



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 114 年第 1 次研商議事會議

114 年 2 月 20 日（星期四）下午 2 時
本署 9 樓第 1 會議室

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

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、中醫門診總額研商議事會議開會規則。	報 1-1
二、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 2-1
三、中醫門診總額執行概況報告	報 3-1
四、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「機構內收案對象中醫醫療費用，應自一般服務扣除」案。	報 4-1
五、113 年第 3 季中醫門診總額點值結算報告案	報 5-1
六、調整「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」施行區域一覽表案	報 6-1

肆、討論事項

一、考量患者實際病況，醫師得依專業調整處置方式，建議刪除同療程維持同一複雜度相關規定案	討 1-1
二、有關健保法規或各項專案條文上如未有明確規範的條文文字，健保署長官發現有不合宜部分，應先與本會研商後再宣導，應注意事項及訂定執行日期；業務組不應直接以行政解釋的方式， 回溯追扣 院所所申報的醫療費用案	討 2-1
三、有關中醫支付標準第七章其他 B71 脈診儀檢查費及 B72 舌診儀檢查費是否開放「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫主要訓練診所」申請案	討 3-1
四、有關執行中醫專案計畫之院所，執行有療程案件，療程如遇跨月時可否能以依執行月份獨立申報案	討 4-1

伍、臨時動議：

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 113 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 11 月 14 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：陳副署長亮好

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列) (*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
何代表紹彰	何紹彰	陳代表建輝	施丞修(代)
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	請假	陳代表憲法	請假
林代表狄昇	林狄昇	黃代表頌儼	黃頌儼
花代表錦忠	張鈺民(代)	楊代表志中	楊志中
邱代表國華	邱國華	楊代表啟聖	楊啟聖
姜代表智文	姜智文	詹代表永兆	詹永兆
柯代表富揚	請假	廖代表奎鈞	廖奎鈞
胡代表文龍	胡文龍	劉代表林義	劉林義
張代表廷堅	張廷堅	蔡代表素玲	涂瑜君(代)
張代表清田	張清田	羅代表永達	羅永達
陳代表仲豪	請假	蘇代表守毅	蘇守毅
陳代表俊良	陳俊良	蘇代表芸蒂	蘇芸蒂

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

陳淑華

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、林偉翔

台灣醫院協會

楊智涵

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年

本署醫務管理組

林右鈞、洪于淇、呂姿曄、
陳依婕、賴彥壯、朱文珣、

本署醫審及藥材組

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

黃瓊萱、王智廣、黃怡娟、
陳世卿、陳聿萱、黃千芬、
鄭正義、李柏諺、楊淑美、
林麗智

賴秋伶、陳亞其、胡錦紅、
杜昱萱

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*、戴秀容*、
林育辰*、潘佳鈴*、謝佩璇*、
何尹琳*、賴文琳*、林聖哲*
高宜聲*、盧靜宜*、黃柏儒*
李昕璇*、劉乃慈*、李岳勳*
秦莉英*

李金秀*、黃皓綱*、李昀融*
黃兆杰*、羅亦珍*、江春桂*
鄭翠君*、吳乙亭*

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

貳、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號 1-4 解除列管，序號 5、6 繼續列管：

序號 5：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。

序號 6：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。

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

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：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 2 季風險調整移撥款各分區當季浮動點值均超過 0.8，故不須撥補；另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 2 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 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

三、本季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：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。

決定：

一、洽悉。

二、114 年保障項目決議維持原 113 年項目，除藥費依藥物給付項

目，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點 1 元支付，並報全民健康保險會同意後實施。

三、114 年中醫門診總額一般服務預算四季重分配，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%。

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」之會議召開事宜。

決定：

一、洽悉。

二、會議時間如下，請各代表預留時間：

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)

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、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1)：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)：新增「苗栗縣大湖鄉」；刪除「苗栗縣造橋鄉」、「雲林縣四湖鄉」。
- 三、施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 79 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 78 個鄉鎮區。

決定：洽悉。

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。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、俟 113 年第 4 季結算時，依 113 年申報費用之住民於本方案收案時點，計算渠等於 112 年申報中醫門診醫療費用(扣除中醫專款項目)，視為一般服務移轉至本專款支應之重複部分，於一般服務予以扣減。

