



全民健康保險醫療給付費用中醫門診  
總額 113 年第 4 次研商議事會議

113 年 11 月 14 日 (星期四) 下午 2 時 00 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 4 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 年第 2 季中醫門診總額點值結算報告案。	報 3-1
四、114 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案。	報 4-1
五、114 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議時程案。	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」計三家中醫鄉鎮之施行區域異動情形案。）	報 6-1
七、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 7-1

**肆、討論事項**

一、有關「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」條文修訂案。	討 1-1
二、有關「照護機構中醫醫療照護方案」條文修訂案	討 2-1
三、有關「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文修訂案。	討 3-1
四、有關「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文修訂案。	討 4-1
五、有關「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案。	討 5-1
六、有關「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文修訂案。	討 6-1
七、有關「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」	討 7-1

條文修訂案	
八、有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫條文修訂案。	討 8-1
九、有關 114 年度「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」修訂案	討 9-1
十、有關 114 年度「全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)」修訂案	討 10-1

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3次研商議事會議紀錄

時間：113年8月15日下午3時30分

地點：本署9樓第1會議室

主席：龐副署長一鳴

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列) (\*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
何代表紹彰	請假	陳代表俊良	陳俊良
吳代表清源	吳清源	陳代表俞沛	請假
李代表元齡	李元齡	陳代表博淵	陳博淵
卓代表青峰	卓青峰	陳代表憲法	陳冠仁(代)
林代表狄昇	請假	黃代表頌儼	黃頌儼
林代表源泉	請假	楊代表志中	楊志中
花代表錦忠	張鈺民(代)	楊代表啟聖	楊啟聖
邱代表國華	邱國華	詹代表永兆	詹永兆
姜代表智文	姜智文	廖代表奎鈞	廖奎鈞
柯代表富揚	請假	劉代表林義	公出
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表素玲	涂瑜君(代)
張代表廷堅	請假	羅代表永達	羅永達
張代表清田	張清田	蘇代表守毅	蘇守毅
陳代表仲豪	請假	蘇代表芸蒂	蘇芸蒂

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

陳淑華

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、林偉翔

台灣醫院協會

楊智涵

中華民國中醫師公會全國聯合會

張子瑜、王逸年、李敬

本署醫務管理組

林右鈞、洪于淇、呂姿擘

陳依婕、朱文玥、黃瓊萱

本署醫審及藥材組

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

劉立麗、李珮芳、李羿萱

吳倍儀、鄭正義、黃千芬

李柏諺、楊淑美

賴秋伶、陳亞其

宋兆喻\*、黃奕瑄\*、黃寶玉\*

楊淑娟\*、謝明珠\*、黃毓棠\*

張舒函\*

楊惠真\*、王奕晴\*、林裕能\*

戴秀容\*、林育辰\*、潘佳鈴\*、

謝佩璇\*、柯依鳳\*

何尹琳\*、賴文琳\*、林聖哲\*

高宜聲\*、盧靜宜\*、黃柏儒\*

林庚酉\*、秦莉英\*

謝明雪\*、李金秀\*、黃皓綱\*

李昀融\*

黃兆杰\*、羅亦珍\*、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 1-5、7-11 解除列管，序號 6 繼續列管：

序號 2：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：

(一)依據 113 年中醫總額公告核定事項，本案扣減方式之就醫人數、醫療費用點數之操作型定義修正如下：

1.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)之保險對象人數。

2.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)之醫療費用點數。

(二)本會議 113 年第 1 次會議紀錄將配合修正。

序號 6：有關中醫支付標準第五章條文是否修訂案。

#### 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：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。

決定：

請本署醫務管理組與中華民國中醫師公會全國聯合會研議本項與一般服務重複部分之費用計算方式(含照護機構住民收案時間之考量)，於下次會議報告。

#### 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：依據 113 年總額公告，「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。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、中醫門診總額一般服務 113 年第 1 季點值確認如下表，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
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)	0.92975070	0.89496789	0.89602092	0.91986580	0.90715948	1.16585523	0.90993371

- 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。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、若院所對本案計算方式有疑義或需相關資料，請洽本署各分區業務組，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。

### 報告事項第六案

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、中華民國中醫師公會全國聯合會建議，將「雲林縣土庫鎮」

- 增列至方案附件 1-2 (一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區)。
- 二、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」。
- 三、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」。
- 四、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: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: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。

決議:請中華民國中醫師公會全國聯合會研議管控措施後再提會討論。

**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。

決議:

- 一、本案通過,重點如下:  
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「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」。
- 二、後續請本署醫務管理組與中華民國中醫師公會全國聯合會確認「三個月」之執行定義、支付標準修訂文字及後續醫療費用申報檢核邏輯等事項。
- 三、本案將依程序提支付標準共同擬訂會議報告。

**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。**

**決議：**

一、本案通過，修訂重點如下：

第四部中醫支付標準通則七修訂文字為：「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」。

二、本案將依程序提支付標準共同擬訂會議報告。

**肆、散會：下午 4 時 45 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	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	臺東縣	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	連江縣	三地門鄉	3	南竿鄉	4		
	泰安鄉	3		霧臺鄉	3	北竿鄉	4		
臺中市	大安區	1		瑪家鄉	3	莒光鄉	6		
	和平區	3		泰武鄉	3	東引鄉	6		
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		<b>土庫鎮</b>		琉球鄉
桃園市	復興區	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	成功鎮		
	三灣鄉	臺西鄉	卑南鄉		
臺中市	石岡區	元長鄉	臺東縣	太麻里鄉	
	外埔區	<b>四湖鄉</b>		鹿野鄉	
彰化縣	線西鄉	布袋鎮		金門縣	<b>池上鄉</b>
	埔鹽鄉	六腳鄉	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	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。

## 參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 6 項，擬解除列管 5 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	113_2_討 2：有關中醫支付標準第五章條文是否修訂案。	<p>本案修訂通過</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>衛生福利部業於 113 年 8 月 27 日以衛部保字第 1131260482 號令公告，自 113 年 9 月 1 日起生效。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>解除繼續 列管列管</p>
2	113_3_報 3：113 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。	<p>本案請本署醫務管理組與中華民國中醫師公會全國聯合會研議本項與一般服務重複部分之費用計算方式(含照護機構住民收案時間之考量)，於下次會議報告。</p>	<p>1. 本署業依 113 年第 3 次研商議事會議決定，重新研議扣減方式並獲中醫師公會全國聯合會同意。</p> <p>2. 扣減方式已納入報告事項第 7 案，擬於報告後解除列管。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>解除繼續 列管列管</p>

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
3	113_3_報6:調整「113年全民健康保險中醫醫療門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域一覽表案。	<p>一、中華民國中醫師公會全國聯合會建議，將「雲林縣土庫鎮」增列至方案附件1-2(一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區)。</p> <p>二、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」。</p> <p>三、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」。</p> <p>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。</p>	業於113年9月16日以第AI11301585號請辦單周知各分區業務組配合辦理後續事宜。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 繼續 列管 列管
4	113_3_討1:建議修訂支付標準第四章針灸:高度複雜性針灸適應症附表4.4.3案。	本案請中華民國中醫師公會全國聯合會研議管控措施後再提會討論。	本案待中全會提案後再提至本會議討論。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 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
5	113_3_討2：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。	<p>本案修訂通過</p> <p>一、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「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」。</p> <p>二、後續請本署醫務管理組與中華民國中醫師公會全國聯合會確認「三個月」之執行定義、支付標準修訂文字及後續醫療費用申報檢核邏輯等事項。</p> <p>三、本案將依程序提支付標準共同擬訂會議報告。</p>	業於113年9月26日醫療服務共同擬訂會議報告，刻正依程序辦理支付標準部分診療項目修正草案預告事宜。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 繼續 列管 列管
6	113_3_討3：有關中醫支付標準第六章針灸合併傷科治療處置費，申報點數過高，應如何管理案。	<p>本案修訂通過</p> <p>一、第四部中醫支付標準通則第七修訂文字為：「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」。</p> <p>二、本案將依程序提支付標準共同擬訂會議報告。</p>	業於113年9月26日醫療服務共同擬訂會議報告，刻正依程序辦理支付標準部分診療項目修正草案預告事宜。	<input type="checkbox"/> 解除 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續 列管 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11月14日

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

1



## 大綱

- 113年第3季點值預估
- 113年第3季醫療供給及利用概況
- 113年第3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11月1日。

二、總額邏輯說明：

1. 總額醫療費用含部分負擔。

2. 分區分配參數依健保會公告東區占率2.22%，其餘五區佔率97.78%。

占率分配如下。

2-1. 113年分區預算調整指標共計有6項，預估實際採用之校正資料為實際預算占率

(72%)、戶籍人口占率(15%)、同期就醫次數權值占率(9%)、人數利用及醫療點數成長率(4%)。

2-2. 原地區預算分配所採用之第5、6項指標中醫師密度、偏鄉人口預算分配調升機制並未列入預估作業考量，且其校正占率(6%)均移至實際預算占率。

3. 預算攤月以前1年同期之申報資料分別計算過年期間、連假之週六及日、國定假日、週

六、週日及工作日回攤當年得出每季各月之費用占率。

4. 分區調後總額以送核補報占率(99.69584556%)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下半年爭審後核減率，各分區分別計之。

四、風險移撥款6,000萬元，依113年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫撥補。

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

3



## 113年第3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3季	臺北	2,362	0	921	1,512	0.9523	0.9704
	北區	1,027	0	452	686	0.8373	0.9019
	中區	1,999	5	762	1,389	0.8941	0.9316
	南區	1,108	0	470	716	0.8910	0.9342
	高屏	1,255	0	512	812	0.9155	0.9482
	東區	176	0	53	106	1.1568	1.1044
合計		7,932	5	3,172	5,221	0.9117	0.9451

註1：本季預估平均點值大於0.8，不須撥補點值。

註2：112Q3結算全區平均點值0.9000。

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

4



## 113年第3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9月	1,115	466	1,054	523	547	71	3,776
110年9月	1,129	472	1,053	529	557	71	3,811
111年9月	1,153	476	1,064	534	565	68	3,860
112年9月(A)	1,187	495	1,085	542	571	70	3,950
113年9月(B)	1,208	495	1,096	554	583	71	4,007
成長率(B/A)-1	1.8%	0.0%	1.0%	2.2%	2.1%	1.4%	1.4%
增減數B-A	21	0	11	12	12	1	57

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9月(A)	27	16	36	25	21	10	135
113年9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9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9月	2,078	874	1,872	878	991	149	6,842
110年9月	2,146	891	1,911	903	1,018	159	7,028
111年9月	2,198	931	1,959	930	1,052	152	7,222
112年9月(A)	2,285	993	2,045	981	1,111	163	7,578
113年9月(B)	2,351	1,036	2,106	1,016	1,157	167	7,833
成長率 (B/A)-1	2.9%	4.3%	3.0%	3.6%	4.1%	2.5%	3.4%
增減數B-A	66	43	61	35	46	4	255

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9月	221	106	217	141	115	57	857
110年9月	232	112	234	139	122	58	897
111年9月	241	120	241	148	119	55	924
112年9月(A)	252	125	264	157	115	64	977
113年9月(B)	259	130	285	177	127	65	1,043
成長率 (B/A)-1	2.8%	4.0%	8.0%	12.7%	10.4%	1.6%	6.8%
增減數B-A	7	5	21	20	12	1	66

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	113Q3
臺北	2.83	2.92	3.00	3.06	3.13
北區	2.34	2.42	2.48	2.57	2.65
中區	4.19	4.33	4.44	4.55	4.62
南區	2.77	2.84	2.93	3.00	3.12
高屏	2.76	2.88	2.99	3.07	3.19
東區	3.04	2.99	2.95	3.04	3.17
總計	3.00	3.10	3.18	3.26	3.35

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	113Q3
臺北/全區	0.94	0.94	0.94	0.94	0.94
北區/全區	0.78	0.78	0.78	0.79	0.79
中區/全區	1.40	1.40	1.40	1.40	1.38
南區/全區	0.92	0.92	0.92	0.92	0.93
高屏/全區	0.92	0.93	0.94	0.94	0.95
東區/全區	1.01	0.97	0.93	0.93	0.95
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9月 鄉鎮數	無中醫醫師鄉鎮	13	10	6	11	23	14	77	20.9%
	0<X<1	17	9	13	26	20	6	91	24.7%
	1≤X<2	14	16	13	16	15	5	79	21.5%
	2≤X<3	9	4	7	9	6	0	35	9.5%
	3≤X	17	8	29	15	13	4	86	23.4%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
113年9月 鄉鎮數	無中醫醫師鄉鎮	13	11	5	11	23	15	78	0
	0<X<1	17	11	13	23	19	4	87	0
	1≤X<2	13	12	11	20	14	4	74	0
	2≤X<3	10	6	8	7	6	2	39	0
	3≤X	17	7	31	16	15	4	90	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	0	0	1	1	
	0<X<1	0	-2	0	3	1	2	4	
	1≤X<2	1	4	2	-4	1	1	5	
	2≤X<3	-1	-2	-1	2	0	-2	-4	
	3≤X	0	1	-2	-1	-2	0	-4	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

註：無中醫鄉鎮(+1)：  
北區(+1)：苗栗縣卓蘭鎮；中區(-1)：彰化縣線西鄉；東區(+1)：花蓮縣光復鄉

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

12



## 113年第3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	449,142	2.09	4,778
	基隆市	85	361,519	2.35	4,253
	臺北市	1,061	2,498,210	4.25	2,355
	新北市	1,103	4,046,022	2.73	3,668
	金門縣	8	143,774	0.56	17,972
	連江縣	0	13,975	0.00	0
		2,351	7,512,642	3.13	3,196
北區	桃園市	657	2,332,998	2.82	3,551
	新竹市	132	457,441	2.89	3,465
	新竹縣	122	593,100	2.06	4,861
	苗栗縣	125	533,219	2.34	4,266
		1,036	3,916,758	2.65	3,781
中區	臺中市	1,546	2,854,821	5.42	1,847
	南投縣	143	473,365	3.02	3,310
	彰化縣	417	1,228,612	3.39	2,946
		2,106	4,556,798	4.62	2,164



## 113年第3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	164	659,085	2.49	4,019
	嘉義市	120	262,553	4.57	2,188
	嘉義縣	93	480,190	1.94	5,163
	臺南市	639	1,859,013	3.44	2,909
		1,016	3,260,841	3.12	3,209
高屏	高雄市	977	2,732,805	3.58	2,797
	屏東縣	175	790,315	2.21	4,516
	澎湖縣	5	107,829	0.46	21,566
		1,157	3,630,949	3.19	3,138
東區	花蓮縣	108	315,750	3.42	2,924
	臺東縣	59	210,400	2.80	3,566
		167	526,150	3.17	3,151
	總計	7,833	23,404,138	3.35	2,988



## 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
113Q3	臺北	3,156.4	-2.4%	2,490.7	-0.8%	789.1	1.7%
	北區	1,482.2	-3.5%	1,185.9	-0.9%	800.1	2.7%
	中區	2,844.2	-2.5%	2,276.3	0.8%	800.3	3.4%
	南區	1,521.2	-3.4%	1,255.3	0.2%	825.2	3.8%
	高屏	1,701.7	-2.0%	1,388.8	0.9%	816.1	2.9%
	東區	194.9	1.0%	192.7	6.4%	988.8	5.3%
	全區	10,900.7	-2.6%	8,789.7	0.2%	806.3	2.8%

註1：資料來源：截至113年10月29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

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
113Q3	臺北	926.1	-0.4%	13.2	-2.4%	990.8	-2.6%	560.5	1.8%	2,490.7	-0.8%
	北區	459.7	-1.5%	4.9	-21.7%	468.3	-2.9%	253.1	4.9%	1,185.9	-0.9%
	中區	770.4	-1.0%	13.4	-1.5%	887.8	-2.4%	604.8	8.5%	2,276.3	0.8%
	南區	477.7	-1.4%	6.6	-6.7%	473.3	-2.6%	297.6	8.3%	1,255.3	0.2%
	高屏	519.1	-1.2%	8.5	1.1%	536.8	-1.1%	324.5	8.2%	1,388.8	0.9%
	東區	57.8	2.7%	1.1	0.7%	61.4	1.2%	72.4	14.8%	192.7	6.4%
	合計	3,210.8	-0.9%	47.6	-4.5%	3,418.4	-2.3%	2,112.9	6.3%	8,789.7	0.2%

註1：資料來源：截至113年10月29日多模型健保資料平台。  
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。  
 註3：成長率為與前一年同期比較。  
 註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年藥費未調整。

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

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
113Q3	臺北	1,105.9	-4.5%	45.2	-4.0%	561.3	5.6%	7.0	6.8%
	北區	528.5	-6.3%	27.8	8.8%	298.5	3.9%	15.7	19.7%
	中區	1,045.2	-6.8%	103.7	17.2%	394.2	12.0%	9.7	13.5%
	南區	521.6	-8.1%	49.2	13.3%	311.6	7.4%	15.0	19.1%
	高屏	616.4	-4.7%	45.8	35.4%	285.0	2.7%	15.9	10.8%
	東區	52.7	-4.4%	9.8	34.7%	31.7	8.6%	13.7	-0.6%
	全區	3,870.1	-5.9%	281.3	14.6%	1,882.4	6.5%	76.9	11.7%

註1：資料來源：截至113年10月29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
113Q3	臺北	199.8	47.3%	757.9	0.2%	4.5	29.1%	7.03	16.7%	2,490.7	-0.8%
	北區	217.5	49.0%	303.2	2.1%	4.0	6.6%	6.11	38.9%	1,185.9	-0.9%
	中區	85.8	31.5%	696.2	4.5%	7.3	27.7%	19.23	21.4%	2,276.3	0.8%
	南區	31.3	251.9%	340.1	5.0%	8.3	15.1%	9.17	21.3%	1,255.3	0.2%
	高屏	41.9	244.3%	410.5	4.6%	9.3	27.8%	5.53	38.2%	1,388.8	0.9%
	東區	5.7	465.9%	70.9	10.2%	1.1	12.6%	12.72	22.2%	192.7	6.4%
	全區	581.9	57.8%	2,578.7	3.1%	34.5	21.4%	59.79	24.0%	8,789.7	0.2%

註1：資料來源：截至113年10月29日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：自112年7月起部分負擔調整申報方式，於門診一次領取慢性病連續處方箋總用藥量，應分開列報為24案件及28案件。

18



## 醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	項目	申報件數		申報醫療點數		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
113Q3	臺北	284.5	1.6%	332.9	5.3%	1,170.1	3.7%
	北區	117.9	-3.4%	148.4	1.1%	1,258.8	4.6%
	中區	304.0	2.5%	340.5	6.8%	1,120.0	4.1%
	南區	180.0	1.3%	221.4	6.9%	1,230.2	5.6%
	高屏	129.0	13.0%	146.2	14.5%	1,133.4	1.3%
	東區	37.3	1.5%	49.0	4.6%	1,311.5	3.1%
	全區	1,052.7	2.5%	1,238.3	6.5%	1,176.4	3.9%

註1：資料來源：截至113年10月29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】

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
113Q3	臺北	141.7	5.1%	6.1	2.0%	86.0	0.8%	99.0	10.1%	332.9	5.3%
	北區	66.1	0.6%	2.3	-1.9%	34.1	-6.1%	45.8	8.1%	148.4	1.1%
	中區	108.2	3.4%	6.3	3.0%	90.4	-0.5%	135.5	15.7%	340.5	6.8%
	南區	78.6	2.4%	3.6	0.3%	52.5	0.9%	86.8	16.1%	221.4	6.9%
	高屏	51.2	10.0%	2.5	13.1%	41.0	14.0%	51.4	20.0%	146.2	14.5%
	東區	14.0	-1.2%	0.9	0.1%	11.7	1.1%	22.3	10.9%	49.0	4.6%
	合計	459.8	3.9%	21.8	2.7%	315.7	1.2%	441.0	13.9%	1,238.3	6.5%

註1：資料來源：截至113年10月29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
113Q3	臺北	37.3	-7.1%	38.5	0.7%	159.1	7.6%	1.6	-7.8%
	北區	10.7	-19.7%	22.4	5.3%	79.4	1.5%	1.5	113.0%
	中區	48.2	-16.3%	83.0	13.8%	101.9	12.3%	1.7	2.3%
	南區	22.3	-12.8%	42.0	12.2%	78.9	3.5%	6.3	31.4%
	高屏	19.3	6.6%	32.0	29.8%	53.3	9.2%	1.7	15.6%
	東區	5.2	-2.4%	7.2	24.4%	12.9	4.7%	1.3	-10.0%
	全區	142.9	-10.7%	225.2	12.4%	485.4	6.9%	14.1	19.6%

註1：資料來源：截至113年10月29日多模態健保資料平台。  
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。  
 註3：成長率為與前一年同期比較。0係指前一年申報為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
113Q3	臺北	113.6	26.2%	88.5	8.5%	3.6	22.8%	3.34	16.2%	332.9	5.3%
	北區	161.9	51.3%	29.6	1.2%	1.9	-3.4%	1.19	45.3%	148.4	1.1%
	中區	30.3	-1.9%	92.5	9.2%	6.1	34.4%	6.72	6.8%	340.5	6.8%
	南區	9.0	128.3%	59.1	12.0%	7.2	14.4%	5.43	41.8%	221.4	6.9%
	高屏	9.1	4.9%	32.4	10.1%	5.3	46.7%	2.11	43.7%	146.2	14.5%
	東區	2.1	0.0%	19.1	4.0%	0.8	11.0%	2.50	-14.0%	49.0	4.6%
	全區	326.1	35.6%	321.1	8.5%	25.0	24.0%	21.30	17.1%	1,238.3	6.5%

註1：資料來源：截至113年10月29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：自112年7月起部分負擔調整申報方式，於門診一次領取慢性病連續處方箋總用藥量，應分開列報為24案件及28案件。

Bureau of National Health Insurance

22



# 113年Q3整體費用分析解構圖



# 中醫專案計畫

- 推動內容：
  - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫
  - 癌症患者加強照護整合方案
  - 中醫提升孕產照護品質計畫(104年新增)
  - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫(105年新增)
  - 中醫急症處置計畫(107年新增)
  - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109年新增，4月1日生效)
  - 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(111年新增)



## 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

累計至第3季預算執行率67.1%

113Q3

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	14	2,695	29.8	31.9
區域醫院	44	3,603	38.4	43.3
地區醫院	45	1,564	21.6	24.8
總計	103	7,067	89.7	100.0

註：113年全年預算436.8百萬點，第1季支用92.1百萬點，第2季支用101.0百萬點，累計至第3季預算執行率67.1%。

資料來源：截至113年10月29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3季預算執行率89.1%

113Q3

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	4,250	22.9	34.0
區域醫院	42	3,660	23.7	36.7
地區醫院	29	703	4.6	5.7
基層院所	108	1,235	6.1	8.0
總計	194	9,769	57.3	84.3

註：113年全年預算265百萬點，第1季支用71.7百萬點，第2季支用80.0百萬點，累計至第3季預算執行率89.1%。

資料來源：截至113年10月29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3季預算執行率76.4%

113Q3

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	389	1.6	1.7
區域醫院	13	703	4.2	4.8
地區醫院	12	123	0.5	0.5
基層院所	108	1,893	9.8	10.5
總計	142	3,079	16.2	17.6

註：113年全年預算70百萬點，第1季支用17.2百萬點，第2季支用18.8百萬點，累計至第3季預算執行率76.4%。  
資料來源：截至113年10月29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3季預算執行率122.3%

113Q3

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	163	435	52.1
區域醫院	3	13	47	4.2
地區醫院	1	2	3	0.5
基層院所	114	2,656	9,421	937.3
總計	122	2,834	9,906	994.0

註：113年全年預算21.2百萬點，第1季支用7.64百萬點，第2季支用8.345百萬點，累計至第3季預算執行率122.3%。  
資料來源：截至113年10月29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3季預算執行率37.1%

113Q3

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	389	395	125.5
區域醫院	2	18	20	2.6
總計	6	407	415	128.0

