



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 113 年第 3 次研商議事會議

113 年 8 月 15 日（星期四）下午 3 時 30 分
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 3 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、113 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預算執行於一般服務扣減方式」案。	報 3-1
四、113 年第 1 季中醫門診總額點值結算報告案。	報 4-1
五、112 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案。	報 5-1
六、有關「113 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」南區一家中醫鄉鎮之施行區域異動情形案。	報 6-1

肆、討論事項

一、建議修訂支付標準第四部第四章針灸：高度複雜性針灸適應症附表 4.4.3 案。	討 1-1
二、有關中醫院所使用「病毒感染後疲勞症候群(G93.3)」申報高度複雜性針灸適應症及申報中度複雜性傷科適應症，應如何管理案。	討 2-1
三、有關中醫支付標準第六章針灸合併傷科治療處置費，申請點數過高，應如何管理案。	討 3-1

伍、臨時動議：

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 113 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 5 月 16 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：李副署長丞華

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列) (*為線上與會人員名單)

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

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

梁淑政

衛生福利部全民健康保險會

張友珊、林偉翔

中華民國中醫師公會全國聯合會

賴宛而、王逸年、李敬

本署醫務管理組

黃珮珊、林右鈞、洪于淇、
陳依婕、賴彥壯、朱文珣、
黃千芬、劉立麗、吳倍儀、

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

李柏諺、楊淑美、鄭正義

高幸蓓、陳亞其

李純馥*、韓佩軒*、許忠逸*、
宋兆喻*、黃奕瑄*、賴美雪*、
黃寶玉*、張翊暄*、林宸由*、
翁珮真*

楊淑娟*、謝明珠*、黃毓棠*
張舒函*

楊惠真*、王奕晴*、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*、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 2-6、8-9 解除列管，其餘(如下)繼續列管：

(一) 序號 1：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。

(二) 序號 7：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。

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 年第 4 季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、依 113 年 3 月 13 日健保會第 6 屆 113 年第 2 次委員會議決定暨 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。
- 二、依 112 年度預算執行結果，「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」、「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，本季預算依前開協定事項扣減當年度未執行及重複部分費用(分別為 2,079,800 元、408,934,935 元、13,638,426 元、1,113,301 元)，共扣減 425,766,462 元。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、中醫門診總額 112 年第 4 季確認如下表，並將依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

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

- 三、本季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

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、同意中華民國中醫師公會全國聯合會建議，將「雲林縣口湖鄉」由方案附件 1-2（一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區）移列至方案附件 1-1（無中醫醫事服務機構之鄉鎮區）。

二、有關「南投縣鹿谷鄉」非屬山地鄉，該鄉分級級數修正為「2：二級偏遠」，修正如方案附件 1-1。

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 34 個鄉鎮區；「2：二級偏遠」計 5 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：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：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。

決議：

- 一、本案通過，並依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業。
- 二、修訂通過「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫師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，參考值為「以前 5 年同季平均值 $\pm 10\%$ 」。

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。

決議：通過，修訂重點如下：

- 一、為使中醫支付標準第五章所有傷科項目共同適用「標準作業程序」，將 E01/E02「一般傷科」支付規範之註 1 移列通則。
- 二、考量「拔罐」是中醫常用治療手法且僅列「中、高度複雜性傷科」輔助治療，為減少院所與民眾間之爭議，爰將「拔罐」納入「標準作業程序」之傷科處置。

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。**

決議：中全會考量刪除該項可能限縮民眾權益，爰予撤案。

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。**

**決議：與會代表考量現行中醫針灸、傷科屬同一療程診療服務，與
一般病人按次就醫依不同病情所提供之服務內涵不同，以及
療程規定放寬之財務衝擊，請中全會蒐集同療程複雜度變高
之比例及審查管理措施，再提案至本會議討論。**

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。**

決議：依討論事項第四案、六案決議辦理。

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。**

決議：

- 一、有關符合本計畫適用範圍為「呼吸困難」者是否適用「呼吸器
依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫住院各照護階段，
依本署 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 號書函規定辦理。
- 二、惟若屬慢性呼吸照護階段且符合本案計畫所列腦血管疾病、顱
腦損傷、脊髓損傷之適應症範圍及照護期間，並經醫療專業判
斷具治療需求者，得予收案。

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。

決議：通過，修訂重點如下：

- 一、醫學中心等級醫院(下稱總院)另行單獨設立兒童醫院，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符合申請資格。
- 二、同步修訂「全民健康保險中醫急症處置計畫」申請資格文字。
- 三、請中全會於計畫修訂公告生效後，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。

肆、散會：下午 3 時 12 分

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	口湖鄉	1	花蓮縣	豐濱鄉	2
	石門區	1	嘉義縣	溪口鄉	1		富里鄉	1
	平溪區	1		東石鄉	1		秀林鄉	3
	雙溪區	1		番路鄉	1		萬榮鄉	3
	烏來區	3		阿里山鄉	3		卓溪鄉	3
宜蘭縣	大同鄉	3	高雄市	田寮區	1	臺東縣	大武鄉	2
	南澳鄉	3		內門區	1		東河鄉	1
新竹縣	橫山鄉	1		茂林區	3		長濱鄉	2
	寶山鄉	1		桃源區	3		綠島鄉	5
	北埔鄉	1		那瑪夏區	3		延平鄉	3
	峨眉鄉	1	屏東縣	萬巒鄉	1		海端鄉	3
	尖石鄉	3		竹田鄉	1		達仁鄉	3
	五峰鄉	3		新埤鄉	1		金峰鄉	3
苗栗縣	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	2		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		<u>口湖鄉</u>		鹿野鄉
	外埔區		布袋鎮		池上鄉
彰化縣	線西鄉	嘉義縣	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。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 11 項，擬解除列管 10 項，繼續列管 1 項。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	112_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 月完成費用年月 112 年 3 月至 12 月補付院所改支差額作業。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	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。	本案修訂通過，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。	一、本案經提 113 年 7 月 30 日全民健康保險會委員會報告，會議決定，請本署參考委員意見研議調整一般服務項目「中醫利用新增人口」扣減方式之就醫人數定義。 二、查依據 113 年中醫總額公告，本項目核定事項略以，「就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)、職災及預防保健部分」。 三、配合前開協定事項，本案之就醫人數、醫療費用點數之操作型定	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
2	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。(續)	(三)扣減金額=588 百萬元- 113年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)。	義修正如下： (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)、B6(職 災)、A3(預防保 健)、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)、B6(職 災)、A3(預防保 健)、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。 四、本會議113年第1 次會議紀錄將配 合修改。	

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
3	113_2_報3：112年第4季中醫門診總額點值結算報告案。	有關112年度總額協定事項，依112年度預算執行結果，「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」、「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，本季預算依前開協定事項扣減當年度未執行及重複部分費用(分別為2,079,800元、408,934,935元、13,638,426元、1,113,301元)，共扣減425,766,462元。	已依總額協定結果於112年第4季結算辦理扣減事宜。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
4	113_2_報4：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。	一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區新增「雲林縣口湖鄉」。 二、「南投縣鹿谷鄉」非屬山地鄉，該鄉分級數修正為「2：二級偏遠」，修正如方案附件1-1。 三、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34個鄉鎮區；「2：二級偏遠」計5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。	業於113年6月4日以第AI11300958號請辦單周知各分區業務組配合辦理後續事宜。	☒ 解除 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
5	113_2_討1： 修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等5項專業醫療服務品質指標案。	本案修訂通過「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫師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，參考值為「以前5年同季平均值 $\pm 10\%$ 」。	業於113年6月4日以衛部保字第1130124997號公告修正附表，並周知各分區業務組配合辦理後續事宜。	☒ ☐ 解除 繼續 列管 列管
6	113_2_討2： 有關中醫支付標準第五章條文是否修訂案。	本案修訂通過 一、為使中醫支付標準第五章所有傷科項目共同適用「標準作業程序」，將E01/E02「一般傷科」支付規範之註1移列通則。 二、考量「拔罐」是中醫常用治療手法且僅列「中、高度複雜性傷科」輔助治療，為減少院所與民眾間之爭議，爰將「拔罐」納入「標準作業程序」之傷科處置。	業經113年7月12日醫療服務共同擬訂會議報告決定洽悉，並於113年8月1日辦理支付標準部分診療項目修正草案預告。	☐ ☒ 解除 繼續 列管 列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
7	113_2_討3： 建議修訂支付標準第四章針灸治療處置費輔助治療項目案。	本會中全會考量刪除該項可能限縮民眾權益，爰予撤案。	中全會撤案。	☒ ☐ 解除繼續 列管列管
8	113_2_討4： 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。	與會代表考量現行中醫針灸、傷科屬同一療程診療服務，與一般病人按次就醫依不同病情所提供之服務內涵不同，以及療程規定放寬之財務衝擊，請中全會蒐集同療程複雜度變高之比例及審查管理措施，再提案至本會議討論。	俟中全會提案至本會議討論，建議解除列管。	☒ ☐ 解除繼續 列管列管
9	113_2_討5： 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，追溯核扣院所申報的醫療費用案。	與會代表考量現行中醫針灸、傷科屬同一療程診療服務，與一般病人按次就醫依不同病情所提供之服務內涵不同，以及療程規定放寬之財務衝擊，請中全會蒐集同療程複雜度變高之比例及審查管理措施，再提案至本會議討論。	俟中全會提案至本會議討論，建議解除列管。	☒ ☐ 解除繼續 列管列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
10	113_2_討6：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。	本案修訂通過 一、有關符合本計畫適用範圍為「呼吸困難」者是否適用「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫住院各照護階段，依本署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號書函規定辦理。 二、惟若屬慢性呼吸照護階段且符合本案計畫所列腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷之適應症範圍及照護期間，並經醫療專業判斷具治療需求者，得予收案。	本署業於113年5月30日以健保醫字第1130662461號函周知本次會議紀錄在案，依決議辦理。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
11	113_2_討7：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。	本案修訂通過 一、醫學中心等級醫院（下稱總院）另行單獨設立兒童醫院，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符合申請資格。 二、同步修訂「全民健康保險中醫急症處置計畫」申請資格文字。 三、請中全會於計畫修訂公告生效後，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。	本署業於113年6月5日以健保醫字第1130662532號函公告，自113年1月1日起施行。	☒ 解除 ☐ 繼續列管

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件報 2-2 頁）

決定：



(附件)

中醫門診總額執行概況

中央健康保險署
113年8月15日

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

1



大綱

- 113年第2季點值預估
- 113年第2季醫療供給及利用概況
- 113年第2季專案執行報告

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

2



點值預估說明

- 一、製表日期：113年8月13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(99.40659559%)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。



113年第2季中醫門診總額各分區點值推估

月份	就醫分區	總額預算(百萬)	撥補當季 就醫率 最高之分區 預算(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
				非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第2季	臺北	2,270	0	891	1,478	0.9330	0.9582
	北區	991	0	438	670	0.8238	0.8935
	中區	1,949	5	750	1,376	0.8750	0.9191
	南區	1,096	0	467	718	0.8768	0.9253
	高屏	1,236	0	509	814	0.8922	0.9337
	東區	172	0	50	100	1.2071	1.1379
	合計	7,713	5	3,105	5,157	0.8944	0.9341

註1：本季預估平均點值大於0.8，不須撥補點值。

註2：112Q2結算全區平均點值0.8712。



113年第2季 醫療供給及利用概況

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

5



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6月	1,104	467	1,051	522	544	71	3,759
110年6月	1,128	472	1,058	529	555	71	3,813
111年6月	1,153	474	1,062	534	561	68	3,852
112年6月(A)	1,182	492	1,085	545	573	70	3,947
113年6月(B)	1,202	491	1,094	553	580	72	3,992
成長率(B/A)-1	1.7%	-0.2%	0.8%	1.5%	1.2%	2.9%	1.1%
增減數B-A	20	-1	9	8	7	2	45

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。

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

6



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6月(A)	27	16	36	25	21	10	135
113年6月(B)	27	15	37	25	23	12	139
成長率(B/A)-1	0.0%	-6.3%	2.8%	0.0%	9.5%	20.0%	3.0%
增減數B-A	0	-1	1	0	2	2	4

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6月較去年同期家數增減名單：

北區(-1)：減少1家：聯新國際醫院桃新分院

中區(+1)：增加1家：仁和醫院

高屏(+2)：增加2家：衛生福利部恆春旅遊醫院、高雄醫學大學附設高醫岡山醫院

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6月	2,075	874	1,868	886	991	149	6,843
110年6月	2,142	890	1,925	906	1,017	158	7,038
111年6月	2,200	926	1,968	942	1,046	155	7,237
112年6月(A)	2,249	968	2,023	966	1,087	157	7,450
113年6月(B)	2,312	1,007	2,072	989	1,122	160	7,662
成長率(B/A)-1	2.8%	4.0%	2.4%	2.4%	3.2%	1.9%	2.8%
增減數B-A	63	39	49	23	35	3	212