參、討論事項

討論事項第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「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。

決議：

- 一、一家中醫鄉鎮區施行巡迴計畫原以兩個為限，修改為「以兩個為原則，如有特殊情況需新增第三個巡迴醫療服務計畫，得由分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會專案審查後核定」。
- 二、另同意中華民國中醫師公會全國聯合會建議，刪除原有巡迴服務量控管每位中醫師每月巡迴看診診次平均門診量 70 人次上限之規定。
- 三、其他本署對中醫醫療資源不足地區改善方案之簡化及放寬措施(如簡化申請、放寬開業及巡迴點起算時點等)，與配合預算來源及新增統計醫療服務項目等文字修正，均同意調整。

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。

決議：

- 一、本案通過，重點如下：
 - (一)施行機構：參考支付標準第五部第一章居家照護修正。
 - (二)執行目標：修正為至少 100 家照護機構執行、達成 30,000

服務人次。

- (三) 申請與審查程序及須檢附之文件：申請延續執行之院所，核定執行起日為當年1月1日，並簡化院所續申請本方案應備文件。
- (四) 醫療服務提供方式：修正服務異動之報請備查規定。
- (五) 給付項目及支付標準：明定逾每診次服務量限制不予支付之原則；配合114年專款支應「論次費用」，修正結算方式。

二、中華民國中醫師公會全國聯合會所提論量計酬費用點值保障及門診診察費加成支付建議，請中華民國中醫師公會全國聯合會爭取115年預算支應再議。

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。
決議：本案通過，配合執行年度修訂計畫實施期間；惟放寬慢性病人開藥日數限制部分，待本計畫有足夠預算可支應後再行放寬。

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。
決議：本案通過，計畫適用範圍新增子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌，並配合執行年度修訂計畫實施期間；惟放寬慢性病人開藥日數限制部分，待本計畫有足夠預算可支應後再行放寬。

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。
決議：本案通過，修訂重點如下：
一、配合執行年度修訂計畫實施期間。
二、增列軟組織疼痛及偏頭痛之診斷碼。
三、修訂評估方式，取消每次處置後記錄量表分數，改以通則方式規範計畫中所有適應症須於入院及出院分別實施前後測。

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。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、配合執行年度修訂計畫實施期間。
- 二、修訂助孕定義由「已婚超過一年有正常性生活」改為「超過一年有正常性生活」。

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」條文修訂案，提請討論。

決議：本案通過，配合執行年度修訂計畫實施期間。

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。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、每日藥費由 37 元調高為 38 元。
- 二、複雜傷科比照複雜性針灸增訂每月申報上限，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，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，超過部分改以內含一般傷科醫令計算。

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。

決議：修訂重點如下：

- 一、條文第陸條、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%」。
- 二、刪除雲端查詢相關指標。

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。

決議：同意修訂重點如下：

一、增列「風險移撥款」動支方式提撥及分配提撥方式：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。

(一) 其中 110 百萬元用於點值最低分區，運用方式如下：自 114 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 0.9 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/Σ 各院補助金額）。

(二) 其中 40 百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

二、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，各季預算分配方式占率修正如下：

(一) 指標 1：預算以「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之五分區實際預算占率」分配由 66%減少至 65%。

(二) 指標 2：預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配由 15%增加至 16%。

三、本案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，將依全民健康保險會決議辦理。

附帶事項：114 年中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區分配預算案，業經 113 年 11 月 20 日全民健康保險會第 6 屆第 10 次委員會議決議通過。