註1：113年全年預算10百萬點，第1季支用0.965百萬點，第2季支用1.468百萬點，累計至第3季預算執行率37.1%。

註2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

113Q3：醫學中心：台北馬偕醫院、林口長庚紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院

區域醫院：基隆長庚紀念醫院、國軍台中醫院

資料來源：截至113年10月29日多模型健保資料平台。



## 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

累計至第3季預算執行率80.6%

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	10	1,480	4,933	8.8
區域醫院	23	787	3,171	5.3
地區醫院	17	466	1,652	2.8
基層院所	127	2,402	10,737	15.3
總計	178	5,126	20,494	32.2

註：113年全年預算105.3百萬點，第1季支用25.2百萬點，第2季支用27.5百萬點，累計至第3季預算執行率80.6%。

資料來源：截至113年10月29日多模型健保資料平台。



## 照護機構中醫醫療照護方案 累計至第3季預算執行率117.5%

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	242	1,878	142.1
區域醫院	22	610	5,187	401.8
地區醫院	17	522	3,549	276.6
基層院所	55	1,693	13,052	1189.1
(論量)小計	102	3,057	23,666	2009.5
(論次)小計				167.3
合計				2176.8

註：113年全年預算48百萬點，第1季支用14.77百萬點，第2季支用19.839百萬點，累計至第3季預算執行率117.5%。  
資料來源：截至113年10月29日多模態健保資料平台。



## 113Q3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	18.0	12.8	2.0	1.8	0.2	5.3	2.4	42.2	15.9%
北區	6.0	9.8	1.2	2.1	0.8	4.6	1.9	25.6	9.6%
中區	44.6	25.4	6.3	3.2	14.6	10.0	8.6	98.2	37.0%
南區	15.5	17.5	4.8	0.8	.	4.6	3.1	46.4	17.5%
高屏	13.4	16.5	3.0	2.0	.	6.5	2.4	43.7	16.5%
東區	2.7	2.3	0.3	-	112.5	1.2	1.7	9.4	3.5%
全署	100.0	84.3	17.6	9.9	128.0	32.2	20.1	265.5	100.0%

註：本表中醫照護未含論次點數



## 小結

- 中醫門診總額專案中醫急症處置計畫在113年Q3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年第2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2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2季風險調整移撥款撥補就醫率最高分區(中區)共支用500萬元；各分區當季浮動點值均超過0.8，故不須撥補(頁次:報3-32頁)。

(二) 113年第2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2季	浮動點值	0.92847717	0.82281101	0.85815317	0.86938461	0.88535356	1.20803898	0.88631521
	平均點值	0.95537711	0.89250988	0.90811171	0.92080711	0.92946254	1.13858971	0.92898782
	平均點值 (含專款)	0.95724801	0.89731781	0.91196345	0.92390667	0.93193815	1.11438053	0.93189130

(三) 112年第2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2季	浮動點值	0.82918876	0.71616296	0.78553822	0.77146076	0.78210683	1.12214886	0.79299996
	平均點值	0.89332915	0.82898623	0.86209816	0.86201218	0.86641211	1.07993661	0.87124203
	平均點值 (含專款)	0.89813658	0.83861144	0.87060306	0.87032048	0.8738741	1.07080583	0.87860161

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門診加強照護計畫、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113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	113Q2			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)	51,535	40,097	11,438	1.0000
2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	126,666	100,621	26,045	1.0000
3. 中醫提升孕產照護品質計畫	17,860	18,737	-877	0.9532
4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	5,300	8,337	-3,037	0.4683
5. 癌症患者加強照護整合方案	66,250	79,834	-13,584	0.8211
6. 中醫急症處置計畫	4,037	1,810	2,227	1.0000
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	27,490	27,499	-9	0.9997
8. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	12,000	19,741	-7,741	0.5759
9. 網路頻寬補助費用(註1、4)	83,000	43,046	39,954	
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113Q2為11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51.86%。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2季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$= 113\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD\_G113合計)} \times \text{各季預算占率}(h\_q2)$$

$$= 30,988,492,521 \times 25.148925\%(h\_q2)$$

$$= 7,793,272,743 (D1)$$

## 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元 × 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元 × 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元 × 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

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

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

$$= 7,993,656,111\text{元。}$$

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

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 (Q111)	110年各季校正 投保人口預估 成長率差額 (PEOP110)	111年 違反特管辦法 之扣款(註1) (B2)	112年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q112) =(Q111+PEOP110 +B2)×(1+4.072%)	111年各季校正 投保人口預估 成長率差值 (PEOP111)	112年 違反特管辦法 之扣款(註2) (B3)	113年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q113) =(Q112+PEOP111 +B3)×(1+4.979%)	106年 品質保證 保留款(註3) (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 (OPD_G113) =(Q113- C106)	醫療資源不足 地區之論量計 酬結算金額 (B4)
第1季	7,569,545,731	53,315,867
第2季	7,713,689,002	65,587,105
第3季	7,614,534,446	0
第4季	8,090,723,342	0
合 計	30,988,492,521	118,902,972

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

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。

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

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： 11

(1)獎勵開業已支用點數 : 8,547,168(K1) (浮動點數 : 5,949,213 ;非浮動點數 : 2,597,955)

(2)獎勵開業保障給付收入 : 11,879,667(K2)

(3)獎勵開業論次費用 : 36,300(K3)

(4)小計已支用點數(K1+K3) : 8,583,468(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 11,915,967(K5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數 : 2,755,309(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 25,425,700(K7)

(3)小計已支用點數 : 28,181,009(K8) 暫結金額= 1元/點× 28,181,009(K8)= 28,181,009(K9)

3. 合計:

已支用點數: 36,764,477(K4+K8)

暫結金額 : 40,096,976(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 51,534,850 - 40,096,976= 11,437,874

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 6

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 11,437,874= 56,437,874

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x 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x	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=	56,437,874 - 0 = 56,437,874

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 7

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 56,437,874= 101,437,874

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x 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x	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=	101,437,874 - 0=101,437,874

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

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： 11

(1)獎勵開業已支用點數	: 16,691,161(N1)	(浮動點數 : 11,440,971 ; 非浮動點數 : 5,250,190)
(2)獎勵開業保障給付收入	: 23,180,113(N2)	
(3)獎勵開業論次費用	: 69,300(N3)	
(4)小計已支用點數(N1+N3)	: 16,760,461(N4)	結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 23,249,413(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	: 5,209,581(N6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	: 50,103,132(N7)	
(3)小計已支用點數	: 55,312,713(N8)	結算金額= 55,312,713(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: 72,073,174(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+ 40,096,976+ 0+ 0= 78,562,126

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=180,000,000- 78,562,126=101,437,874

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

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：	71,412,145(W01)	68,814,001(WF01)	2,598,144(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	11,195,344(W02)	10,823,282(WF02)	372,062(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,263,889(W03)	5,029,412(WF03)	234,477(WN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,740,715(W04)	9,207,996(WF04)	532,719(WN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,008,773(W05)	2,797,485(WF05)	211,288(WN05)
(6)小計：	100,620,866(W06)	96,672,176(WF06)	3,948,690(WN06)
已支用點數=	100,620,866		
暫結金額= 1元/點× 已支用點數=	100,620,866		
未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數=	126,665,865 - 100,620,866 =	26,044,999	

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 10

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 26,044,999= 135,244,999

	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=	135,244,999 -	0 =	135,244,999

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 135,244,999= 244,444,999

	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=	244,444,999 -	0 =	244,444,999

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

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：	136,489,952(Z01)	131,591,213(ZF01)	4,898,739(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	21,707,741(Z02)	20,963,331(ZF02)	744,410(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,867,171(Z03)	9,413,790(ZF03)	453,381(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	18,946,987(Z04)	17,820,725(ZF04)	1,126,262(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,343,150(Z05)	4,985,982(ZF05)	357,168(ZN05)
(6)小計：	192,355,001(Z06)	184,775,041(ZF06)	7,579,960(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 + 100,620,866 + 0 + 0 = 192,355,001  
 未支用金額=全年預算 - 暫結金額= 436,800,000 - 192,355,001 = 244,444,999

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= 18,736,746  
 暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 18,736,746  
 未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 17,859,870 - 18,736,746 = -876,876  
 浮動點值= (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = ( 17,859,870 - 0) / 18,736,746 = 0.95320020

## 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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 12

## 第3季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 70,000,000/4 + 0 = 17,500,000 \\ \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 17,500,000 - 0 = 17,500,000 \end{aligned}$$

## 第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 70,000,000/4 + 17,500,000 = 35,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 35,000,000 - 0 = 35,000,000 \end{aligned}$$

## 全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 70,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 35,876,876 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 17,140,130 + 17,859,870 + 0 + 0 = 35,000,000 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 70,000,000 - 35,000,000 = 35,000,000 \end{aligned}$$

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

## 衛生福利部中央健康保險署

程式代號：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：113/11/04

113年第2季

結算主要費用年月起迄：113/04-113/06

核付截止日期：113/09/30

頁次：13

=====

(四)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算= 21,200,000

第1季:

預算= 21,200,000/4= 5,300,000

已支用點數 = 7,634,968 (浮動點數: 5,161,079 非浮動點數: 2,473,889)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 7,634,968

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 5,300,000 - 7,634,968 = -2,334,968

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

第2季:

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

已支用點數 = 8,337,350 (浮動點數: 5,712,827 非浮動點數: 2,624,523)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 8,337,350

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數 = 5,300,000 - 8,337,350 = -3,037,350

浮動點值 = (第2季預算 - 非浮動點數) / 浮動點數 = (5,300,000 - 2,624,523) / 5,712,827 = 0.46832803

第3季:

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

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 = 5,300,000 - 0 = 5,300,000

第4季:

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

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 = 10,600,000 - 0 = 10,600,000

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 14

全年合計：

全年預算 = 21,200,000

已支用點數 = 15,972,318

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 + 5,300,000 + 0 + 0 = 10,600,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 21,200,000 - 10,600,000 = 10,600,000

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：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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

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：	24,816,686	21,097,235	3,719,451
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	29,288,209	29,288,209	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,280,886	2,280,886	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	8,127,055	8,127,055	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	7,199,208	7,199,208	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	3,581,331	3,404,689	176,642
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,055,902	1,055,902	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,707,667	1,707,667	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,776,866	1,776,866	0
(10)小計：	79,833,810	75,937,717	3,896,093

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 79,833,810

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 66,250,000 - 79,833,810 = -13,583,810

浮動點值= (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (66,250,000 - 3,896,093) / 75,937,717 = 0.82111906

第3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3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 66,250,000 - 0 = 66,250,000

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 16

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 265,000,000/4+ 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4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數 =	132,500,000 -	0 =	132,500,000

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：	47,577,674	40,322,728	7,254,946
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	55,811,054	55,811,054	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	4,200,378	4,200,378	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	15,262,438	15,262,438	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	13,480,959	13,480,959	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	6,579,744	6,232,684	347,060
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,974,832	1,974,832	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,136,955	3,136,955	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,319,968	3,319,968	0
(10)小計：	151,344,002	143,741,996	7,602,006
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 + 66,250,000 +	0 +	0 =	132,500,000
未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 =	265,000,000 -	132,500,000 =	132,500,000

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：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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 17

(六)中醫急症處置計畫 全年預算= 10,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 10,000,000/4 = 2,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 963,033 \quad (\text{浮動點數}: 962,626 \quad \text{非浮動點數}: 407)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 963,033$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 2,500,000 - 963,033 = 1,536,967$$

第2季:

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

$$\text{已支用點數} = 1,809,540 \quad (\text{浮動點數}: 1,800,555 \quad \text{非浮動點數}: 8,985)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 1,809,540$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 4,036,967 - 1,809,540 = 2,227,427$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 10,000,000/4 + 2,227,427 = 4,727,427$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 4,727,427 - 0 = 4,727,427$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 10,000,000/4 + 4,727,427 = 7,227,427$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 7,227,427 - 0 = 7,227,427$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 2,772,573 \quad (\text{浮動點數}: 2,763,181 \quad \text{非浮動點數}: 9,392)$$

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

$$= 963,033 + 1,809,540 + 0 + 0 = 2,772,573$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 10,000,000 - 2,772,573 = 7,227,427$$

## 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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

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:

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

$$\text{已支用點數} = 25,160,318 \quad (\text{浮動點數}: 25,160,318 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 25,160,318$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 26,325,000 - 25,160,318 = 1,164,682$$

第2季:

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

$$\text{已支用點數} = 27,498,587 \quad (\text{浮動點數}: 27,498,587 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 27,498,587$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 27,489,682 - 27,498,587 = -8,905$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (27,489,682 - 0) / 27,498,587 = 0.99967617$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 105,300,000/4 + 0 = 26,325,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 26,325,000 - 0 = 26,325,000$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 105,300,000/4 + 26,325,000 = 52,650,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 52,650,000 - 0 = 52,650,000$$

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 19

全年合計：

全年預算 = 105,300,000  
 已支用點數 = 52,658,905 (浮動點數：52,658,905 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 + 27,489,682 + 0 + 0 = 52,650,000  
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 105,300,000 - 52,650,000 = 52,650,000

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：1,487,000  
 (2)論量支付已支用點數：18,253,804 (浮動點數：15,517,601 非浮動點數：2,736,203)  
 (9)小計已支用點數：19,740,804  
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 19,740,804  
 未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點×第2季已支用點數 = 12,000,000 - 19,740,804 = -7,740,804

浮動點值 = (第2季預算 - 論次支付費用) / 論量支付已支用點數 = (12,000,000 - 1,487,000) / 18,253,804 = 0.57593475

第3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3季預算 - 1元/點×第3季已支用點數 = 12,000,000 - 0 = 12,000,000

## 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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 20

=====

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 48,000,000/4 + 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4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數 = 24,000,000 - 0 = 24,000,000

全年合計:

全年預算 = 48,000,000

(1)論次支付費用 : 2,665,000

(2)論量支付已支用點數: 31,830,700 (浮動點數: 26,798,115 非浮動點數: 5,032,585)

(9)小計已支用點數 : 34,495,700

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 + 12,000,000 + 0 + 0 = 24,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 48,000,000 - 24,000,000 = 24,000,000

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: 21,595,764

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: 43,046,461

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 43,046,461

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 83,000,000 - 43,046,461 = 39,953,539

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。

## =====

## (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 7,793,272,743 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬結算金額 65,587,105 (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 7,727,685,638 (E)

各分區醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬：

就醫分區	浮動點數	非浮動點數	合 計	論量計酬結算金額
臺北	4,529,989	1,626,786	6,156,775	6,156,775
北區	8,272,883	4,065,883	12,338,766	12,338,766
中區	6,860,913	2,714,039	9,574,952	9,574,952
南區	7,033,426	2,952,248	9,985,674	9,985,674
高屏	10,666,190	3,867,970	14,534,160	14,534,160
東區	9,573,438	3,423,340	12,996,778	12,996,778
合計	46,936,839	18,650,266	65,587,105(B2)	65,587,105(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% = 7,727,685,638 × 2.22% = 171,554,621 (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 = 7,541,131,017 (加總後四捨五入至整數位)(註3)

指標1預算(GA) = (D1\_5) × 66% = 7,541,131,017 × 66% = 4,977,146,471 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D1\_5) × 15% = 7,541,131,017 × 15% = 1,131,169,653 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D1\_5) × 9% = 7,541,131,017 × 9% = 678,701,792 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D1\_5) × 4% = 7,541,131,017 × 4% = 301,645,241 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D1\_5) × 5% = 7,541,131,017 × 5% = 377,056,551 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 7,541,131,017 - 4,977,146,471 - 1,131,169,653 - 678,701,792 - 301,645,241 - 377,056,551 = 75,411,309

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

頁 次： 23

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註5)(S1)		指標2(註6)(S2)		指標3(註7)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q2+97Q2+98Q2		112年5月		112年4~6月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 =(Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	各區就醫 次數比率加總 (a)	全區 就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後 指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	4,045,672,564	29.6315%	7,492,890	32.8197%	1,083,941.221578		29.5191%	30.0807%
北區	1,656,701,975	12.1341%	3,873,822	16.9678%	543,470.675917		14.8004%	15.0820%
中區	3,696,250,352	27.0722%	4,553,188	19.9435%	906,310.668503		24.6816%	25.1512%
南區	1,992,139,000	14.5909%	3,270,258	14.3241%	514,964.718685		14.0241%	14.2909%
高屏	2,262,525,558	16.5713%	3,640,328	15.9449%	554,760.234177		15.1078%	15.3952%
東區					68,556.480927			
小計	13,653,289,449	100.0000%	22,830,486	100.0000%	3,672,003.999787	3,672,004	98.1330%	100.0000%

指標4(註8)(S4)

指標 去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

計算期間

112年4~6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5)	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	0.134480	0.078179	0.056301	5	0.00	4,045,672,564	4,045,672,564	29.4528%
北區	0.244165	0.129368	0.114797	1	0.05	1,656,701,975	1,739,537,074	12.6640%
中區	0.149896	0.063232	0.086664	2	0.00	3,696,250,352	3,696,250,352	26.9090%
南區	0.196780	0.122438	0.074342	3	0.00	1,992,139,000	1,992,139,000	14.5029%
高屏	0.167625	0.106970	0.060655	4	0.00	2,262,525,558	2,262,525,558	16.4713%
小計						13,653,289,449	13,736,124,548	100.0000%

指標5(註9)(S5)

指標 當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

計算期間

113年2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	0.003611	4,045,672,564	4,060,281,488	29.6998%
北區	0.006218	1,656,701,975	1,667,003,348	12.1937%
中區	-0.007212	3,696,250,352	3,669,592,994	26.8421%
南區	0.006725	1,992,139,000	2,005,536,135	14.6699%
高屏	0.002703	2,262,525,558	2,268,641,165	16.5945%
小計		13,653,289,449	13,671,055,130	100.0000%

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

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	29.6315%	32.8197%	30.0807%	29.4528%	29.6998%
北區	12.1341%	16.9678%	15.0820%	12.6640%	12.1937%
中區	27.0722%	19.9435%	25.1512%	26.9090%	26.8421%
南區	14.5909%	14.3241%	14.2909%	14.5029%	14.6699%
高屏	16.5713%	15.9449%	15.3952%	16.4713%	16.5945%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{第2季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 75,411,309 - 26,750,975 \\
 &= 48,660,334
 \end{aligned}$$

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	0.87547831	41,609,240	5,181,251
北區	0.80000000	21,108,768	4,221,748
中區	0.82745382	24,509,354	4,228,994
南區	0.84810627	44,649,755	6,782,023
高屏	0.83077676	37,447,322	6,336,959
小計		169,324,439	26,750,975(M1)

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄：113/04-113/06

核付截止日期：113/09/30

頁 次： 26

(七)其他5分區一般預算服務總額(BD1)=第2季預算Ga+ 第2季預算Gb+ 第2季預算Gc+ 第2季預算Gd+ 第2季預算Ge+ 第2季預算Gf。

分區	預算(Ga) =GA×指標1占率	預算(Gb) =GB×指標2占率	預算(Gc) =GC×指標3占率	預算(Gd) =GD×指標4占率	預算(Ge) =GE×指標5占率	第2季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,474,803,157	371,246,487	204,158,250	88,842,970	111,985,042	14,418,787	2,265,454,693
北區	603,931,930	191,934,604	102,361,804	38,200,353	45,977,145	5,904,494	988,310,330
中區	1,347,423,047	225,594,820	170,701,645	81,169,718	101,209,896	13,173,423	1,939,272,549
南區	726,210,464	162,029,872	96,992,594	43,747,308	55,313,819	7,099,981	1,091,394,038
高屏	824,777,873	180,363,870	104,487,499	49,684,892	62,570,649	8,063,649	1,229,948,432
小計	4,977,146,471	1,131,169,653	678,701,792	301,645,241	377,056,551	48,660,334	7,514,380,042

(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	7,727,685,638 (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	26,750,975 (M1)

調整後分區一般服務預算總額 7,685,934,663 (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/∑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：∑各分區各季總預算加總(∑Ai1)
  - (2) 條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
6. 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
  - (1) 分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：∑各分區去年同期戶籍人口數加總(∑Ai2)。
  - (2) 條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。
7. 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率
  - (1) 分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)；分母：∑各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(∑Ai3)。
  - (2) 條件說明：保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人；資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害案件(案件分類B6)】、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫，該費用年月次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。
  - (3) 計算步驟：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)/∑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∑每位病患於各區就醫次數比率(∑a%)，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(∑K1)。
8. 指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)
  - (1) 保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
  - (2) 人數利用率成長率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(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：∑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。

## 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	1,479,426,902(BF)	891,785,695(BG)	54,901(BJ)
2-北區分區	671,756,863(BF)	435,551,516(BG)	29,871(BJ)
3-中區分區	1,386,942,419(BF)	754,023,312(BG)	40,198(BJ)
4-南區分區	718,629,063(BF)	466,595,315(BG)	33,676(BJ)
5-高屏分區	814,168,416(BF)	509,110,795(BG)	10,728(BJ)
6-東區分區	100,374,043(BF)	50,290,136(BG)	8,728(BJ)
7-合計	5,171,297,706(GF)	3,107,356,769(GG)	178,102(GJ)

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：113/11/04

113年第 2季

結算主要費用年月起迄:113/04-113/06

核付截止日期:113/09/30

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	= [ 2,265,454,693	— 891,785,695	— 54,901 ]	／ 1,479,426,902 = 0.92847717(點值排序：1)
北區分區	= [ 988,310,330	— 435,551,516	— 29,871 ]	／ 671,756,863 = 0.82281101(點值排序：5)
中區分區	= [ 1,939,272,549	— 754,023,312	— 40,198 ]	／ 1,386,942,419 = 0.85454812(點值排序：4)
南區分區	= [ 1,091,394,038	— 466,595,315	— 33,676 ]	／ 718,629,063 = 0.86938461(點值排序：3)
高屏分區	= [ 1,229,948,432	— 509,110,795	— 10,728 ]	／ 814,168,416 = 0.88535356(點值排序：2)
東區分區	= [ 171,554,621	— 50,290,136	— 8,728 ]	／ 100,374,043 = 1.20803898

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 = 28,000,100 未支用金額 = 本季風險調整移撥款(用於補助點值之預算) = 11,999,900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 款撥補當季浮 動點值至0.8 之差額	113年第2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 款撥補後一般 服務預算
		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(用 於補助點 值)之剩餘款	撥補後 五分區估算 浮動點值	
	(BD2)	(G)	(Z)	(F)	(J)	(I)= (G)-(F)	(Z1)	(BD3)= (BD2)+(F)+(J)
臺北	2,265,454,693		0.92847717				0.92847717	2,265,454,693
北區	988,310,330		0.82281101				0.82281101	988,310,330
中區	1,939,272,549		0.85454812		5,000,000		0.85815317	1,944,272,549
南區	1,091,394,038		0.86938461				0.86938461	1,091,394,038
高屏	1,229,948,432		0.88535356				0.88535356	1,229,948,432
東區	171,554,621		-				-	171,554,621
合計	7,685,934,663	11,999,900		0	5,000,000		11,999,900	7,690,934,663

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)

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	= [ 2,265,454,693	-	891,785,695	-	54,901 ] /	1,479,426,902 =	0.92847717
北區分區	= [ 988,310,330	-	435,551,516	-	29,871 ] /	671,756,863 =	0.82281101
中區分區	= [ 1,944,272,549	-	754,023,312	-	40,198 ] /	1,386,942,419 =	0.85815317
南區分區	= [ 1,091,394,038	-	466,595,315	-	33,676 ] /	718,629,063 =	0.86938461
高屏分區	= [ 1,229,948,432	-	509,110,795	-	10,728 ] /	814,168,416 =	0.88535356
東區分區	= [ 171,554,621	-	50,290,136	-	8,728 ] /	100,374,043 =	1.20803898

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)

= [ 7,690,934,663 - 3,107,356,769 - 178,102 ] / 5,171,297,706 = 0.88631521

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	= [ 2,265,454,693	]/ [	1,479,426,902 +	891,785,695	+	54,901 ] =	0.95537711
北區分區	= [ 988,310,330	]/ [	671,756,863 +	435,551,516	+	29,871 ] =	0.89250988
中區分區	= [ 1,944,272,549	]/ [	1,386,942,419 +	754,023,312	+	40,198 ] =	0.90811171
南區分區	= [ 1,091,394,038	]/ [	718,629,063 +	466,595,315	+	33,676 ] =	0.92080711
高屏分區	= [ 1,229,948,432	]/ [	814,168,416 +	509,110,795	+	10,728 ] =	0.92946254
東區分區	= [ 171,554,621	]/ [	100,374,043 +	50,290,136	+	8,728 ] =	1.13858971

