 0.8 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 113 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

2. 其中 2,000 萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。

二、113 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：

(一) 指標 2：預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配由 14%增加至 15%。

(二) 指標 3：預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配由 10%降至 9%。

肆、散會：下午 3 時 59 分

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

註 1：本一覽表統計截止日期：~~112 年 8 月 4 日~~112 年 10 月 25 日，共 ~~76~~ 77 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	七股區	屏東縣	鹽埔鄉
	金山區		將軍區		高樹鄉
	萬里區		山上區		南州鄉
	貢寮區		楠西區		九如鄉
	石碇區		南化區		琉球鄉
	八里區		官田區		崁頂鄉
宜蘭縣	蘇澳鎮	雲林縣	玉井區	花蓮縣	林邊鄉
	三星鄉		安定區		鳳林鎮
	冬山鄉		古坑鄉		壽豐鄉
	壯圍鄉		東勢鄉		光復鄉
桃園市	復興區		二崙鄉	台東縣	瑞穗鄉
新竹縣	芎林鄉		褒忠鄉		太麻里鄉
苗栗縣	卓蘭鎮		臺西鄉		池上鄉
	造橋鄉		元長鄉		成功鎮
	西湖鄉		口湖鄉		鹿野鄉
	三灣鄉		布袋鎮		卑南鄉
台中市	石岡區	嘉義縣	六腳鄉	澎湖縣	湖西鄉
彰化縣	線西鄉		義竹鄉	金門縣	金沙鎮
	埔鹽鄉		梅山鄉		金寧鄉
	二水鄉		大埔鄉		
	田尾鄉		中埔鄉		
	芳苑鄉		鹿草鄉		
	竹塘鄉	高雄市	湖內區		
	大城鄉		六龜區		
南投縣	集集鎮		杉林區		
	中寮鄉		永安區		
	魚池鄉		彌陀區		
	國姓鄉		甲仙區		
台南市	柳營區	屏東縣	恆春鎮		
	六甲區		長治鄉		
	西港區		麟洛鄉		

註 1：本一覽表統計截止日期：~~112 年 8 月 4 日~~112 年 10 月 25 日，共 ~~81~~80 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。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

依112年*月*日健保醫字第*號公告自113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：

鼓勵生育為國家當前重要政策，針對特定病理因素所致之原發性或繼發性不孕、有先兆流產傾向及有流產病歷者，由中醫給予適當照護，以提升受孕率及保胎率。

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「中醫提升孕產照護品質計畫」專款項目下支應。

五、適用範圍：

(一)助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕男性及女性患者病人，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關的診斷依據。

(二)保胎：先兆流產、非自然受孕、經助孕受孕及易流產之女性(病歷應記載詳實)，受孕後0-20週之保胎照護(應註明孕期週數)。

六、結案條件：符合結案條件之患者病人當年度該院所不能再收案。

(一)助孕：

1. 女性患者病人，自初次收案日起算六個月，基礎體溫未見高低溫雙相曲線、或雖有雙相曲線但高溫期短於10天者。(病歷應登載基礎體溫均溫、高溫期天數)。

2. 男性患者病人，自初次收案日起算六個月，精液檢查報告異常項目無進步者。(病歷應登載各次檢驗報告，未登載驗報告即應結案)

(二)保胎：妊娠滿20週即應結案。

七、申請資格：

(一)申請參與本計畫之中醫師：須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)申請參與本計畫之中醫師及保險醫事服務機構：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暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程

序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。÷前述未曾涉及違規情事期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者或申請暫緩處分者)。

八、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，向中醫全聯會提出申請。

九、申請資格審查：

中醫全聯會於每年3月、6月、9月中旬(以郵戳為憑)收齊申請案件後，5個工作日內將審查完成結果造冊送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

十、執行方式：

(一)助孕

1. 女性患者病人：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、判讀基礎體溫(Basal Body Temperature, BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法、內服藥、針灸治療、營養指導。

2. 男性患者病人：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、內服藥、針灸治療、營養指導、運動指導、生活作息指導。

(二)保胎：須包含望聞問切四診診療、黃體評估、出血狀況評估、內服藥、針灸治療、營養飲食指導、衛教。

十一、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。

十二、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「J9(全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫)」。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及

檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十三、執行報告

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

(二)實施效益須包含如下：

1. 助孕：

(1)助孕成功率(=成功受孕個案數/助孕看診個案數)

註：

A. 分子：分母個案中當年度至隔年六月間有申報第二次產檢之人數(無第二次者以第三次計)。

B. 分母：當年度申報助孕照護處置費(P39001、P39002)女性人數。

(2)受孕成功者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、基礎體溫表、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

A. 助孕診療紀錄表(每季提供予中醫全聯會)-女性

姓名	生日	收案日期	低溫期 天數 1少於 10天。 211-20 天。 321天 以上。 4高低 溫紊亂 無規律	高溫期 天數 1少於 10天。 211-20 天。 321天 以上。 4高低 溫紊亂 無規律	本季排 卵低溫 1>=2 次。 21次。 3無。	是否 受孕	次診斷 (請填 不孕症 之其他 病名)	是否曾接 受西醫不 孕治療 0. 沒有 1. 西醫藥 物治療 2. 人工受 孕 3. 試管嬰 兒	其他

B. 助孕診療紀錄表(每半年提供予中醫全聯會)-男性

姓名	生日	收案日期	最近 檢驗 日期	精蟲 數	形態 良率	液化	雜質	活動 力	是否 受孕	次診斷 (請填不孕 症之其他 病名)	其他

2. 保胎

(1)保胎成功率(=成功保胎個案數/保胎看診個案數)

A. 分子:分母個案中當年度至隔年六月間有申報第三次以上產檢之人數。

B. 分母:當年度申報保胎照護處置費(P39003、P39004)之人數。

(2)順利生產者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

懷孕初期症狀及心理評估量表(每季提供予中醫全聯會)

姓名	生日	初診日期	心跳數	血壓	噁心嘔吐	出血	憂鬱	心悸	頭痛	眩暈	微熱	便秘	次診斷	其他

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

十五、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行或繳交之助孕診療紀錄表與懷孕初期症狀及心理評估量表未符合規定，並經全聯會要求改善而未改善者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十六、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。

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

依112年*月*日健保醫字第*號公告自113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

(一)本計畫針對兒童患有過敏性鼻炎者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使病患病人過敏性鼻炎症狀改善且減少其他上、下呼吸道的併發症、改善日常生活能力、提升生活品質。

(二)透過中醫治療介入，改善過敏性鼻炎兒童的學習情形與生活品質，進而提升學習能力。

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

(一)全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」專款項目下支應。

(二)若本計畫下一年度未續辦，原當年度收案對象產生計畫內照護費用將自下一年度中醫門診總額一般服務預算中優先支應。

五、收案條件：須同時符合下列條件者，且同一個案同一期間不得重複收案(含同院所及跨院所)。

(一)5歲(含)至14歲(含)兒童於過敏性鼻炎發作期，經中醫師診斷為鼻鼾(即出現鼻塞、鼻癢、噴嚏、鼻流清涕)為診斷基準，中醫辨證分型屬肺陰虛、肺氣虛、脾氣虛、腎氣虛或肝火熱熾型且主診斷碼為ICD-10：J30.1、J30.2、J30.5、J30.81、J30.89、J30.9者。

(二)過敏性鼻炎控制評估測試量表【The Rhinitis Control Assessment Test(以下稱RCAT評估量表)】(如附件一)分數小於21(不含)分者。

六、結案條件：符合下列條件之一者，應予結案；結案之個案於一年內不得再被收案(含同院所及跨院所)。

(一)個案照護滿六個月(以收案日起算滿195日)。

(二)前述照護期間，若有下列情事之一，須結案：

1、未連續照護【「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」大於28(不含)天】者，視為中斷照護。

2、第二次或第三次RCAT評估量表分數較前次分數增加未達3分且總分小於21(不含)分者。

3、收案後35日內未完成後測並登錄健保資訊服務網系統(以下稱VPN)者。

七、申請資格及退場機制

(一)申請之中醫師：須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)申請參與本計畫之中醫師及保險醫事服務機構：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暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。÷前述未曾涉及違規情事期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者或申請暫緩處分者)。

(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。

八、申請程序

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(如附件二)，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。

九、申請資格審查

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

十、執行方式

(一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，其中治療療程包括開立內服藥、經穴按摩指導、過敏性鼻炎生活衛教與飲食指導。

(二)個案收案並進行第一次 RCAT 評估量表(前測)後，後續每28天應執行一次

RCAT 評估量表，每次評估應間隔28天(必要時可延後7天，即「前次後測日+28天」至「前次後測日+35天」內)。

(三)為避免重複收案，完成第一次 RCAT 評估量表(前測)者，應將個案之基本資料及 RCAT 評估量表資料登錄於 VPN，以完成收案。其餘 RCAT 評估量表資料可於費用申報前登錄於 VPN。

(四)第二次或第三次 RCAT 評估量表分數，若不符合照護效益者【即量表分數較前次分數增加未達3分且總分小於21(不含)分者】，應依本計畫第**五六**點之(二)予以結案，且不得繼續申報本計畫支付標準。

十一、支付方式

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件三。

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

十二、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)」代碼。

(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、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、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，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容(應含評量表之執行、人數人次之統計及執行檢討建議等)將做為下年度申請資格審查之依據。

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患病人療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

十七、品質監控指標

(一)指標一：個案接受完整治療療程，自結案日起一年內，因主診斷為過敏性鼻炎之中、西醫門診就醫次數較治療前一年減少之比例。

(二)指標二：個案接受完整治療療程，自結案日起一年內，因過敏性鼻炎問題再使用中醫玉屏風散、補中益氣湯、八味地黃丸或西醫抗組織胺藥

(Antihistamine)之次數、用藥費用較治療前一年減少之比例。

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，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

過敏性鼻炎控制評估測試量表(RCAT) (The Rhinitis Control Assessment Test)

1.過去一週，你鼻塞發作的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

定義：5分(過去一週，未曾有鼻塞症狀)

4分(過去一週，少於三天會有鼻塞症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有鼻塞症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有鼻塞症狀)

1分(過去一週，每天整天會有鼻塞症狀)

2.過去一週，你打噴嚏的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

定義：5分(過去一週，未曾有打噴嚏症狀)

4分(過去一週，少於三天會有打噴嚏症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有打噴嚏症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有打噴嚏症狀)

1分(過去一週，每天整天會有打噴嚏症狀)

3.過去一週，你流眼淚(流目油)的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

定義：5分(過去一週，未曾有流眼淚(流目油)症狀)

4分(過去一週，少於三天會有流眼淚(流目油)症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有流眼淚(流目油)症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有流眼淚(流目油)症狀)

1分(過去一週，每天整天會有流眼淚(流目油)症狀)

4.過去一週，你因鼻過敏或其他過敏症狀而影響睡眠的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

定義：5分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

4分(過去一週，有1-2天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

3分(過去一週，有3-4天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

2分(過去一週，有5-6天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

1分(過去一週，有7天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

5.過去一週，你因鼻過敏或其他過敏症狀而取消活動(例如：取消拜訪有貓、狗、花園等過敏原場所)。

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

定義：5分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

4分(過去一週，有1-2天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

3分(過去一週，有3-4天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

2分(過去一週，有5-6天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

1分(過去一週，有7天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

6.過去一週，你鼻過敏或其他過敏症狀控制的情形？

完全控制	控制良好	稍有控制	很少控制	完全沒有控制
☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

定義：5分(過去一週，未曾有鼻過敏或其他過敏症狀)

4分(過去一週，少於三天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有鼻過敏或其他過敏症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有鼻過敏或其他過敏症狀)

1分(過去一週，每天整天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

註：幼兒可由父母協助回答。

附件二

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申請表

申請日期： 年 月 日

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

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

附件三

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 給付項目及支付標準

通則：

- 一、 本計畫除管理照護費(編號：P58005)外，診察費、藥費、藥品調劑費、針灸及傷科處置費依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫所列之下列項目申報：
 - (一)門診診察費：A82、A84、A01、A02
 - (二)藥費：A21
 - (三)藥品調劑費：A31、A32
 - (四)一般針灸：D01、D02
 - (五)一般傷科：E01、E02
- 二、 本計畫申報時不併入該院所原門診合理量計算，且針灸及傷科診療項目得同時申報。
- 三、 保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、 同院所同個案於本計畫收案期間，屬本計畫收案條件之主診斷不得另以一般案件申報。

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 支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P58005	管理照護費 註： 本項包含中醫護理衛教、營養飲食指導及經穴按摩指導，各項目皆須執行並於病歷詳細記載，方可申報費用。	200

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

依 112 年*月*日健保醫字第*號公告自 113 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

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

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「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」專款項目下支應。

五、適用範圍

慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, 以下稱CKD) stage 2~5 期之病人，主診斷為ICD-10-CM為N182-N186(慢性腎病)之病人。

(一) CKD stage 2：腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱eGFR) 60~89.9 mL/min/1.73 m² 合併有蛋白尿〔尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine protein/creatinine ratio, 以下稱UPCR) ≥150mg/gm，糖尿病患者病人的尿微蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine albumin/creatinine ratio, 以下稱UACR) ≥30mg/gm 〕或血尿之各種疾病病人。

(二) CKD stage 3~5：eGFR < 60 ml/min /1.73m² 之各種疾病病人。

六、申請資格

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

(二)申請參與本計畫之中醫師及保險醫事服務機構：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暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。。前述未曾涉及

違規~~情事~~期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者或申請暫緩處分者)。

七、結案條件

(一)腎功能持續改善至stage 1。

(二)於收案期間，發生急性腎衰竭、接受器官移植、接受血液透析、腹膜透析者。

(三)病人中斷照護超過 90 日。

八、申請程序

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附件一)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。

九、申請資格審查

(一)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算。

(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、執行方式

(一)中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)檢查數據：

1. 收案時：

(1) CKD stage 2者：須檢附之檢查數據包含血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱Cr)、UPCR (或糖尿病病人採UACR)及糖尿病病人必填糖化血紅素(Hemoglobin A1c,HbA1C)。

(2) CKD stage 3~5者：須檢附之檢查數據包含血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)及糖尿病病人必填糖化血紅素(HbA1C)。

2. 重新檢附檢查數據之頻率：

(1) CKD stage 2者：每6個月須重新檢附檢查數據。

(2) CKD stage 3~5者：每3個月須重新檢附檢查數據。

3. 本計畫所訂檢驗費限健保醫療資訊雲端查詢系統查詢患者病人資料未紀錄檢查數據者及符合開具檢驗資格之中醫師申報，且以與西醫不重複檢驗為原則。

(三) 疾病管理照護：

1. 收案時須填寫「CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表」(附表一) 及生活品質量表(EuroQol instrument, 以下稱 EQ-5D) (附表二)，且每6個月執行一次。

2. 給予病人中醫衛教、營養飲食指導及運動指導並記載檢查數據(查詢健保醫療資訊雲端查詢系統)(疾病管理照護衛教表單詳附表三)。

(四) 收案後應依本計畫進行照護，均須完成各項支付標準所列之量表，並將收案對象之基本資料(包含血壓、Cr、eGFR項目)、量表結果、腎功能評估及慢性腎疾病分期數據於執行期限之次月 20 日前登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)，每次須完成各項支付標準所列之量表需並於每季結束上傳中醫全聯會，未登錄VPN者不予支付該次費用。

(五) 本計畫限單一院所收案，不得重複。

十一、支付方式

(一) 本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

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

十二、醫療費用申報與審查

(一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「JP」(全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫)。

(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

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

(二)實施效益須包含下列項目：

1. CKD stage 2~3a 者：eGFR 較新收案時改善 (eGFR>新收案時)。

2. CKD stage 3b~5者：收案一年(或12個月)後，糖尿病病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m² /year；非糖尿病病人 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m² /year。

十四、退場機制：

(一)參加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。

(二)本計畫之承作院所於生活品質量表(EQ-5D)之回收率低於 60%或CKD stage 3~5 病人之檢查數據上傳率低於 60%者，次年不得承作本計畫。

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

十六、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，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫申請表

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

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

附件二

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

給付項目及支付標準表

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、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸及傷科申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸及傷科申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報疾病管理照護費，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方式。
- 五、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫
支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P64001	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病 <u>患</u> 人病歷記錄備查。	900
P64002	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病 <u>患</u> 人病歷記錄備查。	1, 250
P64003	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病 <u>患</u> 人病歷記錄備查。	1, 600
P64004	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病 <u>患</u> 人病歷記錄備查。	1, 950
P64005	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下、針灸處置） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病 <u>患</u> 人病歷記錄備查。	1, 300
P64006	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天、針灸處置） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病 <u>患</u> 人病歷記錄備查。	1, 650
P64007	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天、針灸處置） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病 <u>患</u> 人病歷記錄備查。	2, 000
P64008	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天、針灸處置） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病 <u>患</u> 人病歷記錄備查。	2, 350

