



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 113 年第 2 次研商議事會議

113 年 5 月 16 日（星期四）下午 2 時
本署 9 樓第 1 會議室

「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」

113 年第 2 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 年第 4 季中醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1
四、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 4-1

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案（下稱品保方案）」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等 5 項專業醫療服務品質指標案。	討 1-1
二、有關中醫支付標準第五章條文是否修訂案。	討 2-1
三、建議修訂支付標準第四部第四章針灸治療處置費輔助治療項目案。	討 3-1
四、考量患者實際病況，醫師得依專業調整處置方式，建議刪除同療程維持同一複雜度相關規定案。	討 4-1
五、有關健保法規或各項專案條文上如未有明確規範的條文文字，健保署長官發現有不合宜部分，應先與本會研商後再宣導，應注意事項及訂定執行日期；業務組不應直接以行政解釋的方式，追溯核扣院所所申報的醫療費用案。	討 5-1
六、建請健保署針對「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」適用範圍釐清疑義案。	討 6-1
七、有關健保署對於「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」（以下稱西醫住院計畫）及「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案（以下稱癌症照護計畫）」申請資格修訂乙案。	討 7-1

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 113 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 2 月 22 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

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	請假	陳代表俊龍	陳俊龍
吳代表清源	吳清源	陳代表俞沛	請假
卓代表青峰	卓青峰	陳代表博淵	陳博淵
林代表狄昇	請假	陳代表憲法	陳冠仁(代)
林代表源泉	林源泉	傅代表世靜	傅世靜
花代表錦忠	張鈺民(代)	黃代表頌儼	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	柯富揚	劉代表林義	劉林義
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表素玲	蔡素玲
張代表廷堅	張廷堅	蔡代表淑貞	蔡淑貞
張代表清田	張清田	羅代表永達	請假
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、林偉翔、張嘉云

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

黃珮珊、洪于淇、呂姿曄、
陳依婕、賴彥壯、黃怡娟、
黃奕瑄、朱文玥、黃瓊萱、

本署醫審及藥材組

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

黃千芬、劉立麗、吳倍儀、
林其瑩、李珮芳、林麗智、
李柏諺、楊淑美、鄭正義

連恆榮、陳亞其

宋兆喻*、黃寶玉*

謝明珠*、黃毓棠*、張舒函*

王奕晴*、林裕能*、戴秀容*、

林育辰*、潘佳鈴*、謝佩璇*

李建漳*、賴文琳*

謝明雪*、李金秀*、黃皓綱*

李昀融*

王素惠*、江春桂*、鄭翠君*、

吳乙亭*

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

貳、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。

決定：

一、洽悉。

二、序號4「修訂全民健康保險醫療服務給付項目及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繼續列管，餘解除列管。

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。

決定：洽悉。

報告事項第三案

報告單位：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。

決定：有關「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」、「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)」當年度未執行之額度，中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)建議不予扣減，俟提至健保會討論後再議。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

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

決定：本方案與一般服務重複部分，中全會建議不予扣減，俟提至健保會討論後再議。

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。

決定：

一、洽悉。

二、有關 112 年度總額協定事項，就「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」等項目，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。中全會建議不予扣減，俟提報健保會討論後再議。

三、中醫門診總額 112 年第 3 季一般服務預算將不扣減，該季點值經重新計算，於 113 年 3 月 4 日函請代表書面確認如下表：

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3季	浮動點值	0.87281121	0.74160498	0.83273112	0.81766076	0.84582020	1.17193540	0.83883780
	平均點值	0.92071606	0.84454945	0.89258400	0.89042642	0.90623039	1.11361722	0.90003170

四、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

五、本季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

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」報告案。

說明：新增 4-1 點如下：

- (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：洽悉。

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、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1)：新增「苗栗縣卓蘭鎮」、「花蓮縣光復鄉」；刪除「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)：新增「彰化縣線西鄉」、「臺中市外埔區」、「屏東縣新園鄉」；刪除「苗栗縣卓蘭鎮」、「花蓮縣壽豐鄉」、「花蓮縣光復鄉」、「屏東縣恆春鎮」。
- 三、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(如附件)。

決定：洽悉。

參、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。

決議：

一、 本案通過。

二、 操作型定義如下：

(一) 就醫人數：不含案件分類 C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)、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。

1. 醫療費用點數=申請費用點數+部分負擔。

2. 醫療費用點數：不含案件分類 C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)、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。

(三) 扣減金額=588 百萬元- 就醫者平均每人就醫費用*(113 年實際就醫人數-112 年實際就醫人數)。

討論事項第二案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：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。

決議：本案修訂通過，重點如下：

一、 計畫規定之「申請資格及退場機制」「(一)設有中醫門診之醫院」，修訂為「(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。

討論事項第三案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：「中醫兒童過敏性鼻炎試辦計畫」條文案，提請討論。。

決議：本案修訂通過，考量 112 年本計畫執行已逾預算額度，113 年預算又較 112 年減編 0.4 百萬元，僅同意放寬縮短再收案間隔時間由一年改為半年，其餘建議(放寬收案年齡、「中斷照護」天數定義、「執行後測評估」之時間規定等)，請中全會爭取 114 年預算後再行討論。

肆、散會：下午 3 時 12 分

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 9 項，擬解除列管 7 項，繼續列管 2 項。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	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。	本署已於 113 年 1 月 31 日修正「醫令自動化審核」檢核邏輯，並於 113 年 5 月上旬完成費用年月 112 年 3 月至 12 月補付院所改支差額作業。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
2	113_1_報 3：112 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。	有關「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」、「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)」當年度未執行之額度，中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)建議不予扣減，俟提至健保會討論後再議。	1. 依據 113 年 3 月 13 日衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)第 6 屆 113 年第 2 次委員會議報告決定略以，請本署依 112 年度總額核(決)定事項及所提扣減金額辦理扣款事宜。 另本案若總額部門有不扣款之要求，應由該總額部門受託團體代表委員，依「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」所訂程序，提案至委員會討論，決議達共識部分，再向衛生福利部提出建議。	<input checked="" type="checkbox"/> 序號 2、3、4 案，報告後解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
3	113_1_報 4：112 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。	本方案與一般服務重複部分，中全會建議不予扣減，俟提至健保會討論後再議。	2. 依健保會 113 年 3 月 27 日衛部健字第 113360045 號書函(副本)，請本署依衛生福利部公告 112 年度健保核(決)定事項及該會	

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
4	113_1_報 5： 112 年第 3 季中醫門診總額點值結算報告案。	<ol style="list-style-type: none"> 有關 112 年度總額協定事項，就「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」等項目，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。中全會建議不予扣減，俟提報健保會討論後再議。 中醫門診總額 112 年第 3 季一般服務預算將不扣減，該季點值經重新計算，已於 113 年 3 月 4 日函請代表書面確認。 	<p>前述委員會議決定辦理扣款事宜(頁次:報 3-33 頁)。</p> <p>3.. 綜上，本案將依總額協定結果於 112 年第 4 季結算辦理扣減事宜，扣減情形詳報告事項第三案(頁次:報 3-1 頁)。</p>	
5	113_1_報 6： 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。	<p>新增 4-1 點如下：</p> <p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>二、前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。</p>	業於 113 年 4 月 11 日以健保醫字第 1130661336 號公告。	<div> <input checked="" type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 繼續列管 </div>

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
6	113_1_報 7: 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。	<p>一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區計 78 個鄉鎮區(計畫附件 1-1) 新增「苗栗縣卓蘭鎮」、「花蓮縣光復鄉」; 刪除「彰化縣線西鄉」。</p> <p>二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區計 79 個鄉鎮區(計畫附件 1-2): 新增「彰化縣線西鄉」、「臺中市外埔區」、「屏東縣新園鄉」; 刪除「苗栗縣卓蘭鎮」、「花蓮縣壽豐鄉」、「花蓮縣光復鄉」、「屏東縣恆春鎮」。</p>	業於 113 年 3 月 19 日第 AI11300462 號請辦單周知各分區業務組配合辦理後續事宜。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 繼續列管
7	113_1_討 1: 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。	<p>本案修訂通過，操作型定義如下：</p> <p>(一)就醫人數：不含案件分類 C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)、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。</p> <p>(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。</p> <p>1. 醫療費用點數=申請費用點數+部分負擔。</p> <p>2. 醫療費用點數：不含案件分類 C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)、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。</p> <p>(三)扣減金額=588 百萬元-就醫者平均每人就醫費用*(113 年實際就醫人數-112 年實際就醫人數)。</p>	本案預訂於 113 年 7 月提報告案至健保會，並依會議決定辦理。	<input type="checkbox"/> 解除 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
8	113_1_討2：有關「全民健康保險西醫住院病患中醫特設疾病輔助醫療計畫」申請資格修訂乙案。	<p>本案修訂通過</p> <p>一、計畫規定之「申請資格及退場機制」「(一)設有中醫門診之醫院」，修訂為「(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)」。</p> <p>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。</p>	本案於會後接獲醫院反映本院與分院係分開評鑑，仍無法適用修訂後規定，已列入本次會議討論事項第七案再次討論。	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管 <input type="checkbox"/> 討論後解除列管
9	113_1_討3：「中醫兒童過敏性鼻炎試辦計畫」條文案。	<p>本案修訂通過，考量112年本計畫執行已逾預算額度，113年預算又較112年減編0.4百萬元，僅同意放寬縮短再收案間隔時間由一年改為半年，其餘建議(放寬收案年齡、「中斷照護」天數定義、「執行後測評估」之時間規定等)，請中全會爭取114年預算後再行討論。</p>	業於113年3月14日以健保醫字第1130661007號公告，自即日起施行。	<input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管 <input type="checkbox"/> 解除列管

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件報 2-2 頁）

決定：



(附件)

中醫門診總額執行概況

中央健康保險署
113年5月16日

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

1



大綱

- 113Q1點值預估
- 113Q1醫療供給及利用概況
- 113Q1年專案執行報告

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

2



點值預估說明

- 一、製表日期：113年5月1日。
- 二、總額邏輯說明：
 1. 總額醫療費用含部分負擔。
 2. 分區分配參數依健保會公告東區占率2.22%，其餘五區佔率97.78%。
占率分配如下。
 - 2-1. 113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%)、戶籍人口占率(15%)、同期就醫次數權值占率(9%)、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. 預算攤月以前1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、週日及工作日回攤當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(99.54637%)校正，該占率以最近1季結算金額計算得之。
- 三、預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採112上半年爭審後核減率，各分區分別計之。
- 四、風險移撥款6,000萬元，依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撥補。

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

3



113年第1季 中醫門診總額各分區點值推估

113年【中醫門診總額】就醫分區點值推估										
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		撥補風險移撥款後		浮動點數(每點0.8元)所需之經費	撥補風險移撥款之經費
			非浮動	浮動	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值		
第1季	臺北區	2,054	862	1,359	0.8763	0.9243	0.8763	0.9243		
	北區	895	429	621	0.7509	0.8528	0.8000	0.8818	925,912,044	30,458,915
	中區	1,796	741	1,292	0.8162	0.8832	0.8162	0.8832		
	南區	1,036	464	684	0.8368	0.9028	0.8368	0.9028		
	高屏區	1,153	512	786	0.8156	0.8883	0.8156	0.8883		
	東區	158	50	102	1.0515	1.0345	1.0515	1.0345		
	合計	7,091	3,059	4,844	0.8325	0.8973	0.8388	0.9012		30,458,915

註：112Q1結算全區平均點值0.8792

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

4

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
109年3月	1,095	467	1,048	521	548	71	3,750
110年3月	1,126	469	1,057	531	554	71	3,808
111年3月	1,148	474	1,062	534	558	69	3,845
112年3月(A)	1,169	488	1,078	541	566	69	3,911
113年3月(B)	1,201	492	1,092	550	579	70	3,984
成長率(B/A)-1	2.7%	0.8%	1.3%	1.7%	2.3%	1.4%	1.9%
增減數B-A	32	4	14	9	13	1	73

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
112年3月(A)	27	15	36	25	21	10	134
113年3月(B)	27	15	36	25	22	12	137
成長率(B/A)-1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	20.0%	2.2%
增減數B-A	0	0	0	0	1	2	3

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2：113年3月較去年同期家數增減名單：

北區(+0)：增加1家：臺北榮民總醫院桃園分院。減少1家：聯新國際醫院桃新分院

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。

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

7



中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
109年3月	2,060	874	1,870	895	989	149	6,837
110年3月	2,139	891	1,923	907	1,024	159	7,043
111年3月	2,198	933	1,970	938	1,052	157	7,248
112年3月(A)	2,233	968	2,020	963	1,084	156	7,424
113年3月(B)	2,303	1,008	2,072	986	1,126	157	7,652
成長率(B/A)-1	3.1%	4.1%	2.6%	2.4%	3.9%	0.6%	3.1%
增減數B-A	70	40	52	23	42	1	228

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

8



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
109年3月	219	107	224	159	116	56	881
110年3月	228	114	240	144	121	60	907
111年3月	242	119	252	151	122	57	943
112年3月(A)	244	125	258	155	118	58	958
113年3月(B)	246	128	275	161	122	61	993
成長率(B/A)-1	0.8%	2.4%	6.6%	3.9%	3.4%	5.2%	3.7%
增減數B-A	2	3	17	6	4	3	35

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

9



各分區每萬人口中醫師數

年度	109	110	111	112	113Q1
臺北	2.83	2.92	3.00	3.06	3.06
北區	2.34	2.42	2.48	2.57	2.58
中區	4.19	4.33	4.44	4.55	4.54
南區	2.77	2.84	2.93	3.00	3.02
高屏	2.76	2.88	2.99	3.07	3.10
東區	3.04	2.99	2.95	3.04	2.97
總計	3.00	3.10	3.18	3.26	3.27

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

10



各分區每萬人口中醫醫師數 與全國比率

年度	109	110	111	112	113Q1
臺北/全區	0.94	0.94	0.94	0.94	0.94
北區/全區	0.78	0.78	0.78	0.79	0.79
中區/全區	1.40	1.40	1.40	1.40	1.39
南區/全區	0.92	0.92	0.92	0.92	0.92
高屏/全區	0.92	0.93	0.94	0.94	0.95
東區/全區	1.01	0.97	0.93	0.93	0.91
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

11



113年Q1各縣市每萬人口中醫醫師數(一)

分區別	縣市別	中醫醫師數	人口數	每萬人口 中醫醫師數	醫人比
臺北區	宜蘭縣	94	449,492	2.09	4,782
	基隆市	83	361,874	2.29	4,360
	臺北市	1,033	2,509,740	4.12	2,430
	新北市	1,085	4,042,587	2.68	3,726
	金門縣	8	144,034	0.56	18,004
	連江縣	0	14,006	0.00	0
		2,303	7,521,733	3.06	3,266
北區	桃園市	635	2,321,618	2.74	3,656
	新竹市	130	456,872	2.85	3,514
	新竹縣	119	590,305	2.02	4,961
	苗栗縣	124	533,971	2.32	4,306
		1,008	3,902,766	2.58	3,872
中區	臺中市	1,514	2,849,578	5.31	1,882
	南投縣	142	475,921	2.98	3,352
	彰化縣	416	1,235,255	3.37	2,969
		2,072	4,560,754	4.54	2,201

12



113年Q1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	164	659,288	2.49	4,020
	嘉義市	111	263,290	4.22	2,372
	嘉義縣	86	483,024	1.78	5,617
	臺南市	625	1,860,072	3.36	2,976
		986	3,265,674	3.02	3,312
高屏	高雄市	950	2,736,577	3.47	2,881
	屏東縣	171	793,303	2.16	4,639
	澎湖縣	5	107,708	0.46	21,542
		1,126	3,637,588	3.10	3,231
東區	花蓮縣	104	316,746	3.28	3,046
	臺東縣	53	211,114	2.51	3,983
		157	527,860	2.97	3,362
總計		7,652	23,416,375	3.27	3,060

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

13



每萬人口中醫師數組距各區鄉鎮數

年月	每萬人口 中醫師組距	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	合計%
112年3月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	14	10	5	12	23	14	78	21.2%
	0<X<1	15	9	16	25	20	6	91	24.7%
	1≤X<2	15	16	10	16	15	5	77	20.9%
	2≤X<3	9	4	9	9	7	0	38	10.3%
	3≤X	17	8	28	15	12	4	84	22.8%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
113年3月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	13	11	5	11	23	15	78	0
	0<X<1	17	9	13	23	19	4	85	0
	1≤X<2	13	15	11	19	15	5	78	0
	2≤X<3	11	5	9	8	6	1	40	0
	3≤X	16	7	30	16	14	4	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	1	0	-1	0	1	0	
	0<X<1	-2	0	3	2	1	2	6	
	1≤X<2	2	1	-1	-3	0	0	-1	
	2≤X<3	-2	-1	0	1	1	-1	-2	
	3≤X	1	1	-2	-1	-2	0	-3	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

註：註：無中醫師鄉鎮(0)：臺北區(-1)：宜蘭縣壯圍鄉；北區(+1)：苗栗縣卓蘭鎮；
南區(-1)：雲林縣東勢鄉；東區(+1)：花蓮縣光復鄉

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

14



整體申報概況 【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
113Q1	臺北	2,894.6	-2.7%	2,268.9	-0.1%	783.8	2.7%
	北區	1,369.7	-1.9%	1,088.0	3.1%	794.3	5.1%
	中區	2,721.1	-1.3%	2,127.0	3.1%	781.7	4.5%
	南區	1,489.4	-1.9%	1,203.5	1.8%	808.0	3.8%
	高屏	1,666.4	-2.2%	1,353.2	2.3%	812.1	4.5%
	東區	177.4	-2.4%	173.5	6.5%	978.0	9.1%
	全區	10,318.5	-2.0%	8,214.1	1.9%	796.1	4.1%

註1：資料來源：截至113年5月3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

15



整體申報醫療費用點數 【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113Q1	臺北	867.9	-1.9%	12.5	2.6%	913.4	-2.3%	475.1	8.0%	2,268.9	-0.1%
	北區	436.5	0.1%	5.9	-2.2%	434.3	-0.6%	211.2	20.1%	1,088.0	3.1%
	中區	748.7	-1.1%	12.9	2.0%	849.2	-0.8%	516.2	18.2%	2,127.0	3.1%
	南區	471.4	-1.9%	6.7	2.7%	462.1	-1.0%	263.3	15.5%	1,203.5	1.8%
	高屏	519.2	-1.7%	8.2	11.2%	523.6	-1.2%	302.1	17.1%	1,353.2	2.3%
	東區	54.7	-1.1%	1.1	6.8%	55.9	-2.1%	61.9	24.8%	173.5	6.5%
	合計	3,098.5	-1.4%	47.3	3.3%	3,238.5	-1.3%	1,829.8	15.2%	8,214.1	1.9%

註1：資料來源：截至113年5月3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

16



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
113Q1	臺北	1,008.0	-3.8%	39.3	-1.1%	557.2	1.3%	5.6	7.7%	180.7	492.6%
	北區	487.9	-4.6%	24.1	9.0%	300.5	5.9%	12.3	25.2%	176.3	181.0%
	中區	1,017.8	-3.8%	86.7	17.9%	388.6	5.8%	8.9	27.2%	89.4	227.7%
	南區	519.7	-3.3%	43.8	11.0%	308.8	1.6%	12.3	-0.5%	28.3	5241.3%
	高屏	594.1	-4.5%	40.3	63.0%	303.8	0.7%	15.4	23.0%	50.6	0.0%
	東區	47.7	-9.5%	8.6	31.5%	32.4	5.7%	12.3	4.7%	4.7	0.0%
	全區	3,675.2	-4.0%	242.8	17.8%	1,891.4	2.9%	66.7	13.9%	530.0	336.4%

註1：資料來源：截至113年5月3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

17



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)		合計	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113Q1	臺北	647.3	4.2%	3.9	27.3%	5.71	28.7%	2,268.9	-0.1%
	北區	252.7	13.7%	3.2	20.2%	5.52	110.4%	1,088.0	3.1%
	中區	601.6	11.9%	6.2	24.2%	16.37	23.8%	2,127.0	3.1%
	南區	303.0	9.3%	7.6	28.7%	8.04	42.2%	1,203.5	1.8%
	高屏	386.0	9.7%	8.3	29.1%	4.77	27.5%	1,353.2	2.3%
	東區	59.8	17.1%	1.1	-8.4%	11.55	27.9%	173.5	6.5%
	全區	2,250.4	9.2%	30.3	25.0%	51.96	34.2%	8,214.1	1.9%

註1：資料來源：截至113年5月3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。#DIV/0!係今年及前一年皆無申報。

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

18



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
113Q1	臺北	259.5	2.7%	302.5	8.8%	1,165.6	5.9%
	北區	109.2	5.9%	136.8	11.9%	1,252.7	5.7%
	中區	274.5	2.9%	303.5	9.6%	1,105.8	6.5%
	南區	167.8	2.2%	203.8	8.2%	1,214.5	5.9%
	高屏	116.9	11.6%	135.0	17.5%	1,154.2	5.4%
	東區	34.6	1.6%	47.8	17.3%	1,383.0	15.4%
	全區	962.6	4.0%	1,129.5	10.6%	1,173.4	6.4%

註1：資料來源：截至113年5月3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

19



醫院中醫科申報醫療 費用點數【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113Q1	臺北	133.3	4.7%	5.6	3.3%	78.6	1.9%	85.0	24.9%	302.5	8.8%
	北區	62.7	9.0%	2.2	6.1%	32.1	4.6%	39.8	24.6%	136.8	11.9%
	中區	100.6	3.0%	5.7	3.0%	83.2	1.6%	114.1	24.1%	303.5	9.6%
	南區	75.5	1.7%	3.4	0.8%	49.5	2.0%	75.4	21.3%	203.8	8.2%
	高屏	49.3	8.5%	2.3	11.5%	37.5	14.5%	45.8	32.7%	135.0	17.5%
	東區	14.4	3.4%	0.8	3.6%	11.1	2.4%	21.5	41.4%	47.8	17.3%
	合計	435.8	4.7%	20.0	4.0%	292.0	3.6%	381.6	25.6%	1,129.5	10.6%

註1：資料來源：截至113年5月3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



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
113Q1	臺北	33.3	-5.1%	34.2	11.3%	149.8	3.8%	1.3	15.7%	112.7	269.5%
	北區	9.7	-13.0%	20.0	5.0%	76.7	11.3%	0.7	607.4%	128.2	104.5%
	中區	44.1	-15.4%	70.6	12.0%	97.1	10.8%	1.5	21.9%	34.9	51.3%
	南區	20.7	-6.6%	38.0	11.8%	77.9	2.5%	4.7	5.6%	9.5	1701.6%
	高屏	16.2	-2.0%	28.8	51.9%	52.7	7.1%	1.9	21.7%	12.0	5372.7%
	東區	4.1	-17.6%	6.5	23.3%	13.4	9.3%	1.0	-11.9%	0.5	0.0%
	全區	128.0	-9.8%	198.0	15.8%	467.7	6.7%	11.2	16.1%	297.8	154.0%