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)

= [ 7,690,934,663 ] / [ 5,171,297,706 + 3,107,356,769 + 178,102 ] = 0.92898782

## 5. 中醫門診總額平均點值

$$= \left[ \frac{\text{加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD3)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬結算金額(B8)}}{\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(GG)} + \text{加總分區自墊核退點數(GJ)} + \text{專款專用已支用點數(不含品質保證保留款)} + \text{資源不足地區改善方案\_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B8)}} \right]$$

臺北分區	= [ 2,265,454,693 + 54,513,133 + 6,156,775 ]			
	／ [ 1,479,426,902 + 891,785,695 +	54,901 +	52,588,204 +	6,156,775 ] = 0.95724801
北區分區	= [ 988,310,330 + 32,069,569 + 12,338,766 ]			
	／ [ 671,756,863 + 435,551,516 +	29,871 +	31,218,072 +	12,338,766 ] = 0.89731781
中區分區	= [ 1,944,272,549 + 100,680,384 + 9,574,952 ]			
	／ [ 1,386,942,419 + 754,023,312 +	40,198 +	102,281,202 +	9,574,952 ] = 0.91196345
南區分區	= [ 1,091,394,038 + 54,657,358 + 9,985,674 ]			
	／ [ 718,629,063 + 466,595,315 +	33,676 +	56,005,032 +	9,985,674 ] = 0.92390667
高屏分區	= [ 1,229,948,432 + 54,212,506 + 14,534,160 ]			
	／ [ 814,168,416 + 509,110,795 +	10,728 +	55,718,052 +	14,534,160 ] = 0.93193815
東區分區	= [ 171,554,621 + 16,925,332 + 12,996,778 ]			
	／ [ 100,374,043 + 50,290,136 +	8,728 +	17,127,382 +	12,996,778 ] = 1.11438053
全 區	= [ 7,690,934,663 + 313,058,282 + 65,587,105 ]			
	／ [ 5,171,297,706 + 3,107,356,769 +	178,102 +	314,937,944 +	65,587,105 ] = 0.93189130

註：

- 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫 + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 網路頻寬補助費用暫結金額(各計畫如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算  
 = 40,096,976 + 100,620,866 + 17,859,870 + 66,250,000 + 5,300,000 + 1,809,540 + 27,489,682 + 12,000,000  
 + 21,595,764 + 20,035,584  
 = 313,058,282

- 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

\*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算,爰此,上表品質保證保留款專款結算金額計算  
 = (106年各季預算 + 113年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

## 六、說明

- 本季結算費用年月包括：

費用年月113/03(含)以前:於113/07/01~113/09/30期間核付者。

費用年月113/04~113/06:於113/04/01~113/09/30期間核付者。

報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：114 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障  
項目案。

說明：

一、依據 103 年 2 月 20 日「中醫門診總額研商議事會議」103 年第 1 次會議決議略以，考量 102 年原採用四季重分配之計算方式，常因第一季工作日數較少，調整後預算占率較其他 3 季為低，為避免第一季點值有偏低情形，故改以近五年之各季核定點數平均占率作為各季預算重分配之依據。

二、105-112 年各季核定點數占率如下表：

年季	105 占率	106 占率	107 占率	108 占率
Q1	22.192830%	23.306425%	23.079281%	22.956712%
Q2	25.724195%	25.180556%	25.277378%	25.050915%
Q3	25.714293%	26.236596%	25.431687%	25.805750%
Q4	26.368682%	25.276423%	26.211654%	26.186623%
合計	100%	100%	100%	100%

年季	109 占率	110 占率	111 占率	112 占率
Q1	24.511582%	24.895359%	21.221738%	23.556757%
Q2	24.511582%	23.239410%	23.580954%	25.711255%
Q3	26.042402%	24.943505%	27.225312%	25.557803%
Q4	24.934434%	26.921725%	27.971996%	25.174185%
合計	100%	100%	100%	100%

註 1：109Q1-Q2 因受 COVID-19 疫情影響，報部後核定採合併結算。因中醫門診總額一般服務預算採四季重分配，故將 109Q1-Q2 核定點數除 2，以利計算 107-1110 年各季占率。

註 2：實際運算採小數點以下 8 位，限於版面，本表 107-111 年度僅呈現小數點以下 6 位。

三、查113年預算四季重分配之計算方式，因考量疫情而採105-109年5年之各季核定點數平均占率計算，考量113年第1季全區平均點值(0.90673270)遠低於第2季點值(0.92898782)，114年預算四季重分配後之占率建議改以106-109年及112年之各季核定點數平均占率計算：第1季23.482151%、第2季25.146337%、第3季25.814848%、第4季25.556664%。經統計106-109年及112、105-109年、108-112年之5年平均占率如下供參：

年季	106-109年及112年 平均占率	105-109年 平均占率	108-112年 平均占率
Q1	23.482151%	23.209366%	23.428430%
Q2	25.146337%	25.148925%	24.418823%
Q3	25.814848%	25.846146%	25.914954%
Q4	25.556664%	25.795563%	26.237793%
合計	100%	100%	100%

三、另114年中醫門診一般服務之保障項目擬比照113年保障項目，除藥費依藥物給付項目，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點1元支付(保障醫不足地區民眾就醫可近性及就醫權益)，並報健保會同意後實施。

**決定：**

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議時程案。

說明：

一、有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，每 3 個月開會 1 次，必要時得召開臨時會議。

二、114 年會議時間，擬訂如下表，請代表預留時間：

會議名稱	第 1 次 會議	第 2 次 會議	第 3 次 會議	第 4 次 會議	第 1 次 臨時會
會議日期	2/20 星期四 (下午)	5/15 星期四 (下午)	8/14 星期四 (下午)	11/13 星期四 (下午)	11/27 星期四 (下午)

1/28(除夕)-2/2(初五)

決定：

## 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」計三家中醫鄉鎮之施行區域異動情形，提請討論。

### 說明：

- 一、「雲林縣四湖鄉」因吳坤榮中醫診所已於113年9月開業，故該鄉鎮應自附件1-2「施行區域-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」中移除。
- 二、「苗栗縣大湖鄉」原有二家中醫診所，因有一家院所歇業，故增列該鄉鎮列至附表1-2「施行區域-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」。
- 三、「苗栗縣造橋鄉」原列為附表1-2，因院所歇業，故將自附表1-2中移除，並增列至附表1-1「無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」。

### 本署說明：

- 一、統計截至113年10月25日與本署特約之中醫醫事機構各鄉鎮分布，同意中醫全聯會建議如下：
  - (一) 無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件1-1，頁次報6-2頁)：新增「苗栗縣造橋鄉」。
  - (二) 一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件1-2，頁次報6-3頁)：新增「苗栗縣大湖鄉」、刪除「苗栗縣造橋鄉」、「雲林縣四湖鄉」。
- 二、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；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計78個鄉鎮區。

### 決定：

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

縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數	
新北市	坪林區	1	雲林縣	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	金門縣	蘭嶼鄉	6	
	南庄鄉	1		滿州鄉	2		烈嶼鄉	6	
	頭屋鄉	1		枋山鄉	1	連江縣	烏坵鄉	6	
	<u>造橋鄉</u>	<u>1</u>	三地門鄉	3	南竿鄉		4		
	獅潭鄉	1	霧臺鄉	3	北竿鄉		4		
	泰安鄉	3	瑪家鄉	3	莒光鄉		6		
臺中市	大安區	1	泰武鄉	3	東引鄉	6			
	和平區	3	來義鄉	3					
南投縣	鹿谷鄉	3	春日鄉	3					
	信義鄉	3	獅子鄉	3					
	仁愛鄉	3	牡丹鄉	3					
臺南市	後壁區	1	澎湖縣	白沙鄉	5				
	東山區	1		吉貝村	6				
	大內區	1		西嶼鄉	5				
	北門區	1		望安鄉	6				
	左鎮區	1		七美鄉	6				
	龍崎區	1	花蓮縣	光復鄉	1				

註 1：本一覽表統計截止日期：113 年 ~~8月1日~~ 10月25日，共 ~~7879~~ 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	六甲區	高雄市	杉林區	
	三芝區		官田區	屏東縣	長治鄉	
	八里區		西港區		麟洛鄉	
	貢寮區		七股區		九如鄉	
	金山區		將軍區		鹽埔鄉	
	萬里區		安定區		高樹鄉	
宜蘭縣	蘇澳鎮		山上區		新園鄉	
	壯圍鄉		玉井區		崁頂鄉	
	冬山鄉		楠西區		林邊鄉	
	三星鄉		南化區		南州鄉	
桃園市	復興區		土庫鎮		澎湖縣	琉球鄉
新竹縣	芎林鄉		古坑鄉	湖西鄉		
苗栗縣	<del>大湖鄉</del>		雲林縣	二崙鄉	花蓮縣	鳳林鎮
	西湖鄉			東勢鄉		瑞穗鄉
	<del>造橋鄉</del>	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	<del>四湖鄉</del>			鹿野鄉	
彰化縣	線西鄉	嘉義縣		布袋鎮	金門縣	金沙鎮
	埔鹽鄉			六腳鄉		金寧鄉
	二水鄉		義竹鄉			
	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				

註 1：本一覽表統計截止日期：113 年 ~~8 月 1 日~~ 10 月 25 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。

## 報告事項第七案

報告單位：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」及全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 113 年第 3 次研商議事會議決定辦理。
- 二、上開會議決定，請本署醫務管理組與中全會研議本項與一般服務重複部分之費用計算方式(含照護機構住民收案時間之考量)，於下次會議報告。
- 三、經考量照護機構住民本計畫之收案時點，據以調整計算方式，業獲中全會同意。計算方式說明如下(詳如附圖，頁次 7-3 頁):
  - (一)112 年 1 月(含)以前收案，113 年申報本計畫者，無一般服務移轉至專款支應情形，故不扣減。
  - (二)112 年 2 月起收案:以住民 112 年收案始點計算未接受本方案服務期間申報之中醫醫療費用(扣除中醫專款項目)，視為一般服務移轉至專款支應，應予扣減之重複費用。
  - (三)自 113 年起收案:以 113 年收案始點計算 112 年同期中醫醫療費用(扣除中醫專款項目)，視為一般服務移轉至專款支應，應予扣減之重複費用。
- 四、依上開計算方式以 113 年 1-6 月執行情形估算約扣減 222.1 萬點，說明如下(詳附表 1 至附表 3，頁次 7-4~7-6 頁):
  - (一)113 年 1-6 月收案 3,207 人，論量支付申報醫療費用 31.9 百萬點，476 人自 111 年參加本方案，1,162 人自 112 年參加本方案，1,569 人自 113 年參加本方案。
  - (二)112 年始參加本方案之照護機構住民：112 年未接受本方案

服務期間申報之中醫醫療費用約110.0萬點(排除中醫專案)，將予以扣減。

(三)113年始參加本方案之照護機構住民:以113年接受本方案服務始點計算112年同期中醫醫療費用約112.1萬點(排除中醫專案)，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，按本計畫之收案時點，回推渠等住民應予扣減之中醫門診醫療費用，於一般服務予以扣減。

**決定：**

## 附圖

試算方式	情境	扣減範圍	示意圖	說明
原試算方式 (扣減 134.5 萬點)	112 年及 113 年均參加方案	不扣減	112 年  113 年 	住民自 113 年收案，112 年全年中醫醫療費用，視為一般服務移轉至專款支應，予以扣減。估算約 134.5 萬點。
	113 年始參加方案	112 年全年	112 年  113 年 	
新試算方式 (扣減 222.1 萬點)	112 年 1 月(含)前起參加方案	不扣減	112 年  113 年 	112 年 1 月(含)以前收案，無一般服務移轉至專款支應情形，故不扣減。
	112 年 N 月(N>=2)起參加方案	112 年 1 月至 112 年 N-1 月	112 年  113 年 	以住民 112 年收案始點計算 112 年 1 月至 N-1 月申報中醫醫療費用，視為移轉至專款支應，應予扣減之重複費用，估算約 110 萬點。
	113 年 N 月始參加方案	扣減 112 年 N 月至 112 年 12 月	112 年  113 年 	以 113 年收案始點計算 112 年同期中醫醫療費用，視為一般服務移轉至專款支應，應予扣減之重複費用，估算約 112.1 萬點。

 : 收案始點       : 使用一般服務  
 : 使用專款       : 扣減

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(百萬點)
臺北業務組	368	4,334	3.3
北區業務組	310	3,460	2.9
中區業務組	1,185	14,495	13.2
南區業務組	499	6,134	4.8
高屏業務組	455	4,876	4.3
東區業務組	390	4,273	3.3
總計	3,207	37,572	31.9

1. 資料來源：門診清單明細檔(擷取日期：113.9.16)
2. 資料區間：1130101~1130630。
3. 中醫照護方案利用：醫事類別 14 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」服務對象且 112 年始收案者應扣減之重複費用(計算自 112 年 1 月起至 112 年收案始點前 1 個月中醫一般服務費用)

分區	應扣減之重複費用 <sup>2</sup>			各專案計畫及代辦費用點數 <sup>3</sup>	排除各專案計畫及代辦案件後應扣減之重複費用		
	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	31	201	265,645	93,450	27	119	172,195
北區業務組	11	81	83,227	57,050	6	26	26,177
中區業務組	82	1,031	1,205,311	805,650	58	329	399,661
南區業務組	26	185	197,771	106,500	20	90	91,271
高屏業務組	44	436	405,859	170,050	34	256	235,809
東區業務組	18	181	248,444	73,521	14	104	174,923
總計	206	2,115	2,406,257	1,306,221	154	924	1,100,036

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：113.10.24)

2. 擷取條件：113 年使用照護機構中醫醫療照護方案之住民且 112 起使用本方案者(排除 111 年已參加本方案)，112 年 1 月至 112 年首次本方案月之前 1 月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。

附表 3. 113 年 1-6 月「照護機構中醫照護方案」服務對象且自 113 年參加本方案者應扣減之重複費用(以 113 年收案始點計算 112 年同期至 112 年 12 月底中醫一般服務費用)

分區	應扣減之重複費用 <sup>2</sup>			各專案計畫 及代辦 費用點數 <sup>3</sup>	排除各專案計畫及代辦案件後 應扣減之重複費用		
	人數	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	18	127	129,841	7,350	18	120	122,491
北區業務組	8	81	97,632	27,350	6	61	70,282
中區業務組	64	829	800,817	400,500	54	464	400,317
南區業務組	25	290	342,453	33,054	23	255	309,399
高屏業務組	25	263	261,532	133,950	21	118	127,582
東區業務組	11	94	107,734	16,600	9	80	91,134
總計	146	1,684	1,740,009	618,804	128	1,098	1,121,205

備註：

- 資料來源：院民基本資料檔、門診清單明細檔(擷取日期：113.10.24)。
- 擷取條件：113 年使用照護機構中醫醫療照護方案之住民，且 112 年(含)以前為照護機構住民未使用本方案者，以 113 年收案始點計算 112 年同期中醫醫療費用，視為一般服務移轉至專款支應，應予扣減之重複費用。(就醫科別為中醫科)。

3. 各專案計畫及代辦費用：

- 「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)。
- 「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)。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「全民健康保險中醫急症處置計畫」：特定治療項目任一為 JK。
- 「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。
- 代辦案件：案件分類為 A3、B6、B7、C5、DF。

4. 人數以 ID 歸戶。

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國中醫師公會全國聯合會 書函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 113 年 11 月 1 日  
發文字號：(113)全聯醫總堯字第 1576 號  
連 別：  
附 件：

主 旨：本會對大署所擬「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(下稱本方案)預算執行於一般服務扣減方式一案」，敬表同意，請鑒察。

說 明：復大署 113 年 10 月 28 日健保醫字第 1130663925 號。

中醫全聯會  
檢對章(四)

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：

## 中華民國中醫師公會全國聯合會



抄本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號  
聯絡人：黃千芬  
聯絡電話：02-27065866 分機：3628  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A111373@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年10月28日  
發文字號：健保醫字第1130663925號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如說明二

主旨：有關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(下稱本方案)預算執行於一般服務扣減方式一案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部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」及全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額113年第3次研商議事會議決定辦理。
- 二、依上開會議決定，旨揭扣減方式應考量照護機構住民收案時間。本署重新研議並試算如附件，請於113年10月31日前提供意見。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會  
副本：

## 肆、討論事項

**討論事項第一案**      **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**  
**案由：有關「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」條文修訂案，提請討論。**

**說明：**

一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 55 次會議決議辦理。

二、114 年建議修正條文如下：

條文	修正條文	原條文
五	施行期間：自公告日起至 <b>114</b> 年 12 月 31 日。	施行期間：自公告日起至 113 年 12 月 31 日。
四、施行區域： (三)	附件 1-2 之施行地區以 <del>三</del> <b>二</b> 個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。特殊情況者，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。	附件 1-2 之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。特殊情況者，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。

**本署意見：**(綜整中全會與本署各分區業務組建議，詳對照表)：

一、本方案113年度經費為180百萬元，114年度經費為183百萬元(俟衛生福利部核定)。(對照表頁次討1-4頁)

二、針對中全會提案討論事項，本署說明如下：

(一) 修改年度。(對照表頁次討1-4頁)

(二) 施行區域：建議一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區申請執行巡迴醫療服務計畫數由兩個放寬至三個。查目前中醫不足方案113年於一家中醫醫事服務機構地區之執行巡迴服務計畫之鄉鎮區共46個(63個巡迴點)，其中29個鄉鎮區有一個巡迴點、17個鄉鎮區有兩個巡迴點。按目前有兩個巡

迴點的鄉鎮區增加為三個，以113年1-9月申報資料推估全年需增加1.51百萬點~4.24百萬點（下表及對照表頁次討1-5~1-6頁）。考量前述費用增加恐超過年預算額度183百萬元，建議維持現行規定，特殊情形得專案評估核定。

113年一家中醫醫事服務機構地區之執行巡迴服務計畫鄉鎮區 (113.11.06 擷取)		
	鄉鎮區數	巡迴點數
目前一巡迴點之鄉鎮區	29	29
目前兩巡迴點之鄉鎮區	17	34
總計	46	63

### 三、另本署綜整各分區業務組意見、建議修訂內容如下：

- (一) 申請與審查程序及須檢附之文件：新增巡迴醫療服務規定，前一年度通過中醫醫療資源不足地區方案考核要點之院所，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同且符合113年度之規定，可具函敘明並檢附報備同意函向中醫全聯會及分區業務組備查。(對照表頁次討1-10頁)
- (二) 開診規範：
  1. 獎勵開業原規定「自開業登記日起至月底未滿一個月者，則按實際門診日數發給保障額度」，修改為「自核定參與開業獎勵服務計畫後第一次申報費用年月之首日起」計算。(對照表頁次討1-19頁)
  2. 巡迴醫療服務原規定「特殊地區每天及每週之巡迴次數及醫師數由所轄分區業務組會同中醫全聯會專案審查後核定」修改為「得由巡迴院所提出，由所轄分區業務組與該地審查執行會分會專案審查後核定」。(對照表頁次討1-20頁)
  3. 巡迴醫療服務中規定執行巡迴醫療服務者之開始執行日期為分區業務組核定日或發文日一個月內：放寬至30個「工作日」，工作日係以行政院人事行政總處所核定政府行政機關辦公日曆表為準。(對照表頁次討1-20頁)
- (三) 支付方式：獎勵開業原規定「自醫事服務機構簽約日開始累進計算服務年限」修改為「自核定參與開業獎勵服務計畫後第一次申報之費用年月起」計算。(對照表頁次討1-25

頁)

(四) 附件：

1. 附件7：醫療服務之標示製作作業之預算來源由「113年總額其他預算項目『提升保險服務成效』項下支應」修改為「114年中央健康保險署單位預算『健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫』項下支應」。(對照表頁次討1-51頁)
2. 附件8：醫療服務門診日報表新增「到宅服務註記欄位」並酌修文字。(對照表頁次討1-51頁)

決議：

114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修正彙整表

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	
		<p>二、目的： 鼓勵中醫師至中醫醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分布，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護。</p>	
<p>三、預算來源： 113114年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為180183百萬元。</p>		<p>三、預算來源： 113年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為180百萬元。</p>	<p>【健保署說明】 修改年度及全年經費。</p>
<p>四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以112113年10月25日調查</p>		<p>四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以112年10月25日調查</p>	<p>【健保署說明】 修改年度。</p>

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
<p>時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：以112<del>113</del>年10月25日調查時，為附件1-1所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件1-2所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。</p> <p>(三)附件1-2之施行地區以<u>二</u><del>三</del>個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。特殊情況者，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保</p>	<p>(三)附件1-2之施行地區以<u>二</u><del>三</del>個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。特殊情況者，由所</p>	<p>時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：以112年10月25日調查時，為附件1-1所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件1-2所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。</p> <p>(三)附件1-2之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村</p>	<p><b>【中全會建議】</b> 於一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區可申請之執行巡迴醫療服務計畫數由二個放寬為三個。</p> <p><b>【健保署說明】</b> 查目前中醫不足方案113年於一家中醫醫事服務機構地區之執行巡迴服務計畫之鄉鎮區共46個(63個巡迴點)，其中29個鄉鎮區有一個巡迴點、17個鄉鎮區有兩個巡迴</p>

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
<p>險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。</p>	<p>轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。</p>	<p>(里)。特殊情況者，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。</p> <p>(四)於本方案執行期間，經保險人及中醫全聯會評估並報經全民健康保險中醫門診總額研商議事會議(以下稱中醫總額研商會議)報告同意，確屬適用本方案之地區，自該會議紀錄發文日起，始開放符合本方案申請資格之中醫師申請。</p>	<p>點。若考量平均巡迴人次超過30人之巡迴鄉鎮區(計6個)由兩個巡迴點增至三個，以113年1-9月申報資料推估全年需增加1.51百萬點；若17個鄉鎮區皆由兩個巡迴點增至三個，以113年1-9月申報資料推估全年需增加4.24百萬點，故推估全年需增加1.51百萬點~4.24百萬點。</p>
<p>五、施行期間： 自公告日起至113114年12月31日。</p>	<p>五、施行期間： 自公告日起至113114年12月31日。</p>	<p>五、施行期間： 自公告日起至113年12月31日。</p>	<p><b>【中全會建議】</b> 修改年度。</p>
		<p>六、年度目標： (一)獎勵開業服務計畫：以當年度新增5個計畫數</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>為目標，若目標數滿額後才提出申請者，將優先列為下一年度計畫申請。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務(可提供行動不便者到宅醫療)，本年度以至少執行100個鄉鎮(區)數為目標。</li> <li>2. 本計畫以達成服務人次260,000人次，服務總天數11,000天為執行目標。</li> </ol>	
		<p><b>七、申請資格：</b></p> <p>(一)申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</p> <p>(二)保險醫事服務機構須具備全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡設備，並確實刷卡、上傳及登錄資料。</p> <p>(三)獎勵開業服務計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 須為中醫全聯會所屬縣市公會會員並符合開業資格之中醫師，其最近十二個月全民健</li> </ol>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>康保險(以下稱本保險)平均每月申報點數(含部分負擔)須大於十五萬點,但符合中醫負責醫師訓練計畫之院所醫師且受訓滿兩年者(檢具相關證明文件)不受此限。</p> <p>2. 無最近十二個月申報資料者,則以申請本方案前,最後有申報資料,採計十二個月為計算基準。</p> <p>(四)巡迴醫療服務計畫: 須為中醫保險醫事服務機構,且實際參與巡迴服務之中醫保險醫事服務機構均應申請辦理本計畫,其他中醫師不得以支援方式辦理。</p>	
		<p>八、申請與審查程序及須檢附之文件:</p> <p>(一)申請與審查程序:</p> <p>1. 符合申請資格者,須自</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
<p>新增2. 巡迴醫療服務計畫：相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援；前一年度通過中醫醫療資源不足地區方案考核要點之院所，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同者，且符合113年度之規定，可具函敘明前述事項並檢附衛生主管機關核定報備同意函向中醫全聯會及保險人分區業務組備查。</p> <p>以下序號依序次修改</p>		<p>方案公告日起15個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中醫全聯會受理收件。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日(以郵戳為憑)。</li> <li>3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。</li> <li>4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結果送請所轄區保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會。</li> </ol>	<p><b>【健保署說明】</b> 新增報備支援規定，以簡化持續巡迴院所的申請程序。</p>