編號	診療項目	支付點數
P64009	中醫慢性腎臟病加強照護費（未給口服藥、針灸處置同療程第 1 次） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病 <u>患</u> 人病歷記錄備查。	800
P64010	中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次) 註： 1. 限與 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 合併申報。 2. 同一療程「中醫慢性腎臟病加強照護費(針灸處置)」及「中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次)」合計每週限申報 3 次。	300
P64011	疾病管理照護費 註： 1. 中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。 2. 須檢附相關檢查數據： (1)CKD stage 2 者：每 6 個月須重新檢附於病歷。 (2)CKD stage 3~5 者：每 3 個月須重新檢附於病歷。 3. 限 56 天(含)以上申報一次。	500
P64012	中醫慢性腎臟病治療功能性評估： 1. CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表（附表一） 2. 生活品質量表(EQ-5D)（附表二） 3. 需於病歷及 VPN 登錄下列項目： (1)CKD stage 2 者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、UPCR（或糖尿病 <u>患者</u> 的 UACR）、糖尿病病人必填糖化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。 (2)CKD stage3~5 者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、糖尿病病人必填糖化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。 註 1：每一個案限每 6 個月申報一次費用(每次須同時完成各項所列之量表) 註 2：需有病人新收案或前一次功能性評估之量表及檢驗檢查，且已於 VPN 登錄者，始得申報本項。 註 3：申報 2 次加強照護費及 1 次疾病管理照護費後，始得申報本項。	700
註 1：含藥費之加強照護費(P64001-P64008)與不含藥費之加強照護費(P64009)，需 ≥ 28 天始得相互轉換。 註 2：P64001、P64002、P64003、P64004、P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 每次診療限擇一申報。 註 3：同一療程 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 限擇一申報。		

檢驗費

編號	診療項目	支付點數
P64013	尿蛋白與尿液肌酸酐比值 UPCR (Urine protein/creatinine ratio)	80
P64014	尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR (Urine albumin/creatinine ratio)	315
09006C	糖化血紅素 HbA1C (Hemoglobin A1c)	200
09015C	肌酐、血 Creatinine (B) CRTN	40

附表一

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表

一、基本資料：

姓名： 生日： 身分證字號： 病歷號： 性別：
職業： 教育程度：

二、病史記錄：

(1) 如何發現自己有腎臟病？

因出現不同之症狀就醫檢查發現 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

因懷疑自己有腎臟病求醫檢查發現 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

因服用若干藥物懷疑會影響腎臟求醫發現 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

因其他疾病檢查時偶然發現是腎臟病 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

因體檢或健康檢查偶然發現 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

* (2) 發現腎臟疾病之後是否有下列症狀？

a. 沒有症狀 ☐ 是 ☐ 否 (請續答)

b. 有症狀如下，可多選

類似感冒症狀，一直未癒 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

蛋白尿或血尿 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

眼瞼浮腫或手腳水腫 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

背部肋骨下緣疼痛 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

時常覺得倦怠無力 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

夜裡無法入睡 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

血壓高，全身不適 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

夜裡頻尿，無法入睡 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

尿量減少 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

胃口不好 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

常有噁心、嘔吐之情形 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

爬樓梯時，容易有呼吸喘之情形 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

有頭暈、眼花之情形或貧血 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

夜裡須採坐姿，才能入睡 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

* (3) 使用藥物病史：

因疼痛服用止痛劑 ☐ 沒有服用 ☐ 偶爾服用 ☐ 一個月 1-2 次 ☐ 每周 1-2 次 ☐ 幾乎每天使用

常常打針，如 (消炎、止痛) ☐ 沒有 ☐ 偶爾打針 ☐ 時常打針 (請填頻率) _____

服用草藥偏方 ☐ 沒有服用 (若有服用，請寫下藥名與勾選使用頻率)

_____ ☐ 偶爾服用 ☐ 一個月 1-2 次 ☐ 每周 1-2 次 ☐ 幾乎每天使用

_____ ☐ 偶爾服用 ☐ 一個月 1-2 次 ☐ 每周 1-2 次 ☐ 幾乎每天使用

_____ ☐ 偶爾服用 ☐ 一個月 1-2 次 ☐ 每周 1-2 次 ☐ 幾乎每天使用

_____ ☐ 偶爾服用 ☐ 一個月 1-2 次 ☐ 每周 1-2 次 ☐ 幾乎每天使用

附件二

在每個標題下，請勾選一個最能描述(請插入受健康評量病人的姓氏或名字，如張先生或麗美)今天健康狀況的方塊。

行動能力

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 他(她)可以四處走動，沒有任何問題 | ☐ |
| 他(她)在四處走動方面有些問題 | ☐ |
| 他(她)在四處走動方面有中度的問題 | ☐ |
| 他(她)在四處走動方面有嚴重的問題 | ☐ |
| 他(她)無法四處走動 | ☐ |

自我照顧

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 他(她)能洗澡或穿衣，沒有任何問題 | ☐ |
| 他(她)在洗澡或穿衣方面有些問題 | ☐ |
| 他(她)在洗澡或穿衣方面有中度的問題 | ☐ |
| 他(她)在洗澡或穿衣方面有嚴重的問題 | ☐ |
| 他(她)無法自己洗澡或穿衣 | ☐ |

平常活動 (如工作、讀書、家事、家庭或休閒活動)

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 他(她)能從事平常活動，沒有任何問題 | ☐ |
| 他(她)在從事平常活動方面有些問題 | ☐ |
| 他(她)在從事平常活動方面有中度的問題 | ☐ |
| 他(她)在從事平常活動方面有嚴重的問題 | ☐ |
| 他(她)無法從事平常活動 | ☐ |

疼痛 / 不舒服

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 他(她)沒有任何疼痛或不舒服 | ☐ |
| 他(她)覺得有些疼痛或不舒服 | ☐ |
| 他(她)覺得中度疼痛或不舒服 | ☐ |
| 他(她)覺得嚴重疼痛或不舒服 | ☐ |
| 他(她)覺得極度疼痛或不舒服 | ☐ |

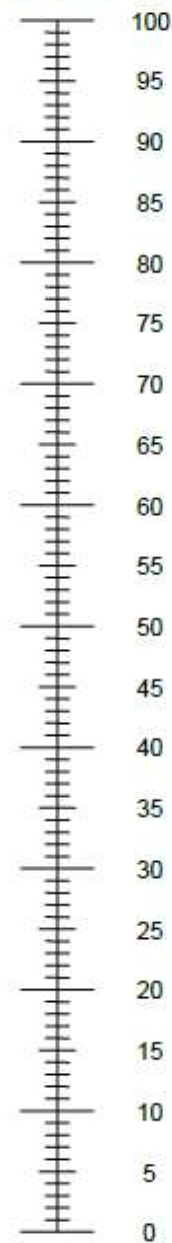
焦慮 / 沮喪

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 他(她)不覺得焦慮或沮喪 | ☐ |
| 他(她)覺得有些焦慮或沮喪 | ☐ |
| 他(她)覺得中度焦慮或沮喪 | ☐ |
| 他(她)覺得嚴重焦慮或沮喪 | ☐ |
| 他(她)覺得極度焦慮或沮喪 | ☐ |

- 我們想知道您認為 (請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或麗美) 今天健康狀況的好壞。
- 這個刻度尺有從 0 到 100 的數字。
- 100 代表您想像中最好的健康狀況。
0 代表您想像中最差的健康狀況。
- 請在刻度尺上打個 "X", 指出您認為 (請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或麗美) 今天的健康狀況的好壞。
- 現在請在以下空格中, 寫下您在刻度尺上標示的那個數字。

病人今天的健康狀況

您想像中最好的
健康狀況



您想像中最差的
健康狀況

附表三

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

疾病管理照護衛教表單

☐一、健康生活型態：

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

☐二、均衡飲食：

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

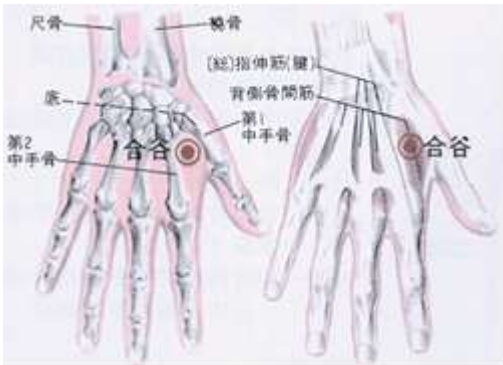
☐三、不亂吃藥：

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

☐四、自我監測及健康檢查：

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

穴位按摩：

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

以上圖片來源：《經絡與穴道》

112113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 (草案)

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：112113年1月1日起至112113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 6,000 萬元，由各季提撥 1,500 萬元。

（二）分配方式

1、其中 4,000 萬元用於補助點值，補助方式如下：

（1）自 113 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

（2）其浮動點值以該最低分區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值（但最高不大於點值第二低的分區），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/Σ各院補助金額）。

（3）若兩區以上浮動點值低於 0.8 元時，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 0.8 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 113 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

2、其中2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。

三、112~~113~~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%~~15~~%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

(三)10%~~9~~%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~~112~~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. 111~~112~~年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = $\Sigma 111~~112~~年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數 / \Sigma 111~~112~~年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數 \times 申報醫療費用點數$

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~~113~~年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以111~~112~~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，並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% $\approx$ 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(A_{i1})

分母： Σ 各分區各季總預算加總(ΣA_{i1})

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(A_{i2})

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣA_{i2})

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（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(A_{i3})

分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣA_{i3})

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)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)

(四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)

(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4人(p)

(二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	病患a1就 醫次數	於各區就醫次數 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 $T=(a1\%+a2\%+a3\%+a4\%)$
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)	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 $(\text{111} \text{年該季} / \text{110} \text{年同期}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(\text{111} \text{年該季申報醫療費用點數} / \text{110} \text{年同期申報醫療費用點數}) - 1$ 。
- 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： Σ 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 $\leq$ 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。

(三)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和($\sum dr_peop$)

$= \text{各分區} \sum \text{各鄉鎮市區權值}(dr_peop)$

* 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) $\frac{111+112}{2}$ 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、 $\frac{111+112}{2}$ 年全國每月申報醫療費用點數之平均值 $= \frac{\sum 111+112 \text{年每月申報醫療費用}}{\sum 111+112 \text{年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數}}$ 。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~~113年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以~~111~~112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。

指標1預算 GA= (T)*97.78%* 66%

指標2預算 GB= (T)*97.78%* ~~14%~~15%

指標3預算 GC= (T)*97.78%* ~~10%~~9%

指標4預算 GD= (T)*97.78%* 4%

指標5預算 GE= (T)*97.78%* 5%

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

=各季預算 GA*指標1占率 (Ai1/ΣAi1)。

指標1占率 (Ai1/ΣAi1)

= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 (Ai1) / Σ95年第4
季至98年第3季之各區各季預算 (ΣAi1)。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(二) 各分區各季預算 Gb

=各季預算 GB*指標2占率 (Ai2/ΣAi2)。

指標2占率 (Ai2/ΣAi2)

=去年同期各分區戶籍人口數 (Ai2) / Σ 去年同期各分區戶籍人口
數 (ΣAi2)。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

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

指標3 占率 ($A_{i3} / \sum A_{i3}$)

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

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

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

= 各分區各季經指標4 加權後之預算 (A_{i4}) / $\sum$ 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

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

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

= 各分區各季經指標5 加權後之預算 (A_{i5}) / $\sum$ 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

= (預算 GF - $\sum$ 指標6 各區各季補至每點1 元所需預算) * 指標1 占率

$(Ai1/\Sigma Ai1)$ 。

三、 各分區各季預算 T_s = 該區當季預算 G_a + 該區當季預算 G_b + 該區當季預算 G_c + 該區當季預算 G_d + 該區當季預算 G_e + 該區當季預算 G_f + 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 $T_y = \Sigma$ 該區各季 $T_s + \Sigma$ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

1. 成長率 = $(112113$ 年該區各季核算 $T_y / 111112$ 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112113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。

	112年該區 全年 預算 Ty (百萬元) V	113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]

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 11 項，擬解除列管 10 項，繼續列管 1 項。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	112_3_討(4)「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案。	本案修訂通過重點如下： 一、適用範圍及收案條件之骨骼、關節相關痛症適應症（ICD-10-CM）增列 S03.0、S03.1、S13、S23、S33。 二、有關中醫急症診察費夜間及例假日由原先加成改為增列診療項目之建議，基於支付標準一致性，維持以備註文字呈現。 三、有關刪除支付標準 P61002 中醫急症處置費 500 點，改為增列 P61005 針灸(或電針)治療處置費 500 點、P61006 傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費 500 點及 P61007 骨折、脫臼整復復位治療處置費 1,200 點之建議，因增加財務衝擊，請中全會爭取 113 年總額預算支應。	本署業於 113 年 1 月 29 日以健保醫字第 1130101782 號函公告，自 113 年 1 月 1 日起生效。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
2	112_4_報 6)：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。	一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區計 77 個鄉鎮區(計畫附件 1-1) 新增「彰化縣線西鄉」。 二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區計 80 個鄉鎮區(計畫附件 1-2)：刪除「彰化縣線西鄉」。	本署業於 112 年 12 月 7 日第 AI11201029 號請辦單周知各分區業務組配合辦理後續事宜。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
3	112_4_報 7)：中醫 112 年第 1-2 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。	本案業提案至 112 年 11 月 15 日衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 10 次委員會議討論，將俟衛生福利部決定辦理後續事宜。	相關補助已於 112 年 12 月 14 日撥付院所。	☒ 解除 ☐ 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_4_報 8)：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費不符申報適應症案件之改支邏輯案。	本案同意修訂，並將補付院所改支之差額。	本案業依會議決定，由本署相關業務單位修正「醫令自動化審核」檢核邏輯，俟完成修正作業後辦理補付院所改支差額。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管
5	112_4_報 9)：修訂 3 項中醫專款照護計畫（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、修訂「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」案。	本案修訂通過，配合執行年度(113 年)修改實施期程及違約情事之認定文字(附件)。	本署業於 112 年 12 月 6 日以健保醫字第 1120664506 號函公告，自 113 年 1 月 1 日起生效。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
6	112_4_討(1)：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)」(下稱研商議事作業要點)案。	本案修訂通過，增修條文 4-1。 一、本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形： (一)受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。 (二)所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。 (三)依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。 (四)受前三款處分之執行。 二、本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。 三、醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。 四、本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。 五、有關代表建議負責人部分，應僅限不得擔任違約之總額別研商議事會議代表，請本署納入考量。	業依委員意見修訂本要點，並已列入本次會議報告事項第六案，建議報告後解除列管。	☒ 繼續列管 ☐ 報告後解除列管
7	112_4_討 2)：全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案之「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。	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。	本署業於 113 年 1 月 5 日健保醫字第 1130050015 號函，周知各分區業務組配合辦理後續事宜。	☒ 繼續列管 ☐ 解除列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
8	112_4_討3): 修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案	本案修訂通過，重點如下： 一、修訂執行目標：本年度以至少 90 家照護機構，及以達成 20,000 服務人次，服務總天數 3,500 天為目標。 二、修訂申請資格：增列參與計畫前二年內不得有特管辦法第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分及違約期間認定。 三、醫療服務提供方式： (一)修訂第三項休診及報備規範。 (二)增列第四項經雙方協調同意，報備後不須補診，及常態性休診未補診時，作為次年度審查參考。 四、給付項目及支付標準：論量支付增列照護機構核定床數 50 床以上者，每診次以 25 人次為上限。 五、修訂評核指標：照護機構接受本方案之中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較 112 年減少。 六、增列第十六點「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」。	本署業於 112 年 12 月 19 日健保醫字第 1120125466 號公告修訂。	☒ 解除 ☐ 繼續 列管 列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
9	112_4_討4)：修訂「113 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」條文案	本案修訂通過，重點如下： 一、依據 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議決議，優先改善極偏遠地區之醫療服務，爰提高山地離島巡迴醫療論次費用，其餘地區則微幅提高。 (一)調高巡迴論次費用，山地離島地區每診次調高 1,000 點，其餘地區調高 300 點。 (二)附件 1-2(僅有一家中醫醫事服務機構開業鄉鎮區)所列屬施行區域如為山地及離島地區，比照二級偏遠論次費用。 二、考量飛地(吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、高雄市杉林區大愛里、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地)地域性及原住民語言特殊性(礙難由坐落地之其他巡迴點取代)，為鼓勵中醫醫事服務機構執行飛地之巡迴服務，以二級偏遠論次費用支付。 三、考量本方案施行地區有行動不便者無法至巡迴點接受中醫服務，為提升巡迴服務成本效益，開放執行中醫巡迴醫療服務亦可提供到宅醫療。 四、為簡化參與本方案中醫醫事服務機構行政作業負擔，執行報告及考核要點(考核表及滿意度調查表)統一繳交予中全會，再由中全會彙整考核要點後提供本署分區業務組作為下年度審查之依據。	本署業於 113 年 1 月 4 日健保醫字第 1120126347 號公告。	☒ 解除 ☐ 繼續 列管
10	112_4_討5)：修訂 113 年「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案	本案修訂通過，修訂本計畫年度，餘同 112 年方案。	本署業於 112 年 12 月 21 日健保醫字第 1120665398 號公告。	☒ 解除 ☐ 繼續 列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
11	112_4_討(6)：修訂 113 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(草案)」條文案。	本案修訂通過，重點如下： 一、風險調整移撥款動支方式提撥及分配式： (一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 6,000 萬元，由各季提撥 1,500 萬元。 (二)分配方式： 1. 其中 4,000 萬元用於補助點值，補助方式如下： (1)自 113 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。 (2)其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，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/Σ各院補助金額)。 (3)若兩區以上浮動點值低於 0.8 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 0.8 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 113 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。 2. 其中 2,000 萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。 註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。 二、113 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： (一)指標 2：預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配由 14% 增加至 15%。 (二)指標 3：預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配由 10% 降至 9%。	本署業於 112 年 12 月 13 日健保醫字第 1120125022 號公告。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件報 2-2）

決定：



(附件)

中醫門診總額執行概況

中央健康保險署
113年2月22日

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

1



大綱

- 113年度中醫門診總額協定結果
- 點值預估
- 近5年醫療供給及利用概況
- 112年專案執行報告
- 其他參考資料(112年及112Q4醫療供給及利用概況及112Q4專案執行報告)