註1：資料來源：截至113年5月3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

21



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)		合計	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113Q1	臺北	76.8	25.3%	3.2	21.5%	2.74	14.0%	302.5	8.8%
	北區	25.8	26.0%	1.5	15.2%	1.09	87.6%	136.8	11.9%
	中區	79.0	25.8%	5.0	22.2%	5.94	2.1%	303.5	9.6%
	南區	51.6	18.0%	6.5	25.0%	4.33	53.7%	203.8	8.2%
	高屏	29.1	21.4%	4.4	26.4%	1.85	54.6%	135.0	17.5%
	東區	18.9	35.2%	0.8	-9.4%	3.10	36.8%	47.8	17.3%
	全區	281.2	24.3%	21.4	21.6%	19.05	26.3%	1,129.5	10.6%

註1：資料來源：截至113年5月3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

22



113年Q1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

23



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)

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

25



西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

113Q1

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	2,472	28.2	30.7
區域醫院	43	3,176	34.2	37.8
地區醫院	49	1,601	20.2	23.6
總計	106	6,542	82.6	92.1

註：113年全年預算436.8百萬，第1季預算執行率21.1%。

資料來源：截至113年5月3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

25



中醫癌症患者加強照護整合方案

113Q1

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	3,766	20.0	30.2
區域醫院	38	2,837	17.8	28.2
地區醫院	28	912	5.0	6.9
基層院所	87	971	4.7	6.3
總計	167	8,419	47.4	71.7

註：113年全年預算265百萬，第1季預算執行率27.0%。

資料來源：截至113年5月3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

26



中醫提升孕產照護品質計畫

113Q1

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	8	381	1.4	1.5
區域醫院	14	782	4.5	5.2
地區醫院	10	78	0.3	0.3
基層院所	99	1,948	9.5	10.2
總計	131	3,169	15.7	17.2

註：113年全年預算70百萬，第1季預算執行率24.51%。

資料來源：截至113年5月3日多模態健保資料平台。

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

27



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

113Q1

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	4	114	316	40.4
區域醫院	3	17	87	8.3
地區醫院	1	1	1	0.1
基層院所	107	2,197	7,123	715.3
總計	115	2,329	7,527	764.1

註：113年全年預算21.2百萬，第1季預算執行率36.04%。

資料來源：截至113年5月3日多模態健保資料平台。

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

28



中醫急症處置計畫

113Q1

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	4	352	371	95.9
區域醫院	3	6	8	0.6
總計	7	358	379	96.5

註：113年全年預算10百萬，第1季預算執行率9.65%。

註2：資料來源：截至113年5月3日多模型健保資料平台。

註3申報院所數：

113Q1：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、林口長庚醫院

區域醫院：基隆長庚紀念醫院、國軍台中醫院、台北慈濟醫院



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

113Q1

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	864	2,909	5.2
區域醫院	23	856	3,028	5.3
地區醫院	16	322	1,133	1.9
基層院所	108	2,025	8,890	12.7
總計	156	4,059	15,960	25.2

註：113年全年預算105.3百萬，第1季預算執行率23.9%。

註2：資料來源：截至113年5月3日多模型健保資料平台。



中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

		113Q1			
院所層級		院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
論量	醫學中心	7	190	1,336	104.2
	區域醫院	21	495	3,638	284.4
	地區醫院	15	410	2,712	217.6
	基層院所	46	1,264	8,092	753.3
	(論量)小計	89	2,359	15,778	1359.5
論次	(論次)小計				117.7
	合計				1477.2

註：113年全年預算48百萬，第1季預算執行率30.8%。

資料來源：截至113年5月3日多模態健保資料平台。

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

31



113Q1分區申報專案費用點數

單位：百萬點

		113Q1							
分區別	住院輔助	癌症整合	孕產	鼻炎	急症(萬點)	腎臟病	中醫照護	合計	占率
台北	16.5	12.2	1.7	1.0	2.5	4.2	1.2	36.9	16.2%
北區	6.0	8.9	1.2	1.8	0.1	3.0	1.1	22.0	9.7%
中區	40.3	19.8	5.8	2.2	13.2	7.9	5.7	81.9	35.9%
南區	14.3	14.8	5.1	0.8	0.0	3.9	2.1	40.9	17.9%
高屏	12.3	14.2	3.0	1.8	0.0	5.2	1.9	38.4	16.8%
東區	2.8	1.8	0.4	789點	80.6	0.9	1.6	8.2	3.6%
全署	92.1	71.7	17.2	7.6	96.5	25.2	13.6	228.2	100.0%

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

32



小結

- 113年第1季西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(21.1%)、中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(23.9)、中醫急症處置計畫(9.6%)之預算執行率不如預期，請中全會鼓勵會員積極參與，提升執行率。



敬請指教

報告事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112 年第 4 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4季結算結果說明如下：

(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4季無風險調整移撥款可撥付(頁次:報3-30頁)。

(二) 依113年3月13日健保會第6屆113年第2次委員會議決定及113年3月27日衛部健字第1133360045號書函(副本)略以，請本署依衛生福利部公告112年度健保核(決)定事項及所提扣減金額辦理扣款事宜(頁次:報3-33頁)。

(三) 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，共扣減425,766,462元，各項目應扣減情形如下表，結算資料如頁次:報3-2頁及報3-5頁：

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 2,079,800 點。
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 408,934,935 點。
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。
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 13,638,426 點。
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 點。

(四)112年第4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
112 年 第 4 季	浮動點值	0.79251377	0.69421380	0.77987527	0.77782241	0.76060691	1.09024531	0.77504770
	平均點值	0.87052334	0.81569206	0.85799393	0.86557818	0.85262623	1.06004982	0.85980837

(五)中醫專案計畫：

1. 各專案項目執行情形如下表：

專款項目	112Q4			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)	71,315	36,090	35,225	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	166,147	97,725	68,422	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	30,511	18,064	12,447	1.0000
4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	5,833	7,317	-1,484	0.7029
5. 癌症患者加強照護整合方案	61,549	72,486	-10,938	0.8408
6. 中醫急症處置計畫	3,265	84	3,181	1.0000
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	42,392	25,711	16,681	1.0000
8. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	7,000	13,420	-6,420	0.4733
8. 網路頻寬補助費用(註1、4)	98,000	85,262	12,738	
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112Q4為9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87%。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。

2. 中醫急症處置計畫因全年預算尚有結餘，爰依計畫規定進行全年結算，全年點值為每點1元，結算後未支用點數為1,614,206(頁次:報3-17頁)，並將於113年8月辦理追扣捕付作業。

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4季調整後中醫一般服務醫療給付費用總額

=112年全年中醫一般服務醫療給付費用總額預算—112年第1~3季調整後中醫一般部門服務醫療給付費用總額

= 29,737,312,041— 6,901,841,590— 7,478,614,302— 7,685,949,087

= 7,670,907,062 (D1)

註：

1. 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%。

2. 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

= 112年全年預算— 112年第1季調整後預算— 112年第2季調整後預算— 112年第3季調整後預算

= 29,737,312,041— 6,901,841,590— 7,478,614,302— 7,685,949,087元

= 7,670,907,062元。

(二)112年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G112合計)

項目	110年各季 一般服務醫療 給付費用總額	109年各季校正 投保人口預估 成長率差額	110年 違反特管辦法 之扣款(註1)	111年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	110年各季校正 投保人口預估 成長率差值	111年 違反特管辦法 之扣款(註2)	112年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	106年 品質保證 保留款(註3)	112年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算
	(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	0	0	0	0	7,685,949,087	60,160,399
第4季	7,670,907,062	408,934,935	2,079,800	13,638,426	1,113,301	7,245,140,600	62,872,419
合 計	29,737,312,041	408,934,935	2,079,800	13,638,426	1,113,301	29,311,545,579	234,477,694

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.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。
- 5.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，於112年第4季分別扣減408,934,935元、2,079,800元、13,638,426元。
- 6.扣減與照護機構中醫醫療照護方案重複之預算(B7)：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，於112年第4季扣減預算1,113,301元。

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：113/05/10

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

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： 10,499,475(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)= 10,560,475(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： 35,856,494(L10=L5+L9)

未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 64,171,685 - 35,856,494= 28,315,191

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 28,315,191= 71,315,191

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 9

(1)獎勵開業已支用點數： 7,659,592(M1) (浮動點數： 5,303,490；非浮動點數： 2,356,102)

(2)獎勵開業保障給付收入： 10,290,239(M2)

(3)獎勵開業論次費用： 63,000(M3)

(4)小計已支用點數(M1+M3)： 7,722,592(M4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(M3)= 10,353,239(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： 2,675,935(M6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 23,060,800(M7)

(3)小計已支用點數： 25,736,735(M8) 暫結金額= 1元/點× 25,736,735(M8)= 25,736,735(M9)

3. 合計:

已支用點數： 33,459,327(M4+M8)

暫結金額： 36,089,974(M10=M5+M9)

未支用金額= 第4季預算 - 第4季暫結金額= 71,315,191 - 36,089,974= 35,225,217

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 4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:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

列印日期：113/05/10

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 : 28,387,616(N1) (浮動點數 : 19,517,053 ; 非浮動點數 : 8,870,563)
 (2)獎勵開業保障給付收入 : 37,150,817(N2)
 (3)獎勵開業論次費用 : 205,000(N3)
 (4)小計已支用點數(N1+N3) : 28,592,616(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 37,355,817(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 : 10,186,466(N6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 89,232,500(N7)
 (3)小計已支用點數 : 99,418,966(N8) 結算金額= 99,418,966(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: 128,011,582(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+ 35,856,494+ 36,089,974=136,774,783
 未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=172,000,000-136,774,783= 35,225,217

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

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：113/05/10

112年第 4 季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

頁次：6

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=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：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：113/05/10

112年第 4 季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

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：	67,811,410(Y01)	65,397,682(YF01)	2,413,728(YN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	11,042,771(Y02)	10,551,791(YF02)	490,980(YN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,329,032(Y03)	5,101,779(YF03)	227,253(YN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	11,199,776(Y04)	10,495,548(YF04)	704,228(YN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,341,655(Y05)	2,191,647(YF05)	150,008(YN05)
(6)小計：	97,724,644(Y06)	93,738,447(YF06)	3,986,197(YN06)

已支用點數= 97,724,644

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 97,724,644

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 166,146,738 - 97,724,644 = 68,422,094

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：113/05/10

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

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：	253,529,393(Z01)	243,574,977(ZF01)	9,954,416(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	42,338,866(Z02)	40,464,560(ZF02)	1,874,306(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	19,075,496(Z03)	18,183,202(ZF03)	892,294(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	48,540,459(Z04)	45,256,216(ZF04)	3,284,243(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,893,692(Z05)	4,551,763(ZF05)	341,929(ZN05)
(6)小計：	368,377,906(Z06)	352,030,718(ZF06)	16,347,188(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＋ 97,724,644＝ 368,377,906

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 436,800,000 － 368,377,906＝ 68,422,094

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：113/05/10

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

頁 次： 9

第3季:

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

已支用點數= 18,064,347

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 18,064,347

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 30,511,064 - 18,064,347= 12,446,717

全年合計:

全年預算= 81,000,000

已支用點數= 68,553,283

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+ 18,064,347= 68,553,283

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 81,000,000 - 68,553,283= 12,446,717

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

=====

(四)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算＝ 21,600,000

第1季:

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＋前一季未支用金額＝ 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＋前一季未支用金額＝ 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＋前一季未支用金額＝ 21,600,000/4＋433,306＝ 5,833,306

已支用點數＝ 7,316,981 (浮動點數： 4,993,025 非浮動點數： 2,323,956)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 7,316,981

未支用金額＝ 第4季預算－1元/點×第4季已支用點數＝ 5,833,306－7,316,981＝ -1,483,675

浮動點值＝(第4季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(5,833,306－2,323,956)/4,993,025＝ 0.70285048

全年合計:

全年預算＝ 21,600,000

已支用點數＝ 23,083,675

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＋5,833,306＝ 21,600,000

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 21,600,000－21,600,000＝ 0

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：113/05/10

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10-112/12

核付截止日期:113/03/31

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：113/05/10

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

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：	23,113,135	19,496,432	3,616,703
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	27,077,102	27,077,102	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,853,126	1,853,126	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	7,091,850	7,091,850	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	6,203,591	6,203,591	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	3,483,140	3,305,718	177,422
(7)胃癌患者中醫門診加強照護：	830,059	830,059	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護：	1,328,129	1,328,129	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護：	1,506,257	1,506,257	0
(10)小計：	72,486,389	68,692,264	3,794,125

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 72,486,389

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 61,548,804 - 72,486,389= -10,937,585

浮動點值= (第4季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)= (61,548,804 - 3,794,125) / 68,692,264= 0.84077414

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：113/05/10

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

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：	86,194,216	72,731,762	13,462,454
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	94,861,760	94,861,760	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	6,837,628	6,837,628	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	24,247,601	24,247,601	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	21,393,753	21,393,753	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	13,462,399	12,531,894	930,505
(7)胃癌患者中醫門診加強照護：	1,852,478	1,852,478	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護：	3,366,796	3,366,796	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護：	3,720,954	3,720,954	0
(10)小計：	255,937,585	241,544,626	14,392,959

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

＝54,503,170＋61,814,154＋67,133,872＋61,548,804＝245,000,000

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝245,000,000－245,000,000＝0

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:

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

$$\text{已支用點數} = 83,968 \quad (\text{浮動點數}: 83,671 \quad \text{非浮動點數}: 297)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 83,968$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 3,264,612 - 83,968 = 3,180,644$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 5,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 3,385,794 \quad (\text{浮動點數}: 3,384,687 \quad \text{非浮動點數}: 1,107)$$

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

$$= 1,250,000 + 1,250,000 + -764,612 + 83,968 = 1,819,356$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 5,000,000 - 1,819,356 = 3,180,644$$

$$\text{浮動點值} = (\text{全年預算} - \text{全年已支用非浮動點數}) / \text{全年已支用浮動點數} = (5,000,000 - 1,107) / 3,384,687 = 1.47691441$$

(依計畫規定,每點支付金額不高於1元)

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{結算金額} = 5,000,000 - 3,385,794 = 1,614,206$$

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

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

=====

(七)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 全年預算=105,300,000

第1季:

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

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

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

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

第2季:

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

$$\text{已支用點數} = 20,342,623 \quad (\text{浮動點數}: 20,342,623 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 20,342,623$$

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

第3季:

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

$$\text{已支用點數} = 24,122,097 \quad (\text{浮動點數}: 24,122,097 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 24,122,097$$

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

第4季:

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

$$\text{已支用點數} = 25,711,175 \quad (\text{浮動點數}: 25,711,175 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 25,711,175$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 42,391,976 - 25,711,175 = 16,680,801$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 105,300,000$$

$$\text{已支用點數} = 88,619,199 \quad (\text{浮動點數}: 88,619,199 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

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

$$= 18,443,304 + 20,342,623 + 24,122,097 + 25,711,175 = 88,619,199$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 105,300,000 - 88,619,199 = 16,680,801$$

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＋前一季度未支用金額＝ 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＋前一季度未支用金額＝ 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＋前一季度未支用金額＝ 28,000,000/4＋ 0＝ 7,000,000

(1)論次支付費用： 1,232,000

(2)論量支付已支用點數： 12,187,873 (浮動點數： 10,122,081 非浮動點數： 2,065,792)

(9)小計已支用點數： 13,419,873

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 13,419,873

未支用金額＝ 第4季預算－ 1元/點× 第4季已支用點數＝ 7,000,000－ 13,419,873＝ -6,419,873

浮動點值＝(第4季預算－ 論次支付費用)/ 論量支付已支用點數＝ (7,000,000－ 1,232,000)/ 12,187,873＝ 0.47325731

=====

全年合計：

全年預算 = 28,000,000

(1)論次支付費用：3,850,000

(2)論量支付已支用點數：36,987,788 (浮動點數：29,899,616 非浮動點數：7,088,172)

(9)小計已支用點數：40,837,788

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 + 7,000,000 = 28,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 28,000,000 - 28,000,000 = 0

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：21,542,565(傳票日期：113/04/01)

全年已支用點數：85,261,583

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 85,261,583

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 98,000,000 - 85,261,583 = 12,738,417

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 7,245,140,600 (D2)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 62,872,419 (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 7,182,268,181 (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	4,299,797	1,605,653	5,905,450	5,905,450
北區	7,703,362	3,800,997	11,504,359	11,504,359
中區	6,519,081	2,633,653	9,152,734	9,152,734
南區	6,505,541	2,817,965	9,323,506	9,323,506
高屏	10,196,207	4,028,900	14,225,107	14,225,107
東區	9,198,777	3,562,486	12,761,263	12,761,263
合計	44,422,765	18,449,654	62,872,419	62,872,419(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% = 7,182,268,181 × 2.22% = 159,446,354 (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 = 7,015,321,827 (加總後四捨五入至整數位) (註3)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 66% = 7,015,321,827 × 66% = 4,630,112,406 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 14% = 7,015,321,827 × 14% = 982,145,056 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 10% = 7,015,321,827 × 10% = 701,532,183 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 4% = 7,015,321,827 × 4% = 280,612,873 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 7,015,321,827 × 5% = 350,766,091 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 7,015,321,827 - 4,630,112,406 - 982,145,056 - 701,532,183 - 280,612,873 - 350,766,091 = 70,153,218

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：113/05/10

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

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	95Q4+96Q4+97Q4		111年11月		111年10~12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	4,025,382,379	28.9992%	7,425,546	32.7086%	1,058,209.897097		29.4221%	29.9677%
北區	1,672,890,030	12.0516%	3,843,447	16.9299%	508,097.206571		14.1270%	14.3890%
中區	3,784,142,258	27.2613%	4,534,789	19.9752%	900,125.213425		25.0268%	25.4909%
南區	2,079,771,210	14.9828%	3,267,210	14.3917%	507,173.436400		14.1013%	14.3628%
高屏	2,318,827,170	16.7051%	3,631,117	15.9946%	557,563.184449		15.5023%	15.7896%
東區					65,479.061882			
小計	13,881,013,047	100.0000%	22,702,109	100.0000%	3,596,647.999824	3,596,648	98.1795%	100.0000%

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：113/05/10

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

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10~12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	0.274859	0.324547	-0.049688	3	0.00	4,025,382,379	4,025,382,379	29.1750%
北區	0.355338	0.448603	-0.093265	5	-0.05	1,672,890,030	1,589,245,529	11.5185%
中區	0.260137	0.333406	-0.073269	4	0.00	3,784,142,258	3,784,142,258	27.4266%
南區	0.299789	0.334859	-0.035070	1	0.00	2,079,771,210	2,079,771,210	15.0737%
高屏	0.265608	0.305222	-0.039614	2	0.00	2,318,827,170	2,318,827,170	16.8062%
小計						13,881,013,047	13,797,368,546	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8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	-0.000396	4,025,382,379	4,023,788,328	29.1093%
北區	0.011354	1,672,890,030	1,691,884,023	12.2396%
中區	-0.013426	3,784,142,258	3,733,336,364	27.0081%
南區	-0.007561	2,079,771,210	2,064,046,060	14.9319%
高屏	-0.003814	2,318,827,170	2,309,983,163	16.7111%
小計		13,881,013,047	13,823,037,938	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 4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:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

列印日期：113/05/10

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	28.9992%	32.7086%	29.9677%	29.1750%	29.1093%
北區	12.0516%	16.9299%	14.3890%	11.5185%	12.2396%
中區	27.2613%	19.9752%	25.4909%	27.4266%	27.0081%
南區	14.9828%	14.3917%	14.3628%	15.0737%	14.9319%
高屏	16.7051%	15.9946%	15.7896%	16.8062%	16.7111%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第4季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 70,153,218 - 36,762,133 \\
 &= 33,391,085
 \end{aligned}$$

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	112年第4季浮動點值 補至每點1元所需預算	修正山地離島地區偏鄉定義後 補至每點1元所需預算(註10(4))
臺北	0.87281121	38,598,598	8,887,429	4,909,304	3,978,125
北區	0.74160498	16,015,884	4,138,424	4,138,424	0
中區	0.83273112	25,355,297	4,241,158	4,241,158	0
南區	0.81766076	45,436,999	8,284,941	8,284,941	0
高屏	0.84582020	38,655,073	11,210,181	5,959,832	5,250,349
小計		164,061,851	36,762,133(M1=M01+M02)	27,533,659(M01)	9,228,474(M02)

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：113/05/10

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

頁 次： 22

=====

(七)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=第4季預算Ga+ 第4季預算Gb+ 第4季預算Gc+ 第4季預算Gd+ 第4季預算Ge+ 第4季預算Gf。

分區	預算(Ga) =GA×指標1占率	預算(Gb) =GB×指標2占率	預算(Gc) =GC×指標3占率	預算(Gd) =GD×指標4占率	預算(Ge) =GE×指標5占率	第4季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,342,695,557	321,245,898	210,233,060	81,868,806	102,105,554	9,683,148	2,067,832,023
北區	558,002,627	166,276,176	100,943,466	32,322,394	42,932,366	4,024,160	904,501,189
中區	1,262,228,833	196,185,439	178,826,867	76,962,570	94,735,257	9,102,844	1,818,041,810
南區	693,720,482	141,347,370	100,759,664	42,298,743	52,376,042	5,002,919	1,035,505,220
高屏	773,464,907	157,090,173	110,769,126	47,160,360	58,616,872	5,578,014	1,152,679,452
小計	4,630,112,406	982,145,056	701,532,183	280,612,873	350,766,091	33,391,085	6,978,559,694

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：113/05/10

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

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	2,123,466,238	922,136,654	1,867,048,509	1,059,161,496	1,183,955,817	7,155,768,714
合 計(BD_111)	8,336,504,460	3,591,305,115	7,235,486,818	4,074,651,386	4,581,475,682	27,819,423,461
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	2,259,973,894	974,453,325	1,918,908,108	1,060,482,506	1,202,685,701	7,416,503,534
第4季	2,067,832,023	904,501,189	1,818,041,810	1,035,505,220	1,152,679,452	6,978,559,694
合 計(BD_112)	8,477,203,898	3,664,270,748	7,340,296,426	4,138,492,352	4,645,465,584	28,265,729,008
預算成長率	1.69%	2.03%	1.45%	1.57%	1.40%	1.60%

※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%。

※各分區預算全年成長率皆未小於0，各分區預算不須撥補。

(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	7,182,268,181 (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	36,762,133 (M3)

調整後分區一般服務預算總額 7,138,006,048 (加總BD2)

註：

- 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。
- 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。
- 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。
- 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)。
- 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
(1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
(2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
- 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
(1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：Σ各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣAi2)。
(2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。
- 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)。
- 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。
- 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 \geq 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop) $= -5\%(m) \times (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$