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>5. 獎勵開業服務計畫：申請中醫師自保險人分區業務組審查結果通知函寄達日起，應於三個月內完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，並回報中醫全聯會確定之開業時間、地址及門診時間表。</p> <p>6. 巡迴醫療服務計畫：自核定日或發文日起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執行之延續性，112年度原有計畫延續至113年度執行，且符合113年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至113年計畫公告實施日當月底止，113年度應重新提出申請。</p> <p>(二)須檢附之文件：</p> <p>1. 獎勵開業服務計畫</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>(1)本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獎勵開業服務計畫申請表(附件2)。</p> <p>(2)獎勵開業服務計畫書，其內容應包含：</p> <p>A. 書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號定型，橫式書寫。</p> <p>B. 前言。</p> <p>C. 開業服務地區之現況分析(含當地人口分布狀況、地理環境概況、交通情況、醫療資源分析)。</p> <p>D. 預定開業之詳細地址，並檢附診間空間規劃分配圖。</p> <p>E. 醫療人力資源：請</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資、中醫醫療機構負責醫師訓練合格證明)並檢具相關證明文件。</p> <p>F. 預定醫療門診時間表。</p> <p>2. 巡迴醫療服務計畫：</p> <p>(1) 本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巡迴醫療服務計畫申請表(附件3)、醫事人員名冊(附件4)。</p> <p>(2) 巡迴醫療服務計畫書，其內容應包含：</p> <p>A. 書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號定型，橫式書</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>寫。</p> <p>B. 封面：包括計畫名稱、執行單位、巡迴醫療服務點所屬縣市、鄉鎮(區)、執行期間。</p> <p>C. 前言：請敘述巡迴醫療服務動機，包括巡迴醫療服務地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。</p> <p>D. 目的：分點具體列述巡迴醫療服務所要達成之目標。</p> <p>E. 巡迴醫療服務地點現況分析，請依下列項目分別具體列述相關內容：</p> <p>a. 巡迴醫療服務點所屬地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務點所屬地區分布情形及面積、當地戶</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>籍人口數及其性別年齡別分布情形等相關資料。</p> <p>b. 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴醫療服務點地理環境概況(檢附簡要地圖更佳)、當地對外交通情形、當地距最近中醫特約醫事服務機構所需車程時間等。</p> <p>c. 醫療需求情形：請詳述巡迴醫療服務點所屬地區之醫療服務使用狀況、現存各類醫事人員及各類醫事服務機構情形。</p> <p>F. 執行計畫：</p> <p>a. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>號、證書字號、執業年資)。</p> <p>b. 每週診療時間。</p> <p>c. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。</p> <p>d. 巡迴醫療服務設置點地址及空間配置圖。</p> <p>G. 經當地衛生主管機關報備核准之中醫師、相關醫事人員及巡迴地點同意函。</p> <p>H. 評估預期效益：請詳述巡迴醫療服務實施後預期達成之效益指標。</p>	
		<p><b>九、開診規範：</b></p> <p>(一)獎勵開業服務計畫：</p> <p>1. 經中醫全聯會評估通過之申請案件，於分區業務組評估結果通知</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>函寄達三個月內未完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，該案件視同作廢，不予支付任何保障額度，且不再接受同一申請人之申請案件。</p> <p>2. 門診服務時數：</p> <p>(1) 每週至少提供五天35小時(每週至少須含2次夜診)，每診次至少2(含)小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時；兩門診時段間至少間隔半小時；該保險醫事服務機構負責醫師之門診服務時數須至少三天24小時。</p> <p>(2) 門診天數、時段、地點依申請計畫書為依據，若逢行政院人事行政總處公布之假期，可為休診日。</p> <p>(3) 當月未達上述工作天</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>數及門診時間者，則依實際比例扣款(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)，因天災、事故等特殊因素，經向保險人分區業務組報備者，不在此限。</p> <p>(4)請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理；若產假期間無支援醫師代理者，保險人得不予支付保障額度。</p> <p>(5)執行本計畫特約醫事服務機構之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於10個工作日前以書面函知中醫全聯會，並由中醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查，惟臨</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
<p>4. <u>開業登記日自核定參與開業獎勵服務計畫後第一次申報費用年月之首日</u>起至月底未滿一個月者，則按實際門診日數發給保障額度(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)。</p>		<p>時有特殊狀況者，不在此限。</p> <p>3. 執行本計畫之保險醫事服務機構可同時申請巡迴醫療服務計畫，但巡迴看診時數不列入上述門診服務時數計算。</p> <p>4. 開業登記日起至月底未滿一個月者，則按實際門診日數發給保障額度(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)。</p> <p>5. 門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單(附件5、6)於前月25日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。</p> <p>6. 中醫全聯會及保險人分區業務組將不定期</p>	<p><b>【健保署說明】</b></p> <p>查院所「開業登記日」與實際執行開業獎勵計畫日期不一定相同，爰建議修改為「自核定參與開業獎勵服務計畫後第一次申報費用年月之首日起至月底未滿一個月者，……」，明確定義獎勵開業服務計畫保障額度計算起點。</p>

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
<p>1. 以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天至多1次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，每週至多3次定點定時中醫巡迴醫療服務(若有特殊情況需加每天或每週之巡迴次數或醫師數之巡迴點得由巡迴院所向所轄保險人分區業務組提出申請，會同該區分</p>		<p>依保險醫事服務機構所訂門診時段，以電話抽查有無依所訂門診時段提供服務。</p> <p>7. 經中醫全聯會及保險人分區業務組查證保險醫事服務機構無故休診同一年累計達二週或同一年連續請假休診二個月者(不含請產假之負責醫師)，即終止該醫事服務機構執行本計畫。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p> <p>1. 以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天至多1次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，每週至多3次定點定時中醫巡迴醫療服務(特殊地區每天及每週之巡迴次數及醫師數由所</p>	<p><b>【健保署說明】</b></p> <p>一、經查部分巡迴點長期每診服務人次逾60人以上，經實地訪視確認就醫病患確實很多，居民亦反映因限制掛號致有看不到醫師情形，顯示該鄉確有實際醫需。</p> <p>二、爰此，因1診次3小時之看診時間，常需延長看診時間才能看完病人，再囿於平均每診次門診量限定70人次，超過70人次之部分，不</p>

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
<p>會經評估及審核後專案核定，並副知中醫全聯會)。</p> <p>3. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同意之每週診療時間提供醫療服務，並於所轄保險人分區業務組核定日或發文日<u>一個月30個工作日</u>內開始執行，<u>超過一個月30個工作日</u>仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本計畫之辦理。如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流……等，得事後核准。</p>		<p>轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查後核定)。</p> <p>2. 每次巡迴醫療服務時間不得少於3小時(其服務時間以實際醫療時間計算，不包含車程、用膳及休息時間)。</p> <p>3. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同意之每週診療時間提供醫療服務，並於所轄保險人分區業務組核定日或發文日<u>一個月</u>內開始執行，<u>超過一個月</u>仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本計畫之辦理。如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石</p>	<p>予支付，常有自行吸收情形，不敷成本，致有醫師萌生退意。</p> <p>三、為鼓勵醫師至長期有較高醫需地區提供巡迴服務，爰修訂本條文。</p> <p><b>【健保署說明】</b></p> <p>一、本署前於113年1月18日函同意卓家老舖中醫診所參加本方案，惟該診所需時間申請行動網路及適逢農曆春節連續假期，未依規定於期限內執行巡迴醫療服務，故來函申請延自113年2月23日起執行。</p> <p>二、查本方案受理院所申請、審查及核定均以工作日(天)計算，爰建議將一個月改為30個工作日，統一計算方</p>

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>流……等，得事後核准。</p> <p>4. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。</p> <p>5. 至離島地區執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構，若因天候狀況導致交通受阻，巡迴醫療服務得增加服務天數1天（限申報1診次）。當次執行完畢後，應檢具當地衛生主管機關報備函、交通延誤證明(由航空公司、船公司或警察機關等單位開立)等資料，向所轄保險人分區業務組申請備查且副知中醫全聯會，並依規定申</p>	<p>式。其中「工作日」係以行政院人事行政總處所核定政府行政機關辦公日曆表為準。</p>

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>報當日產生之醫療費用及論次費用。</p> <p>6. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務時間、每週服務次數或地點、核備醫事人員等，須先將變更計畫及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更巡迴醫療服務者應俟保險人分區業務組核定後，始得變更計畫。</p> <p>7. 申請巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件7辦理)。</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>8. 保險人應將本年度巡迴醫療服務相關訊息(含執行之保險醫事服務機構名稱、時間及地點)建置於保險人全球資訊網網站，以供查詢。</p> <p>9. 巡迴時間、時段、地點，依執行本計畫之保險醫事服務機構申請書所列時間表為依據，惟保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮西醫、牙醫及中醫之巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。</p> <p>10. 巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。</p> <p>11. 到宅服務個案可由村/里長或長期照顧管理中心等單位轉介。</p>	
		<p><b>十、支付方式</b></p> <p>(一)獎勵開業服務計畫：</p> <p>1. 獎勵標準：</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
<p>(2)管理原則(年限計算：自<u>醫事服務機構簽約日核定參與開業獎勵服務計畫後第一次申報之費用</u>年月起，開始累進計算服務年限；每月總服務量以「核定點數(含部分負擔)」計算：包含門診、巡迴醫療、中醫門診總額其他中醫專案服務量及其他預算案件，不含</p>		<p>(1)第一級：除第二級、第三級以外之醫療資源不足地區，每月保障額度30萬點。  (2)第二級：醫療資源不足之山地地區，每月保障額度35萬點。  (3)第三級：醫療資源不足之離島地區，每月保障額度40萬點。  2. 醫療費用計算：  (1)按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)申報醫療費用。  (2)管理原則(年限計算：自醫事服務機構簽約日開始累進計算服務年限；每月總服務量以「核定點數(含部分負擔)」計算：包含門診、巡迴醫療、中醫門診總額其他中醫專案服務</p>	<p><b>【健保署說明】</b>  查「簽約日」通常會回溯至開業登記的日期，而非院所到分區簽約日期或核定參與開業獎勵計畫日期，且醫療資訊系統中沒有簽約日欄位，爰建議將「簽約日」改為「自核定參與開業獎勵服務計畫後第一次申報之費用</p>

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
代辦案件)：		<p>量及其他預算案件，不含代辦案件)：</p> <p>A. 承辦本計畫後第七個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，以80%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度35%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度20%者，以70%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度20%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。</p> <p>B. 滿一年者，自第十三個月起，若當月核定點數(含部分</p>	<p>年月起」，開始累進計算服務年限。</p>

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>負擔)未達保障額度45%者，以75%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度45%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度30%者，以65%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度30%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。</p> <p>C. 滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度50%者，以60%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度50%者，須自</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>次次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度40%者，以50%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度40%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度10%者，以當月核定點數計算之費用支付。</p> <p>D. 獎勵開業之醫事服務機構依上述 A 至 C 點規定提供巡迴醫療服務後，須依其最高巡迴點之數量持續提供巡迴醫療服務至當年度12</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>月底。</p> <p>E. 若獎勵開業之醫事服務機構未依上述A至C點規定於該開業鄉鎮承辦巡迴醫療服務計畫，經所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案評估後，由保險人分區業務組終止本方案之辦理。惟若屬特殊情況者，得專案向保險人分區業務組申請至鄰近本方案施行地區提供巡迴醫療服務計畫。</p> <p>註：依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。</p> <p>(3)自辦理本計畫之年度開始起算，第三年</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>年底終止計畫補助(延續辦理期間不須另提出申請)，且不再接受同一申請人申請本計畫；又延續辦理計畫者，其起迄日期應依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理。</p> <p>(4)本計畫中醫師參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)併入保障額度計算，每月核定點數(含部分負擔)未達保障額度者，不予支付當月巡迴醫療服務之論次費用。</p> <p>(5)本計畫申報之門診診察費納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算；針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置納入該支付標準</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>之合計申報量計算。</p> <p>3. 每點支付金額之結算：</p> <p>(1) 每月核定點數(含部分負擔)超過保障額度者：以核定點數計算之費用支付，屬浮動點數者依該區當季之浮動點值計算，每點支付金額不低於1元。</p> <p>(2) 每月核定點數(含部分負擔)低於保障額度者：依本方案第十項第一款第二目醫療費用計算之管理原則核付，其保障額度之點數依該區當季之浮動點值計算，惟每點支付金額不低於1元。</p> <p>4. 承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件8)，並於次月20日前費用申報時以電子檔案，報請</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明																								
		<p>所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本計畫論量計酬費用，由中醫門診總額一般服務預算支應。每點支付金額以1元計算，於一般服務預算分區預算分配前先行結算。</li> <li>2. 本計畫之論次支付方式：各地區別論次支付點數及申報代碼如下，偏遠及山地離島地區分類詳附件1-1，中醫資源不足地區詳附件1-2。</li> </ol>	<table border="1" data-bbox="1144 1086 1928 1433"> <thead> <tr> <th>地區</th> <th>支付點數</th> <th>申報代碼</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0. 中醫資源不足</td> <td>2,300</td> <td>P23064</td> </tr> <tr> <td>1. 一級偏遠</td> <td>3,300</td> <td>P23007</td> </tr> <tr> <td>2. 二級偏遠</td> <td>5,300</td> <td>P23063</td> </tr> <tr> <td>3. 山地</td> <td>9,800</td> <td>P23008</td> </tr> <tr> <td>4. 一級離島</td> <td>12,000</td> <td>P23009</td> </tr> <tr> <td>5. 二級離島</td> <td>13,100</td> <td>P23010</td> </tr> <tr> <td>6. 三級離島</td> <td>14,200</td> <td>P23011</td> </tr> </tbody> </table>	地區	支付點數	申報代碼	0. 中醫資源不足	2,300	P23064	1. 一級偏遠	3,300	P23007	2. 二級偏遠	5,300	P23063	3. 山地	9,800	P23008	4. 一級離島	12,000	P23009	5. 二級離島	13,100	P23010	6. 三級離島	14,200	P23011
地區	支付點數	申報代碼																									
0. 中醫資源不足	2,300	P23064																									
1. 一級偏遠	3,300	P23007																									
2. 二級偏遠	5,300	P23063																									
3. 山地	9,800	P23008																									
4. 一級離島	12,000	P23009																									
5. 二級離島	13,100	P23010																									
6. 三級離島	14,200	P23011																									

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>(1)執行期間，如巡迴醫療服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域(附件1-1、1-2)者，經中醫總額研商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報 P23064，支付2,300點。</p> <p>(2)本方案施行區域附件1-2：</p> <p>A. 如臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至附件1-2之離島地區(如屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉)，辦理巡迴醫療服</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>務計畫者，得申報 P23065，支付 11,000 點。</p> <p>B. 如中醫保險醫事服務機構至附件 1-2 之山地及離島地區（如桃園市復興區、屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉），辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23063，支付 5,300 點。</p> <p>(3) 如中醫保險醫事服務機構至本方案施行區域（附件 1-1、1-2）因天災、政策或歷史等因素遷移他處者（如吾拉魯滋部</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>落、長治大愛百合園區、新來義部落、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地)，執行巡迴醫療服務，得申報P23063，支付5,300點。若年度執行期間，符合前述條件者，由執行巡迴醫療服務院所主動函報所轄保險人分區業務組及中醫全聯會同意後，自次月1日起，始得申報本項支付點數。</p> <p>3. 本計畫之門診診察費加成支付：保險人於結算時，門診診察費按本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數加計1成支付；院所申報該項費用時，無須申報加計之成數。</p> <p>4. 本計畫醫療服務支付</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>標準申報規定：</p> <p>(1)本計畫申報之門診診察費不納入門診合理量計算。</p> <p>(2)針灸、傷科及針灸合併傷科治療每次診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。</p> <p>(3)本計畫之針灸、傷科及針灸合併傷科治療不併入該院所之合計申報量計算，且不受醫療服務支付標準第四部中醫通則五至通則六針灸、傷科及針灸合併傷科治療申報量打折支付之規定。</p> <p>(4)若因特殊情形，經保險人分區業務組核定同意，同一醫師同一日得至不同地點提供2診次巡迴醫療，其費用申報依本</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>計畫執行之看診診次計算。</p> <p>(5)本計畫未明定者，則按醫療服務支付標準第四部中醫規範辦理。</p> <p>5. 依本計畫所申請之專款專用支付項目費用不列入本年度「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。</p> <p>6. 執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件8)，並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p> <p>7. 本計畫巡迴醫療服務不得申報中醫門診總額其他中醫專案(含醫療服務支付標準第四</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>部中醫第八章特定疾病門診加強照護)及其他預算案件。</p> <p>(三)本方案點值結算方式：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。</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>十一、醫療服務申報、審查與管理原則：</p> <p>(一)執行本方案之保險醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。</p> <p>(二)本方案須配合健保卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，須填具健保卡例外就醫名冊(如附件9)。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付；另巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>料，若巡迴醫療服務之巡迴點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴服務。</p> <p>(三)醫療費用申報與審查：</p> <p>1. 門診醫療費用點數申報格式與填報作業</p> <p>(1)總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。</p> <p>(2)點數清單段</p> <p>A. 案件分類：請填報「25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。</p> <p>B. 特定治療項目代號</p> <p>(一)</p> <p>a. 獎勵開業服務計畫請填報「C7(醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫) 含代辦案件」，申報中醫門診總額其他中醫</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>專案或其他預算案件，則於特定治療項目代號(二)至(四)任一欄位填報C7。</p> <p>b. 巡迴醫療服務計畫請填報「C6(醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫)」，若同時提供到宅醫療，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「JZ(醫療資源不足地區巡迴到宅服務)」。</p> <p>C. 部分負擔代號及部分負擔點數</p> <p>a. 山地離島地區：請填報免收部分負擔規定山地離島地區之就醫代碼「007」，部分負擔點數請填0。</p> <p>b. 非山地離島地</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>區：依現行全民健康保險法第四十三、四十八條規定辦理，若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，部分負擔得予減免20%。</p> <p>2. 巡迴醫療服務計畫：</p> <p>(1) 保險醫事服務機構依本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數申報門診診察費，申報時不須加計成數。</p> <p>(2) 本計畫採「論次加論量」支付方式：</p> <p>A. 應依據論次費用申請表格式(附件10)於次月20日前將資</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)及郵寄紙本至保險人分區業務組。</p> <p>B. 並應就保險對象逐案併每月其他醫療費用向保險人申報，每位中醫師每月巡迴看診診次平均門診量限定70人次，超過70人次之部分，其門診診察費及針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，自申請金額最少之案件計算起，不予支付，如巡迴醫療服務點屬山地、離島或由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查核定之特殊情形者，該巡迴醫療服務點每位中醫師每診次平均門</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>診量不受70人次限制。</p> <p>C. 執行本計畫時，平均門診量前70人次之門診診察費，適用醫療服務支付標準第四部中醫部門之第一階段門診診察費(支付標準編號:A01、A11、A02、A12)。</p> <p>D. 該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為0人者)，應於申報論次支付點數時檢附彩色照片三張(可彩色列印，不限相片紙)，須有服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點、時間之照片為佳。繳交照片如有不符合規定或無法辨識者，則核減該診次論次支付點</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>數。</p> <p>(3)管理原則：執行巡迴醫療服務者，若連續5個月每月每診平均就醫人次少於10人(不含10人)，由中醫全聯會函請執行者，於次月更換巡迴醫療服務點；若經更換巡迴醫療服務點後，再連續3個月，每月每診平均就醫人次少於10人(不含10人)，由中醫全聯會評估後，轉請保險人分區業務組通知該院所終止執行本計畫。但執行巡迴醫療服務點為離島地區或山地地區者，不在此限。</p>	
		<p><b>十二、執行報告：</b></p> <p>執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告予中醫全聯</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>會；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益；巡迴醫療服務計畫執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。</p>	
		<p><b>十三、考核事項：</b></p> <p>(一)考核程序：參與本方案之保險醫事服務機構，1年至少考核1次。</p> <p>1. 參與本方案之保險醫事服務機構，於本方案結束或年度結束前，應填報考核要點(附件11-1、11-2)予中醫全聯會，中醫全聯會於年度結束日起15個工作日內，將彙整考核要點送所轄保險人分區業務組。考核成績將作為下年度審核之參考。</p> <p>2. 另保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>(二)考核方式與項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 實地考核或電話抽查評核(由保險人分區業務組依實際情況，自行評估選用評核方式)。</li> <li>2. 院所考核表評核(附件11-1)。</li> <li>3. 民眾滿意度調查表評核(附件11-2)。</li> <li>4. 綜合討論及評分。</li> </ol> <p>(三)考核結果：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 評分結果為96分(含)以上者，列入優等。</li> <li>2. 評分結果為80~95分者，列入良等。</li> <li>3. 評分結果為71~79分者，列入觀察等級，由保險人分區業務組予以觀察一季要求改善，次年度未達80分者，則不予執行本方案。</li> <li>4. 評分結果為70分(含)以下者，列入輔導等級，由保險人分區業務</li> </ol>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>組予以輔導一季要求改善，經複核未改善者，終止執行本方案。</p>	
		<p><b>十四、注意事項：</b></p> <p>(一)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、日報表資料不齊全(含書面資料及電子檔案)、未依本方案規定事項辦理者，經保險人分區業務組及中醫全聯會重新評估後，由保險人分區業務組同意更換、裁撤或終止本方案之辦理。</p> <p>(二)於方案執行期間，若巡迴醫療服務計畫施行地區有新設立之中醫保險醫事服務機構，原提供巡迴醫療服務計畫之中醫保險醫事服務機構可持續執行原核定內容至當年度年</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>底。</p> <p><b>十五、違規處理</b></p> <p>(一)辦理本方案之保險醫事服務機構或醫事人員，如因涉及違反特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，自保險人第一次核定違規函所載核定之停約或終約日起即停止執行本方案，另獎勵開業服務計畫費用支付方式自當年度執行本計畫起至本計畫終止日，以保障額度總額九折支付。</p> <p>(二)因違反前項規定而停</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
		<p>止執行本方案者，得於收到該函正本日起30日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組提起申復。</p>	
		<p>十六、本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，於實施半年後進行期中檢討，並於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況、本地就醫率等資料。</p>	
		<p>十七、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人</p>	

114年度建議條文	中全會建議	113年度原條文	健保署說明
<p>(附件7)</p> <p>醫療服務之標示製作作業之預算來源由「113年總額其他預算項目『提升保險服務成效』項下支應」修改為「114年中央健康保險署單位預算『健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫』項下支應」。</p>		<p>逕行修正公告。</p>	<p><b>【健保署說明】</b></p> <p>114年本方案之醫療服務標示製作預算已移由公務預算支應。</p>
<p>(附件8)</p> <p>院所每月申報費用提供之巡迴日報表新增「到宅服務註記欄位」</p>			<p><b>【健保署說明】</b></p> <p>鑒於113年中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-巡迴計畫已新增到宅服務，建議新增到宅服務註記欄位，以利後續資料比對勾稽。</p>