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

2



113年中醫門診總額-決定結果

衛福部112.12.26公告

- ◆結論：總金額322.88億元，較112年增加15.272億元，成長率為4.221%。
- ◆決定事項重點：
 - 一、一般服務項目：
 - 中醫利用新增人口(增加588百萬元)(113年新增項目)：
 - 預算扣減方式，由本署會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於113年7月提全民健康保險會報告。

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

3



113年中醫門診總額決定重點(1)

二、專款項目協定重點：

- (一)醫療資源不足地區改善方案:全年經費1.80億元。
- (二)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：全年經費4.368億元
 - 針對執行10年以上之子計畫，請評估、規劃納入一般服務之期程。
- (三)中醫提升孕產照護品質計畫:全年經費0.70億元。
 - 請持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制。
- (四)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫:全年經費0.212億元。
 - 本計畫再試辦1年，若未呈現具體成效則應退場。
- (五)中醫癌症患者加強照護整合方案:全年經費2.65億元。
- (六)中醫急症處置：全年經費0.10億元。
 - 檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理。

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

4



113年中醫門診總額決定重點(2)

- (七)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫:1.053億元。
- (八)照護機構中醫醫療方案:0.48億元。
- 依113年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。
 - 有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於113年7月提全民健康保險會報告。
- (九)網路頻寬補助費用:0.83億元。
- 請確實依退場期程(110~114年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。
- (十)品質保證保留款:113年專款經費0.574億元，與原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(0.228億元)合併運用(計0.802億元)。



113年中醫門診成長率項目表_一般服務

項 目		協定結果公告	
A. 一般服務		成長率(%)	預估增加金額(百萬元)
A1. 醫療服務成本及人口因素成長率		3.002%	886.8
投保人口預估成長率		-0.757%	
人口結構改變率		0.799%	
醫療服務成本指數改變率		2.989%	
A2. 協商因素成長率		1.977%	584.9
中醫利用新增人口(113年新增)		1.990%	588.0
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款		-0.013%	-4.0
一般服務成長率		增加金額	1,470.8
		總金額	31,011.3



113年中醫門診成長率項目表_專款合計

項 目		協定結果公告	
專款項目	專款金額	增加金額 (百萬元)	
醫療資源不足地區改善方案	180.0	8.0	
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫	436.8	0.0	
中醫提升孕產照護品質計畫	70.0	-11.0	
兒童過敏性鼻炎專案照護計畫	21.2	-0.4	
中醫癌症患者加強照護整合方案	265.0	20.0	
中醫急症處置	10.0	5.0	
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	105.3	0.0	
照護機構中醫醫療方案	48.0	20.0	
網路頻寬補助費用	83.0	-15.0	
品質保證保留款	57.4	29.8	
專款總金額	1276.7	56.4	
較112年度核定總額成長率(一般服務+專款)	增加金額	4.221%	1,527.2
	總金額		32,288.0

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

7



點值預估說明

- 一、製表日期：113年2月15日修改。
- 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(99.52452%)校正，該占率以112Q2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年下半年爭審後核減率，各分區分別計之。

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

8



112年第4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4季	臺北	2,128	892	1,487	0.8316	0.8948
	北區	932	441	672	0.7311	0.8377
	中區	1,873	753	1,378	0.8128	0.8790
	南區	1,068	473	729	0.8166	0.8887
	高屏	1,187	519	835	0.7991	0.8761
	東區	168	50	109	1.0817	1.0559
	合計	7,355	3,127	5,210	0.8116	0.8823

註：111Q4結算全區平均點值0.8633



醫療供給及利用概況



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12月	1,091	462	1,043	517	545	70	3,728
109年12月	1,127	468	1,058	530	550	71	3,804
110年12月	1,137	470	1,058	530	558	71	3,824
111年12月(A)	1,159	482	1,074	535	567	68	3,885
112年12月(B)	1,196	493	1,089	543	574	70	3,965
成長率(B/A)-1	3.2%	2.3%	1.4%	1.5%	1.2%	2.9%	2.1%
增減數B-A	37	11	15	8	7	2	80

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12月(A)	26	15	34	25	21	10	131
112年12月(B)	27	16	36	25	22	12	138
成長率(B/A)-1	3.8%	6.7%	5.9%	0.0%	4.8%	20.0%	5.3%
增減數B-A	1	1	2	0	1	2	7

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12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(+1)：增加1家：臺北榮民總醫院桃園分院。

中區(+2)：增加2家：洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院、東華醫院。

高屏(+1)：增加1家：衛生福利部恆春旅遊醫院。

東區(+2)：增加2家：醫療財團法人門諾醫院、門諾醫院壽豐分院。

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12月	2,068	872	1,864	896	985	153	6,838
109年12月	2,150	898	1,919	919	1,017	164	7,067
110年12月	2,191	928	1,971	934	1,051	160	7,235
111年12月(A)	2,235	954	2,017	959	1,086	157	7,408
112年12月(B)	2,301	1,002	2,078	981	1,119	161	7,642
成長率(B/A)-1	3.0%	5.0%	3.0%	2.3%	3.0%	2.5%	3.2%
增減數B-A	66	48	61	22	33	4	234

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。

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

13



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12月	222	108	222	171	117	61	901
109年12月	233	117	237	150	123	63	923
110年12月	242	116	258	154	122	59	951
111年12月(A)	246	125	255	158	119	58	961
112年12月(B)	247	129	280	168	119	63	1,006
成長率(B/A)-1	0.4%	3.2%	9.8%	6.3%	0.0%	8.6%	4.7%
增減數B-A	1	4	25	10	0	5	45

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。

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

14



各分區每萬人口中醫師數

年度	108	109	110	111	112
臺北	2.71	2.83	2.92	3.00	3.06
北區	2.29	2.34	2.42	2.48	2.57
中區	4.07	4.19	4.33	4.44	4.55
南區	2.69	2.49	2.84	2.93	3.00
高屏	2.66	2.76	2.88	2.99	3.07
東區	2.82	3.04	2.99	2.95	3.04
總計	2.90	3.00	3.10	3.18	3.26

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

15



各分區每萬人口中醫師數 與全國比率

年度	108	109	110	111	112
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	0.79
台中/全區	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40
南區/全區	0.93	0.83	0.92	0.92	0.92
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

16



112年Q4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	94	449,890	2.09	4,786
	基隆市	82	362,255	2.26	4,418
	臺北市	1,029	2,511,886	4.10	2,441
	新北市	1,088	4,041,120	2.69	3,714
	金門縣	8	144,149	0.55	18,019
	連江縣	0	14,039	0.00	0
		2,301	7,523,339	3.06	3,270
北區	桃園市	630	2,317,445	2.72	3,678
	新竹市	133	456,475	2.91	3,432
	新竹縣	116	589,289	1.97	5,080
	苗栗縣	123	534,575	2.30	4,346
		1,002	3,897,784	2.57	3,890
中區	臺中市	1,511	2,845,909	5.31	1,883
	南投縣	144	477,094	3.02	3,313
	彰化縣	423	1,239,048	3.41	2,929
		2,078	4,562,051	4.55	2,195

17



112年Q4各縣市每萬人口中醫師數(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	159	659,468	2.41	4,148
	嘉義市	111	263,584	4.21	2,375
	嘉義縣	88	484,560	1.82	5,506
	臺南市	623	1,859,946	3.35	2,985
		981	3,267,558	3.00	3,331
高屏	高雄市	941	2,737,941	3.44	2,910
	屏東縣	173	794,997	2.18	4,595
	澎湖縣	5	107,739	0.46	21,548
		1,119	3,640,677	3.07	3,254
東區	花蓮縣	109	317,489	3.43	2,913
	臺東縣	52	211,544	2.46	4,068
		161	529,033	3.04	3,286
	總計	7,642	23,420,442	3.26	3,065



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%
111年12月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	14	11	4	12	24	14	79	21.5%
	0<X<1	16	9	16	26	19	6	92	25.0%
	1≤X<2	14	15	12	15	16	4	76	20.7%
	2≤X<3	8	4	7	8	6	1	34	9.2%
	3≤X	18	8	29	16	12	4	87	23.6%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
112年12月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	13	11	6	11	23	14	78	0
	0<X<1	17	9	12	25	20	5	88	0
	1≤X<2	14	14	13	18	15	5	79	0
	2≤X<3	9	5	7	8	5	2	36	0
	3≤X	17	8	30	15	14	3	87	0
	合計	70	47	68	77	77	29	368	0
較去年同期 增減鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	-1	0	2	-1	-1	0	-1	
	0<X<1	-1	0	4	1	-1	1	4	
	1≤X<2	0	1	-1	-3	1	-1	-3	
	2≤X<3	-1	-1	0	0	1	-1	-2	
	3≤X	1	0	-1	1	-2	1	0	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

註：無中醫師鄉鎮(-1)：臺北區(-1)：宜蘭縣壯圍鄉；
中區(+2)：彰化縣線西鄉、南投縣鹿谷鄉；
南區(-1)：雲林縣東勢鄉；
高屏(-1)：屏東縣林邊鄉

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

19



近5年整體費用申報概況

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
108年	40,335.0	2.8%	28,493.4	7.5%	706.4	4.6%
109年	39,005.2	-3.3%	28,876.1	1.3%	740.3	4.8%
110年	34,921.2	-10.5%	26,886.6	-6.9%	769.9	4.0%
111年	41,374.7	18.5%	31,359.5	16.6%	757.9	-1.6%
112年	44,088.9	6.6%	34,294.7	9.4%	777.9	2.6%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。
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



近5年整體申報費用點數 【費用分類】

項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
近五年	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
108年	10,151.9	12.4%	186.3	3.1%	12,445.7	2.8%	5,709.5	10.3%	28,493.4	7.5%
109年	10,700.2	5.4%	179.1	-3.9%	12,277.2	-1.4%	5,719.7	0.2%	28,876.1	1.3%
110年	10,006.7	-6.5%	159.6	-10.9%	11,118.9	-9.4%	5,601.4	-2.1%	26,886.6	-6.9%
111年	11,925.5	19.2%	179.4	12.4%	12,962.0	16.6%	6,292.5	12.3%	31,359.5	16.6%
112年	12,795.5	7.3%	194.3	8.3%	13,770.9	6.2%	7,534.0	19.7%	34,294.7	9.4%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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年調高針灸、傷科、針傷科支付標準。

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

21



近5年整體申報醫療費用點數 【案件分類】(1)

近五年/ 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 (百萬)	成長 率
108年	14,764.0	3.2%	603.6	25.0%	4,889.2	17.4%	224.0	22.1%	2.62	75.6%
109年	14,635.1	-0.9%	562.1	-6.9%	5,398.4	10.4%	259.8	16.0%	3.12	18.9%
110年	12,975.1	-11.3%	606.3	7.9%	5,412.2	0.3%	214.8	-17.3%	3.11	-0.4%
111年	15,577.5	20.1%	725.0	19.6%	6,263.0	15.7%	248.5	15.7%	4.07	31.1%
112年	16,135.4	3.6%	939.9	29.6%	7,117.9	13.7%	264.3	6.3%	10.18	150.0%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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

22



近5年整體申報醫療費用點數 【案件分類】(2)

近五年/ 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
108年	7,890.9	8.4%	117.6	24.4%	1.4	0	.	0	28,493.4	7.5%
109年	7,871.1	-0.3%	117.0	-0.5%	29.4	2045%	.	0	28,876.1	1.3%
110年	7,487.4	-4.9%	101.9	-12.9%	85.8	191.8%	.	0	26,886.6	-6.9%
111年	8,312.1	11.0%	96.6	-5.2%	132.6	54.6%	9.1	#VALUE!	31,359.5	16.6%
112年	9,531.6	14.7%	110.6	14.6%	184.8	39.4%	2.9	-68%	34,294.7	9.4%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。
 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%係指前一年數字為0，#VALUE!係無前一年數據
 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

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

23



近5年醫院中醫科費用申報概況

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
108年	3,552.3	8.0%	3,421.8	13.2%	963.3	4.9%
109年	3,271.3	-7.9%	3,353.8	-2.0%	1,025.2	6.4%
110年	2,978.3	-9.0%	3,212.1	-4.2%	1,078.5	5.2%
111年	3,528.6	18.5%	3,770.4	17.4%	1,068.5	-0.9%
112年	3,980.2	12.8%	4,480.3	18.8%	1,125.6	5.3%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。
 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

24



近5年醫院中醫科申報費用點數 【費用分類】

項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
近五年	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
108年	1,417.4	15.7%	72.8	8.2%	1,066.3	7.9%	865.3	16.6%	3,421.8	13.2%
109年	1,427.4	0.7%	68.0	-6.6%	999.7	-6.2%	858.7	-0.8%	3,353.8	-2.0%
110年	1,311.7	-8.1%	62.2	-8.5%	912.2	-8.8%	926.0	7.8%	3,212.1	-4.2%
111年	1,528.7	16.5%	74.1	19.1%	1,076.5	18.0%	1,091.2	17.8%	3,770.4	17.4%
112年	1,730.1	13.2%	82.3	11.1%	1,211.2	12.5%	1,456.7	33.5%	4,480.3	18.8%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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

25



近5年醫院中醫科申報費用點數 【案件分類】(1)

近五年/ 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 (百萬)	成長率
108年	606.6	9.4%	468.1	10.0%	1,473.5	14.0%	25.9	23.8%	2.51	78.3%
109年	577.0	-4.9%	450.5	-3.8%	1,505.1	2.1%	29.7	14.7%	2.90	15.8%
110年	502.4	-12.9%	508.7	12.9%	1,374.0	-8.7%	24.9	-16.4%	2.91	0.2%
111年	618.9	23.2%	603.3	18.6%	1,565.9	14.0%	35.1	41.1%	3.91	34.5%
112年	615.1	-0.6%	770.6	27.7%	1,792.9	14.5%	44.2	25.9%	7.16	83.1%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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

26



近5年醫院中醫科申報費用點數 【案件分類】(2)

近五年/ 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
108年	771.9	15.2%	72.2	25.7%	1.2	0%	.	0	3,421.8	13.2%
109年	704.4	-8.7%	73.3	1.6%	10.8	0%	.	0	3,353.8	-2.0%
110年	706.0	0.2%	66.2	-9.7%	26.9	148.5%	.	0	3,212.1	-4.2%
111年	827.2	17.2%	65.7	-0.9%	50.3	86.7%	9.1	#VALUE!	3,770.4	17.4%
112年	1,102.1	33.2%	78.7	19.8%	69.4	38.0%	2.9	-68%	4,480.3	18.8%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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!係無前一年數據。

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

27



112年中醫專案執行報告 (含醫院層級執行情形)



中醫專案計畫

- 推動內容：
 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫
 - 癌症患者加強照護整合方案
 - 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，4月1日生效)
 - 中醫門診總額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	112全年			
	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	7,268	106.7	114.59
區域醫院	42	9,385	140.4	153.73
地區醫院	51	4,716	87.0	101.50
總計	107	18,528	334.1	369.83

註：112年全年預算436.8百萬點，全年預算執行率84.6%。

資料來源：截至113年2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

院所層級	112全年			
	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	6,407	66.3	99.48
區域醫院	41	5,383	70.4	108.45
地區醫院	30	1,772	19.7	27.60
基層院所	81	1,567	15.7	20.82
總計	166	14,879	172.0	256.36

註：112年全年預算245百萬點，全年預算執行率**100.0%(104.6%)**。

資料來源：截至113年2月2日多模型健保資料平台。

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

31



中醫提升孕產照護品質計畫

院所層級	112全年			
	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	797	6.4	6.99
區域醫院	15	1,525	19.1	22.06
地區醫院	16	189	1.4	1.40
基層院所	110	4,078	35.1	38.22
總計	148	6,476	62.0	68.67

註：112年全年預算81百萬點，全年預算執行率84.8%。

資料來源：截至113年2月2日多模型健保資料平台。

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

32



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

院所層級	112全年			
	院所家數	照護人數	照護人次 (次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	4	375	1,709	2.05
區域醫院	3	40	204	0.22
地區醫院	1	2	2	0.001
基層院所	116	4,926	20,607	20.85
總計	124	5,341	22,522	23.12

註：112年全年預算21.6百萬點，全年預算執行率**100%(107.1%)**。

資料來源：截至113年2月2日多模型健保資料平台。

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

33



中醫急症處置計畫

院所層級	112全年			
	院所家數	照護人數	照護人次 (次)	醫療點數 (萬點)
醫學中心	5	1,216	1,457	244.7
區域醫院	7	1,492	1,554	297.0
總計	12	2,708	3,011	541.7

註：112年全年預算5百萬點，全年預算執行率**100.0%(108.3%)**。

資料來源：截至113年2月2日多模型健保資料平台。

註2：申報院所數：

112Q2：醫學中心：台北馬偕醫院、中國醫藥大學附設醫院、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

112Q3：醫學中心：台北馬偕醫院、林口長庚紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院

區域醫院：基隆長庚紀念醫院、部立桃園醫院、國軍台中醫院

112Q4：醫學中心：台北馬偕醫院、林口長庚紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院、高雄長庚紀念醫院

區域醫院：基隆長庚紀念醫院、國軍台中醫院、台中慈濟醫院、台北慈濟醫院

Bureau of National Health Insurance

34



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

院所層級	112全年			
	院所家數	照護人數	照護人次 (次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	9	1,570	12,073	21.68
區域醫院	19	1,325	10,787	18.84
地區醫院	18	638	4,970	8.74
基層院所	112	3,299	27,967	39.50
總計	158	6,786	55,797	88.76