※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。

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

※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。

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

※成長率之計算係與前季季中比較。

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。

(4)山地離島地區原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，修正為如屬山地離島地區即納入保障。

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 $Ty = \sum \text{該區各季} Ts + \sum \text{指標6各區各季補至每點1元所需預算}$ 。b. 成長率 $= (112\text{年該區} yT / 111\text{年該區} yT) - 1$ 。c. 各分區撥補比例 $= (\text{分母各區} Ty) / \sum (\text{成長率大於0之分區} Ty)$ 。

(2)撥補程序

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

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

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：113/05/10

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

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	1,482,303,136(BF)	893,013,620(BG)	72,757(BJ)
2-北區分區	668,357,898(BF)	440,488,702(BG)	29,208(BJ)
3-中區分區	1,366,966,003(BF)	751,958,298(BG)	20,537(BJ)
4-南區分區	723,794,873(BF)	472,485,059(BG)	36,290(BJ)
5-高屏分區	832,258,909(BF)	519,649,371(BG)	8,207(BJ)
6-東區分區	100,086,470(BF)	50,325,522(BG)	2,027(BJ)
7-合計	5,173,767,289(GF)	3,127,920,572(GG)	169,026(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 4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:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

列印日期：113/05/10

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(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	=[2,067,832,023	—	893,013,620	—	72,757]／	1,482,303,136 =	0.79251377
北區分區	=[904,501,189	—	440,488,702	—	29,208]／	668,357,898 =	0.69421380
中區分區	=[1,818,041,810	—	751,958,298	—	20,537]／	1,366,966,003 =	0.77987527
南區分區	=[1,035,505,220	—	472,485,059	—	36,290]／	723,794,873 =	0.77782241
高屏分區	=[1,152,679,452	—	519,649,371	—	8,207]／	832,258,909 =	0.76060691
東區分區	=[159,446,354	—	50,325,522	—	2,027]／	100,086,470 =	1.09024531

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4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
	(BD2)	(D7)	(Z)	(G)	(F)	(H)= (G)-(F)	(Z1)	(BD3)= (BD2)+(F)
臺北	2,067,832,023		0.79251377		—		0.79251377	2,067,832,023
北區	904,501,189		0.69421380		—		0.69421380	904,501,189
中區	1,818,041,810		0.77987527		—		0.77987527	1,818,041,810
南區	1,035,505,220		0.77782241		—		0.77782241	1,035,505,220
高屏	1,152,679,452		0.76060691		—		0.76060691	1,152,679,452
東區	159,446,354		—		—		—	159,446,354
合計	7,138,006,048	7,500,000		0	0	0		7,138,006,048

- 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(BD3)

— 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)

— 各分區自墊核退點數(BJ)]

／ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [2,067,832,023	—	893,013,620	—	72,757]	／	1,482,303,136	=	0.79251377
北區分區	= [904,501,189	—	440,488,702	—	29,208]	／	668,357,898	=	0.69421380
中區分區	= [1,818,041,810	—	751,958,298	—	20,537]	／	1,366,966,003	=	0.77987527
南區分區	= [1,035,505,220	—	472,485,059	—	36,290]	／	723,794,873	=	0.77782241
高屏分區	= [1,152,679,452	—	519,649,371	—	8,207]	／	832,258,909	=	0.76060691
東區分區	= [159,446,354	—	50,325,522	—	2,027]	／	100,086,470	=	1.09024531

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(BD3)

— 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)

= [7,138,006,048 — 3,127,920,572 — 169,026] / 5,173,767,289 = 0.77504770

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(BD3)

／ [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	= [2,067,832,023	]	／ [ 1,482,303,136 + 893,013,620	+	72,757]	=	0.87052334
北區分區	= [904,501,189	]	／ [ 668,357,898 + 440,488,702	+	29,208]	=	0.81569206
中區分區	= [1,818,041,810	]	／ [ 1,366,966,003 + 751,958,298	+	20,537]	=	0.85799393
南區分區	= [1,035,505,220	]	／ [ 723,794,873 + 472,485,059	+	36,290]	=	0.86557818
高屏分區	= [1,152,679,452	]	／ [ 832,258,909 + 519,649,371	+	8,207]	=	0.85262623
東區分區	= [159,446,354	]	／ [ 100,086,470 + 50,325,522	+	2,027]	=	1.06004982

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)

= [7,138,006,048] / [5,173,767,289 + 3,127,920,572 + 169,026] = 0.85980837

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：113/05/10

112年第 4季

結算主要費用年月起迄:112/10—112/12

核付截止日期:113/03/31

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(BD3) + 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)]

= [7,138,006,048 + 286,460,010 + 62,872,419] / [5,173,767,289 + 3,127,920,572 + 169,026 + 302,670,496 + 62,872,419]
 = 0.86385060

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
 = 36,089,974 + 97,724,644 + 18,064,347 + 61,548,804 + 5,833,306 + 83,968 + 25,711,175 + 7,000,000
 + 21,542,565 + 12,861,227
 = 286,460,010

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112/09(含)以前:於113/01/01～113/03/31期間核付者。

費用年月112/10～112/12:於112/10/01～113/03/31期間核付者。。

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段
488號

聯絡人：張小姐

聯絡電話：(02)8590-6868

傳真：(02)8590-6046

電子郵件：hslingchang@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國113年3月27日

發文字號：衛部健字第1133360045號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二

主旨：關於鈞部函示提供114年度全民健康保險醫療給付費用總額(下稱健保總額)基期之扣減項目及額度案，復請查照。

說明：

- 一、依鈞部113年1月12日衛部保字第1131260034號函，及本會第6屆113年第2次委員會議(113.3.13)決定辦理。
- 二、本會業依鈞部來函及112年1月9日衛部健字第1123360002號公告之112年度健保總額核(決)定事項，請中央健康保險署提供「111、112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」至本會報告，檢陳該報告內容(含扣減項目及結果，附件1)及議事錄節錄(附件2)，請鈞部卓參；至於其是否納為114年度健保總額基期之扣減項目及額度，敬請鈞部依權責決定。
- 三、副本抄送中央健康保險署，請依衛生福利部公告之112年度健保總額核(決)定事項及前揭委員會議決定辦理扣款事宜。

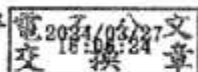
總收文 113.03.28



1130106357

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署



附件1、彙整總額核(決)定事項、本會歷次委員會議決議(定)、健保署提報之執行結果及處理方式

附表1 「112年度各部門核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果

部門	項目 【核(決)定事項】	112、113年委員會議決議(定)事項 及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)
牙醫 (註)	〔專款項目〕 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 【依112年度預算執行結果， <u>於一般服務扣減與本項重複部分之費用</u> 】	113年第1次委員會議(113.1.24)決定 1.扣減方式：112年執行P7101C青少年齲齒控制照護處置(排除案件分類14醫不足方案)且沒有申報91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」+91004C「牙結石清除-全口」者，於111年一般服務申報91004C+91014C，則扣減91014C之費用。 2.扣減時程：112年第4季點值結算時執行。	依112年1月至11月申報資料，經統計「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」與一般服務重複之額度約0.08百萬，考量扣減金額不多，且第4季院所仍會申報及補報費用，研擬於112第4季結算時依實際執行結果校正扣減費用。
中醫	〔一般服務〕 1.多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度 【依112年度預算執行結果， <u>扣減當年度未執行之額度</u> 】	112年第6次委員會議(112.7.26)決定 修正預算扣減方式為： 「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(4.767億元)作為扣減當年度未執行之額度。	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)，推估未執行數約412.3百萬點。 3.中全會於中醫門診總額113年第1次研商議事會議建議不宜扣減，健保署尊重。 【中全會意見詳第6頁】

部門	項目 【核(決)定事項】	112、113年委員會議決議(定)事項 及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)
	<p>〔一般服務〕</p> <p>2.提升中醫小兒傷科照護品質</p> <p>【依112年度預算執行結果，<u>扣減當年度未執行之額度</u>。其「當年度執行額度」，應以點數調升所增加之費用計算】</p>	<p>112年第6次委員會議(112.7.26)決定</p> <p>修正預算扣減方式為：</p> <p>「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(0.025億元)作為扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>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)。</p> <p>2.經初步統計112年申報本項者(申報費用約0.4百萬點)，推估未執行數約2.1百萬點。</p> <p>3.中全會於中醫門診總額113年第1次研商議事會議建議不宜扣減，健保署尊重。</p>
	<p>〔一般服務〕</p> <p>3.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)</p> <p>【依112年度預算執行結果，<u>扣減當年度未執行額度</u>。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</p>	<p>112年第6次委員會議(112.7.26)決定</p> <p>修正預算扣減方式為：</p> <p>「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(0.172億元)作為扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>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。</p> <p>2.經初步統計112年申報本項者(申報費用約3.5百萬點)，推估未執行數約13.7百萬點。</p> <p>3.中全會於中醫門診總額113年第1次研商議事會議建議不宜扣減，健保署尊重。</p> <p>【中全會意見詳第6頁】</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	112、113年委員會議決議(定)事項 及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)
	額計算】		
	〔專款項目〕 4.照護機構中醫醫療照護方案 【依112年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用】	112年第6次委員會議(112.7.26)決定 同意健保署所報扣減方式： 以本方案112年新增申報費用之住民(即扣除111年已接受本方案服務之住民)，回推其111年中醫門診申報醫療費用點數，並排除中醫專款計畫/方案及代辦案件，視為自一般服務轉移至專款之費用，於112年第4季結算時予以扣減。	1.112年本項預算金額28百萬元，依112年申報費用之住民回推其111年全年中醫門診申報醫療費用點數，排除「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」等各專款點數，於112年一般服務予以扣減，未執行數約111萬點。 2.中全會於中醫門診總額113年第1次研商議事會議建議不宜扣減，健保署尊重。 【中全會意見詳第6頁】
	〔一般服務〕 5.針傷合併治療合理給付 【依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度。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】	112年第6次委員會議(112.7.26)決定 修正預算扣減方式為： 「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(3.04億元)作為扣減當年度未執行之額度。	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。 3.本項執行數已超過預算，中全會建議應考量各項目執行超額或不足情形之衡平性，健保署尊重。 【中全會意見詳第6頁： 經統計「傷科合併治療合理給付」項目，執行數超過預算約1.8億元，另111年新增「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」項目，經統計112年執行數超過預算

部門	項目 【核(決)定事項】	112、113年委員會議決議(定)事項 及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)
			10.25 億元，共超過預算 12.05 億元，與前開扣減金額 (4.29 億元)相較，理應再追加預算，不應減扣】
醫院 及 西醫 基層	<p>〔一般服務〕</p> <p>1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)</p> <p>【若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度】</p>	<p>112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定</p> <p>同意健保署所報扣減方式：</p> <p>若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。</p> <p>配合於尚未結算之季別(如第3、4季)結算，扣減當年度未執行之額度。</p>	<p>1.新增診療項目</p> <p>(1)醫院：112年新增診療項目預算金額為6.32億元，依總額協商協議事項辦理，推估全年約執行6.23億點，無需扣減。</p> <p>(2)西醫基層：112年新增診療項目預算金額為0.5億元，推估全年約執行0.3億點，考量推估年執行點數高於原推估預算之診療項目皆於112年7月之後生效，申報情形尚不穩定，且第4季仍會補報費用，爰不扣減預算費用。</p> <p>2.新藥</p> <p>112年預算編列19.6億元，執行數20.06億元，其中西基部門執行尚餘0.05億元，考量院所尚在申報作業中，擬不扣減。</p> <p>(1)醫院：預算編列18.14億元，整體新藥申報費用扣除替代藥費後計18.66億元。</p> <p>(2)西醫基層：預算編列1.46億元，整體新藥申報費用扣除替代藥費後計1.41億元。</p> <p>3.新特材</p> <p>(1)醫院：112年本項預算金額為7.32億元，依總額協商協議事項辦理，預算已執行完畢，無需扣減。</p> <p>(2)西醫基層：未編列預算。</p>

部門	項目 【核(決)定事項】	112、113年委員會議決議(定)事項 及規劃內容(摘要)	健保署提報之結果及處理方式 (預算執行結果及其他)
	[一般服務] 2.藥品及特材給付 規定改變 【若於年度結束前 未依時程導入或預 算執行有剩餘，則 扣減其預算額度】	112 年第 6 次委員會議(112.7.26)決定 同意健保署所報扣減方式： 若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。配合於尚未結算之季別(如第3、4季)結算，扣減當年度未執行之額度。	1.藥品： 112年預算編列10.05億元，執行數10.38億元。依112年總額協定事項「經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」，原超出執行數計0.33億元(醫院部門執行超出0.42億元，西醫基層部門執行剩餘0.09億元)，由112年藥價調整額度81.8億元所節省之金額支應： (1)醫院：預算編列8.6億元，執行數9.02億元。 (2)西醫基層：預算編列1.45億元，執行數1.36億元。 2.特材： (1)醫院：112年本項預算金額為2.78億元，依總額協商協議事項辦理，預算已執行完畢，無需扣減。 (2)西醫基層：未編列預算。

註：112 年度牙醫門診總額「超音波根管沖洗計畫」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」之節流效益檢討：依 113 年第 1 次委員會議(113.1.24)決定，請健保署將其量化之執行結果，併同於 114 年 7 月檢討計畫未來納入一般服務或退場時，納為重要參據。

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第2次委員會議紀錄
(節錄)(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國113年3月13日上午9時30分

地點：本部301會議室

柒、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年及112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果，請鑒察。

決定：

- 一、請中央健康保險署依112年度總額核(決)定事項及所提扣減金額辦理扣款事宜，本案提報資料及委員意見，送請衛生福利部參考。
- 二、基於年度總額協定項目由衛生福利部核(決)定、公告後，已屬政策決定事項，本會無權更動，本案若總額部門有不扣款之要求，應由該總額部門受託團體代表委員，依「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」^(註)所訂程序，提案至委員會討論，決議達共識部分，再向衛生福利部提出建議。
- 三、為落實總額之順利執行，請中央健康保險署務必本於保險人權責，定期監控各部門總額核(決)定項目之執行情形(含預算)，即時檢討、妥為管理。
- 四、委員所提意見請中央健康保險署研參，餘洽悉。

註：「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」之貳、總額協商原則七、其他原則(三)2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。²

柒、報告事項第一案「111年及112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」與會人員發言實錄

同仁宣讀

朱科長文珣：

請參閱補充資料1第17頁說明二，「112年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果如附表1，請委員參閱補充資料第24頁。牙醫部門「12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，扣減本項與一般服務重複的費用，經統計重複的額度約0.08百萬元，將於第4季結算時依實際執行結果扣減費用。

中醫部門共有5項，前3項為扣減當年度未執行之額度，第1項「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」推估未執行數約412.3百萬點。請翻至補充資料第26頁，第2項「提升中醫小兒傷科照護品質」協商額度為0.025億元，推估未執行數約2.1百萬點。第3項「增加特定疾病門診加強照護適應症腦中風後遺症」協商額度0.272億元，未執行數約13.7百萬點。第4項「照護機構中醫醫療照護方案」是扣除本項與一般服務重複部分之費用約111萬點。第5項「針傷合併治療合理給付」扣減當年度未執行額度，協商額度為3.04億元，推估執行數約483.4百萬點，本項執行數已超過預算，中全會建議應考量各項目執行超額或不足情形之衡平性，故前開4項費用均應不予扣減，有關該會的意見，請委員參閱補充資料1第32頁，有關該會的意見，健保署予以尊重。

請委員參閱補充資料1第29頁，醫院及西醫基層部門，新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度。在新增診療項目醫院的部分，預算額度為6.32億元，推估全年約執行6.23億點；西醫基層部分預算金額為0.5億元，推估全年約執行0.3億點，因這些項目是在112年7月後生效，申報情形尚不穩定，且第4季仍會補報費用，爰不扣減預算費用。

張惠萍副組長：

請委員翻到補充資料1第30頁，有關新藥的部分，醫院部門預算編列是18.14億元，整體新藥申報費用扣除替代藥費後³

執行數是18.66億元；在西醫基層部門預算數為1.46億元，整體新藥申報費用扣除替代藥費後為1.41億元。因考量院所尚在申報作業中，擬不建議扣減。在新特材部分，醫院部門112年度的預算數6.32億元，資料上的7.32億元係為誤植，請委員幫我們修正，預算已經執行完畢。西醫基層部分，沒有編列預算。

請參閱補充資料1第31頁，在「藥品及特材給付規定」項目，藥品的部分，醫院部門預算編列8.6億元，執行數9.02億元，預算已執行完畢。西醫基層部門預算編列數1.45億元，執行數是1.36億元，一樣也是考量到院所申報作業尚在執行中，所以擬不扣減。特材部分，醫院部門預算金額為2.78億元，預算也已執行完畢；西醫基層部門未編列預算。

朱科長文玗：

請參閱補充資料1第17頁的說明三，有關「111年度各部門總額核(決)定事項中，有關預算扣減及效益評估執行結果」，請參閱補充資料1第33頁。健保會112年第2次委員會議(112.3.22)決定事項，請持續研提可實質扣連節流效益及預算影響之計算方式及結果。在牙醫部門有「高風險疾病口腔照護」項目，這部分的節流效益已於113年第1次委員會議(113.1.24)決議通過。醫院部門有「鼓勵RCC^(註1)、RCW^(註2)病人脫離呼吸器、簽署DNR^(註3)及安寧療護計畫」，其執行效益評估方式部分，有指標1「新增個案簽署DNR及預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書之比例」，及指標2「臨終前未使用心肺復甦術之比例」，112年的監測結果，上開2個指標閾值分別為26.5%及93.8%。有關於委員會議的決議，持續追蹤至112年度執行情形部分，有牙醫部門的「高風險疾病口腔照護」，經統計須扣減未執行額度約378.3百萬點，規劃分攤於112年第3季、第4季扣減。

在中醫部門有「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」，本項執行數為15.81億點，執行情形有2個部分，第1個是「針傷處置」，經統計112全年申報點數較110年超出預算約10.25億點。第2個「伴隨增加之診察費及藥費」，是以110年及近5年平均成長率推估，超出的診察費約增加3.76億點、藥費約增加1.8億點。⁴

西醫部門部分有「提升國人視力照護品質」，執行數以110年為基期及近5年平均成長率推估，111年淨增加數76.7百萬元、112年淨增加數191.4百萬元。

請參閱補充資料1第37頁，112年第2次委員會議(112.3.22)決定事項中，有未依時程導入或剩餘之扣減部分，請檢討並提出本案執行數精準的計算方式。醫院及西醫基層部分，新醫療科技、新藥及新特材等，新增診療項目的預算推估是參酌相關學協會及專家的建議，財務影響扣除有明確的替代項目後推估計算，本署亦將持續統計及監測5年的執行情形。

註1：RCC(Respiratory Care Center，呼吸照護中心)。

註2：RCW(Respiratory Care Ward，呼吸照護病房)。

註3：DNR(Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術)。

張惠萍副組長：

請參閱補充資料1第38頁，有關藥品部分，因為收載第1年新藥及藥品擴增給付規定的申報尚不穩定，本署將結合醫事服務機構實際申報情形及HTA評估結果來估算執行數，也會持續蒐集各界意見與持續監測。

在特材的部分，預算推估一樣也是參酌相關學協會專家意見和HTA評估結果，若有明確替代現有的特材品項，在財務影響部分，也會扣除替代後去推估預算，後續本署也會持續監測執行情形。

陳組長燕鈴：

請委員參閱補充資料1第17頁，剛剛健保署已說明執行結果了，現在說明本會研析的部分，這是依照112年度總額核決定事項請健保署就核(決)定事項，報告預算扣減及效益評估的執行結果。因衛福部113年1月12日來函，為擬訂114年度健保醫療給付費用總額範圍，請本會於113年3月18日前提提供114年總額基期之扣減項目及額度。本案報告後，會後會把報告案的內容及所有委員的意見送請衛福部參考。

請先看到健保署提供112年度扣減項目的執行結果，剛才已經報告過，在補充資料1第18、19頁，有整理1個簡要的表格。基本上，牙醫門診總額的部分，是按實際算出來結果於第4季進行扣減，本會尊重。

中醫門診總額提出的項目共有5項，其中1~4項加起來沒有執行數或是跟一般服務重複的部分加起來大概是4.29億元，請參閱補充資料1第19頁，健保署意見是，因112年度，第5項「針傷合併治療合理給付」有超出預算數，以及在補充資料1第21頁的最下面一欄，111年導入的提升民眾於疾病黃金治療針傷照護部分超出預算，1個是沒有執行，1個是超出預算，所以健保署建議補充資料1第18頁項次1~4的4.29億元不扣減。

請委員參閱補充資料1第19頁的本會研析說明，對於健保署建議不扣減的部分，各協定事項未執行預算要扣減或與一般服務項目重複要扣減的部分，是明訂在衛福部總額核(決)定事項，且公告在案，所以有關不扣減的建議與總額核(決)定事項不符，建議應依核(決)定事項辦理。另外考量四總額部門的衡平性，對於四總額部門處理方式應該一致，才有公平正義。如果健保署還是不依核(決)定事項扣減，應依行政程序報請原核(決)機關衛福部同意後，修正核(決)定事項。

此外，對於健保署提出，因為執行數過高，就項次5「針傷合併治療合理給付」，為瞭解原因與申報情形，本會在3月8日請辦健保署提出說明，健保署有提供資料，請委員參閱補充資料3，這就是健保署對於中醫部門超出預算項目的說明。請看到第1頁的初步研析，當時編列3.04億元，事實上執行是4.896億元，健保署提到當時的3.04億元是用130萬人次且以平均每人次增加230點估算，但實際執行後，不管是醫令數或單價都遠高於當時估算的數字，請看第3頁上面的「針灸合併傷科治療處置費申報情形」表格，委員可以看到112年申報的醫令數是271.58萬件，當時估是130萬件，已經double了。當時估平均醫令點數是.....