## 113~~114~~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	嘉義縣	溪口鄉	1	花蓮縣	富里鄉	1
	石門區	1		東石鄉	1		秀林鄉	3
	平溪區	1		番路鄉	1		萬榮鄉	3
	雙溪區	1		阿里山鄉	3		卓溪鄉	3
	烏來區	3	高雄市	田寮區	1	臺東縣	大武鄉	2
宜蘭縣	大同鄉	3		內門區	1		東河鄉	1
	南澳鄉	3		茂林區	3		長濱鄉	2
新竹縣	橫山鄉	1		桃源區	3		綠島鄉	5
	寶山鄉	1		那瑪夏區	3		延平鄉	3
	北埔鄉	1	屏東縣	萬巒鄉	1	海端鄉	3	
	峨眉鄉	1		竹田鄉	1	達仁鄉	3	
	尖石鄉	3		新埤鄉	1	金峰鄉	3	
	五峰鄉	3		車城鄉	1	蘭嶼鄉	6	
苗栗縣	卓蘭鎮	1		滿州鄉	2	金門縣	烈嶼鄉	6
	南庄鄉	1		枋山鄉	1		烏坵鄉	6
	頭屋鄉	1	三地門鄉	3	連江縣	南竿鄉	4	
	獅潭鄉	1	霧臺鄉	3		北竿鄉	4	
	泰安鄉	3	瑪家鄉	3		莒光鄉	6	
臺中市	大安區	1	泰武鄉	3		東引鄉	6	
南投縣	和平區	3	來義鄉	3				
	鹿谷鄉	2	春日鄉	3				
		信義鄉	3	獅子鄉				3
仁愛鄉	3	牡丹鄉	3					
臺南市	後壁區	1	澎湖縣	白沙鄉				5
	東山區	1		吉貝村				6
	大內區	1		西嶼鄉				5
	北門區	1		望安鄉				6
	左鎮區	1		七美鄉				6
	龍崎區	1	花蓮縣	光復鄉				1
雲林縣	口湖鄉	1	豐濱鄉	2				

註1：本一覽表統計截止日期：113年8月1日，共78個鄉鎮(區)〔澎湖縣白沙鄉吉貝村屬澎湖縣白沙鄉，故不另計入鄉鎮(區)數〕。

註2：1表一級偏遠；2表二級偏遠；3表山地鄉；4表一級離島；5表二級離島；6表三級離島。

註3：澎湖縣白沙鄉吉貝村，考量地理及交通因素，另列分級級數為6。

113~~114~~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	澎湖縣	湖西鄉	
	壯圍鄉		楠西區		林邊鄉		花蓮縣	鳳林鎮
	冬山鄉		南化區		南州鄉			瑞穗鄉
	三星鄉		土庫鎮		琉球鄉		臺東縣	成功鎮
桃園市	古坑鄉		湖西鄉	卑南鄉				
新竹縣	二崙鄉		鳳林鎮	太麻里鄉				
苗栗縣	西湖鄉		東勢鄉	瑞穗鄉	鹿野鄉			
	造橋鄉		褒忠鄉	成功鎮	金門縣	金沙鎮		
	三灣鄉	臺西鄉	卑南鄉	金寧鄉				
臺中市	石岡區	元長鄉	鹿野鄉	嘉義縣				
	外埔區	四湖鄉	鹿草鄉					
彰化縣	線西鄉	布袋鎮	中埔鄉			高雄市		
	埔鹽鄉	六腳鄉	梅山鄉					
	二水鄉	義竹鄉	大埔鄉					湖內區
	田尾鄉	鹿草鄉	湖內區					永安區
	芳苑鄉	中埔鄉	彌陀區					六龜區
	大城鄉	梅山鄉	六龜區					甲仙區
	竹塘鄉	大埔鄉	甲仙區					杉林區
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8月1日，共79個鄉鎮(區)。

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

113114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  
獎勵開業服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	醫事服務 機構名稱		醫事服務 機構代碼		電話	
	醫師姓名		身分證 統一編號		中醫師證 書字號	台中字 第 號
	醫師 學經歷					
	聯絡地址					
開業 地區 及 時 間	開業 地區	區分會 鄉鎮區		縣市 村		
	地區別	<input type="checkbox"/> 偏遠		<input type="checkbox"/> 山地		<input type="checkbox"/> 離島
	電話					
	地址					
評 估 情 形	中醫全聯 會評估意 見	<input type="checkbox"/> 同意， <input type="checkbox"/> 不同意		原因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				

113~~113~~114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

## 巡迴醫療服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	醫事服務 機構名稱		醫事服務 機構代碼		電話	
	醫師姓名		身分證 統一編號		中醫師證 書字號	台中字 第 號
	醫師 學經歷					
	醫事服務 機構地址					
服 務 地 區 及 時 間	服 務 地 區	區分會 鄉鎮區	縣 市 村	服 務 時 間	每 週	次 每 星 期
	地 點		地 址			
	時 段			電 話		
	承 作 方 式	一律為論次加論量				
評 估 情 形	中 醫 全 聯 會 評 估 意 見	<input type="checkbox"/> 同意， <input type="checkbox"/> 不同意		原 因		
		中 醫 全 聯 會 主 任 委 員 簽 章 ：				

註：本表以申請醫師數為單位，醫師數為2人者，則須填寫2份，若醫師人數眾多，可另行檢附名冊。

**113114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  
巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊**

巡迴醫療地點：				縣(市)	鄉(鎮、區)	村(里)				
巡迴醫療期間：				民國	年	月	日到民國	年	月	日
時間：				每星期	上午(下午)	時	分至	時	分共	小時
駐點地址				駐點電話						
醫事服務 機構名稱				醫事服務 機構代號						
醫事服務 機構地址				醫事服務 機構電話						
醫事人力(參與巡迴醫療計畫醫事人力)										
醫師	藥事人員		護理人員		行政人員					
位	位		位		位					
醫師姓名			醫師姓名							
身分證統一編號			身分證統一編號							
證書字號			證書字號							
藥事人員姓名			護理人員姓名							
身分證統一編號			身分證統一編號							
證書字號			證書字號							

註：參與本方案中醫師及相關醫事人員，應依各該醫事人員法相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援。

院所印章：

負責醫師簽章：

**113~~114~~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  
獎勵開業服務計畫門診時段異動表**

(一)原門診時段： 年 月

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

合計 天 小時/週

(二)新門診時段 年 月起

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

合計 天 小時/週

執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



門診時段異動表辦法：

- 1.依本年度「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之第九項開診規範辦理。
- 2.每月門診時段異動表應於前月二十五日之前送至中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查。

**113~~113~~114**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  
獎勵開業服務計畫休診單

本人： (姓名)因 (事由)

將於 年 月 日 時起至 年 月 日 時止休診

合計 月 天 小時

門診補班，於  月 日 時起至 月 日 時

合計 天 小時

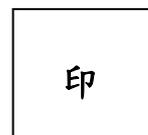
執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



**休診及補班規範：**

- 1.依本年度「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之第九項開診規範辦理。
- 2.本休診單應於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。
- 3.門診補班可於休診日前、後辦理，但限於當月完成。且補班天數及時數應和請假天數及時數相同。
- 4.跨月休診，應於當月個別補班；如遇臨時或突發事由於月底後三日，得於下個月前三日補班完成。

# 113-114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巡迴醫療服務之標示製作作業說明

## 一、預算來源

113年總額其他預算項目「~~提升保險服務成效~~」項下支應。114年中央健康保險署單位預算「健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫」項下支應。

## 二、標示應包含下列內容

- 1.全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務
- 2.全民健保標誌
- 3.巡迴地點及時間
- 4.主辦單位衛生福利部中央健康保險署
- 5.承作醫療院所名稱

## 三、標示製作內容及規格

- (一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務	巡迴地點及時間	主辦單位：衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	高度:7公分 寬度:7.05公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20公分 寬度:20.3公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17公分 寬度:17.2公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度:30公分 寬度:30.4公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt

- (二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

- 1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
- 2.中醫：底色為深紅色，字體為白色

3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

#### 四、支付原則及核銷方式

- 1.同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為5,000元。
- 2.核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明08628407)。
- 3.標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起1個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年12月始承作計畫者，申請核銷期限為當年12月10日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

**113**114年全民健康保險巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期：      年      月      日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報立牌直立旗布條

核銷金額：              元

-----原始支出憑證黏貼處-----



全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

就醫日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證字號	連絡電話	無卡原因
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：	<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 因災害導致健保卡遺失或毀損

註：1.本表由醫療院所自存備查，不須再寄送至保險人分區業務組。

106.10.5版

2.本表請院所自行印製使用。

3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：已加保未領到卡、遺失、毀損換發期間或因災害導致健保卡遺失或毀損請填 C001。

113114年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫  
論次費用申請表

第 \_\_\_\_\_ 頁 共 \_\_\_\_\_ 頁 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 頁

受理日期		受理編號											
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號											
編號	醫事人員姓名	醫事人員身分證號	支付別	日期	鄉(鎮)名	村(里)名	地點	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	申請金額	核減額	核定額
1													
2													
3													
4													
5													
6													
本頁小計													
項目支付別	申請次數	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	每次申請金額	申請金額總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額			
總表	P23064案件												
	P23007案件												
	P23063案件												
	P23008案件												
	P23009案件												
	P23010案件												
	P23011案件												
	P23065案件												
	總計												
負責醫師姓名:	一、本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得支付。												
醫事服務機構地址:	二、編號：每月填送均自1號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。												
電話:	三、支付別：中醫：中醫門診巡迴醫療服務計畫：論次費用「次」計填寫。												
印信:	P23064中醫資源不足地區中醫師巡迴醫療費用(次)。												
	P23007一級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用(次)。												
	P23063二級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用(次)。												
	P23008山地地區中醫師巡迴醫療費用(次)。												
	P23009一級離島中醫師巡迴醫療費用(次)。												
	P23010二級離島中醫師巡迴醫療費用(次)。												
	P23011三級離島中醫師巡迴醫療費用(次)。												

註：(1)執行期間，如巡迴醫療服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域(附件1-1、1-2)者，經中醫總額研商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報 P23064，支付2,300點。

(2)本方案施行區域附件1-2：

A.如臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至附件1-2之離島地區(如屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉)，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付11,000點。

B.如中醫保險醫事服務機構至附件1-2之山地及離島地區(如桃園市復興區、屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉)，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23063，支付5,300點。

(3)如中醫保險醫事服務機構至本方案施行區域(附件1-1、1-2)因天災、政策或歷史等因素遷移他處者(如吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地)，執行巡迴醫療服務，得申報 P23063，支付5,300點。若年度執行期間，符合前述條件者，由執行巡迴醫療服務院所主動函報所轄保險人分區業務組及中醫全聯會同意後，自次月1日起，始得申報本項支付點數。

四、填寫時請依同一醫事人員姓名、同一「支付別」集中申報。

五、本申請表應於次月20日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明中醫門診巡迴醫療服務計畫(論次費用)。

113114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院所考核表 開業巡迴

填報日期： 年 月 日

一、考核院所名稱： 院所代號：

二、巡迴地點：

※每1開業或巡迴點(村或里)填報院所考核表1份，及檢附4張照片(可彩色列印)。

※每1開業或巡迴點(村或里)檢附至少10份民眾滿意度調查表(特殊情形由各分區業務組自行決定份數)(請將上述2項※同一巡迴點裝訂成一份)。

三、考核項目：

## (一)診療服務評核(共20分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？

是(5分) 否(0分)

2、是否有中低收入戶減免掛號費或免收掛號費？

是(5分) 否(0分)

3、開業診所招牌或巡迴告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚(附1張照片)？

明顯(5分) 不明顯(3分) 無(0分)

4、開業診所或巡迴地點是否有全民健保之標誌或海報？

是(5分) 否(0分)

## (二)實際開業或巡迴服務內容評核(48分)。

1、推展開業或巡迴醫療活動，開業招牌或巡迴紅布條(海報)、宣傳衛教單張。(內容：診療科目、時段、地點，附1張清晰照片)(10分)

2、詳細解釋用藥與促進健康衛教(附1張照片，請儘量顯示出醫師及病患之間互動畫面)。(10分)

3、空間及環境清潔衛生(附1張照片)。

非常乾淨(6分) 尚可(3分) 待改進(0分)

4、診療設備(附1張照片)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、病歷.....等。

6種以上(6分) 5種(5分) 4種(4分) 3種以下(3分)

5、平均每診看診人次

15人次以上(6分) 不足15人次(3分)

6、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料。

是(10分) 否(0分)

(三)民眾意見評核：醫院、診所請先自評並繳回問卷，至少10份民眾滿意度調查表，共32分/份。《民眾滿意度調查表(詳附件11-2)之結果平均後計分 分》。

四、依考核項目提供並註明符合主題且可辨別為本年度之照片(照片請加上日期)

- (一)開業診所招牌或巡迴告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚。
- (二)推展開業或巡迴醫療活動，開業招牌或巡迴紅布條(海報)、宣傳衛教單張。
- (三)解釋用藥與促進健康衛教。
- (四)空間及環境清潔衛生。
- (五)診療設備。
- (六)行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(若有提供到宅醫療)。

## 113114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 民眾滿意度調查表

親愛的女士/先生：

您好！健保署為增進就醫可近性及改善醫療資源不足地區中醫醫療服務，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝 健康快樂

### 1、請問您對此中醫醫療服務滿意度如何？

- (1)候診時間 非常滿意(3分) 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意(0分)
- (2)醫療效果 非常滿意(3分) 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意(0分)
- (3)醫療設備 非常滿意(3分) 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意(0分)
- (4)醫師服務態度非常滿意(3分) 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意(0分)
- (5)語言溝通能力非常滿意(3分) 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意(0分)
- (6)門診時段 非常滿意(3分) 滿意(2分) 尚可(1分) 不滿意(0分)

### 2、請問您對此中醫服務據點就醫滿意度如何？

(1)您今天花多久時間到達此中醫服務據點？(僅指去程)

- 10分鐘以內(3分) 11~30分鐘(2分) 30分鐘~1小時(1分)

(2)您到此中醫服務據點看病是否方便？

- 非常方便(3分) 方便(2分) 普通(1分) 不方便(0分)

(3)是否有收取不當之收費？ 是(0分) 否(3分)

(4)您接受此中醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多5個)

- 設備好(1分) 醫師技術好(1分) 環境  
衛生(1分)
- 候診時間短(1分) 服務態度親切有禮(1分) 方便(1分)
- 重視病人意見(1分) 提供充足醫療常識(1分) 藥有效(1分)

謝謝您！撥空填寫本問卷調查表

鄉(區)

村(里)

中醫診所

年 月

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「照護機構中醫醫療照護方案」條文修訂案，提請討論。

說明：

一、依中華民國中醫師公會全國聯合會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 55 次會議決議辦理。

二、條文 114 年度修正如下：

項次	修正條文	原條文
五、	施行期間： <u>1134</u> 年 1 月 1 日至 <u>1134</u> 年 12 月 31 日。	施行期間：113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。
六	執行目標 (一)本年度以至少 <u>9100</u> 家照護機構為目標。 (二)以達成 <u>230,000</u> 服務人次，服務總天數 3,500 天為目標。	執行目標 (一)本年度以至少 90 家照護機構為目標。 (二)以達成 20,000 服務人次，服務總天數 3,500 天為目標。
八	申請與審查程序及須檢附之文件 (二)須檢附之文件 1.保險醫事服務機構申請時須檢附本方案申請表(附件 1)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書(附件 2)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表(附件 3)、醫事人員名冊(附件 4)及計畫書。 <u>2.已承做特約院所在同機構執行之醫事人員、時段無異動時，隔年申請持續執行，院所僅需檢附「衛生主管機關核定公文影本或醫事人員報備支援申請書」及執行醫事人員名冊。</u>	申請與審查程序及須檢附之文件 (二)須檢附之文件 1.保險醫事服務機構申請時須檢附本方案申請表(附件 1)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書(附件 2)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表(附件 3)、醫事人員名冊(附件 4)及計畫書。
九	醫療服務提供方式 (三)若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於 7 個工作	醫療服務提供方式 (三)若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於 7 個工作

	<p>天前以書面函檢附門診異動表(附件 5)或休診單(附件 6)向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知 <u>中醫全聯會及該照護機構</u>；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並得事後核准；行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。</p>	<p>天前以書面函檢附門診異動表(附件 5)或休診單(附件 6)向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並得事後核准；行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。</p>
<p>十(二)</p>	<p>給付項目及支付標準：<del>下列費用皆由本方案預算支應。</del></p> <p>(二)論量支付：</p> <p>1. <u>本計畫論量計酬費用，由中醫門診總額一般服務預算支應診察費、藥費、藥品調劑費、針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費</u>，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)第四部中醫所列之項目申報。<u>每點支付金額以 1 元計算，於一般服務預算分區預算分配前先行結算。</u></p> <p>2. 每診次以 15 人次為上限；16 人次以上部分，則不予支付。惟照護機構核定床數 50 床以上者，每診次以 25 人次為上限；26 人次以上部分，則不予支付。</p> <p>3. <u>本計畫之門診診察費加成支付：保險人於結算時，門診診察費按本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數加計 1 成支付；院所申</u></p>	<p>給付項目及支付標準：下列費用皆由本方案預算支應。</p> <p>(二)論量支付：</p> <p>1. 診察費、藥費、藥品調劑費、針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)第四部中醫所列之項目申報。</p> <p>2. 每診次以 15 人次為上限；16 人次以上部分，則不予支付。惟照護機構核定床數 50 床以上者，每診次以 25 人次為上限；26 人次以上部分，則不予支付。</p>

	<u>報該項費用時，無須申報加計之成數。</u>	
十(四)	<p>本方案論次支付預算按季均分，<del>一點值</del>結算方式如下：</p> <p>1. <del>「論次費用」每點支付金額以1元支付。</del></p> <p>2. 各季預算扣除<del>「論次費用」後，其餘項目</del>採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。若有結餘，則流用至下季。</p> <p>23. 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。</p>	<p>本方案預算按季均分，點值結算方式如下：</p> <p>1. 「論次費用」每點支付金額以1元支付。</p> <p>2. 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。若有結餘，則流用至下季。</p> <p>3. 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。</p>

**本署意見說明及建議如下：**

一、衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第8次委員會議決議：

(一) 114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，經付費者代表及醫事服務提供者代表完成協商，中醫門診總額達成共識。

(二) 114年本方案論量費用移至一般服務，專款支應論次費用。

二、有關中華民國中醫師公會全國聯合(下稱中全會)所提建議，其中新增門診診察費加成支付(未敘明預算支應來源)一節，本署說明如下，餘各項納參。

(一) 114年本方案預算編列時，中醫全聯會未有本項加成支付建議，亦無編列預算支應。

(二) 現行醫療院所至照護機構提供住民西醫巡診服務，未給付論次費用及門診診察費加成。另全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(下稱中醫醫不足方案)係為鼓勵中醫師至偏鄉提供巡迴服務，爰加計門診診察費，且該費用

由專款支應。

(三)依上述委員會議決議，114 年本方案專款編列預算 8 百萬元，用於支應論次費用。以 113 年 1-8 月執行情形，推估 114 年門診診察費加計 1 成所需經費約 2.3 百萬元-4.7 百萬元，占專款預算 29%-59%，新增本項費用將影響本方案專款點值甚鉅，爰建議 114 年本方案不新增門診診察費加成，並請中醫全聯會於 115 年度妥為評估規劃並爭取預算支應。

三、綜上，本署建議計畫修正摘要如下：(詳修正對照表，頁次討 2-5~討 2-35)

(一)第 4 點施行機構：參考支付標準第五部第一章居家照護修正本方案實施機構範圍。

(二)第 6 點執行目標：參照中醫全聯會意見修正。

(三)第 8 點申請與審查程序及須檢附之文件：配合本方案執行現況，申請延續執行者，核定執行起日為當年 1 月 1 日，俾利住民服務之連續性；簡化院所續申請本方案應備文件。

(四)第 9 點醫療服務提供方式：修正本方案服務異動之報請備查規定。

(五)第 10 點給付項目及支付標準：

1. 第 2 項第 2 款，參照中醫醫不足方案運作機制，明定逾每診次服務量限制不予支付之原則。

2. 配合 114 年專款支應「論次費用」，修正結算方式。

**決議：**

## 114年度全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案修正對照表（草案）

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>一、依據</p> <p>全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	<p>無修正意見。</p>	<p>一、依據</p> <p>全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	<p>本點未修正。</p>
<p>二、目的</p> <p>鼓勵中醫師至照護機構執行中醫醫療服務，提升因失能或就醫不便住民之醫療照護可近性，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，減少住民外出就診中醫人次。</p>	<p>無修正意見。</p>	<p>二、目的</p> <p>鼓勵中醫師至照護機構執行中醫醫療服務，提升因失能或就醫不便住民之醫療照護可近性，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，減少住民外出就診中醫人次。</p>	<p>本點未修正。</p>
<p>三、預算來源</p> <p>全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額</p>	<p>無修正意見。</p>	<p>三、預算來源</p> <p>全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額</p>	<p>本點未修正。</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
中之「照護機構中醫醫療 照護方案」專款項目下支 應。		中之「照護機構中醫醫療 照護方案」專款項目下支 應。	
<p><b>四、施行機構</b></p> <p>(一) <u>依「護理機構分類 設置標準」、「老人 福利機構設立標 準」、「長期照顧服 務機構設立標 準」、「身心障礙福 利機構設施及人員 配置標準」及「國 軍退除役官兵輔導 委員會各榮譽國民 之家組織準則」等 法規命令設置立案 之老人安養、養護 機構、護理之家、 住宿式長照機構、</u></p>	無修正意見。	<p><b>四、施行機構</b></p> <p>(一)政府立案之老人安 養、養護機構或身心 障礙福利機構、護理 之家。</p> <p>(二)各縣市至少以服務 一家照護機構為原 則，並以護理之家為 優先。</p> <p>(三)每家照護機構僅能 接受一家中醫門診 特約醫事服務機構 提供服務。</p>	本點第1項參考支付標準第五 部第一章居家照護修正本方 案實施機構。

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<u>身心障礙福利機構 之住宿機構或榮譽 國民之家。</u>			
(二)各縣市至少以服務 一家照護機構為原 則，並以護理之家為 優先。	無修正意見。	(二)各縣市至少以服務 一家照護機構為原 則，並以護理之家為 優先。	本項未修正。
(三)每家照護機構僅能 接受一家中醫門診 特約醫事服務機構 提供服務。	無修正意見。	(三)每家照護機構僅能 接受一家中醫門診 特約醫事服務機構 提供服務。	本項未修正。
<b>五、施行期間</b> 114年1月1日至114年12 月31日。	<b>五、施行期間</b> 114年1月1日至114年12月 31日。	<b>五、施行期間</b> 113年1月1日至113年12 月31日。	修正施行期間。
<b>六、執行目標</b> (一)本年度以至少 <u>100</u> 家照護機構為目標。 (二)以達成 <u>30,000</u> 服務 人次，服務總天數	<b>六、執行目標</b> (一)本年度以至少 <u>100</u> 家 照護機構為目標。 (二)以達成 <u>30,000</u> 服務人 次，服務總天數3,500	<b>六、執行目標</b> (一)本年度以至少 <u>90</u> 家 照護機構為目標。 (二)以達成 <u>20,000</u> 服務 人次，服務總天數	參照中醫全聯會意見修正至少 100家照護機構、達成30,000服 務人次。 註： 1.112年本方案服務111家照護機

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
3,500天為目標。	天為目標。	3,500天為目標。	構，服務43,929人次，3,850天。 2.113年1-8月本方案服務152家照護機構，服務53,636人次，3,862天。
<p><b>七、申請資格</b></p> <p>(一)保險醫事服務機構：須最近二年內未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違</p>	無修正意見。	<p><b>七、申請資格</b></p> <p>(一)保險醫事服務機構：須最近二年內未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違</p>	本點未修正。

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</p> <p>(二)中醫師資格：須執業登記於該保險醫事服務機構之專任醫師。</p> <p>(三)照護機構須備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀</p>		<p>規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</p> <p>(二)中醫師資格：須執業登記於該保險醫事服務機構之專任醫師。</p> <p>(三)照護機構須備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀</p>	

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>錄。</p> <p>(四)保險醫事服務機構於照護機構須建置全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將住民健保卡攜回院所。</p>		<p>錄。</p> <p>(四)保險醫事服務機構於照護機構須建置全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將住民健保卡攜回院所。</p>	
<p><b>八、申請與審查程序及須檢附之文件</b></p> <p>(一)申請與審查程序</p> <p>1. 符合申請資格者，自本方案公告日起15個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至</p>	<p>無修正意見。</p>	<p><b>八、申請與審查程序及須檢附之文件</b></p> <p>(一)申請與審查程序</p> <p>1. 符合申請資格者，自本方案公告日起15個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中華民</p>	<p>本點第1項第1款至第4款未修正。</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)。</p> <p>2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。</p> <p>3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。</p> <p>4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結</p>		<p>國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)。</p> <p>2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。</p> <p>3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。</p> <p>4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結果函送所轄保險人</p>	