註：112年全年預算105.3百萬點，全年預算執行率84.3%。

資料來源：截至113年2月2日多模型健保資料平台。

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

35



中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

院所層級	112全年			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	7	225	4,169	3.20
區域醫院	20	643	11,536	8.55
地區醫院	14	560	7,758	6.12
基層院所	41	1,467	21,185	19.34
(論量)小計	82	2,893	44,648	37.21
(論次)小計				3.87
總計				41.08

註：112年全年預算28百萬點，全年預算執行率100%(146.7%)。

資料來源：截至113年2月2日多模型健保資料平台。

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

36



112年分區申報專案費用點數

單位：百萬點

分區別	住院輔助	癌症整合	孕產	鼻炎	急症	腎病	中醫照護	合計	占率
台北	72.2	47.7	8.0	3.1	0.3	13.3	4.6	149.2	17.6%
北區	23.9	34.9	5.3	6.7	0.02	14.1	3.9	88.7	10.4%
中區	164.2	74.0	23.5	8.4	3.4	28.4	13.9	315.9	37.2%
南區	55.2	52.5	21.6	1.5	.	13.9	5.5	150.1	17.7%
高屏	44.1	40.7	8.7	3.4	0.003	16.0	5.4	118.3	13.9%
東區	10.3	6.6	1.6	0.001	1.7	3.2	3.8	27.2	3.2%
全署	369.8	256.4	68.7	23.1	5.4	88.8	37.2	849.4	100.0%

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

37



112年各季中醫專款預算執行情形

單位：百萬點、百萬元

專款項目	112Q1	112Q2	112Q3	112Q4	112全年	預算	執行率
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	82.7	92.0	96.7	98.1	369.8	436.8	84.6%
癌症患者加強照護整合計畫	54.6	61.9	67.3	72.6	256.4	245.0	104.6%
中醫提升孕產照護品質計畫	15.6	17.4	17.5	18.1	68.7	81.0	84.8%
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	4.0	4.8	7.0	7.3	23.1	21.6	107.1%
中醫急症處置計畫	1.5	2.6	0.5	0.7	5.4	5.0	108.3%
中醫提升慢性腎病照護計畫	18.5	20.4	24.1	25.7	88.8	105.3	84.3%
中醫門診總額照護機構 中醫醫療照護方案	6.4	9.5	11.7	12.3	37.2	28.0	146.7%
	183.2	208.6	224.8	234.8	849.4	922.7	92.3%

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

38



小結

- 112年癌症患者加強照護整合計畫、兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、中醫急症處置計畫及中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案及執行率已超出100%，將以浮動點值結算。



敬請指教

其他參考資料 (112年及112第4季)

整體申報概況 【分區別】

項目		申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
年季	分區	值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
112年	臺北	12,582.0	6.0%	9,701.0	8.2%	771.0	2.1%
	北區	5,947.0	10.1%	4,577.7	13.9%	769.7	3.4%
	中區	11,512.5	4.9%	8,821.4	8.6%	766.2	3.5%
	南區	6,290.9	7.7%	4,967.9	9.7%	789.7	1.8%
	高屏	6,992.2	6.8%	5,522.1	8.9%	789.8	2.0%
	東區	764.2	3.3%	704.7	8.0%	922.2	4.6%
全區		44,088.9	6.6%	34,294.7	9.4%	777.9	2.6%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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。



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	
	分區	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
112年	臺北	3,632.1	6.9%	52.3	5.0%	3,954.7	5.6%	2,061.9	16.0%	9,701.0	8.2%
	北區	1,808.2	12.3%	24.8	4.2%	1,864.6	9.9%	880.1	27.6%	4,577.7	13.9%
	中區	3,078.3	5.0%	52.9	6.4%	3,587.6	4.8%	2,102.5	22.5%	8,821.4	8.6%
	南區	1,937.0	7.7%	27.4	13.7%	1,939.6	7.2%	1,063.9	18.5%	4,967.9	9.7%
	高屏	2,116.2	7.3%	32.6	16.5%	2,184.3	6.2%	1,189.0	17.4%	5,522.1	8.9%
	東區	223.7	4.0%	4.3	6.6%	240.1	2.5%	236.6	18.9%	704.7	8.0%
	合計	12,795.5	7.3%	194.3	8.3%	13,770.9	6.2%	7,534.0	19.7%	34,294.7	9.4%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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110年調高針灸、傷科、針傷科支付標準。

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

43



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 (百萬)	成長率
112年	臺北	4,483.2	2.8%	176.4	34.5%	2,130.6	12.7%	24.2	5.9%	3.32	235.3%
	北區	2,180.5	5.6%	97.5	15.9%	1,131.7	23.3%	47.8	-6.2%	4.13	72.9%
	中區	4,416.3	2.2%	340.8	31.2%	1,424.5	12.0%	32.4	-2.4%	1.92	186.6%
	南區	2,250.2	5.6%	169.3	18.4%	1,176.8	11.2%	51.2	30.7%	0.31	1634.8%
	高屏	2,584.7	4.5%	127.2	49.0%	1,136.0	11.3%	56.8	8.8%	0.46	0.0%
	東區	220.5	-3.1%	28.7	33.1%	118.3	13.7%	51.9	3.5%	0.04	0.0%
	全區	16,135.4	3.6%	939.9	29.6%	7,117.9	13.7%	264.3	6.3%	10.18	150.0%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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

44



整體申報醫療費用點數 【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
112年	臺北	2,847.4	12.2%	13.6	4.7%	22.28	61%	.	#VALUE!	9,701.0	8.2%
	北區	1,087.0	23.6%	13.0	23.0%	16.15	84%	.	#VALUE!	4,577.7	13.9%
	中區	2,522.3	16.1%	22.4	19.6%	60.78	45%	0.8	-90%	8,821.4	8.6%
	南區	1,264.3	13.4%	27.5	18.9%	28.13	39%	.	#VALUE!	4,967.9	9.7%
	高屏	1,571.1	12.2%	29.8	13.1%	16.15	28%	2.0	999%	5,522.1	8.9%
	東區	239.5	14.6%	4.3	-10.3%	41.35	18%	.	#VALUE!	704.7	8.0%
	全區	9,531.6	14.7%	110.6	14.6%	184.85	39%	2.9	-68%	34,294.7	9.4%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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。

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

45



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
112年	臺北	1,086.9	12.0%	1,217.7	19.3%	1,120.3	6.6%
	北區	455.7	24.3%	546.9	27.7%	1,200.2	2.7%
	中區	1,149.2	10.7%	1,227.2	18.6%	1,067.9	7.2%
	南區	692.9	12.0%	805.4	14.9%	1,162.4	2.5%
	高屏	452.4	13.0%	504.0	17.1%	1,114.2	3.7%
	東區	143.2	6.6%	179.1	14.9%	1,250.5	7.7%
	全區	3,980.2	12.8%	4,480.3	18.8%	1,125.6	5.3%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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

46



醫院中醫科申報 醫療費用點數【費用分類+分區別】

年	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
112年	臺北	528.7	12.8%	23.4	10.3%	331.0	11.4%	334.6	43.4%	1,217.7	19.3%
	北區	247.8	24.5%	8.9	23.4%	134.9	25.3%	155.2	35.8%	546.9	27.7%
	中區	407.8	10.3%	23.8	9.0%	353.0	10.5%	442.6	37.0%	1,227.2	18.6%
	南區	302.2	10.9%	13.9	10.1%	204.0	11.3%	285.3	22.6%	805.4	14.9%
	高屏	187.7	12.1%	9.0	11.0%	142.7	13.4%	164.7	27.8%	504.0	17.1%
	東區	55.9	9.3%	3.3	7.6%	45.6	6.2%	74.3	26.5%	179.1	14.9%
	合計	1,730.1	13.2%	82.3	11.1%	1,211.2	12.5%	1,456.7	33.5%	4,480.3	18.8%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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

47



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(1)

年	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(百萬)	成長率
112年	臺北	154.1	-5.0%	143.4	42.1%	587.0	13.0%	5.9	57.1%	2.39	141.3%
	北區	48.7	17.4%	81.5	13.7%	296.8	26.1%	1.8	403.6%	3.41	43.1%
	中區	224.6	-1.6%	283.2	28.5%	356.3	11.4%	6.0	22.0%	1.02	99.7%
	南區	96.0	4.4%	146.6	19.3%	304.4	11.1%	19.3	28.0%	0.14	686.8%
	高屏	71.0	-0.5%	93.1	35.4%	199.7	13.6%	6.3	5.6%	0.18	0.0%
	東區	20.8	-12.2%	22.7	22.2%	48.9	16.8%	4.9	-2.9%	0.02	0.0%
	全區	615.1	-0.6%	770.6	27.7%	1,792.9	14.5%	44.2	25.9%	7.16	83.1%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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。#VALUE! 係指前一年申報為0。

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

48



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(2)

年	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
112年	臺北	302.5	39.9%	11.4	8.4%	11.08	73.9%	.	#VALUE!	1,217.7	19.3%
	北區	104.9	46.3%	6.6	56.2%	3.15	165.2%	.	#VALUE!	546.9	27.7%
	中區	313.4	38.8%	17.8	21.6%	24.81	25.0%	0.8	-89.5%	1,227.2	18.6%
	南區	200.6	19.3%	24.2	23.2%	14.11	48.5%	.	#VALUE!	805.4	14.9%
	高屏	112.8	23.8%	15.5	18.6%	5.50	25.7%	2.0	998.7%	504.0	17.1%
	東區	67.9	25.4%	3.2	-11.1%	10.78	19.6%	.	#VALUE!	179.1	14.9%
	全區	1,102.1	33.2%	78.7	19.8%	69.42	38.0%	2.9	-68.5%	4,480.3	18.8%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

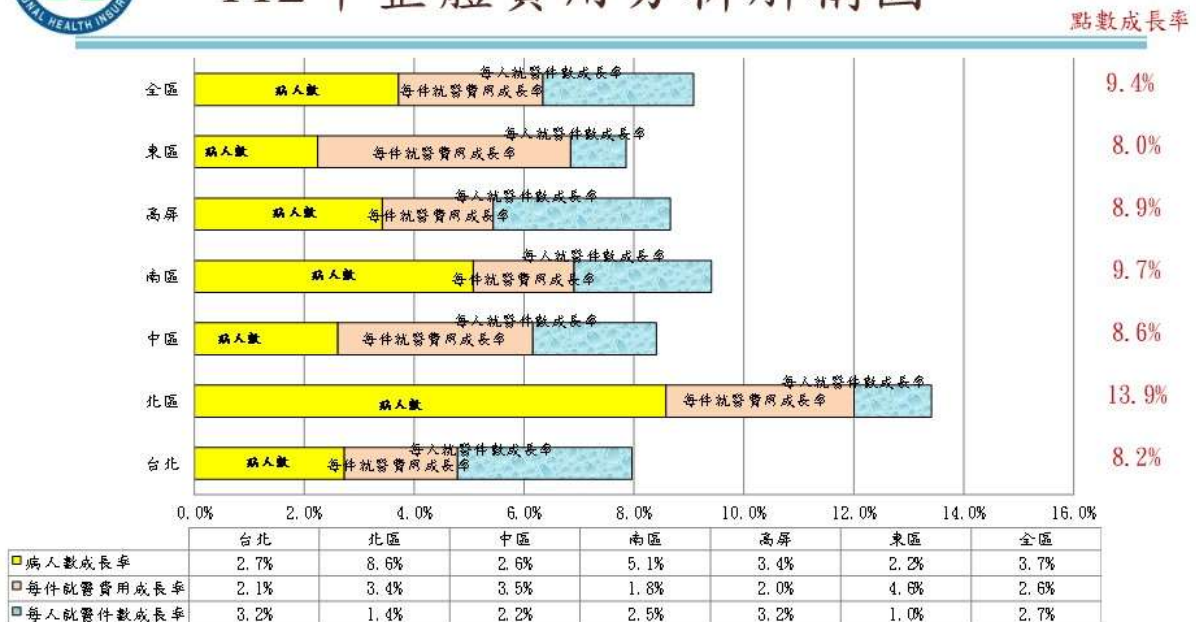
註3：成長率為與前一年同期比較。0係今年及前一年皆無申報。

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計畫 #VALUE係112年臺北、北區、南區、東區無申報費用。

49



112年整體費用分析解構圖





整體申報概況 【分區別】

項目		申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
年季	分區	值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
112Q4	臺北	3,100.4	-7.2%	2,430.0	-2.6%	783.8	5.0%
	北區	1,451.7	-6.4%	1,152.2	1.3%	793.7	8.2%
	中區	2,843.9	-8.2%	2,228.7	-1.3%	783.7	7.6%
	南區	1,556.7	-7.3%	1,257.3	-1.2%	807.7	6.6%
	高屏	1,737.6	-7.8%	1,408.6	-1.6%	810.6	6.7%
	東區	186.6	-9.5%	180.3	1.5%	966.4	12.2%
全區		10,876.9	-7.5%	8,657.1	-1.3%	795.9	6.7%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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

51



整體申報醫療費用點數 【費用分類+分區別】

項目		藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
年季	分區	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
112Q4	臺北	897.7	-6.3%	13.5	-5.2%	978.8	-6.5%	540.0	13.2%	2,430.0	-2.6%
	北區	447.9	-2.8%	6.2	-8.0%	459.9	-4.6%	238.2	26.9%	1,152.2	1.3%
	中區	760.7	-7.8%	13.4	-6.1%	891.8	-6.7%	562.9	21.9%	2,228.7	-1.3%
	南區	479.9	-6.0%	6.9	0.4%	484.1	-5.7%	286.5	18.5%	1,257.3	-1.2%
	高屏	526.0	-6.7%	8.6	7.9%	547.1	-6.5%	326.9	18.7%	1,408.6	-1.6%
	東區	54.9	-7.1%	1.1	-2.2%	58.9	-9.1%	65.4	24.3%	180.3	1.5%
合計		3,167.0	-6.2%	49.6	-3.0%	3,420.5	-6.2%	2,020.0	19.1%	8,657.1	-1.3%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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

52



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
112Q4	臺北	1,103.4	-11.8%	43.8	10.6%	530.3	2.7%	6.3	-3.5%	134.7	455.5%
	北區	526.7	-12.7%	25.9	2.6%	287.5	13.2%	13.2	-5.0%	136.7	109.0%
	中區	1,083.4	-12.7%	91.6	25.7%	358.3	5.8%	9.2	1.3%	72.6	273.8%
	南區	555.7	-11.3%	43.4	14.0%	293.8	3.0%	13.0	1.6%	21.3	3252.8%
	高屏	637.9	-12.6%	39.2	62.9%	280.4	1.4%	15.4	16.5%	32.8	0.0%
	東區	51.8	-21.1%	7.6	23.6%	29.7	9.7%	13.4	1.5%	2.7	0.0%
	全區	3,958.9	-12.4%	251.5	22.1%	1,780.0	4.8%	70.5	2.6%	400.9	263.9%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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

53



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
112Q4	臺北	734.6	9.2%	3.8	15.0%	6.26	55.3%	0.0	-100.0%	2,430.0	-2.6%
	北區	288.5	22.8%	3.7	25.0%	5.35	123.0%	0.0	#VALUE!	1,152.2	1.3%
	中區	662.8	14.5%	6.2	24.3%	16.58	34.6%	0.0	-100.0%	2,228.7	-1.3%
	南區	335.0	12.2%	7.9	37.4%	8.30	49.8%	0.0	#VALUE!	1,257.3	-1.2%
	高屏	422.3	11.8%	8.3	25.5%	4.66	20.5%	0.0	#VALUE!	1,408.6	-1.6%
	東區	64.9	17.1%	1.1	-6.7%	11.75	32.7%	0.0	#VALUE!	180.3	1.5%
	全區	2,508.0	13.0%	31.2	25.0%	52.90	42.9%	0.0	-100.0%	8,657.1	-1.3%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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。

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

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

54



醫院中醫科申報概況 【分區別】

項目		申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
年季	分區	值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
112Q4	臺北	279.8	-0.6%	320.9	8.9%	1,146.8	9.6%
	北區	114.9	5.0%	142.7	13.0%	1,241.3	7.6%
	中區	293.4	0.8%	320.3	11.3%	1,091.5	10.5%
	南區	174.0	-0.6%	208.4	7.8%	1,197.4	8.4%
	高屏	117.8	5.2%	134.4	12.7%	1,141.0	7.1%
	東區	35.5	-3.5%	47.2	11.5%	1,330.8	15.6%
	全區	1,015.5	0.9%	1,173.9	10.4%	1,155.9	9.3%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。
 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

55



醫院中醫科申報醫療 費用點數【費用分類+分區別】

項目		藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
年季	分區	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
112Q4	臺北	136.0	2.4%	6.0	-1.8%	84.9	-1.6%	93.9	35.6%	320.9	8.9%
	北區	63.9	12.6%	2.3	4.9%	33.4	3.7%	43.1	22.5%	142.7	13.0%
	中區	103.6	1.3%	6.1	-0.6%	90.0	1.4%	120.6	33.1%	320.3	11.3%
	南區	75.9	0.7%	3.5	-2.9%	51.5	-0.6%	77.5	23.9%	208.4	7.8%
	高屏	48.1	4.3%	2.4	4.9%	37.7	8.1%	46.2	28.4%	134.4	12.7%
	東區	13.7	-1.3%	0.8	-3.1%	11.4	-2.9%	21.3	34.1%	47.2	11.5%
	合計	441.2	3.3%	21.1	-0.3%	308.9	1.1%	402.7	30.1%	1,173.9	10.4%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。
 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