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6月	225	108	221	151	118	55	878
110年6月	229	113	240	143	122	57	904
111年6月	242	118	251	154	121	56	942
112年6月(A)	241	126	254	154	118	59	952
113年6月(B)	243	125	275	161	121	59	984
成長率(B/A)-1	0.8%	-0.8%	8.3%	4.5%	2.5%	0.0%	3.4%
增減數B-A	2	-1	21	7	3	0	32

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	113Q2
臺北	2.83	2.92	3.00	3.06	3.07
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	3.03
高屏	2.76	2.88	2.99	3.07	3.09
東區	3.04	2.99	2.95	3.04	3.04
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 與全國比值

年度	109	110	111	112	113Q2
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	1.39	1.39
南區/全區	0.92	0.92	0.92	0.92	0.93
高屏/全區	0.92	0.93	0.94	0.95	0.94
東區/全區	1.01	0.97	0.93	0.91	0.93
全區	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

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

11



每萬人口中醫醫師數組距各區鄉鎮數

年月	每萬人口 中醫醫師組距	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	合計%
112年6月 鄉鎮數	無中醫醫師鄉鎮	13	10	4	12	23	14	76	20.7%
	0<X<1	17	9	15	25	19	6	91	24.7%
	1≤X<2	14	17	12	16	17	5	81	22.0%
	2≤X<3	9	3	8	9	6	0	35	9.5%
	3≤X	17	8	29	15	12	4	85	23.1%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
113年6月 鄉鎮數	無中醫醫師鄉鎮	13	11	5	11	23	15	78	0
	0<X<1	18	10	13	23	19	4	87	0
	1≤X<2	12	13	10	20	15	4	74	0
	2≤X<3	10	6	10	7	5	2	40	0
	3≤X	17	7	30	16	15	4	89	0
	合計	70	47	68	77	77	29	368	0
較去年同期 增減鄉鎮數	無中醫醫師鄉鎮	0	1	1	-1	0	1	2	
	0<X<1	-1	-1	2	2	0	2	4	
	1≤X<2	2	4	2	-4	2	1	7	
	2≤X<3	-1	-3	-2	2	1	-2	-5	
	3≤X	0	1	-1	-1	-3	0	-4	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

註：無中醫醫師鄉鎮(+2)：

北區(+1)：苗栗縣卓蘭鎮；中區(+1)：南投縣鹿谷鄉；東區(+1)：花蓮縣光復鄉。

南區(-1)：增加雲林縣口湖鄉；減少雲林縣東勢鄉、四湖鄉

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

12



113年第2季各縣市每萬人口中醫師數(一)

分區別	縣市別	中醫師數	人口數	每萬人口 中醫師數	醫人比
臺北區	宜蘭縣	94	449,422	2.09	4,781
	基隆市	82	361,600	2.27	4,410
	臺北市	1,035	2,506,767	4.13	2,422
	新北市	1,093	4,043,491	2.70	3,699
	金門縣	8	143,727	0.56	17,966
	連江縣	0	13,969	0.00	0
		2,312	7,518,976	3.07	3,252
北區	桃園市	634	2,326,581	2.73	3,670
	新竹市	131	457,269	2.86	3,491
	新竹縣	119	591,813	2.01	4,973
	苗栗縣	123	533,566	2.31	4,338
		1,007	3,909,229	2.58	3,882
中區	臺中市	1,515	2,852,286	5.31	1,883
	南投縣	146	474,797	3.07	3,252
	彰化縣	411	1,232,192	3.34	2,998
		2,072	4,559,275	4.54	2,200

13



113年第2季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	165	659,729	2.50	3,998
	嘉義市	115	262,990	4.37	2,287
	嘉義縣	86	481,667	1.79	5,601
	臺南市	623	1,859,706	3.35	2,985
		989	3,264,092	3.03	3,300
高屏	高雄市	947	2,734,858	3.46	2,888
	屏東縣	170	792,004	2.15	4,659
	澎湖縣	5	107,685	0.46	21,537
		1,122	3,634,547	3.09	3,239
東區	花蓮縣	104	315,987	3.29	3,038
	臺東縣	56	210,793	2.66	3,764
		160	526,780	3.04	3,292
總計		7,662	23,412,899	3.27	3,056



整體申報概況 【分區別】

年季	項目	申報件數		申報醫療點數		平均每件醫療點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
113Q2	臺北	3,075.4	-5.9%	2,425.4	-2.6%	788.6	3.6%
	北區	1,441.5	-7.8%	1,153.5	-1.7%	800.2	6.6%
	中區	2,815.1	-6.0%	2,243.1	-1.3%	796.8	5.1%
	南區	1,525.8	-7.0%	1,252.2	-1.9%	820.7	5.5%
	高屏	1,697.5	-6.5%	1,386.3	-2.0%	816.7	4.9%
	東區	184.9	-8.9%	182.9	1.4%	988.9	11.4%
	全區	10,740.2	-6.5%	8,643.3	-1.8%	804.8	5.0%

註1：資料來源：截至113年8月4日多模態健保資料平台。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。

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

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
113Q2	臺北	896.0	-2.6%	13.2	0.5%	967.4	-5.6%	548.9	3.3%	2,425.4	-2.6%
	北區	445.3	-2.7%	5.2	17.7%	456.9	-5.9%	246.1	9.6%	1,153.5	-1.7%
	中區	757.5	-3.2%	13.4	0.3%	880.0	-5.4%	592.2	8.6%	2,243.1	-1.3%
	南區	473.6	-3.7%	6.6	-4.0%	474.6	-5.6%	297.3	8.3%	1,252.2	-1.9%
	高屏	516.0	-3.9%	8.4	1.9%	535.2	-5.2%	326.7	7.4%	1,386.3	-2.0%
	東區	54.8	-4.3%	1.1	1.5%	58.4	-8.0%	68.5	17.3%	182.9	1.4%
	合計	3,143.2	-3.2%	47.9	-2.3%	3,372.4	-5.6%	2,079.8	7.3%	8,643.3	-1.8%

註1：資料來源：截至113年8月4日多模態健保資料平台。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。
 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	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113Q2	臺北	1,077.5	-8.3%	44.6	-2.5%	539.8	4.1%	6.6	6.9%
	北區	516.4	-10.7%	26.6	11.5%	288.3	5.6%	14.0	20.3%
	中區	1,043.2	-9.5%	96.9	11.0%	377.2	8.7%	10.0	29.5%
	南區	527.7	-10.5%	49.2	14.4%	303.5	5.1%	14.0	6.2%
	高屏	614.8	-9.3%	43.9	49.2%	280.5	1.5%	15.8	9.2%
	東區	48.7	-20.1%	9.9	36.0%	30.5	6.2%	13.6	4.2%
	全區	3,828.3	-9.6%	271.2	14.6%	1,819.7	5.0%	74.0	11.7%

註1：資料來源：截至113年8月4日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。0係今年及前一年皆無申報。

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

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	28. 中醫慢性 病 連續處方調劑		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 (萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113Q2	臺北	178.2	472.3%	744.3	1.2%	4.3	31.9%	6.49	16.7%	2,425.4	-2.6%
	北區	155.4	131.1%	296.6	6.1%	3.9	36.3%	6.12	61.8%	1,153.5	-1.7%
	中區	74.6	176.5%	690.3	5.3%	6.9	27.6%	17.85	17.9%	2,243.1	-1.3%
	南區	28.9	4453.8%	341.3	4.0%	7.8	19.4%	8.47	27.8%	1,252.2	-1.9%
	高屏	46.7	0.0%	416.3	3.0%	9.1	17.9%	5.29	41.3%	1,386.3	-2.0%
	東區	6.2	0.0%	67.2	13.5%	1.1	17.7%	11.79	16.0%	182.9	1.4%
	全區	490.1	286.0%	2,556.0	3.8%	33.1	23.9%	55.99	24.4%	8,643.3	-1.8%

註1：資料來源：截至113年8月4日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

Bureau of National Health Insurance

18



醫院中醫科申報概況 【分區別】

項目		申報件數		申報醫療點數		平均每件醫療點數	
年季	分區	值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
113Q2	臺北	273.6	-0.4%	318.9	5.3%	1,165.7	5.6%
	北區	113.4	-1.9%	142.5	5.4%	1,257.4	7.5%
	中區	295.2	0.9%	328.8	5.7%	1,113.8	4.8%
	南區	175.7	-0.7%	215.2	6.7%	1,224.6	7.5%
	高屏	124.1	7.4%	141.4	11.3%	1,139.9	3.7%
	東區	36.9	-0.1%	49.6	11.9%	1,344.5	12.0%
全區		1,018.8	0.7%	1,196.4	6.6%	1,174.4	5.9%

註1：資料來源：截至113年8月4日多模型健保資料平台。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。

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

19



醫院中醫科申報醫療 費用點數【費用分類+分區別】

項目		藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
年季	分區	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率
113Q2	臺北	135.2	3.5%	5.9	0.2%	82.8	-1.1%	95.0	14.8%	318.9	5.3%
	北區	62.8	3.5%	2.2	-0.9%	33.3	-3.5%	44.1	17.0%	142.5	5.4%
	中區	104.3	2.4%	6.1	1.1%	88.8	-1.7%	129.6	14.8%	328.8	5.7%
	南區	76.3	1.4%	3.5	-1.3%	51.1	-1.6%	84.3	19.0%	215.2	6.7%
	高屏	49.3	3.6%	2.5	7.7%	39.6	9.6%	50.0	21.9%	141.4	11.3%
	東區	14.4	2.7%	0.9	2.0%	11.8	0.1%	22.5	27.6%	49.6	11.9%
合計		442.3	2.9%	21.0	1.0%	307.5	-0.3%	425.6	17.3%	1,196.4	6.6%

註1：資料來源：截至113年8月4日多模型健保資料平台。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。

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

20



醫院中醫科申報 醫療費用點數【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	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113Q2	臺北	35.8	-11.9%	38.7	7.6%	150.7	4.4%	1.5	7.0%
	北區	10.6	-24.4%	21.4	6.3%	76.2	6.4%	1.1	239.4%
	中區	48.0	-19.8%	78.7	9.3%	98.0	12.9%	1.9	45.0%
	南區	21.5	-16.4%	42.3	15.1%	77.4	2.9%	5.6	15.1%
	高屏	18.3	-4.1%	31.2	43.9%	51.2	2.0%	1.7	-3.0%
	東區	4.3	-28.7%	7.4	33.7%	13.3	10.7%	1.1	-7.1%
	全區	138.5	-16.2%	219.8	14.4%	466.8	6.0%	12.9	19.3%

註1：資料來源：截至113年8月4日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。#VALUE!係今年與去年同期其中之一無資料。

註3：成長率為與前一年同期比較。0係指前一年申報為0。

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	28. 中醫慢性病 連續處方調劑		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 (萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113Q2	臺北	113.8	265.5%	84.5	12.9%	3.6	31.8%	3.14	10.8%	318.9	5.3%
	北區	115.7	72.1%	28.9	10.2%	2.0	27.9%	1.21	59.9%	142.5	5.4%
	中區	27.5	26.0%	89.6	11.4%	5.7	32.9%	6.58	5.9%	328.8	5.7%
	南區	11.5	1714.7%	56.8	13.0%	6.7	16.8%	4.84	55.4%	215.2	6.7%
	高屏	18.6	3412.9%	31.5	9.2%	5.2	22.9%	2.09	72.5%	141.4	11.3%
	東區	2.0	0.0%	19.9	23.3%	0.8	16.8%	2.62	0.9%	49.6	11.9%
	全區	289.2	137.4%	311.2	12.5%	23.9	24.7%	20.48	22.4%	1,196.4	6.6%

註1：資料來源：截至113年8月4日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

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

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

BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE

22



113年Q2整體費用分析解構圖



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

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

累計至第2季預算執行率44.2%

113Q2

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	15	2,639	29.4	31.6
區域醫院	45	3,603	40.5	44.9
地區醫院	45	1,597	20.9	24.4
總計	105	7,000	90.8	101.0

註：113年全年預算436.8百萬點，第1季支用92.1百萬點，累計至第2季預算執行率44.2%。

資料來源：截至113年8月4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

累計至第2季預算執行率57.2%

113Q2

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	15	4,086	22.5	33.4
區域醫院	43	3,501	22.2	33.9
地區醫院	30	680	4.4	5.7
基層院所	102	1,081	5.4	7.0
總計	190	9,272	54.6	80.0

註：113年全年預算265百萬點，第1季支用71.7百萬點，累計至第2季預算執行率57.2%。

資料來源：截至113年8月4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

累計至第2季預算執行率51.3%

113Q2

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	9	401	1.6	1.7
區域醫院	14	774	4.9	5.6
地區醫院	11	97	0.4	0.4
基層院所	111	2,002	10.4	11.0
總計	145	3,245	17.2	18.8