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>果函送所轄保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會及其中醫門診醫療服務審查執行會各區分會(以下稱中執會)。</p>		<p>分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會及其中醫門診醫療服務審查執行會各區分會(以下稱中執會)。</p>	
<p>5. 保險人核定發文日為執行起日；<u>申請延續執行者，以當年1月1日為執行起日。</u></p>	<p>無修正意見。</p>	<p>5. 保險人核定發文日為執行起日。</p>	<p>本點第1項第5款增列，申請延續執行者之執行起日為當年1月1日，以維住民服務之連續性。</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>(二)須檢附之文件</p> <p>1. 保險醫事服務機構申請時須檢附本方案申請表(附件1)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書(附件2)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表(附件3)、醫事人員名冊(附件4)及計畫書；<u>申請延續執行者，檢附本方案申請表(附件1)、醫事人員</u></p>	<p>(二)須檢附之文件</p> <p><u>1-1. 已承做特約院所在同機構執行之醫事人員、時段無異動時，隔年申請持續執行，院所僅需檢附「衛生主管機關核定公文影本或醫事人員報備支援申請書」及執行醫事人員名冊。</u></p>	<p>(二)須檢附之文件</p> <p>1. 保險醫事服務機構申請時須檢附本方案申請表(附件1)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書(附件2)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表(附件3)、醫事人員名冊(附件4)及計畫書。</p>	<p>參酌中醫全聯會意見，修正第1款，簡化申請延續支援院所應備文件。</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p><u>名冊(附件4)及 經當地衛生主管 機關核准報備支 援之中醫師、相 關醫事人員同意 函。</u></p>			
<p>2. 前開計畫書內容 應包含： (1)書寫格式：以 word 形式建 檔，A4版面， 由左而右，由 上而下，標楷 書14號定型， 橫式書寫。 (2)封面：包括方 案名稱、執行 單位、執行期 間。</p>	<p>無修正意見。</p>	<p>2. 前開計畫書內容應 包含： (1)書寫格式：以 word 形式建檔，A4版 面，由左而右，由 上而下，標楷書14 號定型，橫式書 寫。 (2)封面：包括方案名 稱、執行單位、執 行期間。 (3)前言：請敘述執行 方案動機，包括照</p>	<p>本項未修正。</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>(3)前言：請敘述執行方案動機，包括照護機構地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。</p> <p>(4)目的：分點具體列述執行方案所要達成之目標。</p> <p>(5)執行方案：</p> <p>A. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年</p>		<p>護機構地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。</p> <p>(4)目的：分點具體列述執行方案所要達成之目標。</p> <p>(5)執行方案：</p> <p>A. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。</p> <p>B. 每週診療時間。</p> <p>C. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。</p>	

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>資)。</p> <p>B. 每週診療時間。</p> <p>C. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。</p> <p>D. 照護機構地址及住民數。</p> <p>(6)經當地衛生主管機關核准報備支援之中醫師、相關醫事人員同意函。</p> <p>(7)評估預期效益：請詳述執行方案實施後預期達成之效益指標。</p>		<p>D. 照護機構地址及住民數。</p> <p>(6)經當地衛生主管機關核准報備支援之中醫師、相關醫事人員同意函。</p> <p>(7)評估預期效益：請詳述執行方案實施後預期達成之效益指標。</p>	
九、醫療服務提供方式	無修正意見。	九、醫療服務提供方式	本點第1項及第2項未修正。

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>(一)保險醫事服務機構指派中醫師及必要之醫事人員，至照護機構提供中醫醫療服務，每週以一個時段為限，每時段至少須三小時。</p> <p>(二)前開同一時段提供診療服務之中醫師，以一名為限。</p>		<p>(一)保險醫事服務機構指派中醫師及必要之醫事人員，至照護機構提供中醫醫療服務，每週以一個時段為限，每時段至少須三小時。</p> <p>(二)前開同一時段提供診療服務之中醫師，以一名為限。</p>	
<p>(三)若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前以書面函檢附門診異動表(附件5)或休診單(附件6)，送保險人分區業務組備查並副知中醫全聯會及</p>	<p>(三)若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前以書面函檢附門診異動表(附件5)或休診單(附件6)向保險人分區業務組備查並副知中醫全聯會及該</p>	<p>(三)若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前以書面函檢附門診異動表(附件5)或休診單(附件6)向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該</p>	<p>本項參照中醫全聯會意見，增列副知中醫全聯會，並酌修文字。</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>該照護機構；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並得事後核准；行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。</p>	<p>照護機構；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並得事後核准；行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。</p>	<p>照護機構；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並得事後核准；行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。</p>	
<p>(四)前項若執行院所或照護機構因時間或場地無法配合，得經雙方協調同意，報請保險人分區業務組備查且不須補診。另</p>	<p>無修正意見。</p>	<p>(四)前項若執行院所或照護機構因時間或場地無法配合，得經雙方協調同意，報請保險人分區業務組備查且不須補診。另</p>	<p>本項未修正。</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>為保障照護機構住民權益，如有常態性休診未補診情形，得作為次年度中醫全聯會及所轄保險人分區業務組審查及核定參考。</p>		<p>為保障照護機構住民權益，如有常態性休診未補診情形，得作為次年度中醫全聯會及所轄保險人分區業務組審查及核定參考。</p>	
<p><b>十、給付項目及支付標準：</b> (一)論次支付(支付標準編號 P6901C)：每時段(診次)支付1,000點，每時段(診次)至少以三小時為計支單位，未達三小時不予支付。</p>	<p><b>十、給付項目及支付標準：</b> <del>下列費用皆由本方案預算支應。</del></p>	<p><b>十、給付項目及支付標準：</b><u>下列費用皆由本方案預算支應。</u> (一)論次支付(支付標準編號 P6901C)：每時段(診次)支付1,000點，每時段(診次)至少以三小時為計支單位，未達三小時不予支付。</p>	<p>依據衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第8次委員會議決議，114年起本方案論量費用由一般服務項下支應，爰修正本點敘文。</p>
<p>(二)論量支付： 1. 診察費、藥費、藥</p>	<p>(二)論量支付： <u>1. 本計畫論量計酬費</u></p>	<p>(二)論量支付： 1. 診察費、藥費、藥品</p>	<p>考量支付標準第四部所列申報項目尚包含脈診儀、舌診儀</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>品調劑費、針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)第四部中醫所列之項目申報。</p>	<p>用，由中醫門診總額一般服務預算支應<del>診察費、藥費、藥品調劑費、針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費</del>，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)第四部中醫所列之項目申報。</p>	<p>調劑費、針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)第四部中醫所列之項目申報。</p>	<p>及特定疾病門診加強照護，為免申報疑義，爰維持原條文，明列本方案得申報項目。</p>
<p>2. 每診次以15人次為上限，16人次以上部分，<u>自申請金額最少之案件計算起</u>，不予支付；照護機構核定床數50床以上者，每診次以25人次為</p>	<p>無修正意見。</p>	<p>2. 每診次以15人次為上限；16人次以上部分，則不予支付。惟照護機構核定床數50床以上者，每診次以25人次為上限；26人次以上部分，則不予</p>	<p>本款參照全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(下稱中醫醫不足方案)及分區業務組現行處理方式，明定逾每診次服務量限制不予支付之原則。</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>上限，26人次以上部分，<u>自申請金額最少之案件計算起，不予支付。</u></p>		<p>支付。</p>	
<p><u>3. 論量支付費用由中醫門診總額一般服務預算支應，每點支付金額以1元計算，於一般服務預算分區預算分配前先行結算。</u></p>	<p><u>每點支付金額以1元計算，於一般服務預算分區預算分配前先行結算。</u></p>		<p>1. 本款新增。 2. 明定論量預算來源，並參照中醫全聯會意見明定結算方式。</p>
	<p><u>3. 本計畫之門診診察費加成支付：保險人於結算時，門診診察費按本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數加計1成支付；院所申報該項費用時，無</u></p>		<p>有關中醫全聯會建議增列門診診察費加成支付，建議114年不新增本項規定，並請中醫全聯會於115年總額協商時，爭取預算支應，說明如下： (1)114年本方案預算編列時，中醫全聯會未有本項</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
	<u>須申報加計之成數。</u>		<p>加成給付建議，亦無編列預算支應。</p> <p>(2)依中醫醫不足方案加計門診診察費規定，該費用係由專款支應。</p> <p>(3)114年本方案專款編列8百萬元，支應論次費用。以113年1-8月執行情形，推估114年門診診察費加計1成所需經費，低推估約2.3百萬元，高推估為4.7百萬元<sup>註</sup>，占預算29%-59%，影響專款點值甚鉅。</p> <p>註：</p> <p>1. 112年1-8月執行25,911件；113年1-8月執行53,636件。</p> <p>2. 114年執行件數：</p> <p>(1)低推估：以113年8個月執行數*1.5(即12/8)=80,454件。</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
			<p>(2)高推估:低推估乘上較112年同期成長倍數  <math>80,454 * (53,636 / 25,911) = 166,540</math>。</p> <p>3. 診察費以每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分且看診時無護理人員在場之診察費283點計。</p> <p>4. 門診診察費加計1成費用:  (1)低推估  <math>283 * 10% * 80,454 = 2,276,848</math>。  (2)高推估  <math>283 * 10% * 166,540 = 4,713,082</math>。</p>
<p>(三)支付規定：  1. 本方案申報之門診診察費不納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算。</p>	<p>無修正意見。</p>	<p>(三)支付規定：  1. 本方案申報之門診診察費不納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算。</p>	<p>本項未修正。</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>2. 針灸、傷科及針灸合併傷科治療之診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制，以及不納入醫療服務支付標準之合計申報量計算。</p>		<p>2. 針灸、傷科及針灸合併傷科治療之診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制，以及不納入醫療服務支付標準之合計申報量計算。</p>	
<p>(四)本方案預算按季均分，結算方式如下： 1. 各季預算採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。若有結餘，則流用至下季。 2. 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。</p>	<p>(四)本方案論次支付預算按季均分，點值結算方式如下： 1. <del>「論次費用」每點支付金額以1元支付。</del> 2. <del>各季預算扣除「論次費用」後，其餘項目</del>採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。若有結餘，則流用至下季。</p>	<p>(四)本方案預算按季均分，點值結算方式如下： 1. <u>「論次費用」每點支付金額以1元支付。</u> 2. 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。若有結餘，則流用至下季。</p>	<p>1. 參考中醫全聯會建議修正本項敘文，刪除「點值」2字。 2. 配合本預算支應論次費用，爰刪除本項第1款及第2款前段優先保障論次費用之規定。 3. 款次順移。</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
	<u>2.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。</u>	3.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)本方案申報點數不列入「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。	無修正意見。	(五)本方案申報點數不列入「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。	本項未修正。
十一、醫療費用申報與審查 (一)醫療費用申報 1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。 2. 門診醫療費用點數	無修正意見。	十一、醫療費用申報與審查 (一)醫療費用申報 1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。 2. 門診醫療費用點數	本點未修正。

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>申報格式點數清單 段：</p> <p>(1)案件分類：請填 報「22(中醫其他 案件)」。</p> <p>(2)特定治療項目 (一)：請填報 「JR(支援照護 機構提供中醫一 般門診案件)」代 碼。</p> <p>(3)就醫科別：請填報 「60中醫科」。</p> <p>3. 論次費用：支付標準 編號 P6901C。</p> <p>(二)論次費用之申報，保 險醫事服務機構次 月20日前須至健保 資訊網服務系統</p>		<p>申報格式點數清單 段：</p> <p>(1)案件分類：請填 報「22(中醫其 他案件)」。</p> <p>(2)特定治療項目 (一)：請填報 「JR(支援照護 機構提供中醫一 般門診案 件)」代碼。</p> <p>(3)就醫科別：請填 報「60中醫科」。</p> <p>3. 論次費用：支付標準 編號 P6901C。</p> <p>(二)論次費用之申報，保 險醫事服務機構次 月20日前須至健保 資訊網服務系統</p>	

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>(VPN)登錄醫療服務服務費用明細，傳送資料後列印「全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表」(附件7)，蓋上院所印信，信封上請註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」，寄至所屬保險人分區業務組，由保險人各分區業務組依執行結果核定。</p> <p>(三)保險醫事服務機構於每月費用申報前，應至VPN「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支</p>		<p>(VPN)登錄醫療服務服務費用明細，傳送資料後列印「全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表」(附件7)，蓋上院所印信，信封上請註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」，寄至所屬保險人分區業務組，由保險人各分區業務組依執行結果核定。</p> <p>(三)保險醫事服務機構於每月費用申報前，應至VPN「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支</p>	

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>援之照護機構全院 住民名冊。</p> <p>(四)醫療費用之申報、暫 付、審查及核付，除 另有規定外，悉依 「全民健康保險醫 療費用申報與核付 及醫療服務審查辦 法」辦理。</p> <p>(五)執行本方案之保險 醫事服務機構應逐 次填寫門診日報表 (附件8)，並於次月 20日前以電子檔案 送所轄保險人分區 業務組備查，並副知 中醫全聯會及所轄 中執會各區分會。</p>		<p>援之照護機構全院 住民名冊。</p> <p>(四)醫療費用之申報、暫 付、審查及核付，除 另有規定外，悉依 「全民健康保險醫 療費用申報與核付 及醫療服務審查辦 法」辦理。</p> <p>(五)執行本方案之保險 醫事服務機構應逐 次填寫門診日報表 (附件8)，並於次月 20日前以電子檔案 送所轄保險人分區 業務組備查，並副知 中醫全聯會及所轄 中執會各區分會。</p>	
十二、評核指標	無修正意見。	十二、評核指標	配合方案修正年度。

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>照護機構接受本方案之中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較113年減少。</p>		<p>照護機構接受本方案之中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較112年減少。</p>	
<p><b>十三、執行報告</b></p> <p>執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益。執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。</p>	<p>無修正意見。</p>	<p><b>十三、執行報告</b></p> <p>執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益。執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。</p>	<p>本點未修正。</p>
<p><b>十四、退場機制</b></p> <p>(一)參與本方案之保險醫事服務機構，如於</p>	<p>無修正意見。</p>	<p><b>十四、退場機制</b></p> <p>(一)參與本方案之保險醫事服務機構，如於</p>	<p>本點未修正。</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>方案執行期間有違反特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約之日起退出執行本方案。</p> <p>(二)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其</p>		<p>方案執行期間有違反特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約之日起退出執行本方案。</p> <p>(二)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其</p>	

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、資料不齊全(含書面資料及電子檔案)或參與方案有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本方案日起退出本方案。</p> <p>(三)保險醫事服務機構如經保險人終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人申請複核，但以一次為限。</p>		<p>實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、資料不齊全(含書面資料及電子檔案)或參與方案有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本方案日起退出本方案。</p> <p>(三)保險醫事服務機構如經保險人終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人申請複核，但以一次為限。</p>	
十五、其他事項	無修正意見。	十五、其他事項	本點未修正。

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
<p>(一)報備支援規定：支援醫事人員均應依醫事相關法規向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請中醫師考量醫療負擔能力提供支援服務。</p> <p>(二)本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料。</p>		<p>(一)報備支援規定：支援醫事人員均應依醫事相關法規向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請中醫師考量醫療負擔能力提供支援服務。</p> <p>(二)本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料。</p>	
<p>十六、新年度方案未公告前，延用前一年度方案；新年度方案依保險人公告實施日期辦理，至於</p>	<p>無修正意見。</p>	<p>十六、新年度方案未公告前，延用前一年度方案；新年度方案依保險人公告實施日期辦理，至於</p>	<p>本點未修正。</p>

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
不符合新年度方案者，得執行至保險人公告日之次月底止。		不符合新年度方案者，得執行至保險人公告日之次月底止。	
十七、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正。	無修正意見。	十七、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正。	本點未修正。
附件1. 全民健康保險中醫門診總額照護	無修正意見。	附件1. 全民健康保險中醫門診總額照護	未修正。

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
機構中醫醫療照 護方案申請表		機構中醫醫療照 護方案申請表	
附件2. 全民健康保險特 約醫事服務機構 支援照護機構申 請書	無修正意見。	附件2. 全民健康保險特 約醫事服務機構 支援照護機構申 請書	未修正。
附件3. 全民健康保險特 約醫事服務機構 支援照護機構醫 療作業說明表	無修正意見。	附件3. 全民健康保險特 約醫事服務機構 支援照護機構醫 療作業說明表	未修正。
附件4. 全民健康保險中 醫門診總額照護 機構中醫醫療照 護方案醫事人員 名冊	無修正意見。	附件4. 全民健康保險中 醫門診總額照護 機構中醫醫療照 護方案醫事人員 名冊	未修正。
附件5. 全民健康保險中 醫門診總額照護 機構中醫醫療照 護方案門診異動	無修正意見。	附件5. 全民健康保險中 醫門診總額照護 機構中醫醫療照 護方案門診異動	未修正。

114年度建議條文	中華民國中醫師公會全國 聯合會建議修正條文	113年度原條文	修正說明
表		表	
附件6. 全民健康保險中 醫門診總額照護 機構中醫醫療照 護方案休診單	無修正意見。	附件6. 全民健康保險中 醫門診總額照護 機構中醫醫療照 護方案休診單	未修正。
附件7. 全民健康保險中 醫門診總額專款 專用醫療報酬申 請表中醫門診總 額照護機構中醫 醫療照護方案論 次費用	無修正意見。	附件7. 全民健康保險中 醫門診總額專款 專用醫療報酬申 請表中醫門診總 額照護機構中醫 醫療照護方案論 次費用	未修正。
附件8. 全民健康保險中 醫門診總額照護 機構中醫醫療照 護方案門診日報 表	無修正意見。	附件8. 全民健康保險中 醫門診總額照護 機構中醫醫療照 護方案門診日報 表	未修正。

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

說明：

- 一、依中華民國中醫師公會全國聯合會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 55 次會議決議辦理。
- 二、114 年建議修正條文如下：

條文	修正條文	原條文
三	施行期間 <u>114</u> 年1月1日至 <u>114</u> 年 12月31日。	施行期間 113年1月1日至113年 12月31日。
支付標準表第二章藥費備註	出院病人必要時得開給 7 天藥品， <u>但若為慢性疾病病人，最多得開給 14 天藥品。</u>	註：出院病人必要時得開給 7 天藥品。

本署意見：

- 一、預算來源：依114年中醫總額協商結果，本計畫114年度預算增加29.1百萬元，預算為465.9百萬元，估算方式如下：
  - (一)112 年預算 4.368 億元，全年申報計334,686 件、申報點數約 3.702 億點，執行率 84.8%，112 年 1 月至5 月申報點數約 1.44 億點，占全報點數 38.9%。
  - (二)113 年預算 4.368 億元，113 年 1 至 5 月申報點數約 1.615 億元，以前一年同期執行數占率為 38.9%推估，全年約執行 4.153 億點【1.615億點/38.9%】。
  - (三)以 113 年推估申報點數，112 年及113 年點數成長率 12.2%【4.153 億/3.702 億點-1】，推估 114 年全年執行量為 4.659 億點【4.153 億點\*(1+12.2%)】。
  - (四)綜上，預估 114 年度計畫執行量為4.659 億點，爰較 113 年增編 0.291億元。
- 二、經統計本計畫收案個案申報 P33021「每日藥費」之平均給藥日份如下表：

年度	申報 P33021 平均給藥日份
108	4.57
109	4.52
110	4.24
111	4.06
112	4.34

三、按中全會提案統計 113 年 1 月至 8 月參與計畫且為慢性病人申報 P33021 總案件數為 8,356 件，其平均給藥天數為 4.93 天，假設慢性病個案出院均開給 14 天藥品，推估每案件開藥增加天數為 9.07 天，推估增加費用為 7.58 百萬點【8,356 件\*9.07 天\*100 點】，以 112 年 1-8 月申報費用占全年申報費用為 67.58%，推估全年增加費用為 11.21 百萬點【7.58 百萬點/67.58%】，又 113 年、114 年本計畫成長率為 12.2%，爰推估 114 年全年增加費用為 12.58 百萬點。

四、綜上，114 年本計畫雖新增 29.1 百萬元預算，惟本次預算之新增為因應人數及件數自然成長，若再增加藥費支出，預算恐不足以支應；另放寬慢性病人開藥日數限制，可減輕民眾回診就醫之負擔，惟將以專款計畫預算替代原發生於一般服務之費用，爰建議是否待本計畫有足夠預算可支應後，再行放寬慢性病人開藥日數限制。

**擬辦：**擬優先修訂施行期間，修訂後計畫如附件（頁次討3-3），將依程序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：**

## 全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

三、施行期間：113年1月1日至114年12月31日。

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：有關「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依中華民國中醫師公會全國聯合會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 55 次會議決議辦理。
- 二、114 年建議修正條文如下：

條文	修正條文	原條文
三	施行期間： <u>114</u> 年1月1日至 <u>114</u> 年12月31日。	施行期間：113年1月1日至113年12月31日。
五、適用範圍： (三)	<p><u>8. 西醫確診為子宮頸癌</u> <u>ICD-10-CM: 主診斷碼: C73。</u></p> <p><u>9. 西醫確診為子宮體癌</u> <u>ICD-10-CM: 主診斷碼: C54。</u></p> <p><u>10. 西醫確診為甲狀腺癌</u> <u>ICD-10-CM: 主診斷碼: C53。</u></p> <p><u>118. 符合上述第1點至第107點</u> 之診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)或其它抗癌治療期間之<b>病人</b>。</p>	8. 符合上述第 1 點至第 7 點之診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)或其它抗癌治療期間之 <b>病人</b> 。
十二、醫療費用申報與審查： (一)醫療費用申報	<p>2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：</p> <p>(2)特定治療項目(一)：請填報「J7(癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫)」、「JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)」、「JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)」、「JH(癌症病人中醫門診延長照護計畫)」、「JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)」、「JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)」、「JT(胃癌中醫門診</p>	<p>2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：</p> <p>(2)特定治療項目(一)：請填報「J7(癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫)」、「JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)」、「JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)」、「JH(癌症病人中醫門診延長照護計畫)」、「JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)」、「JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)」、「JT(胃癌中醫門診</p>

	加強照護計畫)」、「JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)」及「JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)」、「 <u>JO(子宮頸癌中醫門診加強照護計畫)</u> 」、「 <u>JO(子宮體癌中醫門診加強照護計畫)</u> 」及「 <u>JO(甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫)</u> 」。	「JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)」、「JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)」及「JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)」。
支付標準表 (一)第二章藥費 註	註：出院病人必要時得開給 7 天藥品， <u>但若為慢性疾病病人，最多得開給 14 天藥品。</u>	註：出院病人必要時得開給 7 天藥品。

### 本署意見：

一、計畫適用範圍新增「子宮頸癌」、「子宮體癌」、「甲狀腺癌」。

(一)預算來源：依114年中醫總額協商結果，本計畫增加87.3百萬元，預算為352.3百萬元。

(二)財務影響評估：

1. 原方案預算：

(1) 112年預算2.45億元，全年申報計172,420件、申報點數約2.564億點，執行率100%（計算執行率約104.6%，因超出預算以100%計），112年1月至5月申報點數約0.955億點，占全年申報點數37.3%。

(2) 113年預算2.65億元，113年1-5月申報1.258億點，以112年同期執行數占率37.3%推估，113年全年約執行3.373億點【1.258億點/37.3%】，推估114年全年執行量為3.373億點。

2. 新增適應症推估：

(1) 子宮頸癌(C53)：中醫符合適應症人數111年計670人、112年計754人，人數成長率12.5%【754人/670人 -1】，推估 114 年 955 人【754 人

\*(1+12.5%)\*(1+12.5%)】，以112年門診加強各癌別平均收案率18%及每人年平均醫療費用13,287點，推估114年約增加2.3百萬點【955人\*18%\*13,287點】。