56



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
112Q4	臺北	38.3	-19.1%	38.5	24.4%	150.5	3.0%	1.6	37.3%	87.0	258.6%
	北區	10.2	-25.5%	21.1	-3.5%	77.9	17.9%	0.7	801.2%	104.5	59.8%
	中區	55.1	-15.1%	75.3	21.0%	91.1	5.2%	1.7	19.2%	26.5	64.9%
	南區	22.6	-18.2%	38.4	16.5%	77.0	3.3%	5.2	6.9%	9.1	1332.0%
	高屏	17.3	-13.7%	27.8	41.0%	51.4	7.1%	1.6	-1.2%	8.6	1901.2%
	東區	4.5	-32.2%	6.0	16.3%	12.3	8.1%	1.2	0.8%	1.0	0.0%
	全區	147.9	-17.9%	207.0	19.8%	460.1	6.4%	12.0	15.8%	236.7	121.7%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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係指前一年申報為0。

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

57



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
112Q4	臺北	84.9	33.2%	3.2	12.1%	2.97	37.3%	#REF!	#REF!	320.9	8.9%
	北區	29.0	31.2%	1.8	22.7%	0.99	140.6%	#REF!	#REF!	142.7	13.0%
	中區	85.5	36.8%	4.9	17.6%	6.48	12.0%	#REF!	#REF!	320.3	11.3%
	南區	53.9	18.0%	7.0	39.3%	4.35	57.5%	#REF!	#REF!	208.4	7.8%
	高屏	30.6	20.2%	4.2	25.9%	1.62	29.9%	#REF!	#REF!	134.4	12.7%
	東區	19.4	31.1%	0.8	-16.1%	3.01	36.1%	#REF!	#REF!	47.2	11.5%
	全區	303.2	29.5%	21.8	23.0%	19.42	33.2%	#REF!	#REF!	1,173.9	10.4%

註1：資料來源：截至113年2月2日倉儲資料。

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。

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 #REF!係112Q4無申報費用

Bureau of National Health Insurance

58



112年Q4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

59



西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

112Q4

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	2,443	29.1	31.4
區域醫院	42	3,163	37.4	40.8
地區醫院	50	1,674	22.2	25.9
總計	106	6,511	88.7	98.1

註：112年全年預算436.8百萬點，第1季支用82.7百萬點，第2季支用92.0百萬點，第3季支用96.7百萬點，112Q1累計至Q3預算執行率62.1%，112全年累計至第4季預算執行率84.6%。

資料來源：截至113年2月2日多模型健保資料平台。

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

60



中醫癌症患者加強照護整合方案

112Q4

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	3,724	20.3	29.9
區域醫院	38	2,872	19.2	29.6
地區醫院	28	925	5.0	6.9
基層院所	74	947	4.7	6.1
總計	154	8,410	49.3	72.6

註：112年全年預算245百萬點，第1季支用54.6百萬點，第2季支用61.9百萬點，第3季支用67.3百萬點，112Q1累計至Q3預算執行率75.0%，112全年預算執行率100.0%(104.6%)。

資料來源：截至113年2月2日多模型健保資料平台。

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

61



中醫提升孕產照護品質計畫

112Q4

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	6	413	1.7	1.8
區域醫院	14	731	4.5	5.2
地區醫院	14	81	0.3	0.3
基層院所	98	1,915	10.0	10.8
總計	132	3,119	16.5	18.1

註：112年全年預算81百萬點，第1季支用15.6百萬點，第2季支用17.4百萬點，第3季支用17.5百萬點，112Q1累計至Q3預算執行率62.4%，112全年預算執行率84.8%。

資料來源：截至113年2月2日多模型健保資料平台。

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

62



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

112Q4

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	3	115	355	43.1
區域醫院	3	21	80	8.2
地區醫院	0	0	0	0.0
基層院所	101	1,929	6,834	681.5
總計	107	2,064	7,269	732.9

註：112年全年預算21.6百萬，第1季支用4.01百萬點，第2季支用4.8百萬點，第3季支用6.99百萬點，112Q1累計至Q3預算執行率73.1%，112全年預算執行率**107.1%**。

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

63



中醫急症處置計畫

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	5	368	395	73.0
區域醫院	4	7	10	1.0
總計	9	375	405	74.0

註1：112年全年預算5百萬點，第1季支用1.498百萬點，第2季支用2.633百萬點，第3季支用0.55百萬點，112Q1累計至第3季預算執行率93.5%，112全年預算執行率100%(108.3)。

註2：區域醫院照護人數較112Q2區域醫院照護924人降低至375人。

註3申報院所數：

112Q2：醫學中心：台北馬偕醫院、中國醫藥大學附設醫院、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

112Q3：醫學中心：台北馬偕醫院、林口長庚紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院

區域醫院：基隆長庚紀念醫院、部立桃園醫院、國軍台中醫院

112Q4：醫學中心：台北馬偕醫院、林口長庚紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院、高雄長庚紀念醫院

區域醫院：基隆長庚紀念醫院、國軍台中醫院、台中慈濟醫院、台北慈濟醫院

資料來源：截至113年2月2日多模型健保資料平台。

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

64



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

112Q4

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	9	897	3,075	5.5
區域醫院	19	855	3,223	5.6
地區醫院	16	346	1,245	2.2
基層院所	103	1,966	8,843	12.5
	147	4,057	16,386	25.7

註：112年全年預算105.3百萬點，第1季支用18.5百萬點，第2季支用20.4百萬點，第3季支用24.1百萬點，112Q1累計至Q3預算執行率59.8%，112全年預算執行率84.3%。

資料來源：截至113年2月2日多模型健保資料平台。

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

65



中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

112Q4

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	7	175	1,216	95.2
區域醫院	20	435	3,643	271.1
地區醫院	14	349	2,619	205.6
基層院所	41	1,005	7,061	654.9
(論量)小計	82	1,964	14,539	1226.8
(論次)小計				124.1
合計				1350.9

註：112年全年預算28百萬點，第1季支用6.36百萬點，第2季支用9.45百萬點，第3季支用11.69百萬點，112Q1累計至Q3預算執行率75.5%，112全年預算執行率100%(146.7%)。

資料來源：截至113年2月2日多模型健保資料平台。

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

66



單位:百萬點

112Q4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	13.3	2.0	0.8	0.039	4.3	1.5	40.5	17.2%
北區	6.6	8.9	1.5	2.2	0.01	3.5	1.2	23.9	10.2%
中區	43.4	20.7	6.1	2.6	0.2	8.0	5.1	86.0	36.6%
南區	14.5	14.7	5.2	0.4	.	3.7	1.8	40.3	17.1%
高屏	12.3	13.2	3.0	1.4	0.002	5.4	1.7	36.9	15.7%
東區	2.6	1.8	0.4	.	0.5	0.8	1.0	7.2	3.1%
全署	98.1	72.6	18.1	7.3	0.7	25.7	12.3	234.8	100.0%

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

67



敬請指教

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

35

報告事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112 年度中醫門診醫療給付費用協定事項處理預算扣減計算結果案。

說明：

一、依據 112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額及其分配方式暨衛生福利部全民健康保險會 112 年 7 月 26 第 6 屆 112 年第 6 次委員會議決議事項辦理。

二、有關 112 年度中醫門診醫療給付費用總額協定事項需扣減費用之項目如下：

(一) 多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(預算 476.7 百萬元)：「當年度執行之額度」為 112 年 A91「整合醫療照護費加計(70 點)」全年實際申報點數，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。

(二) 提升中醫小兒傷科照護品質(預算 2.5 百萬元)：「當年度執行之額度」為 112 年 E90「未滿 7 歲兒童傷科治療處置費加計(200 點)」全年實際申報點數，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。

(三) 針傷合併治療合理給付(預算 304 百萬元)：「當年度執行之額度」為 112 年針灸合併傷科支付標準調整前後差異點數，全年實際增加點數，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。

(四) 增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)(預算 17.2 百萬元)：「當年度執行之額度」為 112 年「特定疾病門診加強照護」腦中風後遺症(診斷碼 I69)全年實際申報點數，若未達協商額度作為扣減當年度未執行之額度。

三、上述項目扣減費用說明如下(附件，頁次報 3-3、4 頁)：

(一) 多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度：

1. 本項預算用於反映多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度增加，自 112 年 3 月 1 日起新增支付標準 A91「整合醫療照護費加計」(70 點)。

2. 經初步統計 112 年申報本項者(申報費用約 64.4 百萬點)，故應扣除約 412.3 百萬點。

(二) 提升中醫小兒傷科照護品質：

1. 本項預算用於提升中醫小兒傷科醫療照護品質，自 112 年 3 月 1 日起新增支付標準 E90「未滿 7 歲兒童傷科處置加計」(200 點)。
2. 經初步統計 112 年申報本項者(申報費用約 0.4 百萬點)，故應扣除約 2.1 百萬點。

(三) 針傷合併治療合理給付：

1. 本項預算用於合理給付中醫針灸、傷科治療合併照護，原針傷合併支付點數，係以針灸或傷科點數高者支付，修改為「針灸+傷科」點數，自 112 年 3 月 1 日起調升支付標準第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費。
2. 經初步統計 112 年申報本項者(申報費用約 483.4 百萬點)，已逾預算故無需辦理預算扣減作業。

(四) 增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)：

1. 本項預算用於針對「腦血管疾病後遺症」病人提供更佳的醫療照護，自 112 年 3 月 1 日起增列「診斷碼 I69 腦中風病患」適應症。
2. 經初步統計 112 年申報本項者(申報費用約 3.5 百萬點)，故應扣除約 13.7 百萬點。

四、綜上，「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」、「提升中醫小兒傷科照護品質」及「增加『特定疾病門診加強照護』適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)」初步計算需扣減未執行額度約 412.3 百萬點、2.1 百萬點及 13.7 百萬點，考量第 4 季點值穩定，規劃分攤於 112 年第 3 季扣減 206.1 百萬元、1 百萬元及 6.9 百萬元，第 4 季考量院所仍會補報費用，依實際執行結果校正扣減費用；另「針傷合併治療合理給付」推估全年申報約 483.4 百萬點，執行之額度已逾預算 304 百萬元，本項無需辦理預算扣減作業。

決定：

報 3 附件

表 1：三項新增診療項目或擴增適應症之 112 年執行量推估

項目	預算金額 (A)	申報點數 112 年 3-11 月 (B)	推估點數 112 年 3-12 月 (C)=(B)/9*10	推估預算餘額 (D)=(A)-(C)	112 年第 3 季 需扣減一般 服務額度 (E)=(D)/2
多重慢性疾病之中醫醫療 照護密集度	476,700,000	58,002,791	64,447,546	412,252,454	206,126,227
小兒中醫傷科照護品質	2,500,000	377,600	419,556	2,080,444	1,040,222
增加『特定疾病門診加強 照護』適應症腦中風後遺 症(診斷碼 I69)	17,200,000	3,115,200	3,461,333	13,738,667	6,869,333

註：

1. 資料來源:本署四代倉儲門診檔（擷取日期 113 年 1 月 22 日）
2. 醫事類別 14

表 2：針傷合併治療調升支付點數之 112 年執行量推估

項目	預算金額 (A)	申報點數 112 年 3-11 月 (B)	推估點數 112 年 3-12 月 (C)=(B)/9*10	推估預算餘額 (D)=(A)-(C)	112 年第 3 季 需扣減一般 服務額度 (E)=(D)/2
針傷合併治療給付	304,000,000	435,033,393	483,370,437	-179,370,437	0

註：

1. 資料來源:本署四代倉儲門診檔（擷取日期 113 年 1 月 22 日）
2. 醫事類別 14
3. 差異點數係指支付點數調整前後之差異點數加總。

報告事項第四案

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。

說明：

- 一、依全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 112 年第 2 次研商議事會議決議辦理。
- 二、按上述會議決議，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，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」等專案計畫及代辦案件)，視為自一般服務轉移至專款之費用，予以扣減。
- 三、112 年本方案共服務 2,821 位住民(相較 111 年服務 1,423 位住民，成長近 1 倍)，論量支付申報點數約 3,653 萬點，其中 202 位住民於 111 年居住於照護機構內且曾外出至中醫門診就醫，渠等 111 年中醫門診申報點數約 197 萬點，經扣除上開各項專案計畫及代辦案件後，計有 146 位住民於 111 年居住於照護機構內且曾外出至中醫門診就醫，申報點數約 111 萬點(附件，頁次 4-2 頁)。
- 四、為免機構內收案對象外出至中醫門診就醫之醫療費用自一般服務扣除影響單一季中醫門診總額之點值，有關本案扣減金額，建議平均分攤於 112 年第 3、4 季(第 3 季 556,650 元；第 4 季 556,651 元)結算進行。

決定：

112年1-12月「照護機構中醫醫療照護方案」收案對象111年中醫 醫療服務利用情形

分區	111年外出至中醫門診就醫 ²			各專案計畫 及代辦 費用點數 ³	排除各專案計畫及代辦案件後 之中醫一般服務費用		
	人數	就醫件 數	申報費用 點數(點)		人數	件數	申報費用點 數(點)
臺北業務組	55	332	269,373	88,108	35	246	181,265
北區業務組	4	53	41,276	39,850	1	1	1,426
中區業務組	90	1,219	1,153,944	570,397	66	723	583,547
南區業務組	24	204	215,589	75,758	18	123	139,831
高屏業務組	24	279	214,259	61,600	22	211	152,659
東區業務組	7	71	77,773	23,200	6	46	54,573
總計	202	2,158	1,972,214	858,913	146	1,350	1,113,301

備註：

1. 資料來源：院民基本資料檔、門診清單明細檔(擷取日期：113.02.01)
2. 擷取條件：112年使用照護機構中醫醫療照護方案之住民(排除111年已接受本方案者)
且111年亦為機構住民，111年申報中醫門診醫療費用(就醫科別為中醫科)。
3. 各專案計畫及代辦費用：
 - (1)「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」：特定治療項目任一為 C8、JC、JD、JQ)。
 - (2)「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」：特定治療項目任一為 J7、JE、JF、JH、JI、JJ)。
 - (3)「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」：案件分類為25，特定治療項目任一為 C6、C7。
 - (4)「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」：特定治療項目任一為J9。
 - (5)「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」：特定治療項目任一為JG。
 - (6)「全民健康保險中醫急症處置計畫」：特定治療項目任一為JK。
 - (7)「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」：特定治療項目任一為JP。
 - (8)代辦案件：案件分類為A3、B6、B7、C5、DF。
4. 人數以ID歸戶。

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年第 3 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3季結算結果說明如下(附件報5-4頁)：

(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」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2季風險調整移撥款已撥付完畢，112年第3季無風險調整移撥款可撥付(頁次:報5-29頁)。

(二)查112年度總額協定事項，「提升中醫小兒傷科照護品質」、「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」、「針傷合併治療合理給付」、「增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼I69)」、「照護機構中醫醫療照護方案」，依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行及重複部分費用。**本季預算依前開協定事項進行扣減**，各項目應扣減情形如下表，**結算資料如**頁次:報5-5：

項目	協定文字	說明
提升中醫小兒傷科照護品質(一般服務)	依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其當年度執行額度，應以點數調升所增加之費用計算。	本項預算 2.5 百萬元，需扣減未執行額度約 2.1 百萬點，112 年第 3 季扣減 1,040,222 元，第 4 季依實際執行結果校正扣減費用(詳報告事項第三案)。

項目	協定文字	說明
多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(一般服務)	依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。	本項預算 476.7 百萬元，需扣減未執行額度約 412.3 百萬點，112 年第 3 季扣減 206,126,227 元，第 4 季依實際執行結果校正扣減費用(詳報告事項第三案)。
針傷合併治療合理給付(一般服務)	依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度，其當年度執行額度，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算。	本項預算 483.4 百萬元，實際執行情形已逾預算，無需扣減(詳報告事項第三案)。
增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)(一般服務)	依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度，其當年度執行額度，應以新增腦血管適應症(診斷碼 I69)與既有適應症申報費用之差額計算。	本項預算 17.2 百萬元，需扣減未執行額度約 13.7 百萬點，112 年第 3 季扣減 6,869,333 元，第 4 季依實際執行結果校正扣減費用(詳報告事項第三案)。
照護機構中醫醫療照護方案(專款)	依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。	應扣減金額 1,113,301 元，分兩季扣除重複之預算，於 112 年第 3 季扣減 556,650 元，112 年第 4 季扣減 556,651 元(詳報告事項第四案)。

(三)112年第3季各區點值如下表：

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3季	浮動點值	0.83313433	0.78612534	0.81151669	0.81221845	0.81534729	1.16072722	0.82202234
	平均點值	0.89685281	0.87302036	0.88174125	0.88854635	0.88875381	1.10335224	0.89110928
112年 第3季	浮動點值	0.83102582	0.70189867	0.79339920	0.77573894	0.80366147	1.12451265	0.79779169
	平均點值	0.89466886	0.82066211	0.86732600	0.86523424	0.88059015	1.08227963	0.87457096

(四)中醫專案計畫：

各專案項目執行情形如下表：

專款項目	112Q3			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(註2)	64,172	35,814	28,358	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	153,278	96,331	56,947	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	27,764	17,503	10,261	1.0000
4. 癌症患者加強照護整合方案	67,433	67,134	299	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	7,412	6,979	433	1.0000
6. 中醫急症處置計畫	1,250	-765	2,015	1.0000
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	40,189	24,122	16,067	1.0000
8. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	7,000	11,658	-4,658	0.5584
8. 網路頻寬補助費用(註1、4)	98,000	63,719	34,281	
9. 品質保證保留款(另行結算)	50,406			