註：113年全年預算70百萬點，第1季支用17.2百萬點，累計至第2季預算執行率51.3%。

資料來源：截至113年8月4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

累計至第2季預算執行率75.4%

113Q2

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
醫學中心	3	114	322	41.7
區域醫院	3	17	83	7.4
地區醫院	1	2	3	0.3
基層院所	109	2117	7901	785.1
總計	116	2250	8309	834.5

註：113年全年預算21.2百萬點，第1季支用7.64百萬點，累計至第2季預算執行率75.4%。

資料來源：截至113年8月4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

累計至第2季預算執行率24.3%

113Q2

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	426	430	140.5
區域醫院	3	82	82	6.3
總計	7	508	512	146.8

註：113年全年預算10百萬點，第1季支用0.965百萬點，累計至第2季預算執行率24.3%。
資料來源：截至112年8月2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

113Q2：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：國軍台中醫院、基隆長庚紀念醫院、部立豐原醫院

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

29



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

累計至第2季預算執行率50.1%

院所層級	113Q2			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	10	1,277	4,056	7.3
區域醫院	24	695	2,690	4.6
地區醫院	18	309	1,060	1.9
基層院所	113	2,141	9,635	13.8
總計	165	4,416	17,441	27.5

註：113年全年預算105.3百萬點，第1季支用25.2百萬點，累計至第2季預算執行率50.1%。

資料來源：截至113年8月4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

30



照護機構中醫醫療照護方案

累計至第2季預算執行率72.1%

113Q2

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	8	225	1,877	143.6
區域醫院	22	567	4,688	362.5
地區醫院	16	460	3,091	238.6
基層院所	54	1,536	12,109	1084.7
(論量)小計	54	1,536	12,109	1829.2
(論次)小計				154.7
合計				1983.9

註：113年全年預算48百萬點，第1季支出14.77百萬點，累計至第2季預算執行率72.1%。

資料來源：截至113年8月4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



113Q2分區申報專案費用點數

單位：百萬點

分區別	住院輔助	癌症整合	孕產	鼻炎	急症(萬點)	腎臟病	中醫照護	合計	占率
台北	19.2	12.5	2.0	1.2	0.4	4.7	2.0	41.7	16.3%
北區	6.0	10.0	1.2	2.0	0.1	3.4	1.8	24.4	9.6%
中區	44.0	22.9	6.2	2.3	20.1	8.8	7.5	91.9	36.0%
南區	15.9	16.9	5.6	1.0	0.0	4.1	2.8	46.3	18.1%
高屏	13.4	15.5	3.4	2.0	0.0	5.4	2.4	42.0	16.4%
東區	2.5	2.2	0.4	0	126.2	1.0	1.8	9.1	3.6%
全署	101.0	80.0	18.8	8.3	146.8	27.5	18.3	255.4	100.0%

註：本表中醫照護未含論次點數

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

32



小結

- 中醫門診總額專案中醫急症處置計畫在113年Q2之預算執行率較不如預期者，請中全會鼓勵會員積極參與，提升執行率。
- 中醫門診總額各項專案計畫未來執行費用若超出預算，將以浮動點值結算。



敬請指教

報告事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113 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預算執行於一般服務扣減方式」案。

說明：

- 一、依據衛生福利部112年12月26日公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」辦理。
- 二、「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」(下稱本方案)自111年起實行，113年本方案協定事項：依113年度預算執行結果，於當年一般服務扣除與本項重複部分之費用。
- 三、承上，113 年本方案預算執行結果，於一般服務扣減方式，建議比照 112 年扣減方式，依 113 年申報費用之住民(排除 112 年接受本方案服務之照護機構住民)，回推該住民 112 年全年中醫服務申報醫療費用點數(扣除中醫專款項目，包含「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」)，視為自一般服務轉移至專款之費用，予以扣減。
- 四、依上開原則估算如下(詳附表 1、附表 2):
 - (一) 113 年 1-6 月本方案共服務 3,104 位住民，論量支付申報點數約 3,130 萬點，排除 112 年接受本方案服務之照護機構住民後，112 年居住於照護機構內且曾外出至中醫門診就醫之住民共 158 人，申報約 202 萬點。
 - (二) 經排除專款項目案件及代辦案件後，共 138 位住民於 112 年居住於照護機構內且曾外出至中醫門診就醫，申報點數約 134.5 萬點，將予以扣減。
- 五、綜上，本案將俟 113 年第 4 季結算時，依 113 年申報費用之住民(排除 112 年接受本方案服務之住民)，回推渠等住民 112 年全年中醫門診申請點數，於一般服務予以扣減。

決定：

附表 1、113 年 1-6 月照護機構中醫照護方案使用情形

分區別	就醫人數	就醫件數	申報醫療費用點數
臺北業務組	372	4,332	3,306,039
北區業務組	301	3,431	2,907,202
中區業務組	1,127	14,122	12,846,220
南區業務組	524	6,316	5,027,576
高屏業務組	453	4,871	4,324,432
東區業務組	327	3,661	2,891,461
總計	3,104	36,733	31,302,930

1. 資料來源：院民基本資料檔、門診清單明細檔(擷取日期：113.07.29)
2. 資料區間：1130101~1130630。
3. 中醫照護方案利用：就醫科別為中醫科且任一特定治療項目為 JR。
4. 人數以 ID 歸戶。

附表 2、113 年 1-6 月「照護機構中醫照護方案」收案對象 112 年中醫醫療服務利用情形

分區	112 年外出至中醫門診就醫 ²			各專案計畫及代辦費用點數 ³	排除各專案計畫及代辦案件後之中醫一般服務費用		
	人數	就醫件數	申報費用點數(點)		人數	件數	申報費用點數(點)
臺北業務組	20	157	162,328	13,200	19	146	149,128
北區業務組	8	86	102,376	27,350	6	66	75,026
中區業務組	69	980	940,132	447,021	58	580	493,111
南區業務組	29	385	443,417	38,412	27	346	405,005
高屏業務組	25	264	262,972	133,950	21	119	129,022
東區業務組	13	97	110,577	16,600	11	83	93,977
總計	158	1,969	2,021,802	676,533	138	1,340	1,345,269

備註：

1. 資料來源：院民基本資料檔、門診清單明細檔(擷取日期：113.07.29)
2. 擷取條件：113 年使用照護機構中醫醫療照護方案之住民(排除 112 年已接受本方案者)且 112 年亦為機構住民，112 年申報中醫門診醫療費用(就醫科別為中醫科)。
3. 各專案計畫及代辦費用：
 - (1)「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」：特定治療項目任一為 C8、JC、JD、JQ)。
 - (2)「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」：特定治療項目任一為 J7、JE、JF、JH、JI、JJ)。
 - (3)「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」：案件分類為 25，特定治療項目任一為 C6、C7。
 - (4)「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」：特定治療項目任一為 J9。
 - (5)「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」：特定治療項目任一為 JG。
 - (6)「全民健康保險中醫急症處置計畫」：特定治療項目任一為 JK。
 - (7)「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」：特定治療項目任一為 JP。
 - (8) 代辦案件：案件分類為 A3、B6、B7、C5、DF。
4. 人數以 ID 歸戶。

報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113年第1季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、本季中醫門診總額一般服務地區預算分配參數已計算完成，併同研商議事會議議程公布於全球資訊網。

二、有關113年第1季結算結果說明如下：

(一) 依衛生福利部112年12月6日衛部保字第1121260537號公告「113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計畫」略以，增列風險調整移撥款6千萬元，由每季提撥1,500萬元，其中4,000萬元用於逐季補助當季浮動點值低於0.8者則補至0.8；另2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。經統計113年第1季風險調整移撥款撥補共支用3,300萬100元，其中北區當季浮動點值至0.8之差額2,800萬100元；撥補就醫率最高分區(中區)500萬元(頁次：報4-32頁)。

(二) 113年第1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
113年 第1季	浮動點值	0.87547831	0.80000000	0.82745382	0.84810627	0.83077676	1.15855914	0.84739423
	平均點值	0.92393185	0.88199127	0.89059496	0.90986238	0.89774416	1.10315679	0.90673270
	平均點值 (含專款)	0.92542889	0.88628409	0.89478777	0.91346104	0.90112693	1.08624815	0.90993371

(三) 112年第1季各區點值供參(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1季	浮動點值	0.80893858	0.75000000	0.79847261	0.80827381	0.77256082	1.16924259	0.79938470
	平均點值	0.88428532	0.85515586	0.87474026	0.88761742	0.86476814	1.10657709	0.87922141
	平均點值 (含專款)	0.88680374	0.86117989	0.87997214	0.89266028	0.86967124	1.09199880	0.88384736

註：專款包含醫療資源不足地區改善方案、西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫提升孕

產照護品質計畫、癌症患者加強照護整合方案、兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、中醫急症處置計畫、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、品質保證保留款之預算及點數。其中 112 年每季品質保證保留款係以全年實際核發數除以 4 估算。

(四) 中醫專案計畫：

各專案項目執行情形如下表：

專款項目	113Q1			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)	45,000	38,465	6,535	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	109,200	91,734	17,466	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	17,500	17,140	360	1.0000
4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	5,300	7,635	-2,335	0.5476
5. 癌症患者加強照護整合方案	66,250	71,510	-5,260	0.9224
6. 中醫急症處置計畫	2,500	963	1,537	1.0000
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	26,325	25,160	1,165	1.0000
8. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	12,000	14,755	-2,755	0.7971
9. 網路頻寬補助費用(註1、4)	83,000	21,451	61,549	
10. 品質保證保留款(另行結算)	80,206			

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113Q1為10家。

註3. 當季暫結金額=1點/元*當季支用點數。

註4. 網路頻寬補助費用累計至本季執行率為25.84%。預算如有不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

三、擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決定：

=====

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)113年第1季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$= 113\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(\text{OPD_G113合計}) \times \text{各季預算占率}(h_{q1})$$

$$= 30,988,492,521 \times 23.209366\%(h_{q1})$$

$$= 7,192,232,647 \text{ (D1)}$$

註：

1. 依據112年11月16日「中醫門診總額研商議事會議」112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113年各季預算重分配之依據。113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. 113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_G113合計)為30,988,492,521元，各季調整後預算如下：

113年第1季預算7,569,545,731元，調整後預算為7,192,232,647元 = $30,988,492,521 \times 23.209366\%(h_{q1})$ 。

113年第2季預算7,713,689,002元，調整後預算為7,793,272,743元 = $30,988,492,521 \times 25.148925\%(h_{q2})$ 。

113年第3季預算7,614,534,446元，調整後預算為8,009,331,020元 = $30,988,492,521 \times 25.846146\%(h_{q3})$ 。

113年第4季預算8,090,723,342元，調整後預算為7,993,656,111元

$$= \text{113年全年預算} - \text{113年第1季調整後預算} - \text{113年第2季調整後預算} - \text{113年第3季調整後預算}$$

$$= 30,988,492,521 \text{元} - 7,192,232,647 \text{元} - 7,793,272,743 \text{元} - 8,009,331,020 \text{元}$$

$$= 7,993,656,111 \text{元。}$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 2

(二)113年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G113合計)

項目	111年各季 一般服務醫療 給付費用總額	110年各季校正 投保人口預估 成長率差額	111年 違反特管辦法 之扣款(註1)	112年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	111年各季校正 投保人口預估 成長率差值	112年 違反特管辦法 之扣款(註2)	113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)
	(Q111)	(PEOP110)	(B2)	(Q112) =(Q111+PEOP110 +B2)×(1+4.072%)	(PEOP111)	(B3)	(Q113) =(Q112+PEOP111 +B3)×(1+4.979%)	(C106)
第1季	7,002,761,743	-22,238,657	3,526,946	7,268,440,549	-61,258,146	8,636,931	7,575,094,979	5,549,248
第2季	7,160,788,544	-31,423,887	3,526,946	7,423,342,949	-78,723,909	8,636,931	7,719,374,586	5,685,584
第3季	7,060,217,251	-32,977,987	3,526,946	7,317,059,010	-66,964,220	8,636,931	7,620,143,973	5,609,527
第4季	7,487,142,652	-42,676,749	3,526,947	7,751,275,119	-47,241,356	8,636,932	8,096,684,569	5,961,227
合 計	28,710,910,190	-129,317,280	14,107,785	29,760,117,627	-254,187,631	34,547,725	31,011,298,107	22,805,586

項目	113年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算	醫療資源不足 地區之論量計 酬結算金額
	(OPD_G113) =(Q113- C106)	(B4)
第1季	7,569,545,731	53,315,867
第2季	7,713,689,002	0
第3季	7,614,534,446	0
第4季	8,090,723,342	0
合 計	30,988,492,521	53,315,867