肆、散會：下午 4 時 06 分

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

縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數
新北市	坪林區	1	雲林縣	口湖鄉	1	花蓮縣	豐濱鄉	2
	石門區	1	嘉義縣	溪口鄉	1		富里鄉	1
	平溪區	1		東石鄉	1		秀林鄉	3
	雙溪區	1		番路鄉	1		萬榮鄉	3
	烏來區	3		阿里山鄉	3		卓溪鄉	3
宜蘭縣	大同鄉	3	高雄市	田寮區	1	臺東縣	大武鄉	2
	南澳鄉	3		內門區	1		東河鄉	1
新竹縣	橫山鄉	1		茂林區	3		長濱鄉	2
	寶山鄉	1		桃源區	3		綠島鄉	5
	北埔鄉	1		那瑪夏區	3		延平鄉	3
	峨眉鄉	1	屏東縣	萬巒鄉	1		海端鄉	3
	尖石鄉	3		竹田鄉	1		達仁鄉	3
	五峰鄉	3		新埤鄉	1		金峰鄉	3
苗栗縣	卓蘭鎮	1		車城鄉	1		蘭嶼鄉	6
	南庄鄉	1		滿州鄉	2	金門縣	烈嶼鄉	6
	頭屋鄉	1		枋山鄉	1		烏坵鄉	6
	造橋鄉	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
	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		光復鄉	1			
			花蓮縣					

註 1：本一覽表統計截止日期：113 年 8 月 1 日-10 月 25 日，共 7879 個鄉鎮(區)。

〔澎湖縣白沙鄉吉貝村屬澎湖縣白沙鄉，故不另計入鄉鎮(區)數〕。

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

註 3：澎湖縣白沙鄉吉貝村，考量地理及交通因素，另列分級級數為 6。

113 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
施行區域一覽表-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區

縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區
新北市	石碇區	臺南市	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		炭頂鄉
	冬山鄉		楠西區		林邊鄉
	三星鄉		南化區		南州鄉
桃園市	復興區	雲林縣	土庫鎮	澎湖縣	琉球鄉
新竹縣	芎林鄉		古坑鄉		湖西鄉
苗栗縣	大湖鄉		二崙鄉	花蓮縣	鳳林鎮
	西湖鄉		東勢鄉		瑞穗鄉
	造橋鄉		褒忠鄉	臺東縣	成功鎮
	三灣鄉		臺西鄉		卑南鄉
臺中市	石岡區		元長鄉		太麻里鄉
	外埔區		四湖鄉		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。

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：中醫門診總額研商議事會議開會規則。

決定：



中醫門診總額研商議事 會議開會規則

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



代表組成

- 依據「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」計29名，任期2年(114-115年)。
 - 保險付費者代表2名
 - 台灣醫院協會代表2名
 - 中華民國中醫師公會全國聯合會代表18名
 - 專家學者3名
 - 政府機關代表
 - 主管機關代表(社會保險司)1名
 - 保險人代表2名
 - 主管機關所屬中醫藥管理政策單位(中醫藥司)代表1名

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

2



利益揭露與迴避

- 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事，若涉相關利益，務請迴避。如有違反且情節重大者，經本會議決議後，本署得予更換；其缺額本署得依本要點辦理改推派事宜。
 - 任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：
 - (一)經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。
 - (二)經地方主管機關停業、廢止執業執照。
 - (三)經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。
- 前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。



出席與發言

- 出席代表過半數，始得開會。
- 會議代表不克出席，由順位代理人依序代理，非代理人不得代表出席與發言。
- 代表發言應先舉手，經主席按舉手先後安排發言順序；發言者先說明『姓名』、如代理人應補充『代理代表』之姓名。
- 發言時間以3分鐘為原則，經主席同意得延長之；如主席認定與議題無關之發言，得裁定終止。
- 會議以3小時為原則，必要時得延長或縮短。
- 會議採全程錄音。



資訊公開

- 本會議之提案，請於開會14日前以書面或電子郵件提送本署。
- 本會議之會議紀錄、錄音檔，於本署全球資訊網公布。



年度研商議事會議預定報告/ 討論議題期程

會議名稱	報告議題	討論議題
第1次會議	1. 前一年第3季點值確認。 2. 當年協定事項及內容。	1. 當年協定金額支付標準修訂未盡項目。 2. 其他。
第2次會議	前一年第4季點值確認。	其他。
第3次會議	1. 當年第1季點值確認。 2. 品保款核發報告。	1. 品質保證保留款及其他現行計畫修訂內容(不涉預算變更)第1次提會討論。 2. 其他。
第4次會議及臨時會	1. 當年度第2季點值確認。 2. 次年地區預算分配(含分區分配與四季分配)。 3. 次年研商議事會議時間。	1. 已執行計畫內容確認。 2. 次年新增預算之計畫草案增訂。 3. 次年協定金額之支付標準項目修訂。 4. 其他。