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112Q3為10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65.02%。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：

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)112年第3季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 112\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G112合計)} \times \text{各季預算占率}(h_q3) \\
 &= 29,737,312,041 \times 25.846146\%(h_q3) \\
 &= 7,685,949,087 (D1)
 \end{aligned}$$

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 × 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 × 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 × 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

$$\begin{aligned}
 &= 112\text{年全年預算} - 112\text{年第1季調整後預算} - 112\text{年第2季調整後預算} - 112\text{年第3季調整後預算} \\
 &= 29,737,312,041 - 6,901,841,590 - 7,478,614,302 - 7,685,949,087 \\
 &= 7,670,907,062\text{元}。
 \end{aligned}$$

(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
	(Q110)	(PEOP109)	(B2)	(Q111) =(Q110+PEOP109 +B2)×(1+4.176%)	(PEOP110)	(B3)	(Q112) =(Q111+PEOP110 +B3)×(1+4.072%)	(C106)	(OPD_G112) =(Q112- C106)
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
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
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
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
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

(三)112年支應扣減金額後調整後各季一般服務醫療給付費用總額(D2合計)

項目	112年調整後各季 地區一般服務醫療 給付費用總額	扣減多重慢性疾 病之中醫醫療照 護密集度未執行 之預算(註4)	扣減小兒中醫 傷科照護品質未 執行之預算(註4)	扣減特定疾病 門診加強照護 未執行之預算(註4)	扣減與照護機構 中醫醫療照護方 案重複之預算(註5)	112年支應扣減金額 後調整後各季地區 一般服務醫療給付 費用總額	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額
	(D1)	(B4)	(B5)	(B6)	(B7)	(D2)=(D1)-(B4) -(B5)-(B6)-(B7)	(B8)
第1季	6,901,841,590	0	0	0	0	6,901,841,590	53,083,266
第2季	7,478,614,302	0	0	0	0	7,478,614,302	58,361,610
第3季	7,685,949,087	206,126,227	1,040,222	6,869,333	556,650	7,471,356,655	60,160,399
第4季	7,670,907,062	0	0	0	556,651	7,670,350,411	0
合 計	29,737,312,041	206,126,227	1,040,222	6,869,333	1,113,301	29,522,162,958	171,605,275

註：1. 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。

2. 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。

3. 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%)。

4. 扣減多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度未執行之預算(B4)、扣減小兒中醫傷科照護品質未執行之預算(B5)、扣減特定疾病門診加強照護未執行之預算(B6)：依據112年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。援例於未結算之季別扣減預算，112年第3季分別扣減206,126,227元、1,040,222元、6,869,333元，112年第4季將依實際執行結果扣減費用。

5. 扣減與照護機構中醫醫療照護方案重複之預算(B4)：依據112年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，照護機構中醫醫療照護方案，依112年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。援例於未結算之季別扣減預算1,113,301元，112年第3季扣減556,650元，112年第4季扣減556,651元。

6. 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： 8

(1)獎勵開業已支用點數： 7,133,698(K1) (浮動點數： 4,950,114；非浮動點數： 2,183,584)

(2)獎勵開業保障給付收入： 9,339,212(K2)

(3)獎勵開業論次費用： 35,000(K3)

(4)小計已支用點數(K1+K3)： 7,168,698(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 9,374,212(K5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 2,564,137(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 22,424,600(K7)

(3)小計已支用點數： 24,988,737(K8) 暫結金額= 1元/點× 24,988,737(K8)= 24,988,737(K9)

3. 合計:

已支用點數： 32,157,435(K4+K8)

暫結金額： 34,362,949(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 55,534,634 - 34,362,949= 21,171,685

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：113/02/06

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁 次： 4

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 21,171,685= 64,171,685

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 10

(1)獎勵開業已支用點數： 8,059,884(L1) (浮動點數： 5,625,957；非浮動點數： 2,433,927)

(2)獎勵開業保障給付收入： 10,456,794(L2)

(3)獎勵開業論次費用： 61,000(L3)

(4)小計已支用點數(L1+L3)： 8,120,884(L4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(L3)= 10,517,794(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： 2,611,419(L6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 22,684,600(L7)

(3)小計已支用點數： 25,296,019(L8) 暫結金額= 1元/點× 25,296,019(L8)= 25,296,019(L9)

3. 合計:

已支用點數： 33,416,903(L4+L8)

暫結金額： 35,813,813(L10=L5+L9)

未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 64,171,685 - 35,813,813= 28,357,872

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 28,357,872= 71,357,872

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 0

(1)獎勵開業已支用點數： 0(M1) (浮動點數： 0；非浮動點數： 0)

(2)獎勵開業保障給付收入： 0(M2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(M3)

(4)小計已支用點數(M1+M3)： 0(M4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(M3)= 0(M5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 0(M6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 0(M7)

(3)小計已支用點數： 0(M8) 暫結金額= 1元/點× 0(M8)= 0(M9)

3. 合計:

已支用點數： 0(M4+M8)

暫結金額： 0(M10=M5+M9)

未支用金額= 第4季預算 - 第4季暫結金額= 71,357,872 - 0= 71,357,872

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/06

頁 次： 5

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： 11

(1)獎勵開業已支用點數 : 20,728,024(N1) (浮動點數 : 14,213,563 ; 非浮動點數 : 6,514,461)
 (2)獎勵開業保障給付收入 : 26,817,897(N2)
 (3)獎勵開業論次費用 : 142,000(N3)
 (4)小計已支用點數(N1+N3) : 20,870,024(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 26,959,897(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 : 7,510,531(N6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 66,171,700(N7)
 (3)小計已支用點數 : 73,682,231(N8) 結算金額= 73,682,231(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: 94,552,255(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+ 34,362,949+ 35,813,813+ 0=100,642,128
 未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=172,000,000-100,642,128= 71,357,872

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/06

頁次：6

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=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：	64,546,052(W01)	61,871,882(WF01)	2,674,170(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,139,690(W02)	9,738,744(WF02)	400,946(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,671,437(W03)	4,474,052(WF03)	197,385(WN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	11,405,508(W04)	10,619,755(WF04)	785,753(WN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	891,882(W05)	819,233(WF05)	72,649(WN05)
(6)小計：	91,654,569(W06)	87,523,666(WF06)	4,130,903(WN06)

已支用點數= 91,654,569

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 91,654,569

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 135,732,188 - 91,654,569= 44,077,619

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：113/02/06

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：7

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 44,077,619= 153,277,619

	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：	65,734,365(X01)	63,225,595(XF01)	2,508,770(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	11,187,638(X02)	10,670,352(XF02)	517,286(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,087,871(X03)	4,839,054(XF03)	248,817(XN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	12,660,852(X04)	11,915,217(XF04)	745,635(XN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,660,155(X05)	1,540,883(XF05)	119,272(XN05)
(6)小計：	96,330,881(X06)	92,191,101(XF06)	4,139,780(XN06)

已支用點數= 96,330,881

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 96,330,881

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 153,277,619 - 96,330,881 = 56,946,738

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 56,946,738= 166,146,738

	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= 166,146,738 - 0 = 166,146,738

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：113/02/06

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁 次： 8

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：	185,717,983(Z01)	178,177,295(ZF01)	7,540,688(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	31,296,095(Z02)	29,912,769(ZF02)	1,383,326(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	13,746,464(Z03)	13,081,423(ZF03)	665,041(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	37,340,683(Z04)	34,760,668(ZF04)	2,580,015(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,552,037(Z05)	2,360,116(ZF05)	191,921(ZN05)
(6)小計：	270,653,262(Z06)	258,292,271(ZF06)	12,360,991(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＋ 91,654,569＋ 96,330,881＋ 0＝ 270,653,262

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 436,800,000 － 270,653,262＝ 166,146,738

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＝ 17,376,597

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 17,376,597

未支用金額＝ 第2季預算 － 1元/點× 第2季已支用點數＝ 24,890,394 － 17,376,597＝ 7,513,797

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：113/02/06

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁 次： 9

第3季：

預算＝當季預算＋前一季度未支用金額＝ 81,000,000/4＋ 7,513,797＝ 27,763,797

已支用點數＝ 17,502,733

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 17,502,733

未支用金額＝ 第3季預算 － 1元/點× 第3季已支用點數＝ 27,763,797 － 17,502,733＝ 10,261,064

第4季：

預算＝當季預算＋前一季度未支用金額＝ 81,000,000/4＋ 10,261,064＝ 30,511,064

已支用點數＝ 0

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算 － 1元/點× 第4季已支用點數＝ 30,511,064 － 0＝ 30,511,064

全年合計：

全年預算＝ 81,000,000

已支用點數＝ 50,488,936

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＋ 17,376,597＋ 17,502,733＋ 0＝ 50,488,936

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 81,000,000 － 50,488,936＝ 30,511,064

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。

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：113/02/06

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：10

=====

(四)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算＝ 21,600,000

第1季:

預算＝ 21,600,000/4＝ 5,400,000

已支用點數＝ 3,999,760 (浮動點數： 2,673,735 非浮動點數： 1,326,025)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 3,999,760

未支用金額＝ 第1季預算－1元/點×第1季已支用點數＝ 5,400,000－3,999,760＝ 1,400,240

第2季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 21,600,000/4＋1,400,240＝ 6,800,240

已支用點數＝ 4,787,974 (浮動點數： 3,244,075 非浮動點數： 1,543,899)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 4,787,974

未支用金額＝ 第2季預算－1元/點×第2季已支用點數＝ 6,800,240－4,787,974＝ 2,012,266

第3季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 21,600,000/4＋2,012,266＝ 7,412,266

已支用點數＝ 6,978,960 (浮動點數： 4,748,627 非浮動點數： 2,230,333)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 6,978,960

未支用金額＝ 第3季預算－1元/點×第3季已支用點數＝ 7,412,266－6,978,960＝ 433,306

第4季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 21,600,000/4＋433,306＝ 5,833,306

已支用點數＝ 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 0)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算－1元/點×第4季已支用點數＝ 5,833,306－0＝ 5,833,306

全年合計:

全年預算＝ 21,600,000

已支用點數＝ 15,766,694

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)

＝ 3,999,760＋4,787,974＋6,978,960＋0＝ 15,766,694

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 21,600,000－15,766,694＝ 5,833,306

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。

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：113/02/06

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：11

(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：	21,582,965	18,331,491	3,251,474
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	22,459,542	22,459,542	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,703,466	1,703,466	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	5,734,168	5,734,168	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	5,019,381	5,019,381	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	3,354,959	3,100,792	254,167
(7)胃癌患者中醫門診加強照護：	384,699	384,699	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護：	755,478	755,478	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護：	819,496	819,496	0
(10)小計：	61,814,154	58,308,513	3,505,641

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 61,814,154

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 67,996,830 - 61,814,154 = 6,182,676

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：113/02/06

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07-112/09

核付截止日期:112/12/31

頁 次： 12

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 6,182,676= 67,432,676

	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：	21,955,381	18,473,254	3,482,127
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	24,733,798	24,733,798	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,728,004	1,728,004	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	6,358,407	6,358,407	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	5,631,719	5,631,719	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	3,974,875	3,735,365	239,510
(7)胃癌患者中醫門診加強照護：	529,337	529,337	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護：	1,048,352	1,048,352	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護：	1,173,999	1,173,999	0
(10)小計：	67,133,872	63,412,235	3,721,637

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 67,133,872

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 67,432,676 - 67,133,872= 298,804

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 298,804= 61,548,804

	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= 61,548,804 - 0= 61,548,804

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：113/02/06

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁 次： 13

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：	63,081,081	53,235,330	9,845,751
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	67,784,658	67,784,658	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	4,984,502	4,984,502	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	17,155,751	17,155,751	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	15,190,162	15,190,162	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	9,979,259	9,226,176	753,083
(7)胃癌患者中醫門診加強照護：	1,022,419	1,022,419	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護：	2,038,667	2,038,667	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護：	2,214,697	2,214,697	0
(10)小計：	183,451,196	172,852,362	10,598,834

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＋61,814,154＋67,133,872＋0＝183,451,196

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝245,000,000－183,451,196＝61,548,804

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:

$$\text{預算} = 5,000,000/4 = 1,250,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,483,433 \quad (\text{浮動點數}: 1,483,433 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 1,483,433$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 1,250,000 - 1,483,433 = -233,433$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (1,250,000 - 0) / 1,483,433 = 0.84264001$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000/4 + 0 = 1,250,000$$

$$\text{已支用點數} = 2,583,005 \quad (\text{浮動點數}: 2,582,453 \quad \text{非浮動點數}: 552)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 2,583,005$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 1,250,000 - 2,583,005 = -1,333,005$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (1,250,000 - 552) / 2,582,453 = 0.48382216$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000/4 + 0 = 1,250,000$$

$$\text{已支用點數} = -764,612 \quad (\text{浮動點數}: -764,870 \quad \text{非浮動點數}: 258)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = -764,612$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 1,250,000 - -764,612 = 2,014,612$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000/4 + 2,014,612 = 3,264,612$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 3,264,612 - 0 = 3,264,612$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 5,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 3,301,826$$

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

$$= 1,250,000 + 1,250,000 + -764,612 + 0 = 1,735,388$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 5,000,000 - 1,735,388 = 3,264,612$$

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

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：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：113/02/06

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁 次： 15

(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:

預算= 105,300,000/4= 26,325,000

已支用點數 = 18,443,304 (浮動點數: 18,443,304 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 18,443,304

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 26,325,000 - 18,443,304 = 7,881,696

第2季:

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

已支用點數 = 20,342,623 (浮動點數: 20,342,623 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 20,342,623

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數 = 34,206,696 - 20,342,623 = 13,864,073

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 105,300,000/4 + 13,864,073 = 40,189,073

已支用點數 = 24,122,097 (浮動點數: 24,122,097 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 24,122,097

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數 = 40,189,073 - 24,122,097 = 16,066,976

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 105,300,000/4 + 16,066,976 = 42,391,976

已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數 = 42,391,976 - 0 = 42,391,976

全年合計:

全年預算 = 105,300,000

已支用點數 = 62,908,024 (浮動點數: 62,908,024 非浮動點數: 0)

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)

= 18,443,304 + 20,342,623 + 24,122,097 + 0 = 62,908,024

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 105,300,000 - 62,908,024 = 42,391,976

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:

預算＝ 28,000,000/4＝ 7,000,000

(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＝ 1元/點×已支用點數＝ 6,345,030

未支用金額＝ 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 7,000,000－ 6,345,030＝ 654,970

第2季:

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

(1)論次支付費用： 895,000

(2)論量支付已支用點數： 8,519,899 (浮動點數： 6,792,174 非浮動點數： 1,727,725)

(9)小計已支用點數： 9,414,899

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 9,414,899

未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數＝ 7,654,970－ 9,414,899＝ -1,759,929

浮動點值＝(第2季預算－ 論次支付費用)/ 論量支付已支用點數＝ (7,654,970－ 895,000)/ 8,519,899＝ 0.79343311

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 28,000,000/4＋ 0＝ 7,000,000

(1)論次支付費用： 1,110,000

(2)論量支付已支用點數： 10,547,986 (浮動點數： 8,630,720 非浮動點數： 1,917,266)

(9)小計已支用點數： 11,657,986

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 11,657,986

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 7,000,000－ 11,657,986＝ -4,657,986

浮動點值＝(第3季預算－ 論次支付費用)/ 論量支付已支用點數＝ (7,000,000－ 1,110,000)/ 10,547,986＝ 0.55840044

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 28,000,000/4＋ 0＝ 7,000,000

(1)論次支付費用： 0

(2)論量支付已支用點數： 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 0)

(9)小計已支用點數： 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＝ 7,000,000－ 0＝ 7,000,000

=====

全年合計：

全年預算 = 28,000,000

(1)論次支付費用：2,618,000

(2)論量支付已支用點數：24,799,915 (浮動點數：19,777,535 非浮動點數：5,022,380)

(9)小計已支用點數：27,417,915

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 + 7,654,970 + 7,000,000 + 0 = 21,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 28,000,000 - 21,000,000 = 7,000,000

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：21,295,988

第3季已支用點數：21,390,860

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：63,719,018

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 63,719,018

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 98,000,000 - 63,719,018 = 34,280,982

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

支應扣減金額後調整後地區一般服務醫療給付費用總額 7,471,356,655 (D2)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 60,160,399 (B8)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算 7,411,196,256 (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	4,407,054	1,634,866	6,041,920	6,041,920
北區	7,621,077	3,616,443	11,237,520	11,237,520
中區	6,120,782	2,361,510	8,482,292	8,482,292
南區	6,043,383	2,073,742	8,117,125	8,117,125
高屏	9,358,490	3,737,319	13,095,809	13,095,809
東區	9,572,777	3,612,956	13,185,733	13,185,733
合計	43,123,563	17,036,836	60,160,399	60,160,399(B8)

※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% = 7,411,196,256 × 2.22% = 164,528,557 (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(D2_5) = (E) × 97.78% - 7,500,000 = 7,239,167,699 (加總後四捨五入至整數位)(註3)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 66% = 7,239,167,699 × 66% = 4,777,850,681 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 14% = 7,239,167,699 × 14% = 1,013,483,478 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 10% = 7,239,167,699 × 10% = 723,916,770 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 4% = 7,239,167,699 × 4% = 289,566,708 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 7,239,167,699 × 5% = 361,958,385 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 7,239,167,699 - 4,777,850,681 - 1,013,483,478 - 723,916,770 - 289,566,708 - 361,958,385 = 72,391,677