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 3

註：

1. 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%)。

※111年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 14,107,785元，按季均分。

2. 113年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q113)

= (112年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q112)+111年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP111) +112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+4.979%)。

※一般服務成長率為4.979%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.002%，協商因素成長率1.977%。

※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113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112年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會112年第7次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、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「111年未導入預算扣減」部分(中醫門診總額111年未有本項扣減金額)。

※112年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 34,547,725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「113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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：4

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 = 180,000,000

第1季:預算=180,000,000/4= 45,000,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 10

(1)獎勵開業已支用點數： 8,143,993(J1) (浮動點數： 5,491,758；非浮動點數： 2,652,235)

(2)獎勵開業保障給付收入： 11,300,446(J2)

(3)獎勵開業論次費用： 33,000(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3)： 8,176,993(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 11,333,446(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： 2,454,272(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 24,677,432(J7)

(3)小計已支用點數： 27,131,704(J8) 暫結金額= 1元/點× 27,131,704(J8)= 27,131,704(J9)

3. 合計:

已支用點數： 35,308,697(J4+J8)

暫結金額： 38,465,150(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 45,000,000 - 38,465,150= 6,534,850

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 5

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 6,534,850= 51,534,850

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 0

(1)獎勵開業已支用點數： 0(K1) (浮動點數： 0；非浮動點數： 0)

(2)獎勵開業保障給付收入： 0(K2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(K3)

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

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 0(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 0(K7)

(3)小計已支用點數： 0(K8) 暫結金額= 1元/點× 0(K8)= 0(K9)

3. 合計:

已支用點數： 0(K4+K8)

暫結金額： 0(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 51,534,850 - 0= 51,534,850

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：6

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 51,534,850= 96,534,850

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 0

(1)獎勵開業已支用點數： 0(L1) (浮動點數： 0；非浮動點數： 0)

(2)獎勵開業保障給付收入： 0(L2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(L3)

(4)小計已支用點數(L1+L3)： 0(L4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(L3)= 0(L5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 0(L6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 0(L7)

(3)小計已支用點數： 0(L8) 暫結金額= 1元/點× 0(L8)= 0(L9)

3. 合計:

已支用點數： 0(L4+L8)

暫結金額： 0(L10=L5+L9)

未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 96,534,850 - 0= 96,534,850

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：7

=====
第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 96,534,850= 141,534,850

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 0

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

(2)獎勵開業保障給付收入： 0(M2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(M3)

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

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 0(M6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 0(M7)

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

3. 合計:

已支用點數： 0(M4+M8)

暫結金額： 0(M10=M5+M9)

未支用金額= 第4季預算 - 第4季暫結金額=141,534,850 - 0=141,534,850

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1 季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 8

全年合計:全年預算=180,000,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 10

(1)獎勵開業已支用點數： 8,143,993(N1) (浮動點數： 5,491,758；非浮動點數： 2,652,235)
 (2)獎勵開業保障給付收入： 11,300,446(N2)
 (3)獎勵開業論次費用： 33,000(N3)
 (4)小計已支用點數(N1+N3)： 8,176,993(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額= 11,333,446(N5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 2,454,272(N6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 24,677,432(N7)
 (3)小計已支用點數： 27,131,704(N8) 結算金額= 27,131,704(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： 35,308,697(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)
 = 38,465,150+ 0+ 0+ 0= 38,465,150
 未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=180,000,000- 38,465,150=141,534,850

註：依據「113年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，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：RGI3308R02

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：113/08/13

113年第 1 季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 9

(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：	65,077,807(V01)	62,777,212(VF01)	2,300,595(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,512,397(V02)	10,140,049(VF02)	372,348(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,603,282(V03)	4,384,378(VF03)	218,904(VN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,206,272(V04)	8,612,729(VF04)	593,543(VN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,334,377(V05)	2,188,497(VF05)	145,880(VN05)
(6)小計：	91,734,135(V06)	88,102,865(VF06)	3,631,270(VN06)

已支用點數= 91,734,135

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 91,734,135

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 109,200,000 - 91,734,135 = 17,465,865

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 17,465,865 = 126,665,865

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

已支用點數= 0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 126,665,865 - 0 = 126,665,865

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R02

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：113/08/13

113年第 1 季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：10

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 126,665,865= 235,865,865

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X01)	0(XF01)	0(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X02)	0(XF02)	0(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X03)	0(XF03)	0(XN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(X05)	0(XF05)	0(XN05)
(6)小計：	0(X06)	0(XF06)	0(XN06)

已支用點數= 0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 235,865,865 - 0= 235,865,865

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 235,865,865= 345,065,865

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)小計：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)

已支用點數= 0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 345,065,865 - 0= 345,065,865

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：11

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：	65,077,807(Z01)	62,777,212(ZF01)	2,300,595(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,512,397(Z02)	10,140,049(ZF02)	372,348(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,603,282(Z03)	4,384,378(ZF03)	218,904(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,206,272(Z04)	8,612,729(ZF04)	593,543(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,334,377(Z05)	2,188,497(ZF05)	145,880(ZN05)
(6)小計：	91,734,135(Z06)	88,102,865(ZF06)	3,631,270(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)

＝ 91,734,135＋ 0＋ 0＝ 91,734,135

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝ 436,800,000－91,734,135＝ 345,065,865

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＝ 70,000,000

第1季：

預算＝ 70,000,000/4＝ 17,500,000

已支用點數＝ 17,140,130

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 17,140,130

未支用金額＝ 第1季預算－1元/點× 第1季已支用點數＝ 17,500,000－17,140,130＝ 359,870

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 70,000,000/4＋ 359,870＝ 17,859,870

已支用點數＝ 0

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第2季預算－1元/點× 第2季已支用點數＝ 17,859,870－0＝ 17,859,870

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：12

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 70,000,000/4＋ 17,859,870＝ 35,359,870

已支用點數＝ 0

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第3季預算 － 1元/點× 第3季已支用點數＝ 35,359,870 － 0＝ 35,359,870

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 70,000,000/4＋ 35,359,870＝ 52,859,870

已支用點數＝ 0

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算 － 1元/點× 第4季已支用點數＝ 52,859,870 － 0＝ 52,859,870

全年合計:

全年預算＝ 70,000,000

已支用點數＝ 17,140,130

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)

＝ 17,140,130＋ 0＋ 0＋ 0＝ 17,140,130

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 70,000,000 － 17,140,130＝ 52,859,870

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= 21,200,000

第1季:

$$\text{預算} = 21,200,000/4 = 5,300,000$$

$$\text{已支用點數} = 7,634,968 \quad (\text{浮動點數}: 5,161,079 \quad \text{非浮動點數}: 2,473,889)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 7,634,968$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 5,300,000 - 7,634,968 = -2,334,968$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (5,300,000 - 2,473,889) / 5,161,079 = 0.54758143$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 21,200,000/4 + 0 = 5,300,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 5,300,000 - 0 = 5,300,000$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 21,200,000/4 + 5,300,000 = 10,600,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 10,600,000 - 0 = 10,600,000$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 21,200,000/4 + 10,600,000 = 15,900,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 15,900,000 - 0 = 15,900,000$$

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 14

全年合計：

全年預算 = 21,200,000

已支用點數 = 7,634,968

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)

= 5,300,000 + 0 + 0 + 0 = 5,300,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 21,200,000 - 5,300,000 = 15,900,000

註：依據「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(五)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=265,000,000

第1季:預算 = 265,000,000/4 = 66,250,000

	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已支用點數：	22,760,988	19,225,493	3,535,495
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	26,522,845	26,522,845	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,919,492	1,919,492	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	7,135,383	7,135,383	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	6,281,751	6,281,751	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	2,998,413	2,827,995	170,418
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	918,930	918,930	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,429,288	1,429,288	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,543,102	1,543,102	0
(10)小計：	71,510,192	67,804,279	3,705,913

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 71,510,192

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 66,250,000 - 71,510,192 = -5,260,192

浮動點值 = (第1季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (66,250,000 - 3,705,913) / 67,804,279 = 0.92242094

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 15

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 265,000,000/4+

0= 66,250,000

	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已支用點數：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	0	0	0
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(10)小計：	0	0	0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 66,250,000 - 0= 66,250,000

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 265,000,000/4+ 66,250,000= 132,500,000

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

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 132,500,000 - 0= 132,500,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 16

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 265,000,000/4+ 132,500,000= 198,750,000

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

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 198,750,000 - 0= 198,750,000

全年合計：全年預算= 265,000,000

	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已支用點數：	22,760,988	19,225,493	3,535,495
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	26,522,845	26,522,845	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,919,492	1,919,492	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	7,135,383	7,135,383	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	6,281,751	6,281,751	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	2,998,413	2,827,995	170,418
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	918,930	918,930	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,429,288	1,429,288	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,543,102	1,543,102	0
(10)小計：	71,510,192	67,804,279	3,705,913

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)

= 66,250,000+ 0+ 0+ 0= 66,250,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 265,000,000 - 66,250,000= 198,750,000

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1 季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 17

=====

(六)中醫急症處置計畫 全年預算= 10,000,000

第1季:

預算= 10,000,000/4= 2,500,000

已支用點數 = 963,033 (浮動點數: 962,626 非浮動點數: 407)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 963,033

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 2,500,000 - 963,033 = 1,536,967

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 10,000,000/4 + 1,536,967 = 4,036,967

已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數 = 4,036,967 - 0 = 4,036,967

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 10,000,000/4 + 4,036,967 = 6,536,967

已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數 = 6,536,967 - 0 = 6,536,967

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 10,000,000/4 + 6,536,967 = 9,036,967

已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數 = 9,036,967 - 0 = 9,036,967

全年合計:

全年預算 = 10,000,000

已支用點數 = 963,033 (浮動點數: 962,626 非浮動點數: 407)

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)

= 963,033 + 0 + 0 + 0 = 963,033

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 10,000,000 - 963,033 = 9,036,967

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 18

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:

預算= 105,300,000/4= 26,325,000

已支用點數 = 25,160,318 (浮動點數: 25,160,318 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 25,160,318

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 26,325,000 - 25,160,318 = 1,164,682

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 105,300,000/4 + 1,164,682 = 27,489,682

已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數 = 27,489,682 - 0 = 27,489,682

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 105,300,000/4 + 27,489,682 = 53,814,682

已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數 = 53,814,682 - 0 = 53,814,682

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 105,300,000/4 + 53,814,682 = 80,139,682

已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數 = 80,139,682 - 0 = 80,139,682

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 19

全年合計：

全年預算 = 105,300,000

已支用點數 = 25,160,318 (浮動點數：25,160,318 非浮動點數：0)

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

= 25,160,318 + 0 + 0 + 0 = 25,160,318

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 105,300,000 - 25,160,318 = 80,139,682

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 = 48,000,000

第1季:預算 = 48,000,000/4 = 12,000,000

(1)論次支付費用：1,178,000

(2)論量支付已支用點數：13,576,896 (浮動點數：11,280,514 非浮動點數：2,296,382)

(9)小計已支用點數：14,754,896

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 14,754,896

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 12,000,000 - 14,754,896 = -2,754,896

浮動點值 = (第1季預算 - 論次支付費用) / 論量支付已支用點數 = (12,000,000 - 1,178,000) / 13,576,896 = 0.79708941

第2季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 48,000,000/4 + 0 = 12,000,000

(1)論次支付費用：0

(2)論量支付已支用點數：0 (浮動點數：0 非浮動點數：0)

(9)小計已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點×第2季已支用點數 = 12,000,000 - 0 = 12,000,000

第3季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 48,000,000/4 + 12,000,000 = 24,000,000

(1)論次支付費用：0

(2)論量支付已支用點數：0 (浮動點數：0 非浮動點數：0)

(9)小計已支用點數：0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點×第3季已支用點數 = 24,000,000 - 0 = 24,000,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01-113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 20

=====

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 48,000,000/4 + 24,000,000 = 36,000,000

(1)論次支付費用： 0

(2)論量支付已支用點數： 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 0)

(9)小計已支用點數： 0

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數 = 36,000,000 - 0 = 36,000,000

全年合計:

全年預算 = 48,000,000

(1)論次支付費用： 1,178,000

(2)論量支付已支用點數： 13,576,896 (浮動點數： 11,280,514 非浮動點數： 2,296,382)

(9)小計已支用點數： 14,754,896

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)

= 12,000,000 + 0 + 0 + 0 = 12,000,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 48,000,000 - 12,000,000 = 36,000,000

註：依據「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」，本計畫之預算，按季均分及結算，「論次費用」每點支付金額以1元支付，各季預算扣除論次費用後，其餘項目採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(九)網路頻寬補助費用 全年預算= 83,000,000

第1季已支用點數： 21,450,697

第2季已支用點數： 0

第3季已支用點數： 0

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 21,450,697

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 21,450,697

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 83,000,000 - 21,450,697 = 61,549,303