(2) 子宮體癌(C54)：中醫符合適應症人數111年計1,378人、112年計1,637人，人數成長率18.8%【1,637人/1,378人-1】，推估114年2,310人【1,637人\*(1+18.8%)\*(1+18.8%)】，以112年門診加強各癌別平均收案率18%及平均每人年平均醫療費用13,287點，推估114年約增加5.5百萬點【2,310人\*18%\*13,287點】。

(3) 甲狀腺癌(C73)：1中醫符合適應症人數111年計1,802人、112年計2,142人，人數成長率18.9%【2,142人/1,802人-1】，推估114年3,027人【2,142人\*(1+18.9%)\*(1+18.9%)】，以112年門診加強各癌別平均收案率18%及每人年平均醫療費用13,287點，推估114年約增加7.2百萬點【3,027人\*18%\*13,287點】。

3. 綜上，推估本計畫114年約需3.523億元【3.373億點+0.023億點+0.055億點+0.072億點】。

二、支付標準表(一)藥費新增「但若為慢性疾病病人，最多得開給14天藥品」備註。

(一) 經統計本方案收案個案申報 P34021「每日藥費」之平均給藥日份如下表：

年度	申報 P34021 平均給藥日份
108	5.53
109	5.95
110	5.55
111	5.74
112	6.09

(二) 按中全會提案統計113年1月至8月參與計畫且為慢性病

人申報 P33021總案件數為3,430件，其平均給藥天數為7.03天，假設慢性病個案出院都會開給14天藥品，推估每案件開藥增加天數為6.97天，推估增加費用為4.65百萬點【6,672件\*6.97天\*100點】，以112年1-8月申報費用占全年申報費用為64.44%，推估全年增加費用為7.21百萬點【7.58百萬點/67.58%】，又113年、114年本計畫成長率為31.73%，爰推估114年全年增加費用為9.51百萬點。

- (三) 綜上，114年本計畫雖新增87.3百萬元預算，惟本次預算之新增為因應人數及件數自然成長及擴大計畫適用範圍，若再增加藥費支出，預算恐不足以支應；另放寬慢性病人開藥日數限制，可減輕民眾回診就醫之負擔，惟將以專款計畫預算替代原發生於一般服務之費用，爰建議是否待本計畫有足夠預算可支應後，再行放寬慢性病人開藥日數限制。

**擬辦：**修訂後方案如附件（頁次討 4-5 至 4-6），擬將依程序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：**

三、施行期間：~~113~~114年1月1日至~~113~~114年12月31日。

五、適用範圍：

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

(二)癌症病人中醫門診延長照護計畫：

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

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

3.CTCAE評估表請至全民健康保險保險人(以下稱保險人)全球資訊網(網址 <http://www.nhi.gov.tw>)下載，其路徑為：首頁> 健保服務> 健保醫療費用> 醫療費用申報與給付> 醫療給付相關計畫> 中醫總額醫療照護試辦計畫。

(三)特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：

1.西醫確診為乳癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C50、C79.81。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼：C50、Z85.3)。

2.西醫確診為肝癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C22、C23、C24。

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

3.西醫確診為肺癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C33、C34。

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

4.西醫確診為大腸癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C18、C19、C20、C21。

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

5.西醫確診為胃癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C16。

- (2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼C16、Z85.028)。
- 6.西醫確診為攝護腺癌ICD-10-CM：主診斷碼：C61。
  - 7.西醫確診為口腔癌ICD-10-CM：主診斷碼：C01-C10。
  8. 西醫確診為子宮頸癌ICD-10-CM：主診斷碼：C73。
  9. 西醫確診為子宮體癌ICD-10-CM：主診斷碼：C54。
  10. 西醫確診為甲狀腺癌ICD-10-CM：主診斷碼：C53。
  - 11.符合上述第1點至第7點之診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)或其它抗癌治療期間之病人。

## 十二、醫療費用申報與審查：

### (一)醫療費用申報

- 1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。
- 2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
  - (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
  - (2)特定治療項目(一)：請填報「J7(癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫)」、「JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)」、「JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)」、「JH(癌症病人中醫門診延長照護計畫)」、「JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)」、「JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)」、「JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)」、「JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)」及、「JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)」、「JO(子宮頸癌中醫門診加強照護計畫)」、「JO(子宮體癌中醫門診加強照護計畫)」及「JO(甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫)」。

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「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案，提請討論。

說明：

一、依中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 55 次會議決議辦理。

二、114 年建議修正條文如下：

條文	修正條文	原條文
三	施行期間： <u>114</u> 年1月1日至 <u>114</u> 年12月31日。	施行期間：113年1月1日至113年12月31日。
六、適用範圍：	(四)軟組織疼痛 1. 適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為 <u>G89</u> 、 <u>M54.2</u> 、 <u>M54.3</u> 、M54.4、M54.5、 <u>M54.9</u> 、M60.8、M60.9、M65.3、M65.4、M65.8、M65.9、M67.4、M70、M75、M76.3、S20.2、S23、S33、S40、S46、S47、S50、S56、S57、S60、S66、S70、S76、S77、S80、S86、S87、S90、S96、S97、L03。 2. 排除急重症與危急病人。	(四)軟組織疼痛 1. 適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為M54.4、M54.5、M60.8、M60.9、M65.3、M65.4、M65.8、M65.9、M67.4、M70、M75、M76.3、S20.2、S23、S33、S40、S46、S47、S50、S56、S57、S60、S66、S70、S76、S77、S80、S86、S87、S90、S96、S97、L03。 2. 排除急重症與危急病人。
六、適用範圍：	(六)偏頭痛 1. 適應症：ICD-10-CM前三碼為G43、 <u>R51</u> 。 2. 排除急重症與危急病人。	(六)偏頭痛 1. 適應症：ICD-10-CM前三碼為G43。 2. 排除急重症與危急病人。

<p>十一、執行方式</p> <p>(二)評估方式：</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 眩暈：使用視覺類比量表 (Visual Analogue Scale，以下稱VAS量表) 進行前、後測評估，<del>並於每次處置後記錄VAS量表分數。每一個案該次急診期間至少記錄其前、後測各一次。</del></li> <li>2. 急腹症(腸阻塞)：使用VAS量表進行前、後測評估，<del>並於每次處置後記錄VAS量表分數。</del></li> <li>3. 胸悶、胸痛、心悸       <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 記錄病人針灸治療前、後之心跳及血壓。</li> <li>(2) 使用數字等級量表 (Numerical Rating Scale，以下稱NRS) 評估病人針灸治療前、後之臨床症狀改善程度，以數字量化 1-10 表示，最不舒服且無法離開病床為 10，可執行日常活動無不適為 0，<del>並於每次處置後</del>記錄於病歷。</li> </ol> </li> <li>4. 軟組織疼痛：使用簡易麥吉爾疼痛問卷 (Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ) 進行前、後測評估，<del>並於處置後記錄分數。</del></li> <li>5. 經痛：       <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 使用VAS量表進行前、後測評估，<del>並於處置後記錄VAS量表分數。</del></li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 眩暈：使用視覺類比量表 (Visual Analogue Scale，以下稱VAS量表) 進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。每一個案該次急診期間至少記錄其前、後測各一次。</li> <li>2. 急腹症(腸阻塞)：使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。</li> <li>3. 胸悶、胸痛、心悸       <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 記錄病人針灸治療前、後之心跳及血壓。</li> <li>(2) 使用數字等級量表 (Numerical Rating Scale，以下稱NRS) 評估病人針灸治療前、後之臨床症狀改善程度，以數字量化 1-10 表示，最不舒服且無法離開病床為 10，可執行日常活動無不適為 0，並於每次處置後記錄於病歷。</li> </ol> </li> <li>4. 軟組織疼痛：使用簡易麥吉爾疼痛問卷 (Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ) 進行前、後測評估，並於每次處置後記錄分數。</li> <li>5. 經痛：       <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。</li> <li>(2) 由中醫進行病案分析與</li> </ol> </li> </ol>
--------------------------------	---	--

	<p>(2)由中醫進行病案分析與臨床評估。</p> <p>6. 偏頭痛</p> <p>(1)使用VAS量表進行前、後測評估，<del>並於處置後記錄VAS量表分數。</del></p> <p>(2)由中醫進行病案分析與臨床評估。</p> <p>7. 癌症疼痛</p> <p>(1)使用VAS量表進行前、後測評估，<del>並於處置後記錄VAS量表分數。</del></p> <p>(2)由中醫進行病案分析與臨床評估。</p> <p>8. 骨骼、關節相關痛症：使用VAS量表及關節角度評估(range of motion，以下稱ROM)進行前、後測評估，<del>並於處置後記錄VAS量表分數及ROM數值。</del></p> <p>9. 腦中風</p> <p>(1)出血性腦中風</p> <p>A. 由中醫進行病案分析。</p> <p>B. 記錄病人針灸治療前、後之昏迷指數(Glasgow Coma Scale，以下稱Coma Scale)。</p> <p>C. 記錄病人針灸治療前、後之上下肢近端及遠端雙側的肌力分級(muscle power)。</p> <p>(2)梗塞性腦中風</p> <p>A. 由中醫進行病案分析。</p> <p>B. 記錄病人針灸治療前、後之NIHSS分數。</p>	<p>臨床評估。</p> <p>6. 偏頭痛</p> <p>(1)使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。</p> <p>(2)由中醫進行病案分析與臨床評估。</p> <p>7. 癌症疼痛</p> <p>(1)使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。</p> <p>(2)由中醫進行病案分析與臨床評估。</p> <p>8. 骨骼、關節相關痛症：使用VAS量表及關節角度評估(range of motion，以下稱ROM)進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數及ROM數值。</p> <p>9. 腦中風</p> <p>(1)出血性腦中風</p> <p>A. 由中醫進行病案分析。</p> <p>B. 記錄病人針灸治療前、後之昏迷指數(Glasgow Coma Scale，以下稱Coma Scale)。</p> <p>C. 記錄病人針灸治療前、後之上下肢近端及遠端雙側的肌力分級(muscle power)。</p> <p>(2)梗塞性腦中風</p> <p>A. 由中醫進行病案分析。</p> <p>B. 記錄病人針灸治療前、後之NIHSS分數。</p> <p>C. 記錄病人針灸治療前、後</p>
--	--	--

	<p>C. 記錄病人<b>針灸</b>治療前、後之Coma Scale。</p> <p>D. 記錄病人<b>針灸</b>治療前、後之上下肢近端及遠端雙側之肌力分級(muscle power)。</p>	<p>之Coma Scale。</p> <p>D. 記錄病人針灸治療前、後之上下肢近端及遠端雙側之肌力分級(muscle power)。</p>
--	--	--

### 本署意見：

一、預算來源：依114年中醫總額協商結果，114年度本計畫預算維持10百萬元。

二、查本次增列之診斷碼中文名稱(2023 ICD-10-CM)如下：

#### (四)軟組織疼痛：

1. G89：診斷碼前三碼為 G89，包含 G89.0(中樞性痛症候群)、G89.11(創傷引起急性痛)、G89.12(急性胸廓切開術後痛)、G89.18(其他急性處置後痛)、G89.21(創傷引起慢性痛)、G89.22(慢性胸廓切開術後痛)、G89.28(其他慢性處置後痛)、G89.29(其他慢性疼痛)、G89.3(腫瘤相關痛(急性)(慢性))、G89.4(慢性痛症候群)。
2. M54.2(頸椎痛)
3. M54.3：診斷碼前四碼為 M54.3，包含 M54.30(未明示側性坐骨神經痛)、M54.31(右側坐骨神經痛)、M54.32(左側坐骨神經痛)。
4. M54.9(背痛)

(六)頭痛：診斷碼前三碼為 R51，包括 R51.0(伴有姿位性的頭痛，他處未分類)、R51.9(頭痛)。

### 三、財務影響評估：

(一) 113 年預算10百萬元，113 年1-8月申報3.74百萬點，以前一年同期執行數占率為83.9%推估，113 年預估執行4.45百萬點【3.74百萬點/83.9%】。以中醫急症計畫8家醫院之急診案件統計，113年1月至8月申報符合現行適應症範圍急診人數

約12.5萬人，其中有申報中醫急症計畫約1,153人，人數約占0.92%。

(二) 按中全會建議增加診斷碼範圍統計113年1月至8月上述8家醫院急診人數為11,733人，估計申報中醫急症計畫人數約108人【11,733人\*0.92%】，以該計畫平均每人1.14件【1,316件/1,153人】，計畫平均每件醫療費用為2,838點【3,735,040點/1,316件】，及中醫急症計畫112年1-8月占全年申報件數比率約83.9%，推估114年約需增加0.42百萬點【108人\*1.14件\*2,838點/83.9%】。114年計畫預算仍維持10百萬元，若擴大軟組織疼痛及偏頭痛之適用診斷碼範圍推估增加0.42百萬點，預算尚足以支應。

(三) 請中全會說明修正評估方式的具體原因，以及此修正後應如何證明院所有確實進行前後測評估；另放寬評估方式，可能導致無法精確評估計畫實施成效。綜上，建議維持計畫原評估方式。

**擬辦：**修訂後計畫如附件（頁次討5-6），擬依程序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：**

## 全民健康保險中醫急症處置計畫

三、施行期間：~~H3~~114年1月1日至~~H3~~114年12月31日。

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

### (四)軟組織疼痛

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為G89、M54.2、M54.3、M54.4、M54.5、M54.9、M60.8、M60.9、M65.3、M65.4、M65.8、M65.9、M67.4、M70、M75、M76.3、S20.2、S23、S33、S40、S46、S47、S50、S56、S57、S60、S66、S70、S76、S77、S80、S86、S87、S90、S96、S97、L03。

2.排除急重症與危急病人。

### (五)經痛

1.適應症：ICD-10-CM前四碼為N94.4、N94.5、N94.6。

2.排除懷孕、急重症與危急病人。

### (六)偏頭痛

1.適應症：ICD-10-CM前三碼為G43、R51。

2.排除急重症與危急病人。

**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：有關「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文修訂案，提請討論。

說明：

一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 55 次會議決議辦理。

二、114 年建議修正條文如下：

項次	修正條文	原條文
三	施行期間： <u>114</u> 年1月1日至 <u>114</u> 年12月31日。	施行期間：113年1月1日至113年12月31日。
五、 (一)	助孕： <del>已婚超過一年</del> 有正常性生活而無法受孕男性及女性病人，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關的診斷依據。	助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕男性及女性病人，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關的診斷依據。

本署意見：

一、預算來源：依114年中醫總額協商結果，本計畫114年度預算增加12百萬元，預算為82百萬元，估算方式如下：

(一)112年預算0.81億元，全年申報計62,086件、申報點數約0.687億點，執行率84.8%，112年1月至5月申報點數約0.273億點，占全年申報點數39.7%。

(二)113年預算0.70億元，113年1-5月申報0.298億點，以前一年同期執行數占率為39.7%推估，113年約執行0.75億點【0.298億點/39.7%】。

(三)以113年推估申報點數，112年及113年點數成長率9.3%【0.75億/0.687億-1】，推估114年全年執行量為0.82億點【0.75億點\*(1+9.3%)】。

(四)綜上，預估114年度計畫執行量為0.82億元，建議較113年增編0.12億元。

二、財務影響評估：

本案修訂擴大計畫服務對象之範圍，刪除原條文「已婚超過一年者」之規定，為執行面作業調整，使無法受孕者提早接受服務，短期內收案人數可能會增加，但長期來看，整體接受服務的群體大致相同，應不至有財務衝擊。

**擬辦：**修訂後計畫如附件（頁次討 6-3），本案如經同意，將依程序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：**

## 全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

三、施行期間：~~113~~114年1月1日至~~113~~114年12月31日。

五、適用範圍：

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

**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「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」**  
**條文修訂乙案案，提請討論。**

**說明：**

- 一、依中華民國中醫師公會全國聯合會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 55 次會議決議辦理。
- 二、條文 114 年度修正如下：

項次	修正條文	原條文
三	施行期間： <u>114</u> 年 1 月 1 日 至 <u>114</u> 年 12 月 31 日。	施行期間：113 年 1 月 1 日 至 113 年 12 月 31 日。

**本署意見：**

本案主要係就延續型專款計畫修訂執行年度，不影響計畫內容。

**擬辦：**修訂計畫文字如附件（頁次討 7-2），擬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：**

## 全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

附件

三、施行期間：~~113~~114年1月1日至~~113~~114年12月31日。

討論事項第八案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫條文修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 55 次會議決議辦理。
- 二、全民健康保險會於 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過提升用藥品質給付為 347 百萬元百萬與醫療服務成本指數改變率所增加之預算(752.6 百萬元)，其中 53.4 百萬元併入「提升用藥品質」，合併運用計 400.4 百萬元。
- 三、110 總額協商中醫傷科處置品質提升項目預算為 153.0 百萬，但 112 年中度複雜傷科處置申請 103,137 件，60.26 百萬點，高度複雜傷科處置申請 210,136 件，204.41 百萬點，合計為 264.67 百萬點(不含療程後續治療)，遠高出於預算值 73%。

擬辦：

- 一、建議每日藥費由 37 元調高為 38 元。
- 二、因複雜傷科處置執行數高出預算 73%，建議比照複雜性針灸修正，增列支付標準則五：(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第 4 及 5 點：
  - 4.其中內含中度複雜性傷科：平均每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：E03、E04、F03、F20、F37、F54。
  - 5.其中內含高度複雜性傷科：平均每位專任醫師每月上限為七十七人次，包括編號：E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F06、F09、F12、F15、F23、F26、F29、F32、F40、F43、F43、F49、F57、F60、F63、F66。

本署意見：

- 一、增列支付標準通則五複雜傷科相關規範
  - (一)經統計111年、112年中度、高度複雜性傷科申報情形如下：

	111 年	112 年	成長率
--	-------	-------	-----

中度複雜性傷科			
就醫人次	76,699	110,643	44%
醫令點數	32,287,917	62,976,879	95%
高度複雜性傷科			
就醫人次	196,434	209,332	7%
醫令點數	174,596,866	204,392,035	17%

- (二) 經洽中全會確認，建議中高度複雜性傷科比照中高度複雜性針灸，超過部分改以內含一般傷科醫令計算，包括編號：E01、E02、F01、F02、F18、F19、F35、F36、F52、F53。
- (三) 有關中全會建議複雜傷科比照複雜性針灸增訂通則五每月申報上限，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。另建議中全會就傷科處置執行之合理性及必要性，凝聚同儕共識。

## 二、每日藥費由37元調高為38元

- (一) 預算來源：依據114年總額協商結果，中醫門診總額一般服務新增「提升用藥品質」項目，規劃調升每日藥費1點，新增預算3.47億元。另醫務服務成本指數改變率預算中，53.4百萬元併入上述項目使用。
- (二) 財務影響評估：
1. 申報醫令編號 A21(每日藥費)統計：111 年醫令執行開藥天數(人日)約323.2 萬人日，112 年約347.2萬人日。
  2. 112 年醫令量及成長率為7.4%【347.2 百萬人日/323.2 百萬人日-1】，推估114 年約400.4 百萬人日，以調升1 點計算【400.4 百萬人日\*1=4.004 億點】，114 年約需增加4.004 億元，預算尚足以支應。
- (三) 另依114年總額本項協定結果，「應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃113年12月底前提報全民健康保險會」，並落實中藥用藥品質提升及費用之監督與管理。爰請中全會依前述協定事項提出具體執行方式。

## 擬辦：

- 一、修訂後支付標準如附件1(頁次討8-4)及附件2(頁次討8-5)，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。

- 二、請中全會續依健保會協定文字規劃用藥品質提升及管理等事宜。

**決議：**

## 第四部 中 醫

通則：

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：

(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、第五章傷科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。
- 4.其中內含中度複雜性傷科：平均每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：E03、E04、F03、F20、F37、F54。
- 5.其中內含高度複雜性傷科：平均每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F06、F09、F12、F15、F23、F26、F29、F32、F40、F43、F46、F49、F57、F60、F63、F66。
- 6.超過部分改以內含一般傷科醫令計算，包括編號：E01、E02、F01、F02、F18、F19、F35、F36、F52、F53。

## 第二章 藥費

附件 2

編號	診療項目	支付點數
A21	每日藥費 註：1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。 2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。	37 38

討論事項第九案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會  
案由：有關 114 年度「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 55 次會議決議辦理。
- 二、全民健康保險會於 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過本項 114 年給付為 29.8 百萬與原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)合併運用(計 52.6 百萬元)。
- 三、114 年建議修正條文如下：

項次	修正條文	原條文
陸、核發資格：二	3. 符合第捌點第三至 <u>五</u> 項者，各給予核定分數 10 分。	3. 符合第捌點第三至六項者，各給予核定分數 10 分。
陸、核發資格：三、	符合核發品質保證保留款資格院所，依核定分數由高而低排列，取前 90%之院所進行核發； <u>符合核發品質保證保留款資格前 30%之院所，核算基礎再加計 100%</u> 。	符合核發品質保證保留款資格院所，依核定分數由高而低排列，取前 90%之院所進行核發。
捌	<del>四、為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&gt;20%者，依核算基礎(A)加計 5%。(註 6)</del> <u>四、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%。</u> <u>五、為推動中醫門診特約醫事服務機構於健保資訊網服務系統(Virtual Private</u>	四、為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%。(註 6) 五、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%。 六、為推動中醫門診特約醫事服務機構於健保資訊網服務系統(Virtual Private

	<p>Network，以下稱 VPN)公告連續假期排班等變動情形，鼓勵院所即時更新排班時間，院所「每月完成門診時間網路登錄」者，依核算基礎(A)加計10%，未全年完成門診時間網路登入者則不予加計(註6)。</p> <p><u>註6 後 註7-註11 部分數字往減1，修正為註6-註10。</u></p>	<p>Network，以下稱 VPN)公告連續假期排班等變動情形，鼓勵院所即時更新排班時間，院所「每月完成門診時間網路登錄」者，依核算基礎(A)加計10%，未全年完成門診時間網路登入者則不予加計(註7)。</p>
<p>中醫門診總額品質保證保留款實施方案各項指標操作定義</p>	<p><del>註6：健保雲端藥歷系統查詢率</del></p> <p><del>1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度查詢健保雲端藥歷系統資料。</del></p> <p><del>2. 公式說明：分子：分母中 健保雲端藥歷系統查詢人數 分母：中醫門診病人數</del></p> <p><del>3. 指標計算：分子 / 分母。 【取至小數點後第2位(4捨5入)】</del></p> <p><u>註6 後 註7-註11 部分數字往減1，修正為註6-註10。</u></p>	<p>註6：健保雲端藥歷系統查詢率</p> <p>1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度查詢健保雲端藥歷系統資料。</p> <p>2. 公式說明：分子：分母中 健保雲端藥歷系統查詢人數 分母：中醫門診病人數</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。 【取至小數點後第2位(4捨5入)】</p>

**本署意見：**

一、查健保會針對全民健康保險112年度各總額部門執行成果精進作為之共識建議，涉品質保證保留款(下稱品保款)方案部分如下：

(一)品保款之分配，有改善空間，包括：欠缺結果面指標、指標鈍化或參考值訂定過於保守、分配鑑別度不足等問題，請健保署協助各總額部門加強改善分配方式，以利品質較佳的院所能獲得更多獎勵，落實品保款之獎勵目的。

(二)牙醫部門相較其他部門品保款核發鑑別度較高，60分以上之院所占核發家數34%，分配78%的品保款，建議其他總額部門參考牙醫的做法，研擬更具鑑別度之核發指標及分配方式。

- 二、有關中全會建議第陸條、核發資格：「第三項、符合核發品質保證保留款資格院所，依核定分數由高而低排列，取前90%之院所進行核發」，增列「符合核發品質保證保留款資格前30%之院所，核算基礎再加計100%」。經試算112年中醫品保款，核發金額在60百分位以上之院所占核發家數37%，原分配75%的品保款，變更為分配85%的品保款，此分配方式有提升鑑別度。(頁次討9-15頁)
- 三、依據衛生福利部於113年4月11日召開「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會暨政策組-愛滋感染者醫療費用給付及健保愛滋就醫資訊揭露溝通會議」會議紀錄建議愛滋感染者除可在健保卡設立密碼之外，能否於健保醫療資訊雲端查詢系統及健保卡申請不揭露愛滋就醫相關醫療資訊案」**決定略以，有關醫界反映，本署訂有雲端藥歷查詢或檢核率之管理指標，可能造成的不良影響，請本署再行評估及研議調整。**
- 四、經查全民健康保險中醫總額品質保證保留款實施方案涉雲端藥歷指標(DA2463)為中醫門診病人健保醫療資訊雲端查詢系，統查詢率\_年：醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層醫療單位指標。各層級及全國查詢率已近8成。**經中全會同意中醫品保款方案刪除上述指標。方案第八條相關條文及操作型定義註解依序遞補。**