滕委員西華：

打岔一下，您講的資料在哪裡？

陳組長燕鈴：

補充資料3的第3頁，白色頁總共有4張的資料，右上角有1個3，請先看到第3頁「針灸合併傷科治療處置費申報情形」的表格，本項編列預算是3.04億元，可是執行4.89億點，本會請健保署提供申報情形的資料。

112年申報271.58萬件，但當時協商只有估算130萬件，可以看到它的單價是增加，平均每個醫令點數是409.6點，但當時協商估算只會增加230點，所以112年執行情形跟當時協商都是double的成長。

以價量來看，若跟108年，也就是與疫情前比較的話，疫情前申報醫令數約50萬件，但112年是271.58萬件，增加5倍。108年申報服務的人數是8.5萬人，可是112年是增加到46萬人，也是增加5倍。對這個執行超出預算的部分，主要原因仍在於112年在件數與單價的大幅上揚，請委員參考。

請參閱補充資料1第19頁，對於中醫超出預算的部分，本會建議請健保署定期監控各協商項目執行情形妥為管理，超出預算的部分，就是有這樣1個通案的建議。請參閱補充資料1第20頁，有關醫院與西醫基層的部分，醫院都是執行完畢沒有需要扣減，西醫基層可能還會有補報費用的情形，健保署建議不扣減，對於不扣減的部分，我們建議跟前面一樣。

請參閱補充資料1第20頁下面的說明二，剛是112年度的扣減，這頁是111年度扣減後續執行，我們在今年3月請健保署提報111年度扣減時，發現有些執行數過高或過低的項目需要持續追蹤，或有些項目沒有提出明確的計算方式，還要繼續研議。請參閱補充資料1第21頁，經檢視健保署提報內容，節流效益的部分，牙醫門診總額已經提出具體量化的節流效益計算方式，我們就尊重。雖然醫院的「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」有提出2項效益評估指標，但這2項指標無法與實質節流效益及預算影響扣連，仍建議持續研議。

重點還是在補充資料1第21頁下面，111年執行數過低或過高的項目，希望持續追蹤到112年度。112年度總共3項要持續追蹤，第1項是牙醫門診總額的「高風險疾病口腔照護」，這是屬於111年執行數過低的項目，這項111年度牙醫已經被扣了4.01億元，112年的執行數有上升，但仍需扣減3.783億點，健保署會在第3季、第4季扣減。

中醫門診總額健保署建議不扣減剛剛提到的那幾項4.29億元，是因為其中1項已超出預算，所以建議不扣減。這部分也是一樣，我們也是請健保署提供資料以瞭解原因。請參閱補充資料3第2頁，針對「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」，健保署的分析是，因為這項預算111年是5億元，至112年累滾成長為5.2億元，而112年「針灸、傷科、針灸合併傷科處置」執行情形約增加10.25億點、伴隨增加之診察費增加3.76億點、藥費增加1.80億點，總共增加15.81億點。

有關實際提報的執行情形，請參閱補充資料第3頁右下方的數值，這個數值是把針灸、傷科、針傷合併傷科等所有案件都混一起做計算，

所以因為健保署的算法是，112年執行約65.03億點，相較110年約49.58億點的醫令點數，增加約15.45億點，再扣除累滾至112年預算5.2億元，所以還超出了10.25億。我要特別說明是，針灸、傷科、針傷合併傷科這3項合起來的預算不是只有5億。在110年度總額一般服務有編列針傷處置品質提升3.34億元，所以111年度的5億元，還有112年度的針傷合併治療處置編列的3.04億元，對這項總額總共編列11.38億元，加上112年非預期風險經費挹注4.7億元，所以預算數不是只有5億元，這要提醒委員。

此外看到第2頁，健保署提到一樣是診察費也會增加，可是在111年度總額協商就有醫療服務密集度項目編列3.659億元，就是要去cover診察費的增加，所以相關財源，其實是不只5億元。

請看到醫令數，雖然112年醫令數是約2,400萬件，感覺是比110年的2,000萬件多400萬件，若從歷史資料中，往回看到108年，在疫情前已經約2,300萬件，所以整個針傷服務的成長到112年並不能說大幅增加，其實是回到原來的成長狀態。至於費用增加的部分是因為跟108年比醫令點數單價增加25%，但醫令數只有增加4%。這是本會初步的研析，也請委員參考。⁸

請翻回補充資料1第22頁，接著說明西醫基層的部分，提升國人視力照護品質項目，也是屬於執行超出預算的部分，111年超出，112年還是超出，衛福部113年度總額有決定續編1.555億元，決定事項是請健保署檢討案件成長之合理性、加強執行面管理與監督等，並訂定具體實施方案提本會確認。因為這項還沒有提本會確認，就請健保署儘速辦理。

說明三，有關於預算扣減要有精準估算方式部分，健保署已經提出，但是新特材及特材給付規定改變的部分還沒有提出，所以請健保署繼續提出說明。

整體來講，本案許多協商項目，都有預算數和執行數落差的問題，主要是因為第1年的執行數不穩定，很多新項目預算編在一般服務，後面在總額會衍生很多扣款事宜的行政困擾，所以我們在協商原則，已經明訂新增的協商項目或計畫要先列專款，在穩定後，於未來年度再視其效益移到一般服務，所以我們建議委員未來於總額協商時，要落實我們協商原則，以儘量避免發生要扣款或超出預算執行的情形。

最後就是請健保署落實總額的執行效益，所以建議健保署定期監控各部門總額就決定事項的執行情形，及時檢討並妥為管理，以上說明。

盧主任委員瑞芬：

謝謝，我請署長回應之前，要跟各位抱歉一下，前面討論案第三案，就是李永振委員提的案子，因為我之前問過健保署，他們沒辦法按照李委員的方式來算，要依他們自己依法的方式來算，該案決議應該是下個月委員會議請健保署提供自105年到現在依照他們的計算公式，因為我們只看到數字，不知道他們怎麼計算，無法看出是不是符合36%的規定，所以不是按照李永振委員提的計算方式，剛才於會中已經問過健保署，公務人員只能按照他們認定的計算方式，所以他們會提出計算方式的說明，但是無法按照李委員說的方式做為基準來計算，李委員如果有資料需要，我想仍可以透過本會請健保署提供，他們剛才表示基本上報表上面都有。9

李委員這樣可以嗎？我們現在要進入本案了。

李委員永振：

我補充一句話。

盧主任委員瑞芬：

好。

李委員永振：

我提這個案子心裡也有準備，他們的答案我都知道，應該也要不到了！因為他們沒有道理，行政命令凌駕法律之上，他們要怎麼講，他們要把依法行政先吞下去啊！但我要補充的是，他們算的一定是符合36%規定，為什麼？因為算法是用他們的講法去算，但我要提出質疑的，數學上一個公式出來，如果你的前提是錯誤，你得出來的結論也是錯誤，所以我一直在質疑他們所依循是錯誤的，所以現在算出36%的結果，雖然符合規定，但那是錯誤的，這一點請他們說明一下。

公式就很清楚，健保法第3條第1項很清楚，剛才黃委員有提到，由於剛才那案沒時間所以我沒講，現在給我時間……

盧主任委員瑞芬：

我不能給你時間，很抱歉。

李委員永振：

1分鐘就好，他後來算的並不是收入面，請黃委員去看106年的結論裡面有提到用實際經驗值帶入，那個就是支出面，不然怎麼會有這1項。

盧主任委員瑞芬：

李委員的意見我們一樣列入會議紀錄，現在請健保署說明這個案子。

石署長崇良：

主席跟各位委員，很謝謝健保會幕僚精闢的分析，但是從健保總額編列精神，分成一般服務跟專款，一般服務的總額，我們在實際執行面上，就會回到各分區總額去做分配，因此如果不具有全面性的，有區域或特別性的，我們都會拉到專款去執行，比方補偏遠地區費用，這些獨立執行的試辦性計畫或矯正機關受刑人醫療等等，這個不具全國性而有區域特性的，我們都會用專款來另外分配，每年總額成長這一塊也都是另外計算，這是過去編列總額時都有這樣的情形。

今天會討論到的都是屬於一般服務部門，因為我們總額是一個前瞻性的預估，不可能100%預估準確，更何況這裡面有很多協商因¹⁰

素，因此有可能會預估失準，如果是高估的部分，就是我們如果高估了，實際上沒有執行應該要扣除，低估的部分怎麼樣彌補，就是我們在預估時低估了，實際上執行那麼高，怎麼彌補？高估時應該要扣除，這兩個機制應該同時一起考慮，而不是只有在高估的時候沒有執行就扣除，但低估的時候卻沒有一個填補機制。

所以我覺得這個機制上有失衡的地方，但過去既然有這樣的決定，在一般服務部門理論上應該跟我剛才所提到，因為他是協商出來的，在預估若有失準時應該一併考量高估與低估的處理機制，若無法處理，就應該要在總額部門中作彼此間的挪移，因為都是屬於一般服務部門，除非整個點值太高，應該就是我們高估了它的成長，應該要扣除回來，是整個總額來看。

因此在中醫部門總額來看，確實在某些計畫執行上應該是我們高估了，但也有一些計畫執行上我們是低估了，因此我們才會在這個案子上建議，於兩邊整體上點值仍是低於0.9的情形之下，不予扣除，所以這是剛剛在健保署的建議中背後的思考邏輯，請各位委員參考。

盧主任委員瑞芬：

請各位委員就這個案子發表意見。請林委員。

林委員文德：

有關超出預算的這部分，先講執行不足的部分，當初這些項目預算的編列最主要是因為在一般服務之外，需有更多的預算，所以各總額部門都有提出一些要執行的項目，當初有promise要做到這些項目的數量，所以當初的協商會給予這樣的預算。

我想有些部門，像剛才牙醫也有一些是沒有執行到100%，有做扣減的動作，我想就是這些項目，他如果執行沒有辦法達到所設目標，甚至有些項目只有執行到10幾%或20幾%，這個表示當初所提項目的實際需要性沒有那麼高，如果要處理的話，應該是可能下一個年度就要刪減這些預算，甚至整個項目預算都要刪除，這樣才是比較合理。

但是現在說如果沒有執行，是不是有其他超支的部分可以補，這要去看超支的項目的合理性是怎麼樣，當初給予這麼多的預算，並¹¹

不是說估計不準，而是有時候覺得不需要這麼多預算，比方說有一些是調整支付標準，像是傷科跟針灸在當初是擇高申請，現在是兩個都可以申請，當然支付標準就調高很多，如果今天是我，我當然是申報調高過後的支付標準，所以可以看到數量暴增，我們就要思考這個暴增是因為他做了這些東西，可以得到很好的效果，比方說針灸跟傷科合併申報有沒有得到很好的效果，比單獨申報針灸或傷科有更好的療效，讓病人可以得到很好的治療結果，後續病人可以減少再來就醫，如果是這樣的話當然合理。

若是這樣應該可以看到單一的傷科跟針灸項目數量會減少，合併的項目會增加，也就是單獨針灸跟傷科項目數量應該會減少，若這都沒有看到，只單純看到數量暴增，唯一可以解釋的就是因為這個支付標準調高了，所以我們當然要把它報到這部分，就可以看到它的數量增加、醫令點數增加，但資料裡面這項目就醫人數沒有增加，等於我們調了支付標準，當初預估預算是3億多，現在變成是快到5億。

另外黃金治療期的部分，是我們取消了限制或是放寬申報次數，在申報次數增加之後，我們也增加很多費用，但相對我們就醫的人數並沒有增加，所以變成是我們支付標準調高，我們有去就醫的人就醫次數增加導致我們預算超支，我們是不是要來獎勵這樣的事情？這樣以後我們調整支付標準跟放寬就醫次數限制，預算就會無限膨脹，於點值下降之後還要再來補點值，這樣放寬人次跟支付標準之後，我們預算約增加15億元，大概占了3%，剛好讓我們中醫點值變成0.87，若這3%補回去點值就超過0.9，所以我們調高支付標準或放寬人次之後，除了支出增加還要補點值不足的部分，我覺得這樣跟整個總額預算的精神沒有很符合，以上是我的看法，謝謝。

盧主任委員瑞芬：

接著請詹委員。

詹委員永兆：

謝謝林委員的指教，我先講其實中醫就診人數是成長的，因為111年比110年增加115萬人，112年比111年又多了24萬人，其中傷科這部分有成長，不是沒有成長。¹²

針傷合併申報對病人有什麼好處？因為長期來講，其實在中醫界是針傷合併做只能擇一申報，我們是在做功德啊！現在變成合併申報，我們原本做兩件事可報兩件事費用，但1個醫師1個月最多只能申報80個人，不是無限量讓你申報，只是恢復原來做多少可以申報多少，其實在多重慢性病這邊，我們應該是宣導得不夠，加上我們審查組管得很嚴格，因為我們裡面有規定看診時要衛教多少時間，還要評估，有些人做了就被核刪，他之後就不想報，實際上我們做慢性病評估，我們大概有771萬件是慢性病但沒有申報這一塊，所以這些人若有申報，是可以申報到5億多點，請再給我們一點時間來鼓勵同道，你有看診多重慢性病就必須要申報。

第2件事，像小兒傷科，我們應是250萬點，結果只申報41萬點，病患小於7歲作傷科就應該算入，但實際上我們去抓資料病患小於7歲有申報大概299萬點，超過我們的預算數，只是我們醫師沒有去勾選，這一塊可以請健保署幫忙，就是病患小於7歲不用我們申報就應該勾過，歸類屬於這個案例，所以像小兒傷科基本上沒問題。

有關中風專案，中風後遺症診斷碼I69來講，在我們中風專案裡面有一般申報大概8萬多件，只是這些人有些沒有勾選，才造成1千多萬沒有申報到。請給我們一點時間，我們想好好地宣導這一塊，請大家要正確申報，以上，謝謝。

盧主任委員瑞芬：

接下來請江委員。

林委員文德：

能不能打斷一下，剛才講到人數的部分，你講的是疫情期間到現在的成長？請看第3份補充資料第3頁，人數是從260幾萬到現在的255萬，所以我不知道你剛才說的人數增加是指什麼？跟還沒有發生疫情以前比，傷科、針灸就醫人數沒有增加反而減少，我才在想為什麼人數減少費用卻大幅增加，到底是什麼原因？

盧主任委員瑞芬：

我先請江委員。

江委員錫仁：

主席，各位委員，我想我們牙醫總額，剛剛報告因為執行率不好當然被刪除，我是尊重健保署跟健保會的意見，不過因為¹³

就像高風險部分，有一些新的項目在111年剛開始，通常公告的時間已經有一點晚，例如111年高風險部分已經到6月才公告，所以通常執行率都不會太高，我想或許在扣減時可以針對這些因素來討論，不過我們還是尊重健保署跟健保會的一些意見。

盧主任委員瑞芬：

謝謝，接下來委員還有意見嗎？李永振委員、還有林恩豪委員。

李委員永振：

因為這個議題真的很困擾，按照健保會的分析資料，還有我們已經協定的事項，他們講得滿有道理，剛才林教授也提到，我知道詹委員他很痛苦，因為你扣他4點多億，對他112年的預算等於1.3~1.4%，他回去要交代很困難。

而且在111年下半年跟112年上半年，也有補點值的因素，所以這些混在一起要去判斷怎麼樣才是對的，有點困難，我是建議這一塊在113年應該也有給，有給的話你要去宣導，至少在113年裡面，明年在看執行情形的時候，就不要再有這種現象，詹委員回去要交代的話，他剛才提到有那麼多件沒有申請，這樣的話有時候用這種方式爭取會有一點困擾，我錢給你你自己不申請，現在說不要扣，但是事實上你就沒有執行，錢怎麼發出去呢？是不是可以考量一下這些因素，健保署如果贊成研商會議結論，應該要有一個更深入的分析，就像健保會幕僚提議一樣，把那些理由分析一下，報給衛福部，由衛福部裁決。如果真的要給的話，大不了就是給他超出的那個部分，差不多1點多億，是不是那個部分可以補給他，這樣會比較有一個整體性。

針對這個事件，我們已經有提到，若以後新增的項目就先放到專款，等穩定後再拿回來一般服務，如果這樣大概將來這種情形就會儘量減少發生，因為你經驗數值不足，有時真的很難估計，當然111年跟112年有一些超支現象，也要請健保署去檢討，將來我們提出這些因素時，要怎麼靠近事實，這樣才有辦法解決問題，謝謝。

盧主任委員瑞芬：

接著請林恩豪委員。

林委員恩豪：

謝謝主席，剛剛署長的回應就是講中醫的問題，這一次¹⁴

剛好放在一般服務，讓署長有勻支的解釋空間。如果今天我尊重健保署的做法，你們可以保證以後不會再發生這樣的情況嗎？剛剛有講，本來第一次導入應該放在專款，而且你們每次提案時，跟中全會不是都會先協商好要提什麼案子，今天既然這樣做，未來不可以再發生這情況，這跟上次非預期性風險案類似，上次OK，就是補了非預期性風險的費用，一開始補時有請健保署要做後續評估，不能好像打開門，大家通通湧進，當時有做評估說後面都沒了，只有這一次，事實上又在用非預期風險費用，用了就算了，還把準備金通通弄進來，這樣子合理嗎？今天健保署提出這個報告案，我說尊重健保署因為只是報告案，而不是討論案，我們就是尊重你的意見，但拜託你們，今天這樣做了以後，還是要提出並跟大家說明有什麼方式讓以後不要再發生這樣的事情，或是減少發生機率，這樣可以嗎？謝謝。

盧主任委員瑞芬：

請滕西華委員。

滕委員西華：

我針對第23頁幕僚提的制度問題表示意見，剛剛委員有講其他總額的問題，我就不再說明。4月開始各總額部門都會提計畫案，再次重申不支持新增項目或計畫列入一般服務，有2個理由。如果在一般服務裡面，試辦幾年，即使後來退場，試辦那幾年的費用也都滾入基期。第2點是即使後來新增的服務變成新增支付項目，過去有一些執行不好的退場，也一樣滾入基期。不管是哪2種退場，對被保險人來說，費用都拿不回來。還有一個理由，就是列專案的時候，原本跟一般服務有衝突，或原本一般服務已經有支付的錢，應該由一般服務移列到專款，這個是要避免惡化內生性，就是2邊都給錢，這就是新增計畫我們希望能夠用專案計畫，而不是用一般服務裡面列專案的原因，就不會產生剛剛林恩豪委員或是署長所講的情況，必須要勻來勻去，只要是大水庫，就很難勻，專案就是小的私庫，才有辦法去評估。

第2點是執行預算，不管是哪一個專案，如果涉及原本應該由非協商因素支應調升支付標準，應該怎麼檢視執行效應，這一點一直沒有討論。近5年各總額部門都把原本應該由非協商因素去調整支¹⁵

付標準的，都移來協商的一般服務的專案或其他專案計畫裡面，所以陳節如委員會提到，協商1、2百億元，又要扣掉調整支付標準，根本無法協商，因為要由共擬會議決定，所以你就是掌櫃，你給錢了，店小二要怎麼做，你不知道，就會變成這樣。

不是只有內生性，執行效應其實都沒有講要怎麼評估，現在又衍生扣款問題。協商專案計畫的時候，不管在一般服務還是專案，我們要求要提效益指標，無非就是2點，第1點就是要準確，包含金額準確，否則估得太高，大家都不要，你再去衡量，不執行又可以滾回去吃基期，那大家都去衡量，吃成長率就好，把成長率吃得死死的，需求不用估得太準確，因為到最後，這些都不重要，因為效益評估指標一樣提不出來，既然提不出來，到後期模糊空間就變得很彈性，變得非常的大，這就造成浮編，或是沒有努力訂出效益指標，導致協商時看不到，要協商後再確定怎麼決定評估效益指標。現在協商已經沒什麼用，更不用說協商公告後就是給錢，即便不同意指標，共擬會議或總額執委會決定怎麼花這筆錢之後，在場的代表大概都沒有辦法去改變這個處境。

今天前幾個案子要不要扣減，由各位付費者代表決定，但這會涉及到今年總額協商怎麼給錢的原則。其次是我們可能要花一點時間思考第23頁幕僚提出的因應做法，在今年協商怎麼避免往後，否則朝令夕改變常態，我其實覺得協商原則沒什麼用，行政程序也可以改，今年就是這個樣子，今年已經非常多這種情況發生，各位付費者代表要三思。

盧主任委員瑞芬：

請楊芸蘋委員。

楊委員芸蘋：

我尊重以上3位委員的發言，確實講得很好，也是我要講的，我就不用講太多。健保署建議不要扣減，我覺得真的要像恩豪說的，這事情要好好討論，當初核定這個案子時，確實是高估預算，執行上變得低估，雖然也有超出部分，我覺得總額部門應該負很大的責任，中全會說宣導不夠，沒有達到真正執行目標，這也是中全會的責任，應該好好檢討，若真的有宣導，會員真的有照做，¹⁶

是不是覈實申報，否則署長也很頭痛，健保署看中全會這樣也很同情，可是核定過的事情在健保會再來翻案不是很好的案例，我們也不希望之後有這樣的狀況，剛剛西華說得很好，執行內容是不是今年年底就確定，應該要通盤討論，請大家多瞭解、多體諒中醫的辛苦與困難。

盧主任委員瑞芬：

請周慶明委員。

周委員慶明：

感謝署長剛剛的發言，我們認為非常有道理，高估就要扣除、低估就要填補，我們有提1項是「西醫基層總額提升國人視力照護品質」，這項連續2年編列的都不足，111年編列1.2億元，實際使用1.7億元，超出大概5千萬元，112年超出來更多，超出1.9億元，這個數字越差越大，我希望如果114年這項要繼續編列，能不能把額度再靠近一點，不然差距越來越大，對西醫基層總額的影響會蠻大的。

盧主任委員瑞芬：

請吳榮達委員。

吳委員榮達：

嘆氣，3點意見。第1點，健保署現在已經開始不用健保會的意見，好像報告案是多說無益，我本來不想講話就是因為這樣。

第2點，我們非常可以理解中全會永兆兄的為難，碰到疫情，然後點值下降，現在又要面臨扣減，雙重打擊，我們非常能理解永兆兄的壓力。但是就像林文德委員所講的，我們真的要考慮到整個制度面的公平性及遊戲規則，我們把公平性跟遊戲規則都打破以後，大家都比照辦理，沒有遊戲規則，健保署就是講好，就可以通通喬，健保會等於武功全廢，這個是要考量的。

扣不扣減由付費者委員決定，公正人士只是提出想法。若這一次尊重健保署的意見，就像林恩豪委員所講，健保署要保證下不為例，不然大家以後都比照辦理，反正衡量，點值不夠就補點值，做不夠的部分，就喬來喬去，也不用扣減，我覺得這對健保會來說是整個武功全廢。

盧主任委員瑞芬：

謝謝委員非常寶貴的意見，幕僚也做非常多的功課，本案是報告案，我的決定是這樣。17

第1點，請健保署確實依照112年度總額核決定事項辦理扣款事宜，本案提報的資料跟委員意見送請衛福部參考。如果健保署不依核決定事項辦理，應該要依照行政程序報請原核定機關，即衛福部同意決定修正的事項。

第2點，剛才委員提到很多落實的部分，再次拜託健保署，為落實總額順利執行，請健保署務必本於保險人的權責，定期監控各部門總額各個核決定事項的執行情形，包括預算，即時檢討，妥為管理，並至本會做報告，到底為什麼量會增加那麼多。

第3點，剛才委員所提意見請健保署研參，其餘洽悉。現在是下午1點53分，已經不可能進行後面2個報告案，這2個報告案都很重要，也是各位關心的議題，移到下個月會議報告。請林文德委員。

林委員文德：

若今天要用超支的部分補沒有執行的部分，是不是可以請健保署補充說明超支的合理性，如果是不合理去補，就沒什麼意思，超支可能是當初預算估計不準確，應該要說明超出部分的合理性。