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/06

頁 次： 19

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註5)(S1)		指標2(註6)(S2)		指標3(註7)(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	96Q3+97Q3+98Q3		111年8月		111年7~9月			
分區	各分區各季總預算 (Ail)	指標1占率 =(Ail/ΣAil)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	各區就醫 次數比率加總 (a)	全區 就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後 指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	4,067,660,394	29.9898%	7,402,880	32.6655%	1,076,009.282085		30.2257%	30.8087%
北區	1,666,787,981	12.2888%	3,833,153	16.9139%	506,568.863081		14.2298%	14.5042%
中區	3,666,236,032	27.0302%	4,529,555	19.9868%	889,229.720720		24.9790%	25.4608%
南區	1,942,046,149	14.3182%	3,268,371	14.4218%	487,467.050679		13.6932%	13.9573%
高屏	2,220,761,046	16.3730%	3,628,747	16.0120%	533,279.398758		14.9801%	15.2690%
東區					67,358.684479			
小計	13,563,491,602	100.0000%	22,662,706	100.0000%	3,559,912.999802	3,559,913	98.1078%	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/06

頁 次： 20

=====

指標4(註8)(S4)								
去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差								
指標								
計算期間	111年7~9月							
分區	人數利用 率成長率 (p)	醫療費 用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註4)	各分區各季經指 標4加權後之預算 (Ai4) =(Ai1)×(1+指標4權值)	指標4占率 =(Ai4/ΣAi4)
臺北	0.395514	0.557724	-0.162210	4	0.00	4,067,660,394	4,067,660,394	30.1752%
北區	0.390659	0.611627	-0.220968	5	-0.05	1,666,787,981	1,583,448,582	11.7465%
中區	0.285763	0.423089	-0.137326	3	0.00	3,666,236,032	3,666,236,032	27.1973%
南區	0.303176	0.398287	-0.095111	1	0.00	1,942,046,149	1,942,046,149	14.4067%
高屏	0.279810	0.375241	-0.095431	2	0.00	2,220,761,046	2,220,761,046	16.4743%
小計						13,563,491,602	13,480,152,203	100.0000%

指標5(註9)(S5)				
當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率				
指標				
計算期間	112年5月			
分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指 標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)	指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	0.011327	4,067,660,394	4,113,734,783	30.3182%
北區	-0.001070	1,666,787,981	1,665,004,518	12.2711%
中區	-0.010979	3,666,236,032	3,625,984,427	26.7235%
南區	-0.001184	1,942,046,149	1,939,746,766	14.2959%
高屏	0.001483	2,220,761,046	2,224,054,435	16.3913%
小計		13,563,491,602	13,568,524,929	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/06

頁 次： 21

(五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	29.9898%	32.6655%	30.8087%	30.1752%	30.3182%
北區	12.2888%	16.9139%	14.5042%	11.7465%	12.2711%
中區	27.0302%	19.9868%	25.4608%	27.1973%	26.7235%
南區	14.3182%	14.4218%	13.9573%	14.4067%	14.2959%
高屏	16.3730%	16.0120%	15.2690%	16.4743%	16.3913%
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10)：

$$\begin{aligned}
 \text{第3季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 72,391,677 - 32,492,645 \\
 &= 39,899,032
 \end{aligned}$$

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	0.82918876	31,115,371	5,314,850
北區	0.71616296	16,428,404	4,662,989
中區	0.78553822	27,754,927	5,952,371
南區	0.77146076	43,984,993	10,052,300
高屏	0.78210683	29,877,641	6,510,135
小計		149,161,336	32,492,645(M1)

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：113/02/06

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁 次： 22

=====

(七)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=第3季預算Ga+ 第3季預算Gb+ 第3季預算Gc+ 第3季預算Gd+ 第3季預算Ge+ 第3季預算Gf。

分區	預算(Ga) =GAx指標1占率	預算(Gb) =GBx指標2占率	預算(Gc) =GCx指標3占率	預算(Gd) =GDx指標4占率	預算(Ge) =GEx指標5占率	第3季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,432,867,864	331,059,446	223,029,346	87,377,333	109,739,267	11,965,640	2,196,038,896
北區	587,140,514	171,419,582	104,998,336	34,013,953	44,416,275	4,903,112	946,891,772
中區	1,291,462,595	202,562,916	184,315,001	78,754,326	96,727,949	10,784,788	1,864,607,575
南區	684,102,216	146,162,560	101,039,235	41,717,007	51,745,209	5,712,823	1,030,479,050
高屏	782,277,492	162,278,974	110,534,852	47,704,089	59,329,685	6,532,669	1,168,657,761
小計	4,777,850,681	1,013,483,478	723,916,770	289,566,708	361,958,385	39,899,032	7,206,675,054

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：113/02/06

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁 次： 23

(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	2,109,759,296	905,117,325	1,818,659,787	1,018,649,495	1,149,912,796	7,002,098,699
第3季	2,182,994,334	940,361,954	1,866,728,942	1,029,893,262	1,169,921,169	7,189,899,661
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_111)	6,213,038,222	2,669,168,461	5,368,438,309	3,015,489,890	3,397,519,865	20,663,654,747
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	2,179,225,250	937,138,824	1,870,626,552	1,047,131,702	1,182,489,950	7,216,612,278
第3季	2,196,038,896	946,891,772	1,864,607,575	1,030,479,050	1,168,657,761	7,206,675,054
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_112)	6,345,436,877	2,732,208,006	5,467,954,083	3,072,983,676	3,458,758,192	21,077,340,834
預算成長率	2.13%	2.36%	1.85%	1.91%	1.80%	2.00%

※預算成長率＝〔112年全年分區預算(BD_112)/111年全年分區預算(BD_111)－1〕×100%。

(九)調整後分區一般服務預算總額(加總BD1)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算	7,411,196,256 (E)
—當季風險調整移撥款撥補當季浮動點值<0.75之預算	7,500,000 (D7)
—偏鄉人口預算分配調升機制補至1元所需預算	32,492,645 (M1)

調整後分區一般服務預算總額 7,371,203,611 (加總BD1)

- 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/Σ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支應扣減金額後調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D2)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D2_5)= 支應扣減金額後調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D2)－ 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：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
 (2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；
 第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
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：Σ各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣAi2)。
 (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。
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：Σ各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣAi3)。
 (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】，該費用年月次次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。
 (3)計算步驟：<1>計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，<2>計算每位病患於各區就醫次數(a)，<3>計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)=每位病患於各區就醫次數(a)/Σ每位病患於各區就醫次數(a)，<4>各區每位病患之就醫次數比率(T)=各區Σ每位病患於各區就醫次數比率(Σa%)，<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(ΣK1)。
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：Σ各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。
 (2)條件說明：「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」，採用季中數值。
 「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計，採用季中數值。
 (3)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)。

=====

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

= -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值：

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

=+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

c. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和($\sum dr_peop$)

= 各分區 $\sum$ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

※成長率之計算係與前季季中比較。

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 $Ty = \sum$ 該區各季 $Ts + \sum$ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

b. 成長率=(112年該區yT / 111年該區yT) -1。

c. 各分區撥補比例= (分母各區Ty) / $\sum$ (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。

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：113/02/06

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁 次： 26

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	1,530,079,915(BF)	924,441,908(BG)	61,077(BJ)
2-北區分區	694,135,250(BF)	459,653,895(BG)	25,269(BJ)
3-中區分區	1,380,571,476(BF)	769,208,851(BG)	54,425(BJ)
4-南區分區	715,700,229(BF)	475,265,651(BG)	16,864(BJ)
5-高屏分區	807,138,683(BF)	519,978,100(BG)	13,399(BJ)
6-東區分區	100,457,107(BF)	51,556,249(BG)	7,020(BJ)
7-合計	5,228,082,660(GF)	3,200,104,654(GG)	178,054(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 3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:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

列印日期：113/02/06

頁 次： 27

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	= [2,196,038,896	—	924,441,908	—	61,077]	／ 1,530,079,915 = 0.83102582
北區分區	= [946,891,772	—	459,653,895	—	25,269]	／ 694,135,250 = 0.70189867
中區分區	= [1,864,607,575	—	769,208,851	—	54,425]	／ 1,380,571,476 = 0.79339920
南區分區	= [1,030,479,050	—	475,265,651	—	16,864]	／ 715,700,229 = 0.77573894
高屏分區	= [1,168,657,761	—	519,978,100	—	13,399]	／ 807,138,683 = 0.80366147
東區分區	= [164,528,557	—	51,556,249	—	7,020]	／ 100,457,107 = 1.12451265

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3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)	(Z1)	(BD2)= (BD1)+(F)
臺北	2,196,038,896		0.83102582		—		0.83102582	2,196,038,896
北區	946,891,772		0.70189867		0		0.70189867	946,891,772
中區	1,864,607,575		0.79339920		—		0.79339920	1,864,607,575
南區	1,030,479,050		0.77573894		—		0.77573894	1,030,479,050
高屏	1,168,657,761		0.80366147		—		0.80366147	1,168,657,761
東區	164,528,557		—		—		—	164,528,557
合計	7,371,203,611	7,500,000		0	0	0		7,371,203,611

- 註：1. 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/Σ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。
2. 風險調整移撥款3千萬元，112年第1季支用24,106,701元(北區浮動點值0.70920902補至0.75)；112年第2季支用5,893,299元(北區浮動點值0.70756456補至0.71616296)。

=====

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	= [2,196,038,896	—	924,441,908	—	61,077]	／ 1,530,079,915 = 0.83102582
北區分區	= [946,891,772	—	459,653,895	—	25,269]	／ 694,135,250 = 0.70189867
中區分區	= [1,864,607,575	—	769,208,851	—	54,425]	／ 1,380,571,476 = 0.79339920
南區分區	= [1,030,479,050	—	475,265,651	—	16,864]	／ 715,700,229 = 0.77573894
高屏分區	= [1,168,657,761	—	519,978,100	—	13,399]	／ 807,138,683 = 0.80366147
東區分區	= [164,528,557	—	51,556,249	—	7,020]	／ 100,457,107 = 1.12451265

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)

= [7,371,203,611 — 3,200,104,654 — 178,054] / 5,228,082,660 = 0.79779169

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	= [2,196,038,896]	／ [1,530,079,915 + 924,441,908	+ 61,077]	= 0.89466886
北區分區	= [946,891,772]	／ [694,135,250 + 459,653,895	+ 25,269]	= 0.82066211
中區分區	= [1,864,607,575]	／ [1,380,571,476 + 769,208,851	+ 54,425]	= 0.86732600
南區分區	= [1,030,479,050]	／ [715,700,229 + 475,265,651	+ 16,864]	= 0.86523424
高屏分區	= [1,168,657,761]	／ [807,138,683 + 519,978,100	+ 13,399]	= 0.88059015
東區分區	= [164,528,557]	／ [100,457,107 + 51,556,249	+ 7,020]	= 1.08227963

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)

= [7,371,203,611] / [5,228,082,660 + 3,200,104,654 + 178,054] = 0.87457096

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：113/02/06

112年第 3季

結算主要費用年月起迄:112/07—112/09

核付截止日期:112/12/31

頁次：29

5. 中醫門診總額平均點值

= [加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2) + 專款專用暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B8)]
 / [加總分區一般服務核定浮動點數(GF) + 加總分區核定非浮動點數(GG) + 加總分區自墊核退點數(GJ) +
 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B8)]

= [7,371,203,611 + 288,018,131 + 60,160,399] / [5,228,082,660 + 3,200,104,654 + 178,054 + 290,279,207 + 60,160,399]
 = 0.87932038

註：

1. 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
 = 35,813,813 + 96,330,881 + 17,502,733 + 67,133,872 + 6,978,960 + -764,612 + 24,122,097 + 7,000,000
 + 21,390,860 + 12,509,527
 = 288,018,131

2. 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

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/06(含)以前:於112/10/01～112/12/31期間核付者。

費用年月112/07～112/09:於112/07/01～112/12/31期間核付者。

報告事項第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(下稱研商議事作業要點)報告案。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點、112年11月14日至同年12月7日各總額研商議事會議決議(附件1，頁次報6-2頁至報6-47頁)辦理。
- 二、考量會議代表或代表代理人應熟稔全民健康保險業務及恪守相關法規，若會議代表或代表代理人違反全民健康保險、醫事相關法規，不宜擔任會議代表或代表代理人，爰已於上開會議提案研商議事作業要點中新增4-1點，規範代表之資格。
- 三、上開新增條文經各總額研商議事會議討論，門診透析、西醫基層、牙醫門診總額研商議事會議照案通過，中醫及醫院總額研商議事會議代表對於負責人連帶責任不得擔任代表一節有疑義，爰研擬刪除該條條文，僅就會議代表個人違反行為部分予以規範，另於管理原則不變之情形下，酌修文字如下(修正文字對照表如附件2，頁次報6-48頁)：
 - (一)任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：
 1. 經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。
 2. 經地方主管機關停業、廢止執業執照。
 3. 經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。
 - (二)前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。

決定：

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

112 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 22 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良(李副署長丞華代理)

紀錄：張毓芬

出席代表(依姓氏筆劃排列)：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王照元代表	王照元	郭錫卿代表	郭錫卿
申斯靜代表	申斯靜	陳文琴代表	陳文琴
朱文洋代表	朱文洋	陳玉瑩代表	郭莉娜(代)
朱益宏代表	朱益宏	陳志強代表	陳志強
吳明賢代表	黃雪玲(代)	陳威明代表	洪芳明(代)
吳淑芬代表	吳淑芬	陳建宗代表	游進邦(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	陳相國代表	潘仁修(代)
李永川代表	李永川	陳振文代表	陳振文
李丞華代表	李丞華	陳節如代表	(請假)
李承光代表	李承光	陳穆寬代表	林慶雄(代)
周思源代表	周思源	童瑞龍代表	童瑞龍
周雯雯代表	周雯雯	黃遵誠代表	黃遵誠
周慶明代表	周慶明	楊邦宏代表	楊邦宏
孟令妤代表	孟令妤	廖振成代表	廖振成
林宏榮代表	王敏容(代)	劉林義代表	劉林義
林恩豪代表	林恩豪	劉碧珠代表	劉碧珠
侯勝茂代表	廖秋錫(代)	謝文輝代表	謝文輝
施壽全代表	施壽全	謝景祥代表	謝景祥
洪世欣代表	余文彬(代)	羅永達代表	羅永達
張文瀚代表	林富滿(代)	嚴玉華代表	嚴玉華
張克士代表	張克士	蘇主榮代表	(請假)
張國寬代表	張國寬	蘇東茂代表	蘇美惠(代)

區/項目	浮動點值	平均點值
高屏	0.93641235	0.96355066
東區	0.90927323	0.94960717
全區	0.90711477	0.94987241

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)」(下稱研商議事作業要點)案。

決議：本次會議討論研商議事作業要點修訂，增修會議代表或代表代理人因其行為違反全民健康保險法、特約及管理辦法、醫事相關法規規定，受有停、終約、停業等處分之情事，不宜擔任會議代表或代表代理人案，地區醫院代表表示，「其所服務醫療(事)機構」違反相關法規，其負責人不得擔任代表或代理人之連帶責任仍有疑義，及建議本署相關會議亦比照辦理(如專家會議、共擬會議等)等意見，將參考研議，提下次會議報告。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113年醫院總額一般服務點值保障項目。

決議：

- 一、通過113年一般服務保障項目(同112年)如下，惟對應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院者，自評鑑不符合之日起，1年內不得適用地區醫院保障項目【地區醫院急診診察費、地區醫院假日及夜間門診案件(不含藥費)、地區醫院住院病房費、一般病床住院診察費、住院護理費】，惟其護病比符合區域醫院評鑑標準者，其醫療服務得比照區域醫院保障【區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費】；

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 112 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 16 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	請假	陳代表博淵	陳博淵
林代表狄昇	林狄昇	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)	黃代表頌儼	黃頌儼
邱代表瑞發	邱瑞發	黃代表輝榮	黃輝榮
姜代表智文	姜智文	詹代表永兆	詹永兆
柯代表富揚	請假	劉代表林義	公出
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表素玲	涂瑜君(代)
張代表廷堅	陳建霖(代)	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
中華民國中醫師公會全國聯合會	李敬、王逸年、賴宛而
本署醫務管理組	林右鈞、黃珮珊、洪于淇

報告事項第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：中醫112年第1-2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。

決定：本案業提案至112年11月15日衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第10次委員會議討論，將俟衛生福利部決定辦理後續事宜。

報告事項第八案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費不符申報適應症案件之改支邏輯案。

決定：本案同意修訂，並將補付院所改支之差額。

報告事項第九案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂3項中醫專款照護計畫（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、修訂「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」案。

決定：本案修訂通過，配合執行年度（113年）修改實施期程及違約情事之認定文字（附件）。

參、討論事項

第一案

提案單位：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（草案）」（下稱研商議事作業要點）案。

決議：本案修訂通過，增修條文4-1。

一、本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：

（一）受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。

（二）所服務之醫療（事）機構受停業、廢止開業執照處分。

(三) 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。

(四) 受前三款處分之執行。

二、本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。

三、醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。

四、本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。

五、有關代表建議負責人部分，應僅限不得擔任違約之總額別研商議事會議代表，請本署納入考量。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：「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。

第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案。

決議：本案修訂通過，重點如下：

- 一、修訂執行目標：本年度以至少 90 家照護機構，及以達成 20,000 服務人次，服務總天數 3,500 天為目標。
- 二、修訂申請資格：增列參與計畫前二年內不得有特管辦法第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分及違約期間認定。
- 三、醫療服務提供方式：

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額
112 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 21 日 9 時 30 分