114年「全民健康保險醫療給付費用 中醫門診總額研商會議」會議時程

- 會議時間如下，請各代表預留時間：

第2次會議	第3次會議	第4次會議	第1臨時會
114.5.15 (週四下午)	114.8.14 (週四下午)	114.11.13 (週四下午)	114.11.27 (週四下午)

報告事項第二案

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 14 項，擬解除列管 12 項，繼續列管 2 項。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	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。	本案修訂通過 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」。 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。	衛生福利部業於 113 年 11 月 28 日以衛部保字第 1131260686 號令公告，自 113 年 12 月 1 日起生效。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
2	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，申請點數過高，應如何管理案。	本案修訂通過 一、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。	衛生福利部業於 113 年 11 月 28 日以衛部保字第 1131260686 號令公告，自 113 年 12 月 1 日起生效。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
3	113_4_報(4)：114 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目報告案	114 年中醫門診一般服務之保障項目比照 111 年保障項目，除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理外，醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點 1 元支付，並報全民健康保險會同意後實施。	本案預訂提報 114 年 3 月 26 日全民健康保險會第 7 屆 114 年第 2 次會議討論。	☐ 解除 ☒ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
4	113_4_報(6)：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。	一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區計 79 個鄉鎮區(計畫附件 1-1) 新增「苗栗縣造橋鄉」。 二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區計 78 個鄉鎮區(計畫附件 1-2)：新增「苗栗縣大湖鄉」；刪除「苗栗縣造橋鄉」、「雲林縣四湖鄉」。	業於 113 年 12 月 10 日以第 AI11302077 號請辦單周知各分區業務組配合辦理後續事宜。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
5	113_4_討(1)：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。	一、一家中醫鄉鎮區施行巡迴計畫原以兩個為限，修改為「以兩個為原則，如有特殊情況需新增第三個巡迴醫療服務計畫，得由分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會專案審查後核定」。 二、另同意中華民國中醫師公會全國聯合會建議，刪除原有巡迴服務量控管每位中醫師每月巡迴看診診次平均門診量 70 人次上限之規定。 三、其他本署對中醫醫療資源不足地區改善方案之簡化及放寬措施(如簡化申請、放寬開業及巡迴點起算時點等)，與配合預算來源及新增統計醫療服務項目等文字修正，均同意調整。。	業於 114 年 1 月 6 日以健保醫字第 1130127941 號函公告。	☒ 解除 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
6	113_4_討(2)：有關「照護機構中醫醫療照護方案」條文修訂案。	一、 本案通過，重點如下： (一) 施行機構：參考支付標準第五部第一章居家照護修正。 (二) 執行目標：修正為至少 100 家照護機構執行、達成 30,000 服務人次。 (三) 申請與審查程序及須檢附之文件：申請延續執行之院所，核定執行起日為當年 1 月 1 日，並簡化院所續申請本方案應備文件。 (四) 醫療服務提供方式：修正服務異動之報請備查規定。 (五) 給付項目及支付標準：明定逾每診次服務量限制不予支付之原則；配合 114 年專款支應「論次費用」，修正結算方式。 二、 中華民國中醫師公會全國聯合會所提論量計酬費用點值保障及門診診察費加成支付建議，請中華民國中醫師公會全國聯合會爭取 115 年預算支應再議。	業於 114 年 1 月 23 日以健保醫字第 1140101705 號公告。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
7	113_4_討(3)：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。	本案通過，配合執行年度修訂計畫實施期間；惟放寬慢性病人開藥日數限制部分，待本計畫有足夠預算可支應後再行放寬。	業於 114 年 2 月 11 日以健保醫字第 1140102477 號公告，自 114 年 1 月 1 日起生效。。	☒ 解除 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
8	113_4_討(4)：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	本案通過，計畫適用範圍新增子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌，並配合執行年度修訂計畫實施期間；惟放寬慢性病人開藥日數限制部分，待本計畫有足夠預算可支應後再行放寬。	業於114年2月11日以健保醫字第1140102477號公告，自114年1月1日起生效。	☒ ☐ 解除繼續 列管列管
9	113_4_討(5)：有關「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案	本案通過，修訂重點如下： 一、配合執行年度修訂計畫實施期間。 二、增列軟組織疼痛及偏頭痛之診斷碼。 三、修訂評估方式，取消每次處置後記錄量表分數，改以通則方式規範計畫中所有適應症須於入院及出院分別實施前後測。	業於114年2月11日以健保醫字第1140102477號公告，自114年1月1日起生效。	☒ ☐ 解除繼續 列管列管
10	113_4_討(6)：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	本案通過，修訂重點如下： 一、配合執行年度修訂計畫實施期間。 二、修訂助孕定義由「已婚超過一年有正常性生活」改為「超過一年有正常性生活」。	業於114年2月11日以健保醫字第1140102477號公告，自114年1月1日起生效。	☒ ☐ 解除繼續 列管列管
11	113_4_討(7)：有關「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」條文修訂案	本案通過，配合執行年度修訂計畫實施期間。	業於114年2月11日以健保醫字第1140102477號公告，自114年1月1日起生效。	☒ ☐ 解除繼續 列管列管
12	113_4_討(8)：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	本案通過，修訂重點如下： 一、每日藥費由37元調高為38元。 二、複雜傷科比照複雜性針灸增訂每月申報上限，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，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，超過部分改以內含一般傷科醫令計算。	業於113年12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。	☐ ☒ 解除繼續 列管列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
13	113_4_討(9)：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	本案通過，修訂重點如下： 一、條文第陸條、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%」。 二、刪除雲端查詢相關指標。	業於 113 年 12 月 17 日以健保醫字第 1130126278 號公告。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
14	113_4_討10): 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。	本案修訂通過，重點如下： 一、增列「風險移撥款」動支方式提撥及分配提撥方式：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： (一)其中 110 百萬元用於點值最低分區，運用方式如下：自 114 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 0.9 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/Σ各院補助金額)。 (二)其中 40 百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。 二、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，各季預算分配方式占率修正如下： (一) 指標 1：預算以「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之五分區實際預算占率」分配由 66% 減少至 65%。 (二) 指標 2：預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配由 15%增加至 16%。 三、本案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，將依全民健康保險會決議辦理。 附帶事項：114 年中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區分配預算案，業經 113 年 11 月 20 日全民健康保險會第 10 次委員會議決議通過。	業於 113 年 12 月 18 日健保醫字第 1130126290 號公告。	☒ 解除 ☐ 繼續列管