盧主任委員瑞芬：

林委員的意見請健保署納入，基本上這案子我們都已經提供意見，若你們仍決定不核減，就報部，也知會我們一聲，也請務必提供委員想知道的訊息，請問有沒有臨時動議？請滕西華委員。

滕委員西華：

我要提一個程序提案的問題，一開始來不及提。這個案子是總額協商時，付費者跟醫療提供者共同同意協議的事項，不是沒有共識，如果違反當時的協定事項，不是應該要提討論案嗎？過去如果協議同意事項和後來的執行內容不符合，應該要重新討論，看我們同意不同意調整，我有一點疑問，為什麼今天的案子變成報告案，因為約束力完全不一樣，不知道其他委員有沒有疑問？

林委員文德：

同意，應該要討論。

盧主任委員瑞芬：

我們請執秘說明。

周執行秘書淑婉：

因為我們suppose這次是要跟我們報告說要扣多少¹⁸

錢，沒有預期到他跟我們說不要扣錢，不要扣錢這件事應該要討論，因為我們是報告應該要扣多少錢，委員也可以看看後續怎麼處理比較合理。

盧主任委員瑞芬：

的確，委員如果決定……

韓委員幸紋：

那就下個月討論。

盧主任委員瑞芬：

所以委員是提議下個月再討論這個案子？

劉委員淑瓊：

對，下個月再進入討論案。

盧主任委員瑞芬：

既然委員覺得這個案子的本質應該是屬於討論案，這原本就是總額協商的內容，那我們就決定這個案子下個月以討論案的方式進行。

周執行秘書淑婉：

不是扣減多少錢，而是不扣減的討論案？主題是不相同的，或者是協定內容的修正，把未執行部分的扣減協定項目做修正。我們在協商原則中有寫到，衛福部核決定之後，已經成為政策決定的事項，我們沒有權利更動，如果委員有不同意見，我們會依照會議規範提案討論之後，達成共識，我們向衛福部提出建議，是不是我們下次委員會議就依照這個原則來做處理。

盧主任委員瑞芬：

這是不是委員剛剛提的意見？如果是，我們就這麼做，就是針對協定的事項。

周執行秘書淑婉：

所以是由健保署提案嗎？看委員的決定是怎樣？

滕委員西華：

應該是誰要改變誰提案。

盧主任委員瑞芬：

因為是改變協定事項，健保署說他們不是執行單位，所以沒有要改變，請問是中醫嗎？

劉委員淑瓊：

改變協定事項是中醫要提，健保署提意見給委員參考。

盧主任委員瑞芬：

現在是中醫要改變協定事項，就是中醫部門要提案。中醫部分，委員對於你們的理由還有很多意見，所以就請中醫提，因為要改協定事項，本來依照協定事項是要扣錢，你們現在想改協定事項，就請你們提案，請健保署給意見。今天會議到此結束，謝謝！¹⁹

劉委員淑瓊會後書面意見：

關於新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告案，簡報中的監測資料期間，大多為109年度至112年度下半年，敬請提供108年度資料，以利釐清疫情前後發生影響。

報告事項第四案

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，提請討論。

說明：附件 1-2「施行區域-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」，因原開業於「雲林縣口湖鄉」之中醫診所歇業，建議「雲林縣口湖鄉」由附件 1-2 移列至附件 1-1。

健保署說明：

一、統計截至 113 年 5 月 2 日與本署特約之中醫醫事機構各鄉鎮分布，同意中醫全聯會建議如下：

（一）無中醫醫事服務機構之鄉鎮區（方案附件 1-1，頁次：報 4-2 頁）：增加「雲林縣口湖鄉」。

（二）一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區（方案附件 1-2，頁次：報 4-3 頁）：刪除「雲林縣口湖鄉」。

二、另查方案附件 1-1「南投縣鹿谷鄉」非屬山地鄉，該鄉分級級數修正為「1：一級偏遠」。

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 79 個鄉鎮區（「1：一級偏遠」計 35 個鄉鎮區；「3：山地鄉」計 28 個鄉鎮區）；；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 78 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	<u>口湖鄉</u>	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	卓蘭鎮	1		車城鄉	1		蘭嶼鄉	6
	南庄鄉	1		滿州鄉	2	金門縣	烈嶼鄉	6
	頭屋鄉	1		枋山鄉	1		烏坵鄉	6
	獅潭鄉	1		三地門鄉	3	連江縣	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
南投縣	鹿谷鄉	1		來義鄉	3			
	信義鄉	3		春日鄉	3			
	仁愛鄉	3		獅子鄉	3			
臺南市	後壁區	1		牡丹鄉	3			
	東山區	1	澎湖縣	白沙鄉	5			
	大內區	1		吉貝村	6			
	北門區	1		西嶼鄉	5			
	左鎮區	1		望安鄉	6			
	龍崎區	1		七美鄉	6			
雲林縣	四湖鄉	1	花蓮縣	光復鄉	1			

註 1：本一覽表統計截止日期：113 年 ~~1 月 30 日~~ 5 月 2 日，共 7879 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	官田區	屏東縣	麟洛鄉
	三芝區		西港區		九如鄉
	八里區		七股區		鹽埔鄉
	貢寮區		將軍區		高樹鄉
	金山區		安定區		新園鄉
	萬里區		山上區		崁頂鄉
宜蘭縣	蘇澳鎮		玉井區		林邊鄉
	壯圍鄉		楠西區		南州鄉
	冬山鄉		南化區		琉球鄉
	三星鄉		古坑鄉	澎湖縣	湖西鄉
桃園市	復興區	雲林縣	二崙鄉	花蓮縣	鳳林鎮
新竹縣	芎林鄉		東勢鄉		瑞穗鄉
苗栗縣	西湖鄉		褒忠鄉	臺東縣	成功鎮
	造橋鄉		臺西鄉		卑南鄉
	三灣鄉		元長鄉		太麻里鄉
臺中市	石岡區		口湖鄉		鹿野鄉
	外埔區	嘉義縣	布袋鎮		池上鄉
彰化縣	線西鄉		六腳鄉	金門縣	金沙鎮
	埔鹽鄉		義竹鄉		金寧鄉
	二水鄉		鹿草鄉		
	田尾鄉		中埔鄉		
	芳苑鄉		梅山鄉		
	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		
	六甲區	屏東縣	長治鄉		

註 1：本一覽表統計截止日期：~~113 年 1 月 30 日~~5 月 2 日，共 7978 個鄉鎮(區)。

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

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

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

說明：

- 一、為持續檢討品保方案之專業醫療服務品質指標，本署前函詢中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)就「全民健康保險各總額部門111年度執行成果評核紀錄」之評核委員建議提供專業意見及徵詢品保方案增修意見(附件1，頁次討1-2頁)。
- 二、中全會提供品保方案修正建議摘述如下：「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫門診者之平均中醫就診次數」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」等5項指標專業醫療服務品質指標，將原參考值「以前5年同季平均值 $\pm 20\%$ 」調整為「以前5年同季平均值 $\pm 10\%$ 」(附件2，頁次討1-11頁)。
- 三、擬具本案修訂「附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)」(附件3，頁次討1-17頁)。

擬辦：擬依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業事宜。

決議：

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安区信義路三段140號
聯絡人：陳亞其
聯絡電話：02-27065866 分機：3022
傳真：02-27069043
電子郵件：A111369@nhi.gov.tw

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國113年1月3日
發文字號：健保審字第1120673365號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二

主旨：為持續檢討「全民健康保險中醫總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標，請於113年3月15日前提提供專業意見，請查照惠復。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會112年8月15日衛部健字第1123360116號書函(諒達)檢送之「全民健康保險各總額部門111年度執行成果評核紀錄」及110年12月13日健保醫字第1100046221A號函(諒達)檢送之「中醫門診總額110年第3次研商議事會議紀錄」辦理。
- 二、上開111年度評核紀錄評核委員所提「對專業審查及相關管理措施」、「專業醫療服務品質指標監測」及「專業醫療服務品質之確保與提升」建議(如附件)，敬請提供專業意見；倘有增修建議，或新增其他有關醫療品質或符合民眾就醫需求指標，亦請提供操作型定義，以供本署辦理後續事宜。

三、旨揭品質確保方案置於本署全球資訊網「健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/全民健保總額支付制度」。

四、另旨揭方案依110年第3次研商會議決議同意將「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」改為「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」，並請貴會將指標上修至每月二十次之意涵及說明提供予本署，以利外界詢問時回應說明。迄未見復，敬請於本次一併提供指標上修意涵說明。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會

副本：

「全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄」評核委員意見¹²評估回應表

指標項目	評核委員意見	中華民國中醫師公會全國聯合會 專業意見/建議	備註
使用中醫師門診之平均中醫就診次數	1. 請檢討各部門總額之專業醫療服務品質指標之參考值是否太寬鬆？ 例如： 正向指標目標值訂為近三年全國平均值*(1-10%)、負向指標目標值訂為近三年全國平均值*(1+10%) 2. 建議針對每項品質指標增加品質意涵解釋。若為正向或負向指標，則其監測值宜搭配設定下限值(正向指標)或上限值(負向指標)。	<input type="checkbox"/> 以前 3 年同季平均值±10%作為參考值 <input type="checkbox"/> 維持現行(以前 5 年同季平均值±20%作為參考值) 說明(請說明理由)_____ <input type="checkbox"/> 其他調整方式 說明(並請說明理由)_____ _____	指標參考值調整試算如附表 1，111 年調整後參考值為 5.61%~6.86%(以最近 3 年同季平均值±10%計算)，調整後台北、北區及東區監測值低於參考值範圍。
就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率		<input type="checkbox"/> 以前 3 年同季平均值+10%作為參考值(考量該指標為負向指標，搭配設定上限值) <input type="checkbox"/> 維持現行(以前 5 年同季平均值±20%作為參考值) 說明(請說明理由)_____ _____	指標參考值調整試算如附表 1，111 年調整後參考值為 0.14%(以最近 3 年全國平均值×(1+10%)計算)，調整後中區監測值高於參考值範圍。

「全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄」評核委員意見¹²評估回應表

指標項目	評核委員意見	中華民國中醫師公會全國聯合會 專業意見/建議	備註
就診中醫門診 後隔日再次就 診中醫之比率		<input type="checkbox"/> 以前 3 年同季平均值+10%作為參考 值(考量該指標為負向指標，搭配設定 上限值) <input type="checkbox"/> 維持現行(以前 5 年同季平均值±20% 作為參考值) 說明(請說明理由)_____ <input type="checkbox"/> 其他調整方式 說明(並請說明理由)_____ _____	指標參考值調整試算如附表 1，111 年調整後參考值為 0.39%(以最近 3 年全國平均 值×(1+10%)計算)，調整後中 區及東區監測值高於參考值 範圍。
使用中醫師門診 者處方用藥日 數重疊二日以 上之比率		<input type="checkbox"/> 以前 3 年同季平均值+10%作為參考 值(考量該指標為負向指標，搭配設定 上限值) <input type="checkbox"/> 維持現行(以前 5 年同季平均值±20% 作為參考值) 說明(請說明理由)_____ <input type="checkbox"/> 其他調整方式 說明(並請說明理由)_____ _____	指標參考值調整試算如附表 1，111 年調整後參考值為 0.56%(以最近 3 年全國平均 值×(1+10%)計算)，調整後中 區監測值高於參考值範圍。

「全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄」評核委員意見¹²評估回應表

指標項目	評核委員意見	中華民國中醫師公會全國聯合會 專業意見/建議	備註
於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率	<p>1. 請檢討各部門總額之專業醫療服務品質指標之參考值是否太寬鬆？ 例如： 正向指標目標值訂為近三年全國平均值*(1-10%)、負向指標目標值訂為近三年全國平均值*(1+10%)</p> <p>2. 建議針對每項品質指標增加品質意涵解釋。若為正向或負向指標，則其監測值宜搭配設定下限值(正向指標)或上限值(負向指標)。</p> <p>3. 「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」111 年參考值近 0.02%，但實際指標值為 0.004%，請思考此指標是否有持續監測之意義。另請檢討其他指標之適用性及敏感度，是否有調整空間。</p>	<p><input type="checkbox"/>以前 3 年同季平均值+10%作為參考值(考量該指標為負向指標，搭配設定上限值)</p> <p><input type="checkbox"/>維持現行(以前 5 年同季平均值±20%作為參考值)，請說明理由</p> <p><input type="checkbox"/>其他調整方式 說明(並請說明理由)</p>	指標參考值調整試算如附表 1，111 年調整後參考值為 0.02%(以最近 3 年全國平均值×(1-10%)計算)，調整後各分區監測值仍符合參考值範圍。
健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	<p>1. 有關「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」及「兩年內初診患者比率」2 項指標，中醫部門報告中 111 年全年與年各季之數值不一致，若採 111 年各季之數值判讀，部分分區未在參考值內，宜進行改善。</p> <p>2. 健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率： (1) 健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率僅 76.50%，</p>	<p>1. 有關 111 年各季數值部分分區未在參考值內，請就可加強改善之策略提供專業意見</p> <p>2. 針對 111 年東區查詢率較低之情形(69.98%)，雖該區尚符合該年度參</p>	<p>1. 依據本指標操作型定義： 分子：中醫門診病人查詢 健保醫療資訊雲端查詢 系統人數 分母：中醫門診病人數 人數以身分證號+出生</p>

「全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄」評核委員意見¹¹評估回應表

指標項目	評核委員意見	中華民國中醫師公會全國聯合會 專業意見/建議	備註
	<p>較 110 年下降，東區僅為 69.98%，宜加強改善。</p> <p>(2) 隨著中醫服務走入社區，與其他醫療團隊共同照護病人，了解病人整體用藥情況及檢驗檢查數值，應有助於提升照護品質，宜提高雲端醫療資訊系統查詢率之參考值</p> <p>3. 建議針對每項品質指標增加品質意涵解釋。若為正向或負向指標，則其監測值宜搭配設定下限值(正向指標)或上限值(負向指標)。</p>	<p>考值範圍($\geq 68.23\%$)，仍請就該區查詢率較低之原因及可加強改善之策略提供專業意見_____</p> <p>3. 並請就指標之參考值修訂提供專業意見。</p> <p><input type="checkbox"/>以前 3 年同季平均值-5%作為參考值(考量該指標為正向指標，搭配設定下限值)</p> <p><input type="checkbox"/>維持現行(以前 3 年同季平均值$\pm 10\%$作為參考值)，請說明理由_____</p> <p><input type="checkbox"/>其他調整方式 說明(並請說明理由)_____</p>	<p>年月日歸戶後計算，同維度下若有多筆視為 1 筆，故全年與各季數值可能不一致。</p> <p>2. 本指標 111 年各季及各分區數值彙整如附表 2。</p> <p>3. 指標參考值調整試算如附表 1，111 年調整後參考值為 72.02%(以最近 3 年全國平均值$\times(1-10\%)$計算)，調整後台北、東區監測值低於參考值範圍。</p>
兩年內初診患者人數比率	<p>有關「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」及「兩年內初診患者比率」2 項指標，中醫部門報告中 111 年全年與年各季之數值不一致，若採 111 年各季之數值判讀，部分分區未在參考值內，宜進行改善。</p>	<p>有關 111 年各季數值部分分區未在參考值內，請就可加強改善之策略提供專業意見_____</p>	<p>1. 依據本指標操作型定義： 分子：分母病患二年內未到中醫院所就診人數 分母：統計期間中醫門診就診總人數 人數以 ID+生日歸戶計算，故全年與各季數值可</p>

「全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄」評核委員意見¹²評估回應表

指標項目	評核委員意見	中華民國中醫師公會全國聯合會 專業意見/建議	備註
			能不一致。 2. 本指標 111 年各季及各分區數值彙整如附表 2。
	專業醫療服務品質指標監測：現行中醫專業醫療服務品質及品質保證保留款實施方案之監測指標，主要為醫療利用面之過程面(Process)指標，建議逐年增列照護結果及醫療品質之結果面(Outcome)指標。	請研議新增醫療品質結果面之指標，並提供其操作型定義。 若無新增結果面指標之建議，請說明理由_____	
			如有其他實務觀察符合民眾需求指標新增或現行指標增修（請提供其操作型定義）、刪除之建議，併請提供。

註：

1. 全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄/附件二/對健保署及其他預算之建議/評核建議/一、對健保署之重點建議/(四)對專業審查及相關管理措施之建議
2. 全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄/附件六/對中醫門診總額之建議/評核重點建議/四、專業醫療服務品質指標監測
3. 全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄/附件六/對中醫門診總額之建議/評核建議/二、一般服務項目執行績效/(三)專業醫療服務品質之確保與提升/1.專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施

附表1 111年_中醫門診總額醫療品質資訊指標參考值試算

指標	指標名稱 (編號)	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	監測結果								監測結果								指標屬性
									現行參考值 ^{說明一}	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	試算 調整參考值 ^{說明二}	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	
1	使用中醫門診者之 平均中醫就診次數 (1807)	5.61	5.24	6.49	6.12	6.31	5.09	6.12	4.90%~7.36%	○	○	○	○	○	○	○	5.61%~6.86%	<	<	○	○	○	<	○	非絕對正 向或負向
2	就診中醫門診後同 日再次就診中醫之 比率(1808)	0.11%	0.08%	0.15%	0.12%	0.11%	0.06%	0.12%	0.15%	○	○	○	○	○	○	○	0.14%	○	○	>	○	○	○	○	負向
3	就診中醫門診後隔 日再次就診中醫之 比率(237)	0.32%	0.24%	0.42%	0.34%	0.34%	0.39%	0.34%	0.45%	○	○	○	○	○	○	○	0.39%	○	○	>	○	○	>	○	負向
4	使用中醫門診者處 方用藥日數重疊二 日以上之比率(82)	0.43%	0.35%	0.60%	0.51%	0.55%	0.37%	0.50%	0.65%	○	○	○	○	○	○	○	0.56%	○	○	>	○	○	○	○	負向
5	於同院所針灸科處 置次數每月大於二 十次之比率(3270)	0.0042%	0.0050%	0.0066%	0.0016%	0.0028%	0.0035%	0.0043%	0.02%	○	○	○	○	○	○	○	0.02%	○	○	○	○	○	○	○	負向
6	健保醫療資訊雲端 查詢系統查詢率 (2463)	71.71%	81.45%	77.00%	73.51%	79.70%	69.98%	76.50%	68.23%	○	○	○	○	○	○	○	72.02%	<	○	○	○	○	<	○	正向

【說明】一、現行參考值：採牙醫門診總額品質確保方案所定數值。指標1~5以前3年同季平均值±20%；指標6以前3年同季平均值±10%計算。

二、調整試算參考值：(一)非絕對正向或負向指標(指標1)以前3年同季平均值±10%作為參考值。

(二)負向指標(指標2~5)以前3年同季平均值-10%作為參考值。

(三)正向指標(指標6)以前3年同季平均值+5%作為參考值。

附表2 「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」及「兩年內初診患者人數比率」111年各季資訊彙總表

指標名稱 (編號)	季別	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	監測結果								指標屬性
									參考值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	
健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 (2463)	第1季	67.35%	79.27%	72.45%	67.11%	75.01%	60.88%	71.52%	62.87%	O	O	O	O	O	<	O	正向
	第2季	62.46%	74.30%	69.64%	66.52%	73.13%	56.78%	68.31%	63.08%	<	O	O	O	O	<	O	正向
	第3季	64.18%	76.13%	71.29%	66.85%	73.98%	61.78%	69.78%	62.33%	O	O	O	O	O	<	O	正向
	第4季	63.96%	76.18%	70.59%	65.47%	72.45%	66.85%	69.23%	62.02%	O	O	O	O	O	O	O	正向
兩年內初診患者人數比率(2738)	第1季	9.61%	9.96%	7.74%	7.96%	8.13%	10.06%	8.83%	7.59%-9.27%	>	>	<	O	O	>	O	非絕對正向或負向
	第2季	12.77%	12.83%	8.91%	10.34%	10.45%	10.43%	11.23%	7.74%-9.46%	>	>	O	>	>	>	>	非絕對正向或負向
	第3季	10.57%	10.74%	8.11%	9.25%	8.99%	9.94%	9.70%	8.02%-9.8%	>	>	O	O	O	>	O	非絕對正向或負向
	第4季	10.15%	10.69%	8.02%	9.19%	9.04%	10.14%	9.52%	7.85%-9.60%	>	>	O	O	O	>	O	非絕對正向或負向

來文

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 113 年 1 月 30 日

發文字號：(113)全聯醫總北字第 0973 號

速 別：

附 件：「111 年度執行成果評核紀錄」評核委員意見評估回應表

主 旨：檢送「全民健康保險中醫總額支付制度品質確保方案」之
專業醫療服務品質指標本會修正建議，請鑒察。

說 明：

- 一、復大署 113 年 1 月 3 日健保審字第 1120673365 號函。
- 二、有關「全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄」評核委員意見評估回應表，本會回復如附件。
- 三、同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率部分：
 - (一)指標名稱主要意涵：本指標係為監控病人每月接受中醫針傷科大於 20 次處置次數占總針傷科處置次數之比率。
 - (二)為什麼要建立這項指標？本指標用以呈現民眾接受中醫針傷科照護之需求狀況，若針傷科病人每月接受超過 20 次處置之比例過高，則表示病人病情較嚴重或自我照護品質較差，導致病情不穩定，進而醫師需再加強整體性照護及評估，以致需要更多處置。〈指標方向性：負向〉

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

理事長 詹永兆

陳亞其

總收文 113 年 2 月 2 日收到

健保審

中央健康保險署
署 1130051589

「全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄」評核委員意見^註評估回應表

指標項目	評核委員意見	中華民國中醫師公會全國聯合會 專業意見/建議	備註
使用中醫門診之平均中醫就診次數	1. 請檢討各部門總額之專業醫療服務品質指標之參考值是否太寬鬆？ 例如： 正向指標目標值訂為近三年全國平均值*(1-10%)、負向指標目標值訂為近三年全國平均值*(1+10%) 2. 建議針對每項品質指標增加品質意涵解釋。若為正向或負向指標，則其監測值宜搭配設定下限值(正向指標)或上限值(負向指標)。	<input checked="" type="checkbox"/> 以前 5 年同季平均值±10%作為參考值 <input type="checkbox"/> 維持現行(以前 5 年同季平均值±20%作為參考值) 說明(請說明理由)_____ <input type="checkbox"/> 其他調整方式 說明(並請說明理由)_____ _____	指標參考值調整試算如附表 1，111 年調整後參考值為 5.61%~6.86%(以最近 3 年同季平均值±10%計算)，調整後台北、北區及東區監測值低於參考值範圍。
就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率		<input checked="" type="checkbox"/> 以前 5 年同季平均值±10%作為參考值(上限值 0.2%) <input type="checkbox"/> 維持現行(以前 5 年同季平均值±20%作為參考值) 說明(請說明理由)_____ <input type="checkbox"/> 其他調整方式 說明(並請說明理由)_____ _____	指標參考值調整試算如附表 1，111 年調整後參考值為 0.14%(以最近 3 年全國平均值*(1+10%)計算)，調整後中區監測值高於參考值範圍。