地點：本署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：李副署長丞華

紀錄：阮柏叡

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
成代表庭甄	(請假)	陳代表淑華	陳淑華
江代表錫仁	江錫仁	陳代表清家	陳清家
何代表世章	(請假)	陳代表義聰	(請假)
吳代表志浩	吳志浩	黃代表茂栓	黃茂栓
吳代表享穆	吳享穆	黃代表智嘉	黃智嘉
吳代表迪	吳迪	楊代表文甫	楊文甫
吳代表明彥	吳明彥	楊代表玉琦	楊玉琦
李代表春生	李春生	董代表正宗	(請假)
周代表公亮	周公亮	劉代表林義	(請假)
林代表順華	林順華	劉代表振聲	劉振聲
林代表鎰麟	林鎰麟	蔡代表建宗	蔡建宗
邱代表昶達	邱昶達	蔡代表爾輝	蔡爾輝
洪代表純正	(請假)	蔡代表蕙如	蔡蕙如
范代表景章	范景章	簡代表志成	簡志成
徐代表邦賢	徐邦賢	羅代表界山	羅界山
翁代表德育	翁德育	蘇代表主榮	蘇主榮
陳代表亮光	陳亮光		

第二案

提案單位：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」，增加牙醫門診相關醫療服務提供者代表名額案。

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

一、增修條文 4-1 條：

(一) 總額研商議事會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：

1. 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。
2. 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。
3. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。
4. 受前三款處分之執行。

(二) 本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。

(三) 醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人於所屬總額部門準用前二項規定。

(四) 本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。

(五) 第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。

二、同意牙醫門診相關醫療服務提供者代表由 15 名增加為 18 名。

第三案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」案。

決議：本案修訂通過，修訂重點如下：

- 一、依 113 年非協商因素成長率之醫療服務成本指數改變率(3.427%)，調整下列服務項目支付點數，並視情況於次年度檢討調整之合理性：

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 112 年第 3 次 研商議事會議紀錄

時間：112 年 12 月 7 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第一會議室

主席：李副署長丞華

紀錄：陳怡蓓

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
丁榮哲	塗勝雄	徐超群	徐超群*
王宏育	王宏育*	張孟源	張孟源*
古有馨	古有馨*	連哲震	請假
朱光興	朱光興*	陳志明	陳志明
朱益宏	林佩菽	陳相國	陳相國*
江心怡	江心怡	陳晟康	陳晟康*
江俊逸	江俊逸*	劉林義	劉林義
何活發	何活發*	黃振國	黃振國
吳國治	陳志宏	黃啟嘉	黃啟嘉*
吳順國	吳順國*	楊宜青	請假
李丞華	主席	楊芸蘋	楊芸蘋
李承光	李承光	趙善楷	趙善楷*
李紹誠	李紹誠*	劉守仁	劉守仁*
李龍騰	李龍騰*	劉碧珠	請假
周朝雄	請假	蔡有成	蔡有成*
周慶明	周慶明*	蔡昌學	蔡昌學*
林名男	林名男*	鄭俊堂	請假
林旺枝	林旺枝*	盧榮福	盧榮福*
林恆立	林恆立	賴俊良	賴俊良*
林誓揚	林誓揚*	藍毅生	藍毅生*
林憶君	溫致群	顏鴻順	顏鴻順
洪一敬	洪一敬	林煥洲	林煥洲*
洪德仁	洪德仁*	蘇東茂	蘇美惠*

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」召開會議時程案

決議：

- 一、基於配合每季結算作業時程及業務執行概況統計之完整性，仍維持於 2 月、5 月、8 月、11 月召開會議為原則，必要時得召開臨時會。
- 二、為增進議事效率，建議提案如涉其他團體，可先取得共識後再提會討論，必要時本署亦可加開臨時會，以縮短提案至實施之時程。
- 三、113 年西醫基層總額研商議事會議時間如下，請各代表預留時間：

會議	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	第 1 次 臨時會	第 2 次 臨時會
日期	3 月 7 日 (星期四)	5 月 23 日 (星期四)	8 月 22 日 (星期四)	11 月 28 日 (星期四)	12 月 12 日 (星期四)	12 月 18 日 (星期三)
時間	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)」(下稱研商議事作業要點)案

決議：本案修訂通過，增修條文 4-1 條重點如下：

- 一、本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：
 - (一) 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。
 - (二) 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。
 - (三) 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終

止或不予特約處分。

(四) 受前三款處分之執行。

- 二、本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。
- 三、醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人於所屬總額部門準用前二項規定。
- 四、本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。
- 五、第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。

第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：113 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。
決議：本案通過如附件 1，「(三)111 年西醫基層總額六區查處非總額舉發追扣金額依六分區減列金額之 50%」，由 112 年度之 30%，113 年度修訂為 50%，餘同 112 年分配方式。

第四案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：113 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義案。

決議：本案通過，同意比照 112 年保障項目(每點 1 元支付)如下：

- 一、論病例計酬案件。
- 二、血品費。
- 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項＝280 點×季申報總住院日數。
註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

第五案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關113年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 112 年第 3 次 研商議事會議紀錄

時間：112 年 11 月 14 日上午 9 時 30 分

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：李副署長丞華

紀錄：張祐禎

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
田士金	田士金	陳鴻文	陳鴻文
白其怡	白其怡	施孟甫	施孟甫
吳麥斯	許永和(代)	劉林義	請假
宋俊明	請假	黃尚志	請假
李丞華	李丞華	楊五常	楊五常
林元灝	請假	楊孟儒	楊孟儒
邱琦皓	邱琦皓	朱文洋	朱文洋
洪冠予	請假	廖秋鐳	廖秋鐳
張孟源	張孟源	蔡宗昌	蔡宗昌
郭咏臻	郭咏臻	謝輝龍	請假
陳文琴	陳文琴	顏大翔	許逸生(代)
陳盈凱	請假	羅永達	羅永達

列席單位及人員

衛生福利部社會保險司	梁淑政		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	林偉翔	
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕		
台灣醫院協會	許雅淇	黃麗如	何宛青
	顏正婷		
台灣腎臟醫學會	林慧美	朱家好	
社團法人台灣基層透析協會	曾庭俞		
社團法人中華民國藥師公會全國聯合會	常宏傳		

手術，並開始腹膜透析者。」修訂為「…完成腹膜透析導管植入手術者。」

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)」(下稱研商議事作業要點)案，提請討論。

決議：本案通過，增修會議代表或代表代理人不宜擔任之條文 4-1 重點如下，並擬自 113 年 1 月 1 日生效：

- (一) 本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：
 - 1. 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。
 - 2. 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。
 - 3. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。
 - 4. 受前三款處分之執行。
- (二) 本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。
- (三) 醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。
- (四) 本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。
- (五) 第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。

伍、散會：上午 11 時 29 分。

前次會議條文	修正後條文	說明
四之一、本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形： (一)受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。 (二)所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。 (三)依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。 (四)受前三款處分之執行。 本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。 醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。 本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。 第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。	四之一、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任： (一)經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。 (二)經地方主管機關停業、廢止執業執照。 (三)經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。 前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。	1. 刪除負責人連帶處分條文。 2. 酌修文字。

報告事項第七案

報告單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：調整「113 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、依本會 113 年 1 月 21 日中醫門診醫療服務審查執行會第 52 次會議決議辦理。

二、附件 1-2「施行區域—一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」：

(一)因北區苗栗縣卓蘭鎮原為「中醫醫療不足地區改善方案」之附件 1-2(頁次報 7-4 頁)施行區域「一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」，目前唯一的一家中醫診所於 112 年 12 月 1 日辦理歇業，依據方案應將苗栗縣卓蘭鎮列於「中醫醫療資源不足地區改善方案」附件 1-1(頁次報 7-3 頁)施行區域「無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」。

(二)因東區「花蓮縣壽豐鄉」原列於「醫療資源不足地區改善方案」附件 1-2「施行區域一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」因門諾醫院壽豐分院中醫科業於 112 年 11 月於該地開診，故該鄉鎮應自附件 1-2「施行區域一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」移除。

健保署說明如下：

一、統計截至 113 年 1 月 30 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，說明如下：(方案附件 1-1、1-2)

(一)無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1)：增加「苗栗縣卓蘭鎮」。

(二)一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-2)：刪除「苗栗縣卓蘭鎮」、「花蓮縣壽豐鄉」。

二、另查「花蓮縣光復鄉」、「彰化縣線西鄉」、「臺中市外埔區」、「屏東縣恆春鎮」、「屏東縣新園鄉」中醫醫事機構異動，爰施行區域調整如下：

(一)無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1)：

1. 新增「花蓮縣光復鄉」(原有一家中醫診所，大和中醫診所於 112 年 12 月 31 日歇業)。
2. 刪除「彰化縣線西鄉」(佑心中醫診所自 113 年 1 月 9 日開業)。

(二) 一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-2)：

1. 新增「彰化縣線西鄉」、「臺中市外埔區」(原二家，其中恆健中醫診所已於 112 年 10 月 11 日歇業)、「屏東縣新園鄉」(原二家，其中濟生中醫診所已於 112 年 12 月 31 日歇業)。
2. 刪除「花蓮縣光復鄉」、「屏東縣恆春鎮」(原有一家中醫診所，另一家恆春旅遊醫院於 112 年 11 月成立中醫科)。

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 78 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 79 個鄉鎮區。

決定：

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

註 1：本一覽表統計截止日期：~~112 年 10 月 25 日~~113 年 1 月 30 日，共 ~~77~~ 78 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。

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

註 1：本一覽表統計截止日期：~~112 年 10 月 25 日~~113 年 1 月 30 日，共 ~~80~~ 79 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：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：有關 113 年度中醫門診醫療給付費用協定項目之「中醫利用新增人口」預算扣減方式案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 9 次委員會議辦理。
- 二、會議決議：就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下：以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額；請中央健康保險署依上開議定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。

擬辦：113 年就醫人數大於 112 年就醫人數，人數計算：就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示、職災及預防保健部分。

本署意見：

有關 113 年就醫人數大於 112 年就醫人數，**操作型定義建議修正如下：**

- 一、就醫人數：不含代辦案件(案件分類 B6 職災、案件分類 A3 預防保健、案件分類 C5 嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)、其他部門(案件分類 31 中醫居家)、專款案件(案件分類 22 中醫其他專案)且不含主、次診斷為 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)之案件保險對象人數。
- 二、就醫者平均每人就醫費用=113 年醫療費用點數/113 年就醫人數。
 - (一) 醫療費用點數=申請費用點數+部分負擔。
 - (二) 醫療費用點數不含代辦案件(案件分類 B6 職災、案件分類 A3 預防保健、案件分類 C5 嚴重特殊傳染性肺炎通報

且隔離案件等)、其他部門(案件分類 31 中醫居家)、專款案件(案件分類 22 中醫其他專案)且不含主、次診斷為 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)之案件醫療費用點數。

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113年2月5日
發文字號：(113)全聯醫總兆字第0989號
速 別：
附 件：提案單乙份

主 旨：檢陳113年第1次「中醫門診總額研商議事會議」提案單(二)乙份，請鑒察。

說 明：依本會113年1月23日中醫門診醫療服務審查執行會第52次會議決議事項辦理。



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113年2月6日收到
健保醫

中央健康保險署
署 1130051655

衛生福利部
中央健康保險署
113.2.5
送收章

討論案

第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關 113 年度中醫門診醫療給付費用協定項目之「中醫利用新增人口」預算扣減方式案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 9 次委員會議辦理。
- 二、會議決議：就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下：以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額；請中央健康保險署依上開議定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。

擬辦：113 年就醫人數大於 112 年就醫人數，人數計算：就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)、職災及預防保健部分)。

決議：

討論事項第二案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(以下稱本計畫)」申請資格修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 113 年 1 月 21 日中醫門診醫療服務審查執行會第 52 次會議決議辦理。
- 二、案係醫院附屬兒童醫院病人接受本計畫照護，其附屬兒童醫院未設中醫科門診故不具加入本計畫資格，惟其兒童病人均入住附屬兒童醫院接受治療，且查本院已加入本計畫收案、申報費用。
- 三、考量本計畫第六點已敘明參與資格之醫院須設有中醫門診，另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所辦理繼續教育受訓課程，該兒醫因未設有中醫門診故不符參與資格，惟若由本院跨醫事機構代碼收案及申報費用亦不符本計畫規定。
- 四、查「112 年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」五、(七)規定略以，同一法人設立或經營專供診治兒童之醫院，本院與分院得申請合併評鑑。考量兒醫具前開特殊性，爰請本會協助評估本計畫是否修訂是類院所收案及申報條件。
- 五、本會建議於本計畫第六條之「申請資格及退場機制：(一)設有中醫門診之醫院後增加文字：(註：同一法人設立或經營專供診治兒童之醫院，本院與分院申請合併評鑑者，其兒童醫院之住院病人得視同本院住院病人)。

本署意見：

- 一、為利是類兒醫病人接受本計畫照護並宜由實際提供醫療服務之醫事機構核實申報，爰本署建議修正本計畫第六條「申請資格及退場機制」之文字，由原建議「(一)設有中醫門診之醫院(註：同一法人設立或經營專供診治兒童之醫院，本院與分院申請合併評鑑者，其兒童醫院之住院病人得視同本院住院病人)」，酌修為「(一)設有中醫門診之醫院(註：同一法人設立或經營專供診治兒童之醫院，本院與分院申請合併評鑑者，其兒童醫院視同設有中醫門診

之醫院)」。

二、俟本計畫修訂公告生效後，擬請中全會將是類審查通過醫事服務機構名單定期函送本署分區業務組核定及副知本署備查。

擬辦：修訂後計畫如附件 2，本案如經同意，因未涉支付標準，將依程序辦理公告事宜。

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 113 年 1 月 30 日
發文字號：(113)全聯醫總兆字第 0977 號
速 別：
附 件：提案單乙份

主 旨：檢陳 113 年第 1 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 113 年 1 月 23 日中醫門診醫療服務審查執行會第 52
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

衛生福利部
中央健康保險署
113.1.30
進收章

總收文 113 年 1 月 30 日收到
健保醫字

中央健康保險署

1130051479

附件二 討論案

第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(以下稱本計畫)」申請資格修訂乙案，提請討論。

說明：

一、依本會 113 年 1 月 21 日中醫門診醫療服務審查執行會第 52 次會議決議辦理。

二、爰收到大署針對某醫院申報資料提問：

(一)案係醫院附屬兒童醫院病人接受本計畫照護，其附屬兒童醫院未設中醫科門診故不具加入本計畫資格，惟其兒童病人均入住附屬兒童醫院接受治療，且查本院已加入本計畫收案、申報費用。

(二)考量本計畫第六點已敘明參與資格之醫院須設有中醫門診，另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所辦理繼續教育受訓課程，該兒醫因未設有中醫門診故不符參與資格，惟若由本院跨醫事機構代碼收案及申報費用亦不符本計畫規定。

(三)查「112 年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」五、(七)規定略以，同一法人設立或經營專供診治兒童之醫院，本院與分院得申請合併評鑑。考量兒醫具前開特殊性，爰請本會協助評估本計畫是否修訂是類院所收案及申報條件。

擬辦：於本計畫第六條之「申請資格及退場機制：(一)設有中醫門診之醫院後增加文字：(註：同一法人設立或經營專供診治兒童之醫院，本院與分院申請合併評鑑者，其兒童醫院之住院病人得視同本院住院病人)。

決議：

全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

依113年*月*日健保醫字第*號公告自113年*月*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：

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：113年1月1日至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「西醫住院病人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(註：同一法人設立或經營專供診治兒童之醫院，本院與分院申請合併評鑑者，其兒童醫院視同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暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

(三)退場機制：前一年度結案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, 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 (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。

附件一

全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

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

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

西醫住院病人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.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(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。

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：「中醫兒童過敏性鼻炎試辦計畫」條文案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 113 年 1 月 21 日中醫門診醫療服務審查執行會第 52 次會議決議辦理。
- 二、經邀請台灣中醫兒童暨青少年科學會楊成湛理事長(門諾中醫科主任) 召集台中慈濟、中國附醫、基隆長庚、台北慈濟、馬偕、彰化基督教等醫院中醫兒科主任研議提出條文修正建議如下：

	原規定	建議修正	說明
一	第五條(一) 收案條件：5-14 歲	收案條件： 放寬為 3-16 歲。	此計畫需五歲以上才能收案，但許多過敏性鼻炎兒童年紀是在五歲以下與 14 歲以上。
二	第六條 結案條件：符合下列條件之一者，應予結案；結案之個案於一年內不得再被收案	再收案的時 間縮短為半 年。	「結案後一年內不得再被收案」，因有些病童居住地離醫院診所較遠，無法定期回診治療，造成中斷收案。若結案一年後才能再收案影響病患後續繼續接受照護之權益。
三	第六條結案條件 (二)：未連續照護 大於天數28天認定 為中斷照護。	中斷照護之 天數由 28 天 放寬至 42 天。	「無法連續接受治療」：目前規定最常給藥時間為 28 天，若病患原本開立 28 天藥物，但因上述「過年或連續假期時間較長」、「病患突然生病或住院」等因素導致無法及時回診，則按目前規定應予以結案，影響病患後續繼續接受照護之權益。
四	第十條(二) 每次評估間隔 28-35 天	「執行後測 評估」之規 定放寬至 28-42 天。	「無法於預定評估時間執行後測」：目前規定需每間隔 28-35 天執行後測評估，同上，若因上述「過年或連續假期時間較長」、「病患突然生病或住院」等因素導致無法及時回診，則按目前規定應予以結案，影響病患後續繼續接受照護之權益。

本署意見：後補

決議：