**決議：**

# 全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案

中華民國107年1月8日健保醫字第1060016997號公告修訂  
中華民國108年5月31日健保醫字第1080007611號公告修訂  
中華民國109年2月7日健保醫字第1090001213號公告修訂  
中華民國110年1月19日健保醫字第1100000291號公告修訂  
中華民國111年1月5日健保醫字第1100017843號公告修訂  
中華民國111年12月28日健保醫字第1110123002號公告修訂  
中華民國112年12月21日健保醫字第1120665398號公告修訂  
中華民國113年00月00日健保醫字第1130000000號公告修訂

## 壹、依據：

依據全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

## 貳、目的：

本方案之實施，在於提升中醫醫療服務品質，獎勵績效卓著之中醫門診特約醫事服務機構。

## 參、預算來源：

全民健康保險年度中醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

## 肆、支用條件：

- 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次。
- 二、提供資料及來源：本方案第柒點第四項、第五項、第七項及第捌點第二項與第玖點第一項，由中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）於次年2月底前提供名單並函請全民健康保險保險人（以下稱保險人）辦理結算。

## 伍、預算分配方式：

### 一、核算基礎：

#### （一）該院所之核算基礎(A)

=（該院所申報當年醫療服務點數－當年申報藥費）×該院所年平均核付率（含部分負擔，註1）

說明：當年申報醫療服務點數及年平均核付率以次年1月底為截止點。

#### （二）前述核算基礎，依本方案第捌點及第玖點增減原則，計算

每院所參與品質保證保留款之核算基礎。

各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=

60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數

(三)各院所分配品質保證保留款金額=(各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)/各院所品質保證保留款核算基礎合計(ΣB))×品質保證保留款

二、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之中醫門診特約醫事服務機構提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度中醫門診總額品質保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季中醫門診總額一般服務項目預算中支應。

陸、核發資格：

一、當年中醫門診特約醫事服務機構且無本方案第柒點情形者，得符合核發品質保證保留款資格；另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。

二、符合核發品質保證保留款資格核定分數計算：

1. 符合本方案第捌點第一項者，給予核定分數20分。

2. 符合本方案第捌點第二項者，給予核定分數15分。

3. 符合第捌點第三至~~六~~五項者，各給予核定分數10分。

4. 符合本方案第玖點第一項者，當年申報健保費用醫師扣核定分數2分，單一院所最多扣核定分數10分。

5. 符合本方案第玖點第二至五項者，各給予扣核定分數5分。

三、符合核發品質保證保留款資格院所，依核定分數由高而低排列，取前90%之院所進行核發；符合核發品質保證保留款資格前30%之院所，核算基礎再加計100%。

柒、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、當年度在前一年12月每萬人口中醫師數3.0(含)以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。(註2)

二、核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率(註3)，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、中醫門診特約醫事服務機構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條等所列違規情事之一，並經處分者以保險人第一次發函處分日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。
- 四、中醫門診特約醫事服務機構非屬「全民健康保險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、未符合中醫全聯會提供之「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。(註4)
- 七、未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」(詳附件)之院所。

捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則：

- 一、當年度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)，屬於同年之「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮開業地區，依核算基礎(A)加計100%。
- 二、為鼓勵提升中醫醫療服務品質，中醫門診特約醫事服務機構從事教學研究且績效卓著者，依核算基礎(A)加計10%。其適用對象為經衛生福利部中醫藥司『中醫醫療院所負責醫師二年以上醫師訓練合格』之院所。
- 三、為鼓勵中醫師提供假日看診服務減少民眾就診不便，中醫門診特約醫事服務機構當年度於週日看診超過30天(含)以上者，依核算基礎(A)加計10%；超過45天(含)以上者，依核算基礎(A)加計20%。(註5)
- ~~四、為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%。(註6)~~
- ~~五~~四、中醫門診特約醫事服務機構參與「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」者，依核算基礎(A)

加計5%。

~~六~~五、為推動中醫門診特約醫事服務機構於健保資訊網服務系統(Virtual Private Network, 以下稱VPN)公告連續假期排班等變動情形，鼓勵院所即時更新排班時間，院所「每月完成門診時間網路登錄」者，依核算基礎(A)加計10%，未全年完成門診時間網路登入者則不予加計(註~~7~~6)。

玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：

一、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」之規定修滿繼續教育點數(每年20點)者，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎(A)。

二、「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」超過80百分位者，核算基礎(A)減計20%(註~~8~~7)。

三、「同日重複就診率」超過80百分位者，核算基礎(A)減計10%(註~~9~~8)。

四、「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」超過80百分位者，核算基礎(A)減計10%(註~~10~~9)。

五、為促使院所積極提供慢性病照護(含慢性病連續處方箋)，中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件、中醫慢性病、中醫慢性病連續處方調劑及過敏性鼻炎照護計畫中，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為3%(含)以下者，依核算基礎(A)減計10%(註~~11~~10)。

拾、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，並報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

**中醫門診總額品質保證保留款實施方案各項指標操作定義**  
**-適用範圍含醫院附設中醫部門**

指標項目	操作型定義
註1：年平均核付率	$(\text{全年初核核定點數}) / (\text{全年申請點數} + \text{部分負擔})$
註2：當年度在前一年12月每萬人口中醫師人數3.0(含)以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。	資料範圍：以前一年12月「內政部戶政司戶籍人口數」及「醫事人員公務統計檔」計算之。
註3：年平均核減率	$(\text{全年複核核減點數}) / (\text{全年申請點數} + \text{部分負擔})$ [註] 未完成複核月份以初核核減率計算，截取時間點為次年2月底(傳票日期)前。
註4：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。	保險人未曾撥付當年度「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」補助網路月租費」之中醫院所。
註5：中醫門診特約醫事服務機構於每年週日看診超過30天及45天以上者	以門診申報資料之「就醫日期」認定週日是否看診，含同一療程。
<del>註6：健保雲端藥歷系統查詢率</del>	<del>1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度查詢健保雲端藥歷系統資料。</del> <del>2. 公式說明：            分子：分母中健保雲端藥歷系統查詢人數            分母：中醫門診病人數</del> <del>3. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位            (4捨5入)】</del>
註76：「每月完成門診時間網路登錄」	院所每月於VPN之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註] 若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。(院所可於VPN系統「上次登錄日期」判斷上個月是否完成登錄)。

指標項目	操作型定義
註7：「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 分母：全年同一院所、同月看診總人數加總。</li> <li>2. 分子：全年同一院所、同一病人、同月看診次數8次（含）以上人數加總。</li> <li>3. 指標計算(S)：分子總和 / 分母總和。</li> <li>4. 全年計算平均比率，進行百分位排序。</li> <li>5. 所有資料排除符合以下任一條件者：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 診察費=0</li> <li>(2) 案件類別 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫白整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)。之專款項目案件</li> </ol> </li> </ol>
註8：「同日重複就診率」	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費&gt;0之門診案件。</li> <li>2. 公式說明：               <p>分子：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶，計算就診2次（含）以上之筆數。</p> <p>分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。</p> </li> <li>3. 指標計算：分子總和 / 分母總和。</li> <li>4. 指標進行百分位排序。</li> <li>5. 資料排除以下任一條件者：案件分類 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)案件、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫白整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)之專款項目案件。</li> </ol>
註9：「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 資料範圍：所有屬中醫門診給藥天數小於等於7日案件。</li> <li>2. 公式說明：               <p>分子：按同一院所及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為1日之重複日數。</p> <p>分母：同一院所給藥案件之給藥日份加總。</p> <p>※給藥案件係藥費不為0，或給藥天數不為0。</p> </li> <li>3. 指標計算：分子 / 分母。</li> <li>4. 指標進行百分位排序。</li> <li>5. 資料排除以下任一條件者：案件分類為 A3(預防保健)、B6(職災案件)、22(中醫其他專案)、25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、29(中醫針灸、傷科及脫白整復)及31(中醫居家)之案件。</li> </ol>

指標項目	操作型定義
<p>註1110：「院所提供慢性 病照護未達一定比 例」</p>	<p>1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件(案件分類21)、中醫其他專案案件分類22)之特定治療項目(一)為JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、中醫慢性病(案件分類24)及中醫慢性病連續處方調劑(案件分類28)之案件。</p> <p>2. 說明：慢性病給藥7天以上之件數占率</p> <p>A. 分子：分母院所當年度申報下列案件分類，給藥7天以上之件數總計。 案件分類：22(中醫其他專案)之特定治療項目(一)為JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。</p> <p>B. 分母：院所當年度申報下列案件分類之件數總計。 案件分類：21(中醫一般案件)、22(中醫其他專案)之特定治療項目(一)為JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。</p> <p>C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】</p> <p>3. 資料排除診察費為0或補報原因註記為「2：補報部分醫令或醫令差額」之案件。</p>

指標項目	操作型定義
【核發費用計算範例】	<p>1. 該院所核算基礎(A)=(該院所申報當年醫療服務點數-當年申報藥費)×該院所平均核付率(含部分負擔)</p> <p>2. 各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=60%×各院所核算基礎(A)±第捌點及第玖點增減點數</p> <p>3. 各院所品質保證保留款核算基礎合計=<math>\Sigma(B)=(60\% \times \text{各院所核算基礎}(A) \pm \text{第捌點及第玖點增減點數})</math>之合計</p> <p>4. 符合核發資格之分數計算原則，如下：</p> <p>①符合本方案第捌點第一項者，核予20分。</p> <p>②符合本方案第捌點第二項者，核予15分。</p> <p>③符合第捌點第三至<del>六</del><u>五</u>項者，各核予10分。</p> <p>④符合本方案第玖點第一項者，當年度申報醫療費用之中醫師扣減2分，單一中醫院所最多扣減10分。</p> <p>⑤符合本方案第玖點第二至五項者，各扣減5分。</p> <p>⑥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。</p> <p>5. 試算範例如下：</p> <p>(1)僅符合基本資格(無本方案第柒、捌、玖點之情事)者 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算×(A)×60%/<math>\Sigma(B)</math></p> <p>(2)僅符合基本資格及教學研究績效卓著者(+10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算×(A)×(60%+10%)/<math>\Sigma(B)</math></p> <p>(3)符合基本資格且於無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮地區開業者(+100%)、教學研究績效卓著者(+10%)但「同日重複就診率」超過80百分位者(-10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算×A×(60%+100%+10%-10%)/<math>\Sigma B</math></p>

## 全民健康保險中醫門診總額 中藥用藥安全管理及品質提升作業要點

### 一、目的：

為重視中藥保存安全，提升中醫醫療品質，訂定本要點，以加強中醫門診特約醫事服務機構(以下稱中醫醫療院所)藥品管理作業，確保民眾用藥權益與安全。

### 二、申請方式：

符合本要點第三點第一項之中醫醫療院所，應填具申請書(如附表一)並檢附查檢表(如附表二)，向中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)申請認證。

### 三、評核方式：

- (一)中醫醫療院所之專任醫師均須參加中醫全聯會辦理之「中藥用藥安全管理及品質提升作業」講習會，並取得證明後，以自評方式提出申請。經中醫全聯會審查合格之院所名單，每季公告於該會網站。
- (二)訪查評估：由中醫全聯會「中醫門診醫療服務審查執行會」之各分區會每年就該區合格院所數抽取二十分之一的院所進行實地訪查，並依本要點之檢查表評分；訪查不合格之院所改善後可提出複查。未提出複查或經複查仍未合格者，則列入該年度不合格院所名單。
- (三)認證合格之中醫醫療院所，如經中醫全聯會、保險人分區業務組或地方衛生主管機關依本要點查檢表再評核未合格者，該院所亦不予核發該年度「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款」。

### 四、本要點之評核作業由中醫全聯會研訂後公告實施。

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點  
申請書

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼		
	負責醫師姓名		院所醫師數		名
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	上課日期	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註
	學分證明書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	中藥用藥安全管理及品質提升作業要點查檢表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
保險醫事服務機構	機構章戳	中醫全聯會審核意見欄	<p>1 <input type="checkbox"/> 審核通過</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 不符合規定</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊</p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>審核委員：日期章戳：</p>		

(本欄由審查單位填寫)

註：請將本表併同本要點之附表二郵寄至中華民國中醫師公會全國聯合會(22069 新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2)審查。

## 中藥用藥安全管理及品質提升作業要點

## 查檢表

醫療院所名稱：

醫療院所代碼：

地址：

電話：

填表日期：

項目	分類	查檢內容	符合	配分
壹、人員規範*		執行中藥用藥安全管理之院所，中醫師(藥師)應具有中藥用藥安全訓練及醫療品質提升學分(時)認證		20
貳、使用及調劑*		中醫師或藥師調劑		10
參、藥品	1.購入	合格藥廠、藥商名冊		5
	2.輸出	應依中醫師開具處方箋交付藥品		5
	3.銷燬	過期、變質藥品應定期銷燬		5
	4.儲存	1.應依藥品特性個別保存放於通風、密封、冷凍、冷藏		5
		2.設有專人管理		5
3.倉儲藥品應個別列有數量、保存期限			5	
肆、毒劇藥品*	1.調劑	中醫師或藥師調劑		10
	2.處方	看到毒劇藥品處方應向開立醫師確認品項、數量		10
	3.購入輸出	每筆登記：使用人員、患者、日期、劑量、剩餘量		5
	4.管理	設有專人管理		5
	5.儲存	1.應有明顯標示、警語並上鎖保存		5
2.藥品應於業務處所設置簿冊，詳實登載毒劇藥品定期之收支、銷燬、減損及結存情形			5	
伍、評分(本欄由中醫全聯會填寫)	總分			
	是否合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 未合格		
考評標準：1、總分 81 分以上(含)及格 2、總分 70 至 80 分得於一個月後申請複查 3、總分 69 分以下得於二個月後申請複查 4、*為必要合格項目				

註：請將本表併同本要點之附表一郵寄至中華民國中醫師公會全國聯合會(22069 新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2)審查。

112年中醫品保款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		核發金額(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
				27,068

60~100%占率

75%

依中全會建議符合核發品質保證保留款資格前30%之院所

，核算基礎再加計100%，以112年中醫品保款核發試算

112年中醫品保款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		核發金額(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	340
10-20百分位	1	305	2	742
20-30百分位	1	305	4	1,077
30-40百分位	0	306		1,404
40-50百分位	4	302	23	1,721
50-60百分位	3	304	20	2,097
60-70百分位	4	302	36	2,557
70-80百分位	8	298	173	6,331
80-90百分位	8	298	233	8,557
90百分位以上	41	266	5,686	18,121
總計	71	3,200	6,176	42,946
				32,596

60~100%占率

85%

討論事項第十案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會  
案由：有關「114年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)」修訂案，提請討論。

說明：

一、依中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)113年10月27日召開「113年中醫門診總額地區預算分配第2次會議」決議事項辦理。

二、中全會建議修正如下：

項次	修正條文	原條文
肆、 預算 分配： 二、	風險調整移撥款之提撥及分配： (一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 <u>150百萬元</u> ，由各季提撥 <u>37.5百萬元</u> 。 (二)分配方式： 1、其中 <u>110百萬元</u> 用於 <u>點值最低分區</u> ， <u>運用</u> 方式如下： (1)自 <u>114年</u> 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 <u>0.9元</u> 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/∑各院補助金額)。	風險調整移撥款之提撥及分配： (一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥6,000萬元，由各季提撥1,500萬元。 (二)分配方式 1、其中4,000萬元用於補助點值，補助方式如下： (1)自113年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。 (2)其浮動點值以該最低分區該季每點支付金額最高補至0.8元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/∑各院補助金額)。 (3)若兩區以上浮動點值低於0.8元時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費

	<p>(3)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114年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。</p> <p>2、其中<u>40百萬元</u>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。</p>	<p>再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至0.8元。</p> <p>(4)移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。</p> <p>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。</p>
三、(一)	<u>65%</u> 預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。	<u>66%</u> 預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。
三、(二)	<u>16%</u> 預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。	<u>15%</u> 預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
附件2 操作 型定 義 一、	<p>指標1 預算 <math>GA = (T) * 97.78\% * 65\%</math></p> <p>指標2 預算 <math>GB = (T) * 97.78\% * 16\%</math></p> <p>指標3 預算 <math>GC = (T) * 97.78\% * 9\%</math></p> <p>指標4 預算 <math>GD = (T) * 97.78\% * 4\%</math></p> <p>指標5 預算 <math>GE = (T) * 97.78\% * 5\%</math></p> <p>預算 <math>GF = (T) * 97.78\% * 1\%</math></p>	<p>指標1 預算 <math>GA = (T) * 97.78\% * 66\%</math></p> <p>指標2 預算 <math>GB = (T) * 97.78\% * 15\%</math></p> <p>指標3 預算 <math>GC = (T) * 97.78\% * 9\%</math></p> <p>指標4 預算 <math>GD = (T) * 97.78\% * 4\%</math></p> <p>指標5 預算 <math>GE = (T) * 97.78\% * 5\%</math></p> <p>指標6 預算 <math>GF = (T) * 97.78\% * 1\%</math></p>

### 本署意見：

有關中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區分配預算，中華民國中醫師公會全國聯合會業提案至全民健康保險會113年11月20日第6屆113年第10次委員會議討論，本署尊重中全會意見，並依全民健康保險會決議辦理。

### 決議：

## 114年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)

### 壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

### 貳、目的：

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

### 參、計畫期間：114年1月1日起至114年12月31日止。

肆、預算分配：當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算(扣除106年度於一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元)，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

#### 二、風險調整移撥款之提撥及分配：

(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥150百萬元，由各季提撥37.5百萬元。

(二)分配方式：

#### 3、其中110百萬元用於點值最低分區，運用方式如下：

(1)自114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0.9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/ $\Sigma$ 各院補助金額)。

(3)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114年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

4、其中 40百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。

三、114年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件 1)：

- (一)~~66%~~ 65%預算以「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之五分區實際預算占率」分配。
- (二)~~15%~~ 16%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
- (三)9%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。
- (四)4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。
- (五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。
- (六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點 1 元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點 1 元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於 1.8 人且中醫師數不大於 9 人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)113年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。

3. 113 年全國每月申報醫療費用點數之平均值 =  $\Sigma$ 113 年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數 /  $\Sigma$ 113 年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
4. 114 年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以 113 年 12 月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

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

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件 2。

#### 陸、管理機制

- 一、中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。
  - 二、中醫全聯會與保險人成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。
- 柒、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，並報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

附件 1：指標之操作型定義

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

※計算時程：每季

指標：

指標 1：95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各區各季實際預算占率分子：各分區各季總預算(Ai1)

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

條件說明：

- 一、第 1 季：96Q1+97Q1+98Q1 預算加總
- 二、第 2 季：96Q2+97Q2+98Q2 預算加總
- 三、第 3 季：96Q3+97Q3+98Q3 預算加總
- 四、第 4 季：95Q4+96Q4+97Q4 預算加總

指標 2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)

分母： $\Sigma$  各分區去年同期戶籍人口數加總( $\Sigma Ai2$ )

條件說明：

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

指標 3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)

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

條件說明：

- 一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。
- 二、資料擷取時間點：中醫門診特約醫事服務機構申報資料【不含職業災害案件（案件分類 B6）、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次月 20 日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0 之案件。

三、 計算步驟：

(一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)

(二)計算每位病患於各區就醫次數(a)

(三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)

=每位病患於各區就醫次數(a)/Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)

(四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率(Σa%)

(五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)

=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)

(六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)

=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值(ΣK1)

四、 舉例說明：

(一)本季全國中醫就診病患有 4 人(p)

(二)計算(a)、(a%)、(T)

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

(三)計算各分區就醫次數之權值

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

指標 4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 ( $\frac{113 \text{ 年該季}}{112 \text{ 年同期}} - 1$ )。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(\frac{113 \text{ 年該季申報醫療費用點數}}{112 \text{ 年同期申報醫療費用點數}}) - 1$ 。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為 1、權值為 5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於 0 且 p 值大於 0 之區域，權值加計+5%；(p-r 產生的最小值中，其值小於 0 且 r 值大於 0 之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以 0 計。

指標 5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： $\sum$  各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

- 一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。
- 二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。
- 三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。
- 五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數  
$$= \text{各分區各鄉鎮市區中醫師數} \div (\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數} \div 10,000)$$
- 六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值  
(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：  
\*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率  $\geq$  全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)  
$$= -5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$$
  
\*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)為 0 (m)。  
\*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為 0 或無中醫師鄉鎮，其權值以 0 計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 $\leq$  全國平均值：

\*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 $\geq$ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)

=+5%(m)\*(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。

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

= 各分區  $\Sigma$  各鄉鎮市區權值(dr\_peop)

\*成長率之計算係與前季季中比較。

指標 6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

一、每季結算時，「偏鄉」之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點 1 元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點 1 元，若分區前一季浮動點值大於每點 1 元者，則不予補付。

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

條件說明：

一、偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於 1.8 人且中醫師數不大於 9 人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)=113 年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

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

三、113 年全國每月申報醫療費用點數之平均值 =  $\Sigma$ 113 年每月申報醫療費用/ $\Sigma$ 113 年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

四、114 年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以 113 年 12 月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

## 附件 2 五分區預算分配之計算及點值核算

### ※五分區預算分配之計算操作型定義

#### 一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)

$$= \text{預算 GA} + \text{預算 GB} + \text{預算 GC} + \text{預算 GD} + \text{預算 GE} + \text{預算 GF} + \text{預算(東區)} + \text{當季撥補之風險調整移撥款 Gh}。$$

$$\text{指標 1 預算 GA} = (T) * 97.78\% * \del{66\%} \underline{65\%}$$

$$\text{指標 2 預算 GB} = (T) * 97.78\% * \del{15\%} \underline{16\%}$$

$$\text{指標 3 預算 GC} = (T) * 97.78\% * 9\%$$

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

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

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

#### 二、各分區各季指標預算計算如下

##### (一)各分區各季預算 Ga

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

指標 1 占率  $(A_{i1} / \sum A_{i1})$

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

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

##### (二)各分區各季預算 Gb

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

指標 2 占率  $(A_{i2} / \sum A_{i2})$

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

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

##### (三)各分區各季預算 Gc = 各季預算 GC \* 指標 3 占率 $(A_{i3} / \sum A_{i3})$ 。

指標 3 占率  $(A_{i3} / \sum A_{i3})$

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

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(四)各分區各季預算 Gd

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

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

※各分區各季經指標 4 加權後之預算 ( $A_{i4}$ )

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

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

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

※成長率占率：四捨五入至小數點第 6 位

(五)各分區各季預算 Ge

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

※各分區指標 5 權值=各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標 5 加權後之預算 ( $A_{i5}$ )

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

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

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

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(六)各分區各季預算 Gf

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

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

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

(一)操作定義:各分區全年預算  $T_y=\Sigma$  該區各季  $T_s+\Sigma$  指標 6 各區各季補至

每點 1 元所需預算。

1. 成長率= $(\underline{114}$  年該區各季核算 Ty /  $\underline{113}$  年該區各季核算 Ty)-1 。
2. 各分區撥補比例= (成長率大於 0 之分區 Ty) /  $\Sigma$  (成長率大於 0 之分區 Ty)。

## (二)撥補程序

1. 於 114 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。

★ 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

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

	113年該區 年 預算 Ty (百萬元)	全 114年該區 全年 預算 Ty (百萬元)	成長 率	負成長 分區 差額	撥補 比例	撥補 方式	調整 金額	撥補後 Ty	撥補後 成長率
	V	W	W/V-1	X	Y	X*Y=Z	Z	W+Z	
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長分 區小計		14,178.9			100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

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

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

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

三、平均點值

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

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

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