指標項目	評核委員意見	中華民國中醫師公會全國聯合會 專業意見/建議	備註
就診中醫門診 後隔日再次就 診中醫之比率		<input checked="" type="checkbox"/> 以前 5 年同季平均值 $\pm 10\%$ 作為參考 值(上限值 0.5%) <input type="checkbox"/> 維持現行(以前 5 年同季平均值 $\pm 20\%$ 作為參考值) 說明(請說明理由)_____ <input type="checkbox"/> 其他調整方式 說明(並請說明理由)_____	指標參考值調整試算如附表 1, 111 年調整後參考值為 0.39%(以最近 3 年全國平均 值 $\times(1+10\%)$ 計算), 調整後中 區及東區監測值高於參考值 範圍。
使用中醫門診 者處方用藥日 數重疊二日以 上之比率		<input checked="" type="checkbox"/> 以前 5 年同季平均值 $\pm 10\%$ 作為參考 值(上限值 0.7%) <input type="checkbox"/> 維持現行(以前 5 年同季平均值 $\pm 20\%$ 作為參考值) 說明(請說明理由)_____ <input type="checkbox"/> 其他調整方式 說明(並請說明理由)_____	指標參考值調整試算如附表 1, 111 年調整後參考值為 0.56%(以最近 3 年全國平均 值 $\times(1+10\%)$ 計算), 調整後中 區監測值高於參考值範圍。

指標項目	評核委員意見	中華民國中醫師公會全國聯合會 專業意見/建議	備註
於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率	<p>1. 請檢討各部門總額之專業醫療服務品質指標之參考值是否太寬鬆？</p> <p>例如：</p> <p>正向指標目標值訂為近三年全國平均值*(1-10%)、負向指標目標值訂為近三年全國平均值*(1+10%)</p> <p>2. 建議針對每項品質指標增加品質意涵解釋。若為正向或負向指標，則其監測值宜搭配設定下限值(正向指標)或上限值(負向指標)。</p> <p>3. 「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」111 年參考值近 0.02%，但實際指標值為 0.004%，請思考此指標是否有持續監測之意義。另請檢討其他指標之適用性及敏感度，是否有調整空間。</p>	<p>■以前 5 年同季平均值±10%作為參考值 (上限值 0.03%)</p> <p>□維持現行(以前 5 年同季平均值±20%作為參考值)，請說明理由</p> <p>□其他調整方式</p> <p>說明(並請說明理由)</p>	指標參考值調整試算如附表 1，111 年調整後參考值為 0.02%(以最近 3 年全國平均值×(1-10%)計算)，調整後各分區監測值仍符合參考值範圍。
健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	<p>1. 有關「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」及「兩年內初診患者比率」2 項指標，中醫部門報告中 111 年全年與年各季之數值不一致，若採 111 年各季之數值判讀，部分分區未在參考值內，宜進行改善。</p> <p>2. 健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率：</p> <p>(1) 健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率僅 76.50%，較 110 年下降，東區僅為 69.98%，宜加強改善。</p>	<p>1. 有關 111 年各季數值部分分區未在參考值內，請就可加強改善之策略提供專業意見請各縣市公會或健保業務組辦理說明會介紹。</p> <p>2. 針對 111 年東區查詢率較低之情形(69.98%)，雖該區尚符合該年度參考值範圍(≥68.23%)，仍請就該區</p>	<p>1. 依據本指標操作型定義：</p> <p>分子：中醫門診病人查詢健保醫療資訊雲端查詢系統人數</p> <p>分母：中醫門診病人數</p> <p>人數以身分證號+出生年月日歸戶後計算，同維</p>

指標項目	評核委員意見	中華民國中醫師公會全國聯合會 專業意見/建議	備註
	<p>(2) 隨著中醫服務走入社區、與其他醫療團隊共同照護病人，了解病人整體用藥情況及檢驗檢查數值，應有助於提升照護品質，宜提高雲端醫療資訊系統查詢率之參考值</p> <p>3. 建議針對每項品質指標增加品質意涵解釋。若為正向或負向指標，則其監測值宜搭配設定下限值(正向指標)或上限值(負向指標)。</p>	<p>查詢率較低之原因及可加強改善之策略提供專業意見：請健保東區業務組辦理說明會介紹。</p> <p>3. 並請就指標之參考值修訂提供專業意見。</p> <p><input type="checkbox"/> 以前 3 年同季平均值-5%作為參考值(考量該指標為正向指標，搭配設定下限值)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 維持現行(以前 3 年同季平均值±10%作為參考值)，請說明理由部分中醫師對電腦使用並不熟悉，先暫時維持現行指標</p> <p><input type="checkbox"/> 其他調整方式</p> <p>說明(並請說明理由)_____</p>	<p>度下若有多筆視為 1 筆，故全年與各季數值可能不一致。</p> <p>2. 本指標 111 年各季及各分區數值彙整如附表 2。</p> <p>3. 指標參考值調整試算如附表 1，111 年調整後參考值為 72.02%(以最近 3 年全國平均值×(1-10%)計算)，調整後台北、東區監測值低於參考值範圍。</p>
兩年內初診患者人數比率	有關「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」及「兩年內初診患者比率」2 項指標，中醫部門報告中 111 年全年與各季之數值不一致，若採 111 年各季之數值判讀，部分分區未在參考值內，宜進行改善。	<p>有關 111 年各季數值部分分區未在參考值內，請就可加強改善之策略提供專業意見。</p> <p>初診患者為患者主動至中醫院所看診，本會將以宣傳中醫的特色及療效，吸引對民眾的目光，增加中醫的使用人口。</p>	<p>1. 依據本指標操作型定義： 分子：分母病患二年內未到中醫院所就診人數 分母：統計期間中醫門診就診總人數 人數以 ID+生日歸戶計算，故全年與各季數值可能不一致。</p> <p>2. 本指標 111 年各季及各分區數值彙整如附表 2。</p>

指標項目	評核委員意見	中華民國中醫師公會全國聯合會 專業意見/建議	備註
	專業醫療服務品質指標監測：現行中醫專業醫療服務品質及品質保證保留款實施方案之監測指標，主要為醫療利用面之過程面(Process)指標，建議逐年增列照護結果及醫療品質之結果面(Outcome)指標。	請研議新增醫療品質結果面之指標，並提供其操作型定義。 若無新增結果面指標之建議，請說明理由；因品質方面結果面的指標不易呈現，已請專家學者協助提供建議。	
			如有其他實務觀察符合民眾需求指標新增或現行指標增修（請提供其操作型定義）、刪除之建議，併請提供。

註：

1. 全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄/附件二/對健保署及其他預算之建議/評核建議/一、對健保署之重點建議/(四)對專業審查及相關管理措施之建議
2. 全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄/附件六/對中醫門診總額之建議/評核重點建議/四、專業醫療服務品質指標監測
3. 全民健康保險會各總額部門 111 年度執行成果評核紀錄/附件六/對中醫門診總額之建議/評核建議/二、一般服務項目執行績效/(三)專業醫療服務品質之確保與提升/1.專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施

附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)

修正如畫底線及刪除線

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 點值					
每點支付金額改變率	每季	±10%	資料分析	保險人	【(每季分配總額/每季審核後之總點數)-1】×100%
2. 保險對象就醫調查					
保險對象就醫調查	每年	每年於評核會議報告前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註：105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為中醫門診總額實施前一次、實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
民眾申訴檢舉成案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	保險人	當年度民眾申訴檢舉成案件數。
3. 專業醫療服務品質					
就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率	每季	參考值：以前 5 年同季平均值 ±10% ±20% 。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6)

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>(2)預防保健(案件分類A3)</p> <p>(3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30)</p> <p>(4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5)</p> <p>(5)中醫專款專用：符合下列任一條件：</p> <p>A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。</p> <p>B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)、JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)。</p> <p>C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。</p> <p>(6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)</p> <p>2. 公式說明：</p> <p>分子：按各區、病人ID、就醫日期歸戶，計算就診2次(含)以上之筆數。</p> <p>分母：按各區、病人ID、就醫日期歸戶之筆數。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p>
使用中醫門診者處方用	每季	參考值：以前5年同季平均值 <u>±10%</u> <u>±20%</u> 。	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：所有屬中醫總額之門診給藥小於等於7日案件，排除如下案件：</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
藥日數重疊二日以上之比率					<p>(1)職業災害(案件分類B6)</p> <p>(2)預防保健(案件分類A3)</p> <p>(3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30)</p> <p>(4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5)</p> <p>(5)中醫專款專用：符合下列任一條件：</p> <p>A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。</p> <p>B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)、JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)。</p> <p>C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。</p> <p>(6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)</p> <p>(7)中醫針灸傷科及脫臼整復(案件分類29)</p> <p>2. 公式說明：</p> <p>分子：按各區及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為 1 日之重複日數。</p> <p>分母：各區給藥案件之給藥日份加總。</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					※給藥案件係藥費不為0，或給藥天數不為0。 3. 指標計算：分子 / 分母。
使用中醫門診者之平均中醫就診次數	每季	參考值：以前5年同季平均值 ±10% ±20% 。	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：中醫門診總額診察費大於0且排除如下案件：</p> <p>(1)職業災害(案件分類B6)</p> <p>(2)預防保健(案件分類A3)</p> <p>(3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30)</p> <p>(4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5)</p> <p>(5)中醫專款專用：符合下列任一條件：</p> <p>A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)</p> <p>B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)、JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)。</p> <p>C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。</p> <p>(6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。</p> <p>2. 公式說明：</p> <p>分子：各區中醫門診總額就診案件數。</p> <p>分母：各區中醫門診總額就診人數。</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率	每季	參考值：以前5年同季平均值 <u>±10% ±20%</u> 。	資料分析	保險人	<p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p> <p>1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件，排除如下案件：</p> <p>(1)職業災害(案件分類B6)</p> <p>(2)預防保健(案件分類A3)</p> <p>(3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30)</p> <p>(4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5)</p> <p>(5)中醫專款專用：符合下列任一條件：</p> <p>A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)</p> <p>B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)、JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)。</p> <p>C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。</p> <p>(6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。</p> <p>2. 公式說明：</p> <p>分子：按各區、病人ID歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					分母：各區申報總件數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率	自 97 年第 3 季起每季	參考值：以前 5 年同季平均值 <u>±10%</u> <u>±20%</u> 。	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：中醫門診總額針傷科案件排除如下案件：</p> <p>(1)職業災害(案件分類B6)</p> <p>(2)預防保健(案件分類A3)</p> <p>(3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30)</p> <p>(4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5)</p> <p>(5)中醫專款專用：符合下列任一條件：</p> <p>A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案) (中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)</p> <p>B. 案件分類：22且特定治療項目 (一) 為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR (支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU (攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY (口腔癌中醫門診加強照護計畫)、JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)。</p> <p>C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。</p> <p>(6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。</p> <p>2. 公式說明：</p> <p>分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費超過 20 次以上次數之總和。</p>

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					<p>分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。</p> <p>※中醫針傷科醫令代碼：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94、D01、D02、D03、D04、D05、D06、D07、D08、E01、E02、E03、E04、E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。(排除醫令點數=0之案件)。</p> <p>※例如院所該月份同一患者申報針灸、傷科處置費21次，分子以21-20=1計，以此類推。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p>
中醫醫療院所加強感染控制執行率	每季	96 年重新審查認證第一季參考值合格率为 75%。 96 年重新審查認證第三季起參考值合格率为 80%。	資料分析	受託單位	<p>1. 公式說明： 分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季合格機構數。 分母：中醫門診特約醫療院所數(該季最後一個月院所數)。</p> <p>2. 指標計算：分子/分母。</p>
中醫醫療院	每季累算	抽審合格率为 85%	資料分析	受託	1. 公式說明：

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
所加強感染控制合格率				單位	分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查合格院所數。 分母：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查院所數。 2. 指標計算：分子/分母。
健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 資料排除法定傳染病通報且隔離案件(案件分類 C5)。 2. 公式說明： 分子：中醫健保醫療資訊雲端查詢系統查詢人數 分母：中醫門診病人數 3. 指標計算：分子/分母。
兩年內初診患者人數比率	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：同一患者二年內（費用年月相減）未到中醫院所看診人數。 分母：統計期間看診中醫門診總人數。 2. 指標計算：分子/分母。
4. 其他醫療服務品質（中長程指標）					
符合針灸治療規範比率	每季	≥前一年同期符合針灸治療規範比率	資料分析	受託單位	符合針灸治療規範人次/實際接受針灸治療人次（參考值啟用第一年各季，均以 91 年 7-9 月為基期）
符合傷科治療規範比率	每季	≥前一年同期符合傷科治療規範比率	資料分析	受託單位	符合傷科治療規範人次/實際接受傷科治療人次（參考值啟用第一年各季，均以 91 年 7-9 月為基期）

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：有關中醫支付標準第五章條文是否修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 53 次會議決議辦理。
- 二、中醫審查醫師反應，部分院所在中、高度複雜性傷科中未填「傷科手法」被核扣，申復理由：「支付標準只在一般傷科上才有備註，顯示中、高度複雜性傷科並不一定要填寫。」及審查醫藥專家以依支付標準規定：「標準作業程序」傷科需要寫四診八綱辨證（合理學檢查）做為核減的依據。
- 三、拔罐是中醫常用的治療手法，建議在傷科處置傷科手法加上「拔罐」的文字。
- 四、為減少爭議及符合中醫看診樣貌，將一般傷科註 1 移至通則，建議做條文文字修正。
- 五、將一般傷科註 1 移至通則，並做文字修正：

原條文(刪除)	新增條文
註： 1. 標準作業程序 (1)四診八綱辨證(合理學檢查)。 (2)診斷。 (3)傷科處置：傷科手法〔理筋手法（推、拿、揉、滾、按及其他方式）、正骨八法（摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其他方式）〕、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定及其他各類傷科處置。	第五章 通則五：「標準作業程序：(1)診斷（四診八綱辨證或理學檢查或症狀描述）(2)傷科處置：傷科手法〔理筋手法（推、拿、揉、滾、按及其他方式）、正骨八法（摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其他方式）〕、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定、 <u>拔罐</u> 及其他各類傷科處置。」

健保署意見：

- 一、有關建議「標準作業程序」自 E01/E02「一般傷科」支付規範之註 1 移列通則一節：
 - (一) 查「標準作業程序」前經 111 年 2 月 24 日 111 年第 1 次本會議決議修正為：(1)「四診八綱辨證（合理學檢查）」。(2)診斷。(3)傷科處置：傷科手法〔理筋手法（推、拿、揉、滾、按等）、正骨八法（摸、接、端、提、按、摩、推、拿

等)」、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定等各類傷科處置」。

(二) 中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)考量本項

「標準作業程序」原僅列於「一般傷科」診療項目，但「中、高度複雜性傷科」並未加註，致未申報傷科手法，造成審查爭議，建議移列通則。

(三) 為降低審查爭議，爰同意該會建議，俾使該章節所有傷科項目共同適用「標準作業程序」。

二、有關建議「標準作業程序」之傷科處置增列「拔罐」一節：

(一) 查支付標準 E03/E04/E13/E14「中度複雜性傷科」之通則 2(1)及 E05-E12「高度複雜性傷科」之通則 3 規定，須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。

(二) 中全會表示「拔罐」是中醫常用治療手法，建議納入「標準作業程序」；又本署考量「拔罐」現已列為「中、高度複雜性傷科」輔助治療之一，且輔助治療非僅「拔罐」一項，爰為符合傷科診療項目支付衡平性，故請中全會說明輔助治療與傷科處置內涵之差異或建議於 E01/E02「一般傷科」支付規範增訂適當輔助治療之項目(如：拔罐)。

三、檢附現行支付標準第四部第五章傷科治療處置費(附件1，頁次2-3頁)。

擬辦：修訂後支付標準如附件2，本案如經同意，將提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告。

決議：

第四部 中 醫

第五章 傷科治療處置費

通則：

- 一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。
- 二、本章治療處置費用均內含材料費。
- 三、複雜性傷科之審查：
 - (一)病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。
 - (二)抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.5.1 至表 4.5.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。
- 四、未滿七歲兒童執行傷科治療處置得同時申報 E90，同一療程以申報一次為限。

編號	診療項目	支付點數
E01	一般傷科	
	— 另開內服藥	227
E02	— 未開內服藥	227
	註：	
	1.標準作業程序	
	(1)四診八綱辨證（含理學檢查）。	
	(2)診斷。	
	(3)傷科處置：傷科手法〔理筋手法（推、拿、揉、滾、按及其他方式）、正骨八法（摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其他方式）〕、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定及其他各類傷科處置。	
	2.適應症	
	(1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。	
	(2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。	
	(3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩(凝肩)等。	

編號	診療項目	支付點數
	<p>中度複雜性傷科</p> <p>通則：</p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)附表 4.5.1 所列疾病。</p> <p>(2)無附表 4.5.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。</p> <p>(2)治療時間合計十分鐘以上。</p> <p>(3)療程第二次-第六次以一般傷科(E01、E02)、一般針灸(D01、D02)、電針治療(D03、D04)、一般針灸合併一般傷科(F01、F02)、電針合併一般傷科(F18、F19)申報。</p> <p>(4)不分療程(E13、E14)：</p> <p>A.限「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務計畫(案件分類=25、特定治療項目代碼(一)=C6)及「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(案件分類=22、特定治療項目代碼(一)=JR)申報。</p> <p>B.前開計畫執行院所申報本項費用時，不得申報「一般傷科(E01、E02)」或「中度複雜性傷科-療程第一次(E03、E04)」。</p>	
E03	療程第一次	
	—另開內服藥	427
E04	—未開內服藥	427
	不分療程	
E13	—另開內服藥	327
E14	—未開內服藥	327

編號	診療項目	支付點數
	<p>高度複雜性傷科一起始次</p> <p>通則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.起始次治療處置：係指該病人受傷部位初次到醫療院所做之治療處置。 2.後續治療處置以一般傷科(E01、E02)、一般針灸(D01、D02)、電針治療(D03、D04)、一般針灸合併一般傷科(F01、F02)、電針合併一般傷科(F18、F19)申報，但「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務計畫(案件分類=25、特定治療項目代碼(一)=C6)及「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(案件分類=22、特定治療項目代碼(一)=JR)，則以不分療程(E13、E14)申報。 3.須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。 4.治療時間合計二十分鐘以上。 5.同一院所同一病人申報第二次「高度複雜性傷科一起始次」須為新發生損傷案件並載明發生原因及時間，並加強審查。 6.同一院所對同一病人再次受傷之申報頻率限制： <ol style="list-style-type: none"> (1)不同部位：每三個月限申報一次。 (2)同一部位：每六個月限申報一次。 7.申報時須註明傷科部位：頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、右踝、右膝、右大腿、右小腿。 	
E05	1.多部位損傷一起始次	
E06	—另開內服藥	877
E06	—未開內服藥	877
	註：適應症詳附表 4.5.2。	
E07	2.中度複雜性傷科合併特殊疾病一起始次	
E08	—另開內服藥	877
E08	—未開內服藥	877
	註：適應症為中度複雜性傷科適應症(附表 4.5.1)且合併有特殊疾病(附表 4.4.2)。	
E09	3.脫臼整復復位一起始次	
E10	—另開內服藥	1177
E10	—未開內服藥	1177
	註：	
	1.適應症詳附表 4.5.3。	
	2.起始次定義含再次復位。	

編號	診療項目	支付點數
E11	4.骨折復位一起始次 —另開內服藥	1277
E12	—未開內服藥 註： 1.適應症詳附表 4.5.4。 2.起始次定義含再次接骨。	1277
E90	未滿七歲兒童傷科治療處置費加計 註： 1.須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。 2.治療時間合計十分鐘以上。	200

第四部中 醫 第五章傷科治療處置費 修正草案 對照表

現行條文			修正草案		
<p>通則：</p> <p>一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。</p> <p>二、本章治療處置費用均內含材料費。</p> <p>三、複雜性傷科之審查：</p> <p>(一)病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。</p> <p>(二)抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.5.1 至表 4.5.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。</p> <p>四、未滿七歲兒童執行傷科治療處置得同時申報 E90，同一療程以申報一次為限。</p>			<p>通則：</p> <p>一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。</p> <p>二、本章治療處置費用均內含材料費。</p> <p>三、複雜性傷科之審查：</p> <p>(一)病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。</p> <p>(二)抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.5.1 至表 4.5.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。</p> <p>四、未滿七歲兒童執行傷科治療處置得同時申報 E90，同一療程以申報一次為限。</p> <p><u>五、標準作業程序：</u></p> <p><u>(一)診斷（四診八綱辨證或理學檢查或症狀描述）。</u></p> <p><u>(二)傷科處置：傷科手法〔理筋手法（推、拿、揉、滾、按及其他方式）、正骨八法（摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其他方式）〕、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定及其他各類傷科處置。</u></p>		
編 號	診療項目	支付 點數	編 號	診療項目	支付 點數
E01	一般傷科		E01	一般傷科	
	一另開內服藥	227		一另開內服藥	227
E02	一未開內服藥	227	E02	一未開內服藥	227
	<p>註：</p> <p>1.標準作業程序</p> <p>(1)四診八綱辨證(含理學檢查)。</p> <p>(2)診斷。</p> <p>(3)傷科處置：傷科手法〔理筋手法（推、拿、揉、滾、按及其</p>			<p>註：</p> <p>1.標準作業程序</p> <p>(1)四診八綱辨證(含理學檢查)。</p> <p>(2)診斷。</p> <p>(3)傷科處置：傷科手法〔理筋手法（推、拿、揉、滾、按及其他</p>	

現行條文			修正草案		
	<p>他方式)、正骨八法(摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其他方式))、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定及其他各類傷科處置。</p> <p>2.適應症</p> <p>(1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。</p> <p>(2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。</p> <p>(3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩(凝肩)等。</p>			<p>方式)、正骨八法(摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其他方式))、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定及其他各類傷科處置。</p> <p><u>2</u>.適應症</p> <p>(1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。</p> <p>(2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。</p> <p>(3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩(凝肩)等。</p>	

討論事項第三案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：建議修訂支付標準第四部第四章針灸治療處置費輔助治療
項目案，提請討論。

說明：

- 一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 53 次會議決議辦理。
- 二、眼部特殊針灸為輔助治療，造成審查醫藥專家以穴位不在眼部為的理由進行核刪，造成院所困擾，建議刪除。
- 三、建議修正條文對照表如下：

項次	修正條文	原條文
第四章 中度複雜性針灸(D05、D06) 高度複雜性針灸(D07、D08) 註：	2. 支付規範： (2)須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH05 放血治療、CH06 艾灸治療或 CH07 眼部特殊針灸 。	2. 支付規範： (2)須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH05 放血治療、CH06 艾灸治療或 CH07 眼部特殊針灸。