註：預算如有不足，依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1 季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 21

=====

(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+113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%) + 57,400,000

= (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% + 57,400,000

= 5,549,248 + 5,685,584 + 5,609,527 + 5,961,227 + 57,400,000

= 80,205,586

※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113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113年度之品質保證保留款(57.4百萬元)合併運用(計80.2百萬元)。

三、一般服務費用總額(註1)

(一)扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算

調整後地區一般服務醫療給付費用總額 7,192,232,647 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 53,315,867 (B4)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算 7,138,916,780 (E)

各分區醫療資源不足地區改善方案_論量計酬：

就醫分區	浮動點數	非浮動點數	合 計	論量計酬結算金額
臺北	3,700,503	1,503,706	5,204,209	5,204,209
北區	6,869,963	3,695,055	10,565,018	10,565,018
中區	5,904,596	2,596,830	8,501,426	8,501,426
南區	5,697,569	2,674,602	8,372,171	8,372,171
高屏	10,085,378	-1,126,480	8,958,898	8,958,898
東區	8,420,721	3,293,424	11,714,145	11,714,145
合計	40,678,730	12,637,137	53,315,867(B2)	53,315,867(B4)

※醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額＝ 每點1元×(浮動點數＋非浮動點數)。

(二)東區分區一般服務預算總額(D6) = (E) × 2.22% = 7,138,916,780 × 2.22% = 158,483,953 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險調整移撥款(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = (E) × 97.78% - 15,000,000 = 6,965,432,827 (加總後四捨五入至整數位) (註3)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 66% = 6,965,432,827 × 66% = 4,597,185,666 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 15% = 6,965,432,827 × 15% = 1,044,814,924 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 6,965,432,827 × 9% = 626,888,954 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 4% = 6,965,432,827 × 4% = 278,617,313 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 6,965,432,827 × 5% = 348,271,641 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 6,965,432,827 - 4,597,185,666 - 1,044,814,924 - 626,888,954 - 278,617,313 - 348,271,641 = 69,654,329

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q1+97Q1+98Q1		112年2月		112年1~3月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 =(Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	各區就醫 次數比率加總 (a)	全區 就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後 指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	3,748,499,441	28.8812%	7,465,952	32.7708%	1,002,685.780097		29.5358%	30.0763%
北區	1,545,478,864	11.9075%	3,861,460	16.9493%	485,193.655661		14.2922%	14.5537%
中區	3,528,900,120	27.1892%	4,546,942	19.9582%	838,753.792835		24.7069%	25.1590%
南區	1,966,439,444	15.1509%	3,269,761	14.3522%	479,974.245721		14.1384%	14.3971%
高屏	2,189,713,132	16.8712%	3,638,241	15.9695%	527,204.840982		15.5297%	15.8139%
東區					61,004.684500			
小計	12,979,031,001	100.0000%	22,782,356	100.0000%	3,394,816.999796	3,394,817	98.2030%	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 24

=====

指標4(註7)(S4)								
去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差								
指標								
計算期間	112年1~3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	0.245392	0.243167	0.002225	2	0.00	3,748,499,441	3,748,499,441	29.0561%
北區	0.357810	0.378301	-0.020491	4	0.00	1,545,478,864	1,545,478,864	11.9796%
中區	0.216618	0.243534	-0.026916	5	-0.05	3,528,900,120	3,352,455,114	25.9862%
南區	0.270284	0.267055	0.003229	1	0.05	1,966,439,444	2,064,761,416	16.0048%
高屏	0.258983	0.260101	-0.001118	3	0.00	2,189,713,132	2,189,713,132	16.9733%
小計						12,979,031,001	12,900,907,967	100.0000%

指標5(註8)(S5)				
當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率				
指標				
計算期間	112年11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	0.005213	3,748,499,441	3,768,040,369	29.1975%
北區	0.003989	1,545,478,864	1,551,643,779	12.0233%
中區	-0.016605	3,528,900,120	3,470,302,734	26.8904%
南區	-0.005733	1,966,439,444	1,955,165,847	15.1500%
高屏	-0.013482	2,189,713,132	2,160,191,420	16.7388%
小計		12,979,031,001	12,905,344,149	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

113年第 1季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

列印日期：113/08/13

頁 次： 25

(五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	28.8812%	32.7708%	30.0763%	29.0561%	29.1975%
北區	11.9075%	16.9493%	14.5537%	11.9796%	12.0233%
中區	27.1892%	19.9582%	25.1590%	25.9862%	26.8904%
南區	15.1509%	14.3522%	14.3971%	16.0048%	15.1500%
高屏	16.8712%	15.9695%	15.8139%	16.9733%	16.7388%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註9)：

$$\begin{aligned}
 \text{第1季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 69,654,329 - 38,843,630 \\
 &= 30,810,699
 \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	偏鄉院所當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.79251377	41,054,378	8,518,217
北區	0.69421380	22,487,255	6,876,294
中區	0.77987527	27,502,583	6,053,994
南區	0.77782241	40,119,564	8,913,672
高屏	0.76060691	35,428,993	8,481,453
小計		166,592,773	38,843,630(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：26

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

分區	預算(Ga) =GAx指標1占率	預算(Gb) =GBx指標2占率	預算(Gc) =GCx指標3占率	預算(Gd) =GDx指標4占率	預算(Ge) =GEx指標5占率	第1季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,327,722,387	342,394,209	188,545,002	80,955,325	101,686,612	8,898,500	2,050,202,035
北區	547,409,883	177,088,816	91,235,538	33,377,240	41,873,744	3,668,784	894,654,005
中區	1,249,938,005	208,526,252	157,718,992	72,402,052	93,651,637	8,377,183	1,790,614,121
南區	696,515,003	149,953,928	90,253,830	44,592,144	52,763,154	4,668,098	1,038,746,157
高屏	775,600,388	166,851,719	99,135,592	47,290,552	58,296,494	5,198,134	1,152,372,879
小計	4,597,185,666	1,044,814,924	626,888,954	278,617,313	348,271,641	30,810,699	6,926,589,197

(八)調整後分區一般服務預算總額(加總BD2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算	7,138,916,780 (E)
—當季風險調整移撥款(含撥補當季浮動點值<0.8之預算及撥予當季就醫率最高之分區)	15,000,000 (D7)
—偏鄉人口預算分配調升機制補至1元所需預算	38,843,630 (M1)

調整後分區一般服務預算總額 7,085,073,150 (加總BD2)

註：

1. 依據「113年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」辦理。
2. 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
3. 風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥6,000萬元。由每季提撥1,500萬元。分配方式：
 - (1)其中4,000萬元用於補助點值，補助方式自113年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。(2)其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.8元之差值(但最高不大於點值第二低之分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。若兩區以上浮動點值低於0.8時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至0.8元。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
 - (2)其中2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。
4. 為避免東區分區及其他5分區一般服務預算總額加總後與調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = 調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1) - 東區分區一般服務預算總額(D6)。
5. 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
 - (1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
 - (2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
6. 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
 - (1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：Σ各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣAi2)。
 - (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。
7. 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率
 - (1)分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)；分母：Σ各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣAi3)。
 - (2)條件說明：保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人；資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害案件(案件分類B6)】、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次月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：計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，計算每位病患於各區就醫次數(a)，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)，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%)，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)，扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值(ΣK1)。
8. 指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)
 - (1)保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
 - (2)人數利用率成長率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(112年該季/111年同期)-1。
 - (3)醫療費用點數成長率(r)：(112年該季申報醫療費用點數/111年同期申報醫療費用點數)-1。
 - (4)各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類B6)、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。
 - (5)本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。(p-r)產生的最大值中，其值大於0且p值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且r值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。
9. 指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率
 - (1)分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母：Σ各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。

(2)條件說明：「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」，採用季中數值。

「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計，採用季中數值。

(3)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)。

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

= -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數≤全國平均值：

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

=+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

= 各分區 $\sum$ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

※成長率之計算係與前季季中比較。

10. 指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

(3)條件說明：

a. 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地離島地區

(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)112年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

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

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

(1)操作定義：

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

b. 成長率=(113年該區 $yT / 112$ 年該區 $yT) - 1$ 。

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

(2)撥補程序

a. 於113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。

12. 預算經以上開方式分配後以及含已撥補分區之風險調整移撥款，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁 次： 29

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	1,355,546,927(BF)	863,402,709(BG)	47,397(BJ)
2-北區分區	617,246,716(BF)	428,826,025(BG)	30,707(BJ)
3-中區分區	1,278,394,095(BF)	737,747,438(BG)	54,610(BJ)
4-南區分區	677,485,444(BF)	464,133,783(BG)	32,722(BJ)
5-高屏分區	775,654,955(BF)	507,968,813(BG)	7,956(BJ)
6-東區分區	93,466,198(BF)	50,190,359(BG)	7,476(BJ)
7-合計	4,797,794,335(GF)	3,052,269,127(GG)	180,868(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

113年第 1季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

列印日期：113/08/13

頁次：30

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	= [2,050,202,035	— 863,402,709	— 47,397]	／ 1,355,546,927	= 0.87547831(點值排序：1)
北區分區	= [894,654,005	— 428,826,025	— 30,707]	／ 617,246,716	= 0.75463710(點值排序：5)
中區分區	= [1,790,614,121	— 737,747,438	— 54,610]	／ 1,278,394,095	= 0.82354266(點值排序：4)
南區分區	= [1,038,746,157	— 464,133,783	— 32,722]	／ 677,485,444	= 0.84810627(點值排序：2)
高屏分區	= [1,152,372,879	— 507,968,813	— 7,956]	／ 775,654,955	= 0.83077676(點值排序：3)
東區分區	= [158,483,953	— 50,190,359	— 7,476]	／ 93,466,198	= 1.15855914

3. 風險調整移撥款(含撥補當季浮動點值<0.8之分區及撥予就醫最高分區)

風險移撥款(用於補助點值)：全年40,000,000元 累計至前一季已支用金額=0 未支用金額=本季風險調整移撥款(用於補助點值之預算)=40,000,000元(G)

分區	分區 一般服務 預算總額	本季未支用 風險調整 移撥款(用 於補助點 值)之預算	撥補前 五分區估算 浮動點值	風險調整移撥 款撥補當季浮 動點值至0.8 之差額	113年第1季風 險調整移撥款 (用於就醫率最 高分區)之金額	累計至前一季 風險調整 移撥款(用 於補助點 值)之剩餘款	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)	(G)	(Z)	(F)	(J)	(I)= (G)-(F)	(Z1)	(BD3)= (BD2)+(F)+(J)
臺北	2,050,202,035		0.87547831				0.87547831	2,050,202,035
北區	894,654,005		0.75463710	28,000,100			0.80000000	922,654,105
中區	1,790,614,121		0.82354266		5,000,000		0.82745382	1,795,614,121
南區	1,038,746,157		0.84810627				0.84810627	1,038,746,157
高屏	1,152,372,879		0.83077676				0.83077676	1,152,372,879
東區	158,483,953		-			-	-	158,483,953
合計	7,085,073,150	40,000,000		28,000,100	5,000,000	11,999,900		7,118,073,250

註：風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥6,000萬元。由每季提撥1,500萬元。分配方式：

- 其中4,000萬元用於補助點值，補助方式自113年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.8元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。若兩區以上浮動點值低於0.8時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至0.8元。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
- 其中2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。
- 風險調整移撥款撥補當季浮動點值至0.8之差額(F)=0.8×各分區一般服務核定浮動點數(BF)-撥補前五分區估算浮動點值(Z)×各分區一般服務核定浮動點數(BF)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

113年第 1季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

列印日期：113/08/13

頁次：31

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	= [2,050,202,035	—	863,402,709	—	47,397]	／	1,355,546,927	=	0.87547831
北區分區	= [922,654,105	—	428,826,025	—	30,707]	／	617,246,716	=	0.80000000
中區分區	= [1,795,614,121	—	737,747,438	—	54,610]	／	1,278,394,095	=	0.82745382
南區分區	= [1,038,746,157	—	464,133,783	—	32,722]	／	677,485,444	=	0.84810627
高屏分區	= [1,152,372,879	—	507,968,813	—	7,956]	／	775,654,955	=	0.83077676
東區分區	= [158,483,953	—	50,190,359	—	7,476]	／	93,466,198	=	1.15855914

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)

	= [7,118,073,250	—	3,052,269,127	—	180,868]	／	4,797,794,335	=	0.84739423
--	-------------------	---	---------------	---	-----------	---	---------------	---	------------

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	= [2,050,202,035	]	／	[1,355,546,927 + 863,402,709	+	47,397]	=	0.92393185
北區分區	= [922,654,105	]	／	[617,246,716 + 428,826,025	+	30,707]	=	0.88199127
中區分區	= [1,795,614,121	]	／	[1,278,394,095 + 737,747,438	+	54,610]	=	0.89059496
南區分區	= [1,038,746,157	]	／	[677,485,444 + 464,133,783	+	32,722]	=	0.90986238
高屏分區	= [1,152,372,879	]	／	[775,654,955 + 507,968,813	+	7,956]	=	0.89774416
東區分區	= [158,483,953	]	／	[93,466,198 + 50,190,359	+	7,476]	=	1.10315679