本署意見：

- 一、有關本案所涉針灸治療處置屬輔助治療項目，經查 109 年 11 月 19 日 109 年第 4 次本會議，就 110 年度中醫總額協定一般服務編列「中醫針灸處置品質提升」1.81 億元，並依據該年度總額公告協定之預期效益評估指標「新增原自費項目，眼部特殊針灸，納入健保給付」及「新增原自費之輔助治療項目，納入健保給付」(附件 1，頁次討 3-3 頁)，除調升「中度複雜性針灸」20 點及「高度複雜性針灸」120 點，又增訂現行 D05/D06「中度複雜性針灸」及 D07/D08「高度複雜性針灸」之支付規範為「須合併以下任一輔助治療〔如：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸〕」，經討論通過並依支付標準修訂程序於 110 年 3 月 1 日公告在案。
- 二、另查為符合前開輔助治療之支付規範，前於 111 年 2 月 24 日

111 年第 1 次本會議增訂合併輔助治療虛擬醫令(如：CH01-CH10，其中眼部特殊針灸為 CH07)，供院所依實際情形申報。

三、111 年執行 D05/D06/D07/D08「中、高度複雜性針灸」併報輔助治療醫令 CH07 之案件有 18.4 千件。(112 年資料後補)

四、檢附現行支付標準第四部第四章針灸治療處置費(附件 2，頁次討 3-4 頁)。

擬辦：中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)建議核刪之眼部特殊針灸，係屬 110 年健保會總額協定事項，本署考量因屬限縮給付，爰建議由中全會提案至健保會討論會議，本署據以辦理。

決議：

表 2 110 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		3.089%	817.5	1.計算公式： 醫療服務成本及人口因素成 長率=[(1+人口結構改變率+ 醫療服務成本指數改變 率)×(1+投保人口預估成長 率)]-1。 2.醫療服務成本指數改變率所 增加之預算： 請中央健康保險署整體評估 醫療服務之支付標準，朝成 本結構相對合理之方向調 整，並於110年7月底前提 報執行結果(含調整項目及 申報增加點數)。
投保人口預估成長 率		0.204%		
人口結構改變率		1.006%		
醫療服務成本指數 改變率		1.873%		
協商因素成長率		1.171%	310.0	請於110年7月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前1年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	中醫針灸處 置品質提升 (110年新增 項目)	0.684%	181.0	1.執行目標：提升中醫針灸處 置照護品質。 預期效益之評估指標： (1)新增原自費項目，眼部特 殊針灸，納入健保給 付。 (2)新增原自費之輔助治療項 目，納入健保給付。 2.本項應以新增複雜性疾病特 殊針灸治療及協同輔助治療 項目為優先考量，請中央健康 保險署會同中醫門診總額 相關團體，於109年12月底 前提出具體實施方案(含分 類標準、醫療服務內容及確 保品質之標準作業程序)， 並提報全民健康保險會核 備。

第四部 中 醫

第四章 針灸治療處置費

通則：

一、本章治療處置費用均內含材料費。

二、複雜性針灸治療之審查：抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.1、附表 4.4.2 及附表 4.4.3 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

編號	診療項目	支付點數
D01	一般針灸	227
D02	—另開內服藥	227
D03	—未開內服藥	227
D04	電針治療	227
D05	—另開內服藥	227
D06	—未開內服藥	227
D05	中度複雜性針灸	327
D06	—另開內服藥	327
D06	—未開內服藥	327
	註：	
	1.適應症：	
	(1)附表 4.4.1 所列疾病。	
	(2)無附表 4.4.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。	
	2.支付規範：	
	(1)須針灸下列二個以上部位：頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、右踝、右膝、右大腿、右小腿。	
	(2)須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH05 放血治療、CH06 艾灸治療或 CH07 眼部特殊針灸。	
	(3)治療時間合計十分鐘以上。	
D07	高度複雜性針灸	427
D08	—另開內服藥	427
D08	—未開內服藥	427
	註：	
	1.適應症：	
	(1)附表 4.4.3 所列疾病。	
	(2)中度複雜性針灸適應症(附表 4.4.1)合併有附表 4.4.2 特殊疾病。	
	2.支付規範：	
	(1)須針灸下列二個以上部位：頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、右踝、右膝、右大腿、右小腿。	
	(2)須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH05 放血治療、CH06 艾灸治療或 CH07 眼部特殊針灸。	
	(3)治療時間合計二十分鐘以上。	

討論事項第四案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：考量患者實際病況，醫師得依專業調整處置方式，建議刪除同療程維持同一複雜度相關規定案，提請討論。

說明：

- 一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 53 次會議決議辦理。
- 二、臨床上，同療程內患者病況可能不穩定，應依照患者實際病況及醫師專業判斷調整處置方式，在病歷詳實書寫且核實申報，符合醫療常規未虛報、浮報的前提下，不應片面以同療程應維持同一複雜度之規定去限制；如在腳挫傷治療療程中，第二次處置時，病人告知有甲狀腺炎(E06)，符合中度針灸、傷科複雜度治療，應可以變更中度複雜度治療申報。
- 三、建議刪除支付標準第四部第六章：「六、同一療程案件，以療程第一次（起始次）申報之針灸合併傷科複雜度為主，療程第二次至第六次（後續治療）僅執行針灸或傷科單一治療處置者，應以本部第四章及第五章同一複雜度（或一般）之針灸或傷科規範申報。」及衍生之「中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範問答輯（健保醫字第 1120661186 號函）」。

健保署意見：

- 一、有關支付標準第四部第六章通則六「同一療程案件，以療程第一次（起始次）申報之針灸合併傷科複雜度為主，療程第二次至第六次（後續治療）僅執行針灸或傷科單一治療處置者，應以本部第四章及第五章同一複雜度（或一般）之針灸或傷科規範申報」係配合 110 年修訂針灸、傷科、針傷合併等項目後，因應執行面訂定之後續規範：
 - (一)110年修訂針灸、傷科及針傷合併項目：
 1. 查110年中醫門診總額預算協定「中醫針灸處置品質提升」1.81億元及「中醫傷科處置品質提升」1.53億元，執行目標為提升中醫針灸、傷科處置照護品質。
 2. 案經中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)提案建

議，經109年第4次中醫研商會議通過，依支付標準修訂程序於110年3月1日公告實施，重點如下：

- (1) 針灸:原複雜性針灸，依適應症及治療時間區分為中度、高度複雜性針灸，調升支付點數20、120點。
- (2) 傷科:將第六章脫臼整復項目整併於傷科治療、依適應症及治療時間區分為為中度、高度複雜性傷科、增訂前述傷科療程起始次及第2~6次以一般傷科申報、調升支付點數120-800點。
- (3) 針傷合併:比照前開適應症及治療方式增修訂，調升支付點數120-800點。

3. 考量前開修訂之適應症、治療時間等規範相對複雜，為簡化行政檢核作業，爰以資訊輔助檢核及改支醫令處理方式，並請中全會確認，提110年第3次中醫研商會議通過在案。

(二) 中全會考量「中度複雜性傷科-療程起始次」限定第2~6次以一般傷科申報，未符臨床需求，建議放寬至針灸部分(含一般針灸、電針及前開合併一般傷科)，並為有效管理「中度複雜性傷科-療程起始次」增訂第二次執行相關規範，經提111年第1次中醫研商會議討論同意，並依支付標準修訂程序於111年6月1日公告實施。

(三) 因院所反映同一療程案件，倘適應症等均符合支付標準所訂規範，其後續治療(第2-6次)有申報跨章節或同章節但不同複雜性針傷處置等相關疑義，經提111年第4次中醫研商會議討論，決議於第六章針傷合併新增通則六並請本署製作 QA，前述支付標準修訂業於112年3月1日公告實施，另 QA 於同年5月15日公告至本署全球資訊網並函請各分區業務組轉知轄區院所。

二、 綜上，考量本案通則六之訂定緣起，係配合 110 年中醫總額協定經費調整針、傷支付標準及因應院所執行疑義所訂後續規範，亦經本會議充分討論在案，爰建議維持現行方式；另考量中度、高度複雜性針灸或傷科處置等不同治療方式已訂定適應症範圍，爰院所提供病人起始次服務，宜整體評估病人病情與治療計畫。

三、 檢附現行支付標準第四部第四章針灸治療處置費至第六章針灸合併傷科治療處置費(附件 1，頁次討 4-4~4-15)及問答輯(附件

2，頁次討 4-16～4-21)。

決議：

第四部 中 醫

通則：

一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、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、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

(一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：

1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*二十三日)】

2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為五十人(含)以下，申報編號 A82、A83、A41、A84、A85、A42。

3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出五十人以上，申報編號 A86、A87、A43、A88、A89、A44。

(二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。

(三)合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

三、針灸、傷科及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸及傷科如同時治療處置，應申報本部第六章針灸合併傷科治療處置費之診療項目。

四、針灸、傷科需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。

五、平均每位專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量：

(一)中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量限六十人次以內：

1.計算方式：

(1)公式：專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量＝當月針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置總人次／當月總看診日數。

(2)每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「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、

山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。

2. 支付方式：

(1) 申報量在三十人次以下部分，按表訂點數支付。

(2) 申報量在三十一至六十人次之部分，未開內服藥之針灸治療(編號D02、D04、D06、D08)、一般傷科治療(編號E02)、針灸合併一般傷科治療(F02、F36、F53)、電針合併一般傷科治療(F19)以九折支付，其餘項目按表定點數支付。

(3) 申報量在六十一人次以上之部分，第四章至第六章各診療項目支付點數以零計。

(二) 除前項每看診日平均申報量上限六十人次以內，另依下列規範第四章針灸治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置之每月申報上限：

1. 其中內含中度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51。

2. 其中內含高度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。

3. 超過部分改以內含一般針灸醫令計算，包括編號：D01、D02、D03、D04、F01、F02、F04、F05、F07、F08、F10、F11、F13、F14、F16、F17、F18、F19、F21、F22、F24、F25、F27、F28、F30、F31、F33、F34。

六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分以五折支付。包括編號：D01、D03、D05、D07、E01、E03、E05、E07、E09、E11、F01、F04、F07、F10、F13、F16、F18、F21、F24、F27、F30、F33、F35、F38、F41、F44、F47、F50、F52、F55、F58、F61、F64、F67。。

七、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報第六章針灸合併傷科治療處置費上限為八十人次，超出八十人次部分以五折支付。

八、中醫醫療院所專任醫師於產假期間全月未看診，支援醫師得以該全月未看診之專任醫師數，依合理量規定申報該月份門診診察費及針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。

九、未滿四歲兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第四章 針灸治療處置費

通則：

一、本章治療處置費用均內含材料費。

二、複雜性針灸治療之審查：抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.1、附表 4.4.2 及附表 4.4.3 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

編號	診療項目	支付點數
D01	一般針灸	
D02	—另開內服藥	227
	—未開內服藥	227
D03	電針治療	
D04	—另開內服藥	227
	—未開內服藥	227
D05	中度複雜性針灸	
D06	—另開內服藥	327
	—未開內服藥	327
	註： 1.適應症： (1)附表 4.4.1 所列疾病。 (2)無附表 4.4.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。 2.支付規範： (1)須針灸下列二個以上部位：頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、右踝、右膝、右大腿、右小腿。 (2)須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH05 放血治療、CH06 艾灸治療或 CH07 眼部特殊針灸。 (3)治療時間合計十分鐘以上。	
D07	高度複雜性針灸	
D08	—另開內服藥	427
	—未開內服藥	427
	註： 1.適應症： (1)附表 4.4.3 所列疾病。 (2)中度複雜性針灸適應症(附表 4.4.1)合併有附表 4.4.2 特殊疾病。 2.支付規範： (1)須針灸下列二個以上部位：頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、右踝、右膝、右大腿、右小腿。	

	<p>(2)須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH05 放血治療、CH06 艾灸治療或 CH07 眼部特殊針灸。</p> <p>(3)治療時間合計二十分鐘以上。</p>	
--	---	--

第五章 傷科治療處置費

通則：

一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

二、本章治療處置費用均內含材料費。

三、複雜性傷科之審查：

(一)病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。

(二)抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.5.1 至表 4.5.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

四、未滿七歲兒童執行傷科治療處置得同時申報 E90，同一療程以申報一次為限。

編號	診療項目	支付點數
E01	一般傷科	
	— 另開內服藥	227
E02	— 未開內服藥	227
	註：	
	1.標準作業程序	
	(1)四診八綱辨證（含理學檢查）。	
	(2)診斷。	
	(3)傷科處置：傷科手法〔理筋手法（推、拿、揉、滾、按及其 他方式）、正骨八法（摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其 他方式）〕、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定及其他各類傷科 處置。	
	2.適應症	
	(1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。	
	(2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。	
	(3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、 痛風、冰凍肩(凝肩)等。	
	中度複雜性傷科	
	通則：	
	1.適應症：	
	(1)附表 4.5.1 所列疾病。	
	(2)無附表 4.5.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。	
	2.支付規範：	
	(1)須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、 CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。	
	(2)治療時間合計十分鐘以上。	
	(3)療程第二次-第六次以一般傷科(E01、E02)、一般針灸（D01、 D02）、電針治療（D03、D04）、一般針灸合併一般傷科（F01、 F02）、電針合併一般傷科（F18、F19）申報。	

編號	診療項目	支付點數
	(4)不分療程 (E13、E14)： A.限「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務計畫(案件分類=25、特定治療項目代碼(一)=C6)及「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(案件分類=22、特定治療項目代碼(一)=JR)申報。	
E03	B.前開計畫執行院所申報本項費用時，不得申報「一般傷科(E01、E02)」或「中度複雜性傷科-療程第一次(E03、E04)」。	
E04	療程第一次 —另開內服藥	427
	—未開內服藥	427
E13	不分療程 —另開內服藥	327
E14	—未開內服藥	327
	高度複雜性傷科一起始次 通則： 1.起始次治療處置：係指該病人受傷部位初次到醫療院所做之治療處置。 2.後續治療處置以一般傷科(E01、E02)、一般針灸(D01、D02)、電針治療(D03、D04)、一般針灸合併一般傷科(F01、F02)、電針合併一般傷科(F18、F19)申報，但「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務計畫(案件分類=25、特定治療項目代碼(一)=C6)及「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(案件分類=22、特定治療項目代碼(一)=JR)，則以不分療程(E13、E14)申報。 3.須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。 4.治療時間合計二十分鐘以上。 5.同一院所同一病人申報第二次「高度複雜性傷科一起始次」須為新發生損傷案件並載明發生原因及時間，並加強審查。 6.同一院所對同一病人再次受傷之申報頻率限制： (1)不同部位：每三個月限申報一次。 (2)同一部位：每六個月限申報一次。 7.申報時須註明傷科部位：頭、頸、前軀幹、後軀幹、背、腰、股、左上肢、左指、左腕、左肘、左上臂、左下臂、左肩、右上肢、右指、右腕、右肘、右上臂、右下臂、右肩、左下肢、左趾、左踝、左膝、左大腿、左小腿、右下肢、右趾、右踝、右膝、右大腿、右小腿。	
	1.多部位損傷一起始次	

編號	診療項目	支付點數
E05	— 另開內服藥	877
E06	— 未開內服藥 註：適應症詳附表 4.5.2。	877
E07	2. 中度複雜性傷科合併特殊疾病一起始次 — 另開內服藥	877
E08	— 未開內服藥 註：適應症為中度複雜性傷科適應症(附表 4.5.1)且合併有特殊疾病(附表 4.4.2)。	877
E09	3. 脫臼整復復位一起始次 — 另開內服藥	1177
E10	— 未開內服藥 註： 1. 適應症詳附表 4.5.3。 2. 起始次定義含再次復位。	1177
E11	4. 骨折復位一起始次 — 另開內服藥	1277
E12	— 未開內服藥 註： 1. 適應症詳附表 4.5.4。 2. 起始次定義含再次接骨。	1277
E90	未滿七歲兒童傷科治療處置費加計 註： 1. 須合併以下任一輔助治療：CH01 拔罐治療、CH02 刮痧治療、CH03 熱療(含紅外線治療)、CH04 電療、CH08 藥薰治療、CH09 膏布治療或 CH10 夾板固定治療。 2. 治療時間合計十分鐘以上。	200

第六章 針灸合併傷科治療處置費

通則：

- 一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。
- 二、本章各診療項目適用其內含單項針灸或傷科診療項目於第四章、第五章所列各項規範。
- 三、本章治療處置費用均內含材料費。
- 四、本章所列不分療程（F69、F70、F73、F74、F77、F78、F81、F82）及針灸(電針)合併高度複雜性傷科後續治療（F71、F72、F75、F76、F79、F80、F83、F84）限「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之巡迴醫療服務計畫(案件分類=25、特定治療項目代碼(一)=C6)及「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(案件分類=22、特定治療項目代碼(一)=JR)申報。
- 五、未滿七歲兒童執行傷科治療處置得同時申報 E90，同一療程以申報一次為限。
- 六、同一療程案件，以療程第一次（起始次）申報之針灸合併傷科複雜度為主，療程第二次至第六次（後續治療）僅執行針灸或傷科單一治療處置者，應以本部第四章及第五章同一複雜度（或一般）之針灸或傷科規範申報。

編號	診療項目	支付點數
F01	一般針灸合併一般傷科	
	--另開內服藥	454
F02	--未開內服藥	454
	一般針灸合併中度複雜性傷科	
F03	--療程第一次	654
F04	--療程第二至六次—另開內服藥	454
F05	--療程第二至六次—未開內服藥	454
F69	--不分療程—另開內服藥	554
F70	--不分療程—未開內服藥	554
	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)	
F06	--起始次	1104
F07	--後續治療—另開內服藥	454
F08	--後續治療—未開內服藥	454
	一般針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病)	

編號	診療項目	支付點數
F09	--起始次	1104
F10	--後續治療—另開內服藥	454
F11	--後續治療—未開內服藥	454
	一般針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼)	
F12	--起始次	1404
F13	--後續治療—另開內服藥	454
F14	--後續治療—未開內服藥	454
	一般針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折)	
F15	--起始次	1504
F16	--後續治療—另開內服藥	454
F17	--後續治療—未開內服藥	454
	一般針灸合併高度複雜性傷科	
F71	--後續治療—另開內服藥	554
F72	--後續治療—未開內服藥	554
	電針合併一般傷科	
F18	--另開內服藥	454
F19	--未開內服藥	454
	電針合併中度複雜性傷科	
F20	--療程第一次	654
F21	--療程第二至六次—另開內服藥	454
F22	--療程第二至六次—未開內服藥	454
F73	--不分療程—另開內服藥	554
F74	--不分療程—未開內服藥	554
	電針合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)	
F23	--起始次處置治療	1104
F24	--後續治療—另開內服藥	454

編號	診療項目	支付點數
F25	--後續治療—未開內服藥	454
	電針合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病)	
F26	--起始次	1104
F27	--後續治療—另開內服藥	454
F28	--後續治療—未開內服藥	454
	電針合併高度複雜性傷科(3.脫臼)	
F29	--起始次	1404
F30	--後續治療—另開內服藥	454
F31	--後續治療—未開內服藥	454
	電針合併高度複雜性傷科(4.骨折)	
F32	--起始次	1504
F33	--後續治療—另開內服藥	454
F34	--後續治療—未開內服藥	454
	電針合併高度複雜性傷科	
F75	--後續治療—另開內服藥	554
F76	--後續治療—未開內服藥	554
	中度複雜性針灸合併一般傷科	
F35	--另開內服藥	554
F36	--未開內服藥	554
	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科	
F37	--療程第一次	754
F38	--療程第二至六次—另開內服藥	554
F39	--療程第二至六次—未開內服藥	554
F77	--不分療程—另開內服藥	654
F78	--不分療程—未開內服藥	654

編號	診療項目	支付點數
F40	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次	1204
F41	--後續治療—另開內服藥	554
F42	--後續治療—未開內服藥	554
F43	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	1204
F44	--後續治療—另開內服藥	554
F45	--後續治療—未開內服藥	554
F46	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	1504
F47	--後續治療—另開內服藥	554
F48	--後續治療—未開內服藥	554
F49	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	1604
F50	--後續治療—另開內服藥	554
F51	--後續治療—未開內服藥	554
F79	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科 --後續治療—另開內服藥	654
F80	--後續治療—未開內服藥	654
F52	高度複雜性針灸合併一般傷科 --另開內服藥	654
F53	--未開內服藥	654
F54	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	854
F55	--療程第二至六次—另開內服藥	654
F56	--療程第二至六次—未開內服藥	654

編號	診療項目	支付點數
F81	--不分療程－另開內服藥	754
F82	--不分療程－未開內服藥	754
F57	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次	1304
F58	--後續治療－另開內服藥	654
F59	--後續治療－未開內服藥	654
F60	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	1304
F61	--後續治療－另開內服藥	654
F62	--後續治療－未開內服藥	654
F63	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	1604
F64	--後續治療－另開內服藥	654
F65	--後續治療－未開內服藥	654
F66	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	1704
F67	--後續治療－另開內服藥	654
F68	--後續治療－未開內服藥	654
F83	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科 --後續治療－另開內服藥	754
F84	--後續治療－未開內服藥	754

中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範問答輯

項次	問題(Q)	說明(A)										
1	中醫支付標準第六章針灸合併傷科治療之同一療程案件，後續治療（第 2-6 次）得否跨章節申報？其複雜度申報規範為何？	<p>一、依中醫支付標準第六章通則六規定，同一療程案件，以療程第一次（起始次）申報之針灸及傷科複雜度為主，療程第二次至第六次（後續治療）僅執行針灸或傷科單一治療處置，應以本部第四章及第五章同一複雜度或一般之針灸或傷科申報。</p> <p>二、範例說明如下：</p> <p>（一）、申報 F37「<u>中度</u>複雜性<u>針灸</u>合併<u>中度</u>複雜性<u>傷科</u>—療程<u>第一次</u>」（支付點數 754 點），療程<u>第二次至第六次</u><u>僅得</u>申報下列診療項目：</p> <p>1. 執行針灸合併傷科：</p> <table><tr><th rowspan="2">診療項目</th><th colspan="2">編號</th><th rowspan="2">支付點數</th></tr><tr><th>另開內服藥</th><th>未開內服藥</th></tr><tr><td><u>中度</u>複雜性<u>針灸</u>合併<u>中度</u>複雜性<u>傷科</u>—療程第二至六次</td><td>F38</td><td>F39</td><td>554</td></tr></table>	診療項目	編號		支付點數	另開內服藥	未開內服藥	<u>中度</u> 複雜性 <u>針灸</u> 合併 <u>中度</u> 複雜性 <u>傷科</u> —療程第二至六次	F38	F39	554
診療項目	編號			支付點數								
	另開內服藥	未開內服藥										
<u>中度</u> 複雜性 <u>針灸</u> 合併 <u>中度</u> 複雜性 <u>傷科</u> —療程第二至六次	F38	F39	554									