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)

	= [7,118,073,250	]	／	[4,797,794,335 + 3,052,269,127	+	180,868]	=	0.90673270
--	-------------------	---	---	---------------------------------	---	-----------	---	------------

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

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：113/08/13

113年第 1季

結算主要費用年月起迄:113/01—113/03

核付截止日期:113/06/30

頁次：32

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)]

= [7,118,073,250 + 298,362,711 + 53,315,867] / [4,797,794,335 + 3,052,269,127 + 180,868 + 305,556,314 + 53,315,867]
 = 0.90993371

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
 = 38,465,150 + 91,734,135 + 17,140,130 + 66,250,000 + 5,300,000 + 963,033 + 25,160,318 + 12,000,000
 + 21,450,697 + 19,899,248
 = 298,362,711

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 113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112/12(含)以前:於113/04/01～113/06/30期間核付者。

費用年月113/01～113/03:於113/01/01～113/06/30期間核付者。

報告事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：112 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案。

說明：

- 一、依據本署 111 年 12 月 28 日健保醫字第 1100123002 號公告之「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」辦理。
- 二、112 年原預算計有 50,405,586 元，扣除 111 年申復 1,284,449 元，可支用預算為 49,121,137 元(表 1，頁次：報 5-2 頁)。
- 三、特約中醫家數共計 4,213 家，其中 3,063 家中醫院所實際領取品保款(約占全區中醫院所 72.7%)，每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發 49,121,155 元，與預算數相較差距 18 元(表 2，頁次：報 5-3 頁)。
- 四、符合各項指標之分區院所分布(表 3，頁次：報 5-3 頁及表 4，頁次：報 5-5 頁)，各層級符合分配條件之家數(表 5，頁次：報 5-6 頁)及領取金額(表 6，頁次：報 5-6 頁)。
- 五、本署已於 113 年 7 月 31 日前完成品質保證保留款發放作業，並請院所自 VPN 下載「中醫總額核發品質保證保留款」收入金額(含不核發)明細表；院所若提出申復等行政救濟事宜並經審核同意列入核發者，將依方案規定，自次年度中醫門診總額品質保留款項下支應。

決定：

表 1：112 年度中醫門診總額品質保證保留款預算

年季	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
預算數	12, 449, 248	12, 585, 584	12, 509, 527	12, 861, 227	50, 405, 586

製表日期：113 年 5 月 30 日

預算： 50, 405, 586
 申復： 1, 284, 449
 實際預算： 49, 121, 137

表 2：112年中醫門診總額品質保證保留款符合分配條件及領取品保款之家數統計

分區	符合分配條件			不符合分配條件		符合分配條件且領取品保款金額不為0之院所家數百分比 (E) = (B) / (A)	不符核發資格之院所家數百分比 (F) = (D) / (A)	核算基礎減計至100%之院所家數百分比 (G)=(C)/(A)
	各分區院所家數 (A) = (B)+(C)+(D)	領取品保款金額 不為0之院所家數 (B) 【註 2】	核發品質保證保留款 之金額	因方案第柒點不符核發資格院所 家數 (D) 【註4】	核算基礎減 計至100%之 院所家數(C) 【註3】			
臺北	1,264	851	12,415,905	355	58	67.3%	28.1%	4.6%
北區	518	395	7,112,926	107	16	76.3%	20.7%	3.1%
中區	1,160	895	14,612,010	189	76	77.2%	16.3%	6.6%
南區	583	404	6,399,586	139	40	69.3%	23.8%	6.9%
高屏	607	455	7,525,372	136	16	75.0%	22.4%	2.6%
東區	81	63	1,055,356	16	2	77.8%	19.8%	2.5%
總計	4,213	3,063	49,121,155	942	208	72.7%	22.4%	4.9%

註：112年預算係合計106年於一般服務之額度及112年編列之品質保證保留款額度共50,405,586元，扣減申復金額1,284,449元，實際預算**49,121,137**元。

註1：每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算與實際核發有差距，故實際核發**49,121,155**元，與預算相較差距**18**元。

註2：沒有本方案第柒點規定所列情形(含部分核算基礎減計之院所)。

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

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

- (一)前一年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數3.0以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。
- (二)核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率，超過該區90百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。
- (三)當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條至第40條、第44條至第45條等所列違規情事並經處分(以處分日期認定)者。
- (四)中醫門診特約醫事服務機構非屬「中醫門診總額支付制度品質確保方案」之中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。
- (五)未符合保險人公布之中醫總額部門醫療資訊公開「醫療費用明細標示」院所。
- (六)未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。
- (七)未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」之院所。
- (八)符合核發品質保證保留款資格中醫院所，依前項分數加總並由高而低排列，取前90百分位進行核發。

製表日期:113年6月20日

製表單位:醫務管理組

表3. 未領取品保款各分區各項指標不符合院所數

原因別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
1	58	15	47	18	16	3	157
2	127	52	116	59	61	9	424
3	8	3	5	8	7	0	31
4	106	33	26	66	30	3	264
5	61	10	5	8	6	1	91
6	69	46	107	42	25	8	297
7	76	39	185	49	34	11	394
8	13	6	22	6	13	4	64
9	262	98	210	125	114	28	837
10	366	146	358	124	125	15	1134
11	5	1	0	1	0	0	7
12	203	31	60	41	64	3	402
13	54	15	72	34	16	1	192

- 註. 1. 當年度在前1年12月在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數3.0以上之地區，新設立中醫門診
 2. 核減率：年平均核減率，超過該區90百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率
 3. 當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條至第四十條等所列
 4. 非屬「中醫門診總額支付制度品質確保方案」之中醫醫療院所加強感染控制指標合格
 5. 未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。
 6. 保險醫事服務機構之中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定
 7. 中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例超過全國80百分位者，減計20%。
 8. 同日重複就診率超過全國80百分位者，減計10%。
 9. 7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過全國80百分位者，減計10%。
 10. 慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者，減計10%。
 11. 未符合「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。
 12. 未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」之院所。。
 13. 未符合總得分前90%之院所
 14. 因各院所可能有多種不予核發註記項目，本表統計院所家數總和不等同實際院所家數。

表4 符合指標減計/加計院所數

原因別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	占總家數比例
7	76	39	185	49	34	11	394	9.4%
8	13	6	22	6	13	4	64	1.5%
減計 9	262	98	210	125	114	28	837	19.9%
10	366	146	358	124	125	15	1134	26.9%
加計 1	1	1	0	1	1	0	4	0.1%
4	41	21	33	12	15	3	125	3.0%
D-0	129	112	240	89	72	17	659	15.6%
D-0.1	23	36	18	15	7	2	101	2.4%
D-0.2	50	68	120	37	19	4	298	7.1%
E-0	257	54	213	110	65	4	703	16.7%
E-0.05	1003	464	945	472	541	77	3502	83.1%
F	1259	517	1160	582	607	81	4206	99.8%
G	425	127	354	208	227	24	1365	32.4%

註.

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

8. 同日重複就診率超過全國80百分位者，減計10%。

9. 7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過全國80百分位者，減計10%。

10. 慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者。

加計原因別 1-新設立之中醫門診特約醫事服務機構（屬新醫事服務機構代號者），位於保險人公告之中醫門診總額醫療

4-從事教學研究且績效卓著

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

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

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

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

表5、符合分配條件之院所層級與領取金額分布

	院所家數	領取金額	領取家數比例	領取金額比例
醫學中心	15	2,180,015	0.5%	4.4%
區域醫院	29	2,227,640	0.9%	4.5%
地區醫院	27	791,625	0.8%	1.6%
基層院所	3,200	43,921,839	97.8%	89.4%
小計	3,271	49,121,119	100%	100%

註. 符合分配條件之院所包括**3,063**家領取金額不為0之院所

表6、依核發金額級距分級之家數及核發金額

核發金額 百分位	院所家數		發金額(單位:千元)	
	醫院	基層	醫院	基層
核發金額為0	0	208		
0-10百分位	1	306	1	565
10-20百分位	1	305	4	1,232
20-30百分位	1	305	6	1,788
30-40百分位	0	306		2,331
40-50百分位	4	302	37	2,858
50-60百分位	3	304	33	3,482
60-70百分位	4	302	59	4,246
70-80百分位	8	298	143	5,266
80-90百分位	8	298	193	7,106
90百分位以上	41	266	4,722	15,048
總計	71	3,200	5,199	43,923

報告事項第六案

報告單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「113 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」南區一家中醫鄉鎮之施行區域異動情形，提請討論。

說明：「雲林縣土庫鎮」因漢昇中醫診所已於 113 年 6 月 20 日辦理歇業，故該鄉鎮應新增至附件 1-2「施行區域-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」。

本署說明：

- 一、統計截至 113 年 8 月 1 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：一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-2)：新增「雲林縣土庫鎮」。
- 二、另查「雲林縣四湖鄉」、「臺東縣池上鄉」中醫醫事機構異動，爰施行區域調整如下：
 - (一)無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1)：刪除「雲林縣四湖鄉」(瑾賀堂中醫診所自 113 年 5 月 29 日獎勵開業)。
 - (二)一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-2)：新增「雲林縣四湖鄉」；刪除「臺東縣池上鄉」(原有一家福壽堂中醫診所，仁欣中醫診所自 113 年 4 月 17 日開業)。
- 三、綜上，施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 78 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 79 個鄉鎮區。

決定：

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

縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數
新北市	坪林區	1	雲林縣	口湖鄉	1	花蓮縣	豐濱鄉	2
	石門區	1	嘉義縣	溪口鄉	1		富里鄉	1
	平溪區	1		東石鄉	1		秀林鄉	3
	雙溪區	1		番路鄉	1		萬榮鄉	3
	烏來區	3		阿里山鄉	3		卓溪鄉	3
宜蘭縣	大同鄉	3	高雄市	田寮區	1	臺東縣	大武鄉	2
	南澳鄉	3		內門區	1		東河鄉	1
新竹縣	橫山鄉	1		茂林區	3		長濱鄉	2
	寶山鄉	1		桃源區	3		綠島鄉	5
	北埔鄉	1		那瑪夏區	3		延平鄉	3
	峨眉鄉	1	屏東縣	萬巒鄉	1		海端鄉	3
	尖石鄉	3		竹田鄉	1		達仁鄉	3
	五峰鄉	3		新埤鄉	1		金峰鄉	3
苗栗縣	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	2		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 5 月 2 日-8 月 1 日，共 7978 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	長治鄉
	三芝區		西港區		麟洛鄉
	八里區		七股區		九如鄉
	貢寮區		將軍區		鹽埔鄉
	金山區		安定區		高樹鄉
	萬里區		山上區		新園鄉
宜蘭縣	蘇澳鎮		玉井區		崁頂鄉
	壯圍鄉		楠西區		林邊鄉
	冬山鄉		南化區		南州鄉
	三星鄉		<u>土庫鎮</u>		琉球鄉
桃園市	復興區	雲林縣	古坑鄉	澎湖縣	湖西鄉
新竹縣	芎林鄉		二崙鄉	花蓮縣	鳳林鎮
苗栗縣	西湖鄉		東勢鄉		瑞穗鄉
	造橋鄉		褒忠鄉	臺東縣	成功鎮
	三灣鄉		臺西鄉		卑南鄉
臺中市	石岡區		元長鄉		太麻里鄉
	外埔區		<u>四湖鄉</u>		鹿野鄉
彰化縣	線西鄉	嘉義縣	布袋鎮		<u>池上鄉</u>
	埔鹽鄉		六腳鄉	金門縣	金沙鎮
	二水鄉		義竹鄉		金寧鄉
	田尾鄉		鹿草鄉		
	芳苑鄉		中埔鄉		
	大城鄉		梅山鄉		
	竹塘鄉		大埔鄉		
南投縣	集集鎮	高雄市	湖內區		
	中寮鄉		永安區		
	魚池鄉		彌陀區		
	國姓鄉		六龜區		
臺南市	柳營區		甲仙區		
	六甲區		杉林區		

註 1：本一覽表統計截止日期：113 年 5 月 2 日 8 月 1 日，共 7879 個鄉鎮(區)。

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

肆、討論事項

討論事項第一案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：建議修訂支付標準第四部第四章針灸：高度複雜性針灸適應症附表 4.4.3 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 54 次會議決議辦理。

二、有關腦中風後遺症納入高度複雜性給付說明如下：

(一) 病情複雜度高

腦中風後遺症通常涉及多個系統的功能障礙，包括運動、感覺、語言及認知等方面，病情複雜且嚴重。這與目前表列的高度複雜性適應症如腦出血(I61，I62)和腦梗塞(I63)的複雜度相當。