項次	問題(Q)	說明(A)																														
		<p>2. 僅執行針灸：</p> <table><tr><th rowspan="2">診療 項目</th><th colspan="2">編號</th><th rowspan="2">支付 點數</th></tr><tr><th>另開內 服藥</th><th>未開內 服藥</th></tr><tr><td><u>中度</u>複雜 性針灸</td><td>D05</td><td>D06</td><td>327</td></tr></table> <p>3. 僅執行傷科：</p> <table><tr><th rowspan="2">診療 項目</th><th colspan="2">編號</th><th rowspan="2">支付 點數</th></tr><tr><th>另開內 服藥</th><th>未開內 服藥</th></tr><tr><td><u>一般</u>傷科</td><td>E01</td><td>E02</td><td>227</td></tr></table> <p>(二). 申報 F43「<u>中度</u>複雜性針灸合併 <u>高度</u>複雜性傷科(2. 中度複雜性傷科 合併特殊疾病)—起始次」(支付點 數 1204 點)，<u>後續治療</u><u>僅得</u>申報下 列診療項目：</p> <p>1. 執行針灸合併傷科：</p> <table><tr><th rowspan="2">診療 項目</th><th colspan="2">編號</th><th rowspan="2">支付 點數</th></tr><tr><th>另開內 服藥</th><th>未開內 服藥</th></tr><tr><td><u>中度</u>複雜 性<u>針灸</u>合 併<u>高度</u>複 雜性<u>傷科</u> (2. 中度複 雜性傷科 合併特殊</td><td>F44</td><td>F45</td><td>554</td></tr></table>	診療 項目	編號		支付 點數	另開內 服藥	未開內 服藥	<u>中度</u> 複雜 性針灸	D05	D06	327	診療 項目	編號		支付 點數	另開內 服藥	未開內 服藥	<u>一般</u> 傷科	E01	E02	227	診療 項目	編號		支付 點數	另開內 服藥	未開內 服藥	<u>中度</u> 複雜 性 <u>針灸</u> 合 併 <u>高度</u> 複 雜性 <u>傷科</u> (2. 中度複 雜性傷科 合併特殊	F44	F45	554
診療 項目	編號			支付 點數																												
	另開內 服藥	未開內 服藥																														
<u>中度</u> 複雜 性針灸	D05	D06	327																													
診療 項目	編號		支付 點數																													
	另開內 服藥	未開內 服藥																														
<u>一般</u> 傷科	E01	E02	227																													
診療 項目	編號		支付 點數																													
	另開內 服藥	未開內 服藥																														
<u>中度</u> 複雜 性 <u>針灸</u> 合 併 <u>高度</u> 複 雜性 <u>傷科</u> (2. 中度複 雜性傷科 合併特殊	F44	F45	554																													

項次	問題(Q)	說明(A)			
		疾病)一後 續治療			
		2. 僅執行針灸：			
		診療 項目	編號		支付 點數
			另開內 服藥	未開內 服藥	
		<u>中度</u> 複雜 性針灸	D05	D06	327
		3. 僅執行傷科：			
		診療 項目	編號		支付 點數
			另開內 服藥	未開內 服藥	
		<u>一般</u> 傷科	E01	E02	227
2	中醫支付標準第五章傷科治療之同一療程案件，後續治療（第2-6次）得否跨第四章針灸或第六章針灸合併傷科申報？	<p>一、依中醫支付標準第五章<u>中度及高度</u>複雜性<u>傷科</u>規定，療程第二次-第六次以一般傷科（E01、E02）、一般針灸（D01、D02）、電針治療（D03、D04）、<u>一般針灸合併一般傷科（F01、F02）、電針治療合併一般傷科（F18、F19）</u>申報。</p> <p>二、範例說明如下：</p> <p>申報 E03「中度複雜性傷科-療程第一次-另開內服藥」、E04「中度複雜性傷科-療程第一次-未開內服藥」（支付點數 427 點）</p>			

項次	問題(Q)	說明(A)																																						
		<p>，療程<u>第二次至第六次</u><u>僅得</u>申報 下列診療項目：</p> <p>(一). 執行針灸合併傷科：</p> <table><tr><th rowspan="2">診療 項目</th><th colspan="2">編號</th><th rowspan="2">支付 點數</th></tr><tr><th>另開內 服藥</th><th>未開內 服藥</th></tr><tr><td><u>電針</u>合併 <u>一般</u>傷科</td><td>F18</td><td>F19</td><td>454</td></tr><tr><td><u>一般</u>針灸 合併<u>一般</u> 傷科</td><td>F01</td><td>F02</td><td>454</td></tr></table> <p>(二). 僅執行針灸：</p> <table><tr><th rowspan="2">診療 項目</th><th colspan="2">編號</th><th rowspan="2">支付 點數</th></tr><tr><th>另開內 服藥</th><th>未開內 服藥</th></tr><tr><td><u>電針</u>治療</td><td>D03</td><td>D04</td><td>227</td></tr><tr><td><u>一般</u>針灸</td><td>D01</td><td>D02</td><td>227</td></tr></table> <p>(三). 僅執行傷科：</p> <table><tr><th rowspan="2">診療 項目</th><th colspan="2">編號</th><th rowspan="2">支付 點數</th></tr><tr><th>另開內 服藥</th><th>未開內 服藥</th></tr><tr><td><u>一般</u>傷科</td><td>E01</td><td>E02</td><td>227</td></tr></table>	診療 項目	編號		支付 點數	另開內 服藥	未開內 服藥	<u>電針</u> 合併 <u>一般</u> 傷科	F18	F19	454	<u>一般</u> 針灸 合併 <u>一般</u> 傷科	F01	F02	454	診療 項目	編號		支付 點數	另開內 服藥	未開內 服藥	<u>電針</u> 治療	D03	D04	227	<u>一般</u> 針灸	D01	D02	227	診療 項目	編號		支付 點數	另開內 服藥	未開內 服藥	<u>一般</u> 傷科	E01	E02	227
診療 項目	編號			支付 點數																																				
	另開內 服藥	未開內 服藥																																						
<u>電針</u> 合併 <u>一般</u> 傷科	F18	F19	454																																					
<u>一般</u> 針灸 合併 <u>一般</u> 傷科	F01	F02	454																																					
診療 項目	編號		支付 點數																																					
	另開內 服藥	未開內 服藥																																						
<u>電針</u> 治療	D03	D04	227																																					
<u>一般</u> 針灸	D01	D02	227																																					
診療 項目	編號		支付 點數																																					
	另開內 服藥	未開內 服藥																																						
<u>一般</u> 傷科	E01	E02	227																																					

項次	問題(Q)	說明(A)																				
3	中醫支付標準第四章針灸治療之同一療程案件，後續治療（第 2-6 次）得否跨第五章傷科或第六章針灸合併傷科申報？	<p>一、現行中醫支付標準第四章針灸治療，同一療程之後續治療係依起始次之針灸複雜度申報，惟後續治療如有跨章節執行傷科或針傷合併治療需要，涉及針灸部分仍依起始次之複雜度申報；傷科治療則參考第五章傷科治療規範，以一般傷科申報。</p> <p>二、範例說明如下：</p> <p>申報 D05「中度複雜性針灸—另開內服藥」、D06「中度複雜性針灸—未開內服藥」（支付點數 327 點）<u>得</u>申報下列診療項目：</p> <p>(一). 執行針灸合併傷科：</p> <table><tr><th rowspan="2">診療項目</th><th colspan="2">編號</th><th rowspan="2">支付點數</th></tr><tr><th>另開內服藥</th><th>未開內服藥</th></tr><tr><td><u>中度</u>複雜性針灸合併<u>一般</u>傷科</td><td>F35</td><td>F36</td><td>554</td></tr></table> <p>(二). 僅執行針灸：</p> <table><tr><th rowspan="2">診療項目</th><th colspan="2">編號</th><th rowspan="2">支付點數</th></tr><tr><th>另開內服藥</th><th>未開內服藥</th></tr><tr><td><u>中度</u>複雜性針灸</td><td>D05</td><td>D06</td><td>327</td></tr></table>	診療項目	編號		支付點數	另開內服藥	未開內服藥	<u>中度</u> 複雜性針灸合併 <u>一般</u> 傷科	F35	F36	554	診療項目	編號		支付點數	另開內服藥	未開內服藥	<u>中度</u> 複雜性針灸	D05	D06	327
診療項目	編號			支付點數																		
	另開內服藥	未開內服藥																				
<u>中度</u> 複雜性針灸合併 <u>一般</u> 傷科	F35	F36	554																			
診療項目	編號		支付點數																			
	另開內服藥	未開內服藥																				
<u>中度</u> 複雜性針灸	D05	D06	327																			

項次	問題(Q)	說明(A)										
		<p>(三). 僅執行傷科：</p> <table><tr><th rowspan="2">診療 項目</th><th colspan="2">編號</th><th rowspan="2">支付 點數</th></tr><tr><th>另開內 服藥</th><th>未開內 服藥</th></tr><tr><td><u>一般</u>傷科</td><td>E01</td><td>E02</td><td>227</td></tr></table>	診療 項目	編號		支付 點數	另開內 服藥	未開內 服藥	<u>一般</u> 傷科	E01	E02	227
診療 項目	編號			支付 點數								
	另開內 服藥	未開內 服藥										
<u>一般</u> 傷科	E01	E02	227									

討論事項第五案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關健保法規或各項專案條文上如未有明確規範的條文文字，健保署長官發現有不合宜部分，應先與本會研商後再宣導，應注意事項及訂定執行日期；業務組不應直接以行政解釋的方式，追溯核扣院所所申報的醫療費用案，提請討論。

說明：

- 一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第53次會議決議辦理。
- 二、會員反應：健保署這幾年常以行政說明或QA等做為醫療費用追扣的依據：如專案的呼吸照護不給付RCW的費用或西醫部門如申報P1011C及P1012C代碼者視同至RCW病床收案；中醫的複雜度傷科的起始次及第四章、第五章針傷科療程複雜度需與療程第一次相同等，都沒有文字規範在支付標準條文中，院所已執行申報醫療費用一段時間後，因一個專案或解釋函回溯追扣幾個月費用，造成院所回扣幾萬點，不甚合理，應依程序正義自公告日期起才能執行。

健保署意見：

- 一、依全民健康保險特約醫事服務機構合約第一條規定，甲乙雙方應依照全民健康保險法、全民健康保險施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法...等、其他相關法令及本合約定辦理全民健康保險醫療業務。
- 二、有關中全會舉例本署函釋「西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」不適用於「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫之慢性呼吸照護階段病人申報、及「中醫支付標準針灸、傷科、針傷合併就其同療程起始次及後續治療之複雜度規範」，其相關訂定緣由或考量意旨，於本次討論事項第4案及第6案提供相關說明。
- 三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第32-33條略以，保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議，得於保險人通知到達日起六十日內，列舉理由或備齊相關文件向保險人申復；如對申復結果仍有異議，得依全民健康保險爭議審議辦法規定，向全民健康保險爭議審議會申請審議。

擬辦：依討論事項第 4 案、6 案結論辦理。

決議：

討論事項第六案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：建請健保署針對「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」適用範圍釐清疑義案，提請討論。

說明：

- 一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 53 次會議決議辦理。
- 二、日前(113.1.6)健保署中區業務組來文：「健保署重申全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫不適用慢性呼吸照護階段之病人(申報慢性呼吸照護病房之醫令項目 P1011C、P1012C)。」。
- 三、依「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式-第十四次修訂」內容，臨床發生無法申報中醫處置原因有三：
 - (一)查住院病患使用呼吸器且會診中醫者，有一部分為腦中風、顱腦損傷病患，按「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」適用範圍，腦中風、顱腦損傷自診斷日起六個月內之住院期間，需中醫輔助醫療協助者，可會診中醫進行輔助醫療，六個月時間長度約是呼吸器使用急性期加亞急性期(63 天)的 3 倍，會診期間，中醫師協助病患不僅止於呼吸狀態，尚有知覺意識、神經功能、肢體活動、消化功能等，以慢性呼吸 P 碼醫令去限制健保給付時程，影響病患醫療權益和功能進步的空間。
 - (二)患者於 ICU 或 RCC 拔管後轉一般病房，需完全沒有使用呼吸器 ≥ 5 日，方能視為脫離呼吸器成功，於一般病房觀察期間，西醫病房會以 P 碼醫令進行申報 (≤ 5 天)；或因拔管後呼吸狀態尚未穩定，仍須使用非侵襲性陽壓呼吸治療來輔助，亦會使用 P 碼醫令進行申報。前述兩種狀況更需中醫介入來維持穩定，改善呼吸功能，避免再次插管。
 - (三)養護機構之居家照護或 RCW 長期呼吸器使用經判斷不易脫離呼吸器者，因呼吸系統疾病，如肺炎，返轉入院進住一般病房，主要處理其急性感染等問題，住院期間西醫以 P 碼醫令進行申報，被會診之中醫無法干涉西醫部門之申報，影響中醫臨床醫療業務執行和患者權益。
 - (四)建請健保署針對「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」適用範圍釐清疑義或進行條文修訂。

健保署意見：

一、「西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」(下稱中醫輔助計畫):

- (一) 計畫目的:藉由中醫輔助醫療介入,期使達到病人神經學功能進步、呼吸功能恢復、生活能力改善、生活品質提升併縮短住院天數以降低醫療費用支出。
- (二) 適用範圍:符合腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難及術後疼痛任一項適應症之住院病人。
- (三) 支付項目:診察費、藥費、針傷治療、疾病管理照護費、藥品調劑費及輔助醫療檢查費,各項目支付50~1,000點/次。
- (四) 療效評估:依適用範圍適應症於本署健保資訊網服務系統(VPN)登錄前、後測相關評估量表,其中呼吸困難評估標準,依病人狀況為氣喘、慢性阻塞肺病、其他等使用相關量表。

二、有關本案中醫輔助計畫是否適用「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫(下稱呼吸器依賴計畫)住院各照護階段病人之說明如下:

- (一) 案係本署部分分區業務組反映長期呼吸器病人使用中醫輔助計畫係屬呼吸困難適應症且長期申報尚難見有呼吸功能恢復之效,爰前述收案適用範圍疑義,經本署徵詢中全會意見略以:病人因長期使用呼吸器致有肺炎、肌肉耗損等併發症,以中醫療法可協助改善。
- (二) 本署考量中醫輔助計畫係期協助急性住院病人達到神經學功能進步或呼吸功能恢復之效,惟呼吸器依賴且經判斷不易脫離呼吸器入住慢性呼吸照護病房(RCW)或一般病房之病人,因無法脫離呼吸器而需長期住院,與該計畫規範之呼吸困難當次急性住院之適用範圍不符,爰不適用前開階段之病人;另入住加護病房(ICU)、亞急性呼吸照護病房(RCC)等急性病房病人,經中醫師專業判斷介入中醫輔助醫療有助於脫離呼吸器及縮短住院天數等目的,符合本計畫收案範圍。
- (三) 前開說明,本署業以112年3月30日健保醫字第1120052772號函、113年1月2日健保醫字第1120665545號書函暨同年4月22日健保醫字第1130661756號書函回復本署分區業務組及副

知中全會在案。

- 三、經統計112年申報呼吸器依賴計畫慢性呼吸照護階段病人中，經中醫輔助計畫提供照護情形(附件，頁次討6-4)，其中以呼吸困難適應症為主(申報210人、542人次)、腦血管疾病次之(申報46人、91人次)。
- 四、綜上，考量該計畫給付效益，爰建議維持本署函釋規定，另慢性呼吸照護階段病人如屬腦血管疾病適應症，請中全會提供相關療效評估實證資料，另行研議計畫修訂之可行性。

決議：

表、112 年申報呼吸器依賴計畫各呼吸照護階段病人，經中醫輔助計畫提供照護情形(註 1)

呼吸照護階段(註 2) 西醫住院中醫 輔助計畫適應症	加護病房(ICU)		亞急性呼吸照護病房(RCC)		慢性呼吸照護病房(RCW)		其他	
	(照護日數 21 天內) 採 F.F.S 支付		(照護日數 ≤ 42 日) 第 22-63 天以 Per-diem 支付		第 64 天起以 Per-diem 支付		-	
	人數	人次	人數	人次	人數	人次	人數	人次
腦血管疾病	293	331	336	400	46	91	11	11
顱腦損傷	126	138	167	189	23	31	12	12
脊髓損傷	19	19	17	18	4	6	1	1
呼吸困難	350	416	438	541	210	542	24	27

註：

1. 費用年月112年參與「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，案件分類4、給付類別9且申報「西醫住院中醫輔助計畫」適應症腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難之案件。
2. 加護病房(ICU)：03010E/03011F/03012G/03017A、亞急性呼吸照護病房(RCC)：P1005K/P1006K/P1007A/P1008A/03012GA/03013HA、慢性呼吸照護病房(RCW)：P1011C/P1012C/03003BA、其他:未申報前開醫令之住院案件。

討論事項第七案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關健保署對於「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」（以下稱西醫住院計畫）及「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案（以下稱癌症照護計畫）」申請資格修訂乙案，提請討論。

說明：

一、爰收到衛生福利部中央健康保險署針對上次修訂意見提問：113年2月22日中醫研商會議後，接獲醫院反映本院與分院係分開評鑑，仍無法適用修訂後規定，建請放寬規定(附件1，頁次討7-3~7-5)。

二、建議修訂計畫條文第六條第一項，對照表如下：

原條文	本會建議修訂版本
六、申請資格及退場機制： (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。	六、申請資格及退場機制： (一)設有中醫門診之醫院【註：醫學中心等級醫院(下稱總院)分離另設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該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。

建議修訂癌症照護計畫第六條第一項，對照表如下：

原條文	本會建議修訂版本
六、申請資格及退場機制： (一)癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症病人中醫門診延長照護計畫：限設有中醫門診之醫院方可提出申請。	六、申請資格及退場機制： (一)癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症病人中醫門診延長照護計畫：限設有中醫門診之醫院方可提出申請【註：醫學中心等級醫院(下

	稱總院) <u>分離另</u> 設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該兒童醫院視同設有中醫門診之醫院)】。
--	--

健保署意見：

- 一、依本署 113 年 2 月 22 日召開 113 年第 1 次本會議決議，西醫住院計畫第六條「申請資格及退場機制」修訂為「(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)」。惟會後接獲醫院反映本院與兒童醫院(下稱兒醫)評鑑基準及評核項目相異，無法申請合併評鑑，爰兒醫仍無法參與計畫。故請中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)納入計畫修正考量。
 - 二、查醫療機構設置標準附表一規定，「綜合醫院於同一基地另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院者，得免設兒科診療科別，繼續使用綜合醫院之名稱」。考量兒醫之中醫科別業務可參考前開規定與本院共同運作，及為利同一體制醫事機構拆分設置之兒醫病人得接受本計畫照護，並應由實際提供醫療服務的醫事機構核實申報，爰本署同意中全會建議並酌修為「醫學中心等級醫院(以下稱總院)另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該兒童醫院視同設有中醫門診之醫院」。
 - 三、經審視除西醫住院計畫及癌症照護計畫外，全民健康保險中醫急症處置計畫(以下稱急症計畫)亦可能受影響，爰擬同步修訂為上述申請資格文字。
 - 四、俟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(頁次討 7-6~7-9)**，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4月29日
發文字號：(113)全聯醫總兆字第1173號
速 別：
附 件：提案單乙份

主 旨：檢陳113年第2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4月28日中醫門診醫療服務審查執行會第53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

討論案

第六案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關衛生福利部中央健康保險署對於「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」申請資格修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、爰收到衛生福利部中央健康保險署針對上次修訂意見提問：113年2月22日中醫研商會議後，接獲醫院反映本院與分院係分開評鑑，仍無法適用修訂後規定，建請放寬規定。
- 二、建議修訂計畫條文第六條第一項，對照表如下：

原條文	本會建議修訂版本
六、申請資格及退場機制： (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。	六、申請資格及退場機制： (一)設有中醫門診之醫院【註：醫學中心等級醫院(下稱總院)分離另設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該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。

決議：

第七案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關衛生福利部中央健康保險署對於「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」申請資格修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、爰收到衛生福利部中央健康保險署針對上次修訂意見提問：

113年2月22日中醫研商會議後，接獲醫院反映本院與分院係分開評鑑，仍無法適用修訂後規定，建請放寬規定。

二、建議修訂條文第六條第一項，對照表如下：

原條文	本會建議修訂版本
六、申請資格及退場機制： (一)癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症病人中醫門診延長照護計畫：限設有中醫門診之醫院方可提出申請。	六、申請資格及退場機制： (一)癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症病人中醫門診延長照護計畫：限設有中醫門診之醫院方可提出申請 【註：醫學中心等級醫院(下稱總院)分離另設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該兒童醫院視同設有中醫門診之醫院)】。

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」
(草案)對照表

現行條文	中醫門診總額 113 年 第 1 次研商議事會議決議	修正草案
<p>(P1)</p> <p>六、申請資格及退場機制：</p> <p>(一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。</p> <p>(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)。</p>	<p>六、申請資格及退場機制：</p> <p>(一)設有中醫門診之醫院 <u>(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)</u>，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。</p> <p>(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</p>	<p>六、申請資格及退場機制：</p> <p>(一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。<u>註：醫學中心等級醫院(以下稱總院)另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該兒童醫院視同設有中醫門診之醫院。</u></p> <p>(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</p>

現行條文	中醫門診總額 113 年第 1 次研商議事會議決議	修正草案
<p>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。</p> <p>(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。</p>	<p>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。</p> <p>(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。</p>	<p>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。</p> <p>(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。</p>

「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」(草案)對照表

現行條文	修正草案
<p>(P2)</p> <p>六、申請資格及退場機制：</p> <p>(一)癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症病人中醫門診延長照護計畫：限設有中醫門診之醫院方可提出申請。</p> <p>(二)申請參與本方案之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。</p> <p>(三)申請參與本方案之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第</p>	<p>六、申請資格及退場機制：</p> <p>(一)癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症病人中醫門診延長照護計畫：限設有中醫門診之醫院方可提出申請。<u>註：醫學中心等級醫院(以下稱總院)另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該兒童醫院視同設有中醫門診之醫院。</u></p> <p>(二)申請參與本方案之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。</p> <p>(三)申請參與本方案之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第</p>

現行條文	修正草案
<p>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。</p> <p>(四)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，當年度不得承作本方案。</p>	<p>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。</p> <p>(四)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，當年度不得承作本方案。</p>

「全民健康保險中醫急症處置計畫」(草案)對照表

現行條文	修正草案
<p>(P4)</p> <p>七、申請資格：</p> <p>(一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。</p> <p>(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</p>	<p>七、申請資格：</p> <p>(一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。<u>註：醫學中心等級醫院(以下稱總院)另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該兒童醫院視同設有中醫門診之醫院。</u></p> <p>(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</p>

現行條文	修正草案
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。	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。

決議：