(二) 需要多部位針灸治療

為全面改善腦中風後遺症患者的各項功能，通常需要針對頭頸、軀幹和四肢等多個部位進行針灸治療。這符合高度複雜性針灸案件需要針灸兩個部位或以上的要求。

(三) 治療時間長

有效治療腦中風後遺症通常需要較長的針灸時間，至少 20 分鐘以上，才能達到理想效果。這與高度複雜性針灸案件的治療總時間要求一致。

(四) 需要配合輔助治療

針灸治療腦中風後遺症時，常需結合電針、艾灸等輔助治療，以增強療效。這符合高度複雜性針灸案件需要合併輔助治療的條件。

(五) 療程長且需持續治療

腦中風後遺症的康復是一個長期過程，需要持續的針灸治療才能取得良好效果。將其納入高度複雜性適應症可確保患者獲得必要的持續治療。

(六) 提高針灸治療效果

將腦中風後遺症納入高度複雜性給付，可確保患者獲得更

全面、持續的高品質針灸治療，從而提高整體治療效果和患者生活質量。

三、綜上所述，腦中風後遺症(I69)在疾病複雜度、治療需求和專業要求等方面，均符合高度複雜性針灸適應症的特點。將其納入附表 4.4.3 不僅合理，也能確保這類患者獲得更適切的針灸治療，提升整體醫療品質。因此，建議將腦中風後遺症(I69)納入健保支付標準第四部附表 4.4.3「高度複雜性針灸適應症」。

本署意見：

一、有關本案建議附表 4.4.3「高度複雜性針灸適應症」適應症增加腦血管疾病後遺症(I69)：

(一)查中醫支付標準第四章訂有一般針灸、電針治療、中度複雜性針灸及高度複雜性針灸，其中一般針灸及電針治療未訂有適應症範圍、中度複雜性針灸訂有適應症範圍附表 4.4.1 及 4.4.2、高度複雜性針灸訂有適應症範圍附表 4.4.3，前開所列適應症皆未含診斷碼 I69(附件 1，頁次討 1-4~1-11)，爰現行經診斷為 I69 之病人，中醫院所係申報一般針灸及電針治療。

(二)次查「高度複雜性針灸」與「一般針灸」、「電針治療」支付點數差額每項次均為 200 點。

二、經統計院所申報「一般針灸或電針治療」且主、次診斷碼為 I69 之醫令數，111 年為 14.74 萬件，112 年為 16.50 萬件(成長率 11.9%)，本署推估 113 年為 18.46 萬件【16.50 萬件*(1+11.9%)】；推估增加支出約 36.92 百萬點【18.46 萬件*200 點】。

	111年 (A)	112年 (B)	成長率 (C)=(B/A)-1	推估113年 (D)=B*(1+C)
醫令數(萬件)	14.74	16.50	11.9%	18.46
人數	6,547	6,958	6.3%	7,396
費用(百萬點)	33.19	38.09	14.8%	43.73

1. 資料來源：門診醫令申明細檢視表(含醫事機構代碼)(彙算日期：113/08/02)。

2. 醫令範圍：

(1) 一般針灸：D01、D02、F01、F02、F03、F04、F05、F69、F70、F06、F07、F08、F09、F10、F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F71、F72。

(2) 電針治療：D03、D04、F18、F19、F20、F21、F22、F73、F74、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F75、F76。

三、若依中全會意見，修訂後支付標準如附件 2(頁次討
1-12~1-14)。

擬辦：考量本案將增加財務支出，宜有預算支應，且現行政策規劃以點值管理為優先，建議宜先待點值穩定並爭取預算支應。

決議：

第四部 中 醫

第四章 針灸治療處置費

附件 1

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 灸灸治療或 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。	
	(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 灸灸治療或 CH07 眼部特殊針灸。	
	(3)治療時間合計二十分鐘以上。	

附表 4.4.1 中度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中文病名
G43	偏頭痛
G50	三叉神經疾患
G51	顏面神經疾患
G52	其他腦神經疾患
G90	自主神經系統疾患
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
H02	眼瞼其他疾患
H04	淚道系統之疾患
H05	眼窩疾患
H52	屈光及調節作用疾患
H10	結膜炎
H20	虹膜睫狀體炎
H25	老年性白內障
H26	其他白內障

附表 4.4.2 特殊疾病

一、衛生福利部公告之罕見疾病。

二、下表所列疾病：

ICD-10-CM	中文病名
A15	呼吸道結核病
B01	水痘
B02	帶狀疱疹
B05	麻疹
B06	德國麻疹
B20	人類免疫不全病毒疾病
B97.2	歸類於他處冠狀病毒所致的疾病
B97.3	歸類於他處反轉錄病毒所致的疾病
D65	瀰漫性血管內凝血症
D66	遺傳性第Ⅷ凝血因子缺乏症
D67	遺傳性第Ⅸ凝血因子缺乏症
D68	其他凝血缺乏
D69	紫斑症及其他出血性病態
D70	嗜中性白血球缺乏症
D82	與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症
D83	常見多樣性免疫缺乏症
D84	其他免疫缺乏症
E04	其他非毒性甲狀腺腫
E05	甲狀腺毒症
E06	甲狀腺炎
E10	第一型糖尿病
E11	第二型糖尿病
E13	其他特定糖尿病
E15	非糖尿病的低血糖性昏迷
E28	卵巢功能障礙
F90	注意力不足過動症
F95	抽搐症
I20	心絞痛
I21	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)
I22	續發性 ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞

ICD-10-CM	中文病名
	(NSTEMI)
I23	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)後造成之併發症(二十八天內)
I24	其他急性缺血性心臟病
I25	慢性缺血性心臟病
I26	肺栓塞
I27	其他肺性心臟病
I28	其他肺血管疾病
I42	心肌病變
I50	心臟衰竭
I71	主動脈瘤及剝離
I73	其他末梢血管疾病
I74	動脈栓塞及血栓症
I80	靜脈炎及血栓靜脈炎
I82	其他靜脈栓塞及血栓
I89	其他非感染性之淋巴管和淋巴結疾患
J44	慢性阻塞性肺病
J45	氣喘
J93	氣胸及氣漏
J96	呼吸衰竭，他處未歸類
J98	其他呼吸衰竭
K72	肝衰竭，他處未歸類者
K74	肝纖維化及硬化
K80	膽結石
L10	天庖瘡
L11	其他棘層鬆解性疾患
L12	類天庖瘡
L40	乾癬
L51	多形性紅斑
L52	結節性紅斑
L89	壓迫性潰瘍
L94	其他局限性結締組織疾患

CD-10-CM	中文病名
L97	下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者
M33	皮多肌炎
M34	全身性硬化症(硬皮症)
M35	結締組織其他全身性侵犯
M35.0	乾燥症候群(Sjogren 氏)
M35.00	乾燥症候群
N18	慢性腎臟疾病
N19	腎衰竭
O10~O16 、 O20~O29	妊娠
R64	惡病質

附表4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中英文病名
A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	腦膜良性腫瘤
D33	腦瘤併發神經功能障礙
D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	老年期及初老年期器質性精神病態限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號
F05	亞急性譫妄
F20、F21、F25	思覺失調症
F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	情感性精神病
F84	源自兒童期之精神病
F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	脊髓小腦症
G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	巴金森病
G35	多發性硬化症
G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	癲癇
G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	重症肌無力症
G71	肌肉特發性疾患
G80	嬰兒腦性麻痺
G81	偏癱
G82-G83+B91	其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
G93.7	雷氏症候群
H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	其他脈絡膜疾患
H33	視網膜退化及裂孔

ICD-10-CM	中英文病名
H34	視網膜血管阻塞
H35	視網膜其他疾患
H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	青光眼
H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	玻璃體疾患
H46	眼球神經炎
H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	麻痺性斜視
H50	其他斜視
H51	其他雙側眼運動疾患
H53	視覺障礙
H54	失明及低視力
H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	腦梗塞
M45	僵直性脊椎炎
M62.3	截癱性不動症候群
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
Q11	無眼症、小眼畸形及巨眼畸形
Q13	前段眼先天性畸形
Q12	先天性水晶體畸形
Q14	後段眼先天性畸形
Q15	眼其他先天性畸形
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、 S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸、腰椎、囊和骨盆神經損傷

ICD-10-CM	中英文病名
S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、 S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、 S94.0-S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷
P91	其他新生兒腦狀態障礙

附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中英文病名
A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	腦膜良性腫瘤
D33	腦瘤併發神經功能障礙
D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	老年期及初老年期器質性精神病態限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號
F05	亞急性譫妄
F20、F21、F25	思覺失調症
F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	情感性精神病
F84	源自兒童期之精神病
F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	脊髓小腦症
G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	巴金森病
G35	多發性硬化症
G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	癲癇
G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	重症肌無力症
G71	肌肉特發性疾患
G80	嬰兒腦性麻痺
G81	偏癱
G82-G83+B91	其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
G93.7	雷氏症候群

ICD-10-CM	中英文病名
H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	其他脈絡膜疾患
H33	視網膜退化及裂孔
H34	視網膜血管阻塞
H35	視網膜其他疾患
H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	青光眼
H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	玻璃體疾患
H46	眼球神經炎
H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	麻痺性斜視
H50	其他斜視
H51	其他雙側眼運動疾患
H53	視覺障礙
H54	失明及低視力
H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	腦梗塞
I69	腦血管疾病後遺症
M45	僵直性脊椎炎
M62.3	截癱性不動症候群
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
Q11	無眼症、小眼畸形及巨眼畸形
Q13	前段眼先天性畸形
Q12	先天性水晶體畸形
Q14	後段眼先天性畸形
Q15	眼其他先天性畸形
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、	神經根級脊神經叢之損傷

ICD-10-CM	中英文病名
S34.4	
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸、腰椎、囊和骨盆神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、 S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、 S94.0-S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷
P91	其他新生兒腦狀態障礙

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：有關中醫院院所使用「病毒感染後疲勞症候群(G93.3)」申報高度複雜性針灸適應症及申報中度複雜性傷科適應症，應如何管理案，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54次會議決議辦理。
- 二、目前接獲反應，自 COV-19 後院所看診後遺症病人，以 G93.3 病名申報高度複雜性針灸長達一年以上，病名雖符合申報適應症，但時間過長不符臨床常規，建議修正限定使用期限。
- 三、建議於中醫支付標準附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症及附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症在「病毒感染後疲勞症候群(G93.3)」後加註「超過三個月的案件，只能申報一般治療」。

本署意見：

- 一、有關本案所涉中醫支付標準「附表4.4.3高度複雜性針灸適應症」及「附表4.5.1中度複雜性傷科適應症」，經查109年11月19日109年第4次本會議，修訂第四章針灸治療及第五章傷科治療診療項目，依不同適應症及治療方式區分「複雜性」治療為「中度複雜性」或「高度複雜性」治療，並訂有適應症範圍，其中僅「高度複雜性針灸」及「中度複雜性傷科」適應症納入「病毒感染後疲勞症候群(G93.3)」，並依支付標準修訂程序於110年3月1日公告在案。
- 二、經統計110年至113年6月主、次診斷為 G93.3者，申報情形如下：
 - (一) 申報高度複雜性針灸或中度複雜性傷科趨勢：110年(108人、580件)至112年(2,361人、20,968件)逐年上升，至113年上半年(393人、2,493件)已漸趨緩，且多數為申報「高度複雜性針灸」診療項目(附件1，頁次討2-3)。
 - (二) 全年累計執行月份數：為了解以 G93.3申報針灸、傷科治療處置超過三個月之申報情形，統計112年前開申報全年累計執行月份數(附件2，頁次討2-4~2-5)：
 1. 申報月份數3個月內計2,614人(占率80%)，4個月以上計666人(占率20%)，達12個月計38人。
 2. 全年平均每人每月申報醫令數介於2.3~3.8人次。

- 三、綜上所述，截至113年6月，本案 G93.3申報量較112年已大幅下降，且全年累計申報超過3個月之人數僅占2成，考量前開個案可能仍有病情需求，先以專業審查方式，評估個案醫療利用之合理性，並依審查結果凝聚訂定專業審查共識進行管理。
- 四、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3，頁次討2-6~2-19)。

決議：

表1：主、次診斷為病毒感染後疲勞症候群(G93.3)者，申報針傷治療處置情形

年度		110	111	112	113.01-113.06
高度複雜性針灸(A)	人數	92	856	2,272	377
	醫令數	484	4,426	20,448	2,359
中度複雜性傷科(B)	人數	1	2	1	0
	醫令數	1	2	1	0
針傷合併 (高針灸或中傷科)(C)	人數	21	46	112	20
	醫令數	104	137	519	134
小計(A+B+C)	人數	108	895	2,361	393
	醫令數	589	4,565	20,968	2,493
其他(D)	人數	99	478	1,229	151
	醫令數	380	1,692	5,917	659
總計(A+B+C+D)	人數	152	1,073	2,581	440
	醫令數	969	6,257	26,885	3,152

備註：

1.資料來源：門診醫令申明細檢視表(含醫事機構代碼)(彙算日期：113/08/07)

2.資料範圍：費用年為110年至113年6月之申報資料。

3.統計定義：

(1)病毒感染後疲勞症候群為任一診斷碼為「G93.3」。

(2)中醫為醫事類別為門診中醫。

(3)納入之醫令代碼：

a.高度複雜性針灸：D07、D08

b.中度複雜性傷科：E03、E04、E13、E14、E07、E08

c.針傷合併(高針灸或中傷科)：F03、F04、F05、F69、F70、F09、F10、F11、F20、F21、F22、F73、F74、F26、F27、F28、F37、F38、F39、F77、F78、F43、F44、F45、F52、F53、F54、F55、F56、F81、F82、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68、F83、F84

d.其他：醫令代碼第一碼為 D、E、F，且排除高度複雜性針灸、中度複雜性傷科及針傷合併(高針灸或中傷科)之醫令代碼

(4)就醫人數依 ID 歸戶後計算不重複次數；醫令數依醫令總量計。

表2：112年申報主、次診斷為病毒感染後疲勞症候群(G93.3)者，針傷治療處置之「全年累計執行月份數」申報情形

月份數	1 個月	2 個月	3 個月	4 個月	5 個月	6 個月	7 個月	8 個月	9 個月	10 個月	11 個月	12 個月	3 個月以下占率
人數													
高度針灸(A)	941	551	253	173	74	75	50	33	33	27	24	38	77%
中度傷科(B)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100%
針傷合併 (高針灸或中傷科)(C)	76	21	5	4	1	1	0	0	2	2	0	0	91%
小計(A+B+C)	1,015	572	258	176	75	76	50	33	35	29	24	38	77%
其他(D)	663	280	139	59	26	24	15	8	8	3	3	1	88%
總計(A+B+C+D)	1,463	779	372	231	100	97	64	40	41	30	25	38	80%
醫令數													
高度針灸(A)	2,157	3,329	2,656	2,621	1,440	1,489	1,264	916	1,091	981	885	1,619	40%
中度傷科(B)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100%
針傷合併 (高針灸或中傷科)(C)	107	105	51	71	8	35	0	0	69	73	0	0	51%
小計(A+B+C)	2,265	3,434	2,707	2692	1448	1524	1264	916	1160	1054	885	1619	40%
其他(D)	1363	1321	1005	653	336	357	319	168	154	100	96	45	62%
總計(A+B+C+D)	3,628	4,755	3,712	3,345	1784	1,881	1,583	1084	1,314	1,154	981	1,664	45%
平均每人每月申報醫令數													
高度針灸(A)	2.3	3.0	3.5	3.8	3.9	3.3	3.6	3.5	3.7	3.6	3.4	3.6	
中度傷科(B)	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
針傷合併 (高針灸或中傷科)(C)	1.4	2.5	3.4	4.4	1.6	5.8	0.0	0.0	3.8	3.7	0.0	0.0	
小計(A+B+C)	2.2	3.0	3.5	3.8	3.9	3.3	3.6	3.5	3.7	3.6	3.4	3.6	
其他(D)	2.1	2.4	2.4	2.8	2.6	2.5	3.0	2.6	2.1	3.3	2.9	3.8	
總計(A+B+C+D)	2.5	3.1	3.3	3.6	3.6	3.2	3.5	3.4	3.6	3.8	3.6	3.6	

備註：

1.資料來源：門診醫令申明細檢視表(含醫事機構代碼)(彙算日期：113/08/07)

2.資料範圍：費用年為112年之申報資料。

3.統計定義：

(1)病毒感染後疲勞症候群為任一診斷碼為「G93.3」。

(2)中醫為醫事類別為門診中醫。

(3)納入之醫令代碼：

a.高度複雜性針灸：D07、D08

b.中度複雜性傷科：E03、E04、E13、E14、E07、E08

c.針傷合併(高針灸或中傷科)：F03、F04、F05、F69、F70、F09、F10、F11、F20、F21、F22、F73、F74、F26、F27、F28、F37、F38、F39、F77、F78、F43、F44、F45、F52、F53、F54、F55、F56、F81、F82、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68、F83、F84

d.其他：醫令代碼第一碼為D、E、F，且排除高度複雜性針灸、中度複雜性傷科及針傷合併(高針灸或中傷科)之醫令代碼

(4)醫令申報月份數依醫令執行起日之月份數歸戶後計算不重複次數。

(5)就醫人數依ID歸戶後計算不重複次數；醫令數依醫令總量計。

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
	— 未開內服藥	
D03	電針治療	227
D04	— 另開內服藥	227
	— 未開內服藥	
D05	中度複雜性針灸	327
D06	— 另開內服藥	327
	— 未開內服藥	
	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
	— 未開內服藥	
	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。	

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。 (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	

編號	診療項目	支付點數
	=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
E13	— 未開內服藥	427
E14	不分療程 — 另開內服藥	327
	— 未開內服藥	327
E05	高度複雜性傷科一起始次	
E06	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 — 另開內服藥	877
E07	— 未開內服藥	877
E08	註：適應症詳附表 4.5.2。	
	2.中度複雜性傷科合併特殊疾病一起始次 — 另開內服藥	877
	— 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	

編號	診療項目 (附表 4.4.2)。	支付點數
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	
F02	--另開內服藥	454
	--未開內服藥	454
F03	一般針灸合併中度複雜性傷科	
	--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
F06	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)	
	--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
F09	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)	
	--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
F12	一般針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼)	
	--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
F15	一般針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折)	
	--起始次	1504

編號	診療項目	支付點數
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
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	

編號	診療項目	支付點數
		554
F35	中度複雜性針灸合併一般傷科 --另開內服藥	554
F36	--未開內服藥	554
F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 --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
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

編號	診療項目	支付點數
F53	--未開內服藥	654
	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科	
F54	--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
F81	--不分療程－另開內服藥	754
F82	--不分療程－未開內服藥	754
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)	
F57	--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
	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)	
F60	--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
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼)	
F63	--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
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折)	
F66	--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
	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科	
F83	--後續治療－另開內服藥	754
F84	--後續治療－未開內服藥	754

附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中英文病名
A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	腦膜良性腫瘤
D33	腦瘤併發神經功能障礙
D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	老年期及初老年期器質性精神病態限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號
F05	亞急性譫妄
F20、F21、F25	思覺失調症
F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	情感性精神病
F84	源自兒童期之精神病
F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	脊髓小腦症
G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	巴金森病
G35	多發性硬化症
G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	癲癇
G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	重症肌無力症
G71	肌肉特發性疾患
G80	嬰兒腦性麻痺
G81	偏癱
G82-G83+B91	其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
G93.7	雷氏症候群
H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	其他脈絡膜疾患
H33	視網膜退化及裂孔
H34	視網膜血管阻塞

ICD-10-CM	中英文病名
H35	視網膜其他疾患
H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	青光眼
H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	玻璃體疾患
H46	眼球神經炎
H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	麻痺性斜視
H50	其他斜視
H51	其他雙側眼運動疾患
H53	視覺障礙
H54	失明及低視力
H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	腦梗塞
M45	僵直性脊椎炎
M62.3	截癱性不動症候群
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
Q11	無眼症、小眼畸形及巨眼畸形
Q13	前段眼先天性畸形
Q12	先天性水晶體畸形
Q14	後段眼先天性畸形
Q15	眼其他先天性畸形
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、 S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸、腰椎、囊和骨盆神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、	肩及上肢末梢神經之損傷

ICD-10-CM	中英文病名
S64.0-S64.4、S64.8-S64.9	
S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、 S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、 S94.0-S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷
P91	其他新生兒腦狀態障礙

附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症

ICD-10-CM	中文病名
G45、G46	其他腦血管疾病
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
G81	偏癱
G90	自主神經系統疾患
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	腦梗塞
I67	其他腦血管疾病
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M40	脊椎後彎症及脊椎前彎症
M41	脊椎側彎症
M42	脊椎骨軟骨症

ICD-10-CM	中文病名
M43	其他變形性背部病變
M45	僵直性脊椎炎
M46	其他發炎性脊椎病變
M47	退化性脊椎炎
M48	其他脊椎病變
M50	頸椎椎間盤疾患
M51	胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患
M53	其他背部病變，他處未歸類者
M62.3	截癱性不動症候群
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
M80	骨質疏鬆症伴有病理性骨折
M87	骨壞死
M88	變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]
M90.5	歸類於他處疾病所致之骨壞死
M90.6	腫瘤疾病引起之變形性骨炎
M95.2	頭部其他後天性變形
M95.3	頸部後天性變形
M95.4	胸部及肋骨之後天性變形
M95.5	骨盆後天性變形
M95.8	肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形
M95.9	肌肉骨骼系統之後天性變形
M96	術中及術後併發症及肌肉骨骼系統疾患，他處未歸類者
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄

ICD-10-CM	中文病名
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、 S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸交感神經系統的損傷、胸、腹部，下背部和骨盆水平神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、 S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、 S94.0-S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷

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：有關中醫支付標準第六章針灸合併傷科治療處置費，申請點數過高，應如何管理案，提請討論。

說明：

- 一、為有效管理針灸合併傷科治療處置，在 112 年中醫院所申請 13 億點，而總額預算編列只有 3.04 億元，上次中執會決議以管理方式來約束院所申報，部分幹部反應效果不佳，不符支付標準規定，建議申報合理量由 80 人次，依比率下修為 60 人次。
- 二、建議通則七修訂文字為：「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六十人次，超出六十人次部分以五折支付。」

本署意見：

- 一、查112年度中醫總額協定一般服務編列「針傷合併治療合理給付」3.04億元，其執行目標略以，112年度中醫針傷合併治療之總案件數全年以130萬人次為基準(附件1，頁次討3-3~3-5)。
 - 二、前開預算依程序提至相關會議討論，決議用以增修訂支付標準，並於112年3月1日公告在案：
 - (一) 調升針傷合併項目支付點數，由原先以針灸或傷科採較高點數支付，調整為「針灸+傷科」之支付點數。
 - (二) 新增通則「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」。
 - 三、經統計112年申報「針灸合併傷科治療處置」之就醫人次為271.8萬人次，較111年(87.5萬人次)增加184.3萬人次；已超出當年總額協定之執行目標130萬人次。
 - 四、有關中華民國中醫師公會全國聯合會建議修訂通則七「第六章針灸合併傷科治療處置費申報上限合理量由八十人次下修為六十人次」，考量該會基於醫療專業共識，建議合理管控醫療利用，爰本署配合修訂。
- 擬辦：**修訂後支付標準如附件2(頁次討3-6~3-7)，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：

表 2 112 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		1.394%	398.6	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。
投保人口預估成長 率		-0.264%		
人口結構改變率		0.830%		
醫療服務成本指數 改變率		0.832%		
協商因素成長率		2.678%	765.9	請於 112 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。
鼓勵提 升醫療 品質及 促進保 險對象 健康	提升中醫小 兒傷科照護 品質 (112 年新增 項目)	0.009%	2.5	1.執行目標：112 年度中醫小 兒傷科照護執行人次全年以 12,425 人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實 施時程等比率換算目標值。 預期效益之評估指標：申報 6 歲以下中醫小兒傷科同一 病人同一診斷碼同月跨院所 看診人次較前 5 年平均下降 1%。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)會同中醫門診總額相關團 體，於 111 年 12 月底前 提出提升小兒傷科照護品 質具體規劃內容，並提報 全民健康保險會。 (2)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。 (3)有關預算扣減方式規劃，

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
					請會同中醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。
		多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(112年新增項目)	1.667%	476.7	1.執行目標：112年度中醫整合醫療照護服務人次全年以681萬人次為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 預期效益之評估指標：申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前5年平均下降1%。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)本項經費用於提供多重慢性病及跨科別之中醫整合服務，請會同中醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報全民健康保險會。 (2)依112年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。 (3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。
		針傷合併治療合理給付(112年新增項目)	1.063%	304.0	1.執行目標：112年度中醫針傷合併治療之總案件數全年以130萬人次為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 預期效益之評估指標：申報

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
					中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前5年平均下降1%。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同中醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提全民健康保險會報告。 (2)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。 (3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。
		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) (112年新增項目)	0.060%	17.2	1.本項適用範圍新增「自診斷日起2年內」腦血管後遺症(診斷碼 I69)之患者： 執行目標：112年度診斷為I69之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案總人數全年以1,347人為基準，並以112年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 預期效益之評估指標：本收案對象診斷為I69腦中風病患之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。

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~~六~~六十人次，超出~~六~~六十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。