報告事項第三案

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 3-2）

決定：



(附件)

中醫門診總額執行概況

中央健康保險署

114年2月20日

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

1



大綱

- 114年度中醫門診總額協定結果
- 113Q4點值預估
- 近5年醫療供給及利用概況
- 113年專案執行報告
- 其他參考資料(113年及113Q4醫療供給及利用概況及113Q4專案執行報告)

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

2



114年中醫門診總額-決定結果

衛福部114.1.9公告

◆**結論：**總金額341.92億元，較113年增加17.129億元，
成長率為5.274%。

◆**決定事項重點：**

一、一般服務項目：

1. 提升用藥品質(增加347百萬元)(114年新增項目)：
 - 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。
 - 於額度內妥為管理運用，並落實中藥用藥品質提升及費用之監督與管理。
 - 研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性。
2. 中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分(增加160百萬元)(114年新增項目)。
3. 「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(114年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減(減少5.5百萬元)(114年新增項目)。
4. 「照護機構中醫醫療照護方案」專款之論量計酬費用移列一般服務(增加86百萬元)(114年新增項目)。
5. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(減少0.8百萬元)。

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

3



114年中醫門診總額決定重點(1)

二、專款項目協定重點：

- (一)醫療資源不足地區改善方案:全年經費1.83億元。
- (二)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫:全年經費4.659億元。
- (三)中醫提升孕產照護品質計畫:全年經費0.82億元。
 - 請持續評估計畫成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率。
- (四)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫:停辦。
- (五)中醫癌症患者加強照護整合方案:全年經費3.523億元。
 - 其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌。
- (六)中醫急症處置:全年經費0.10億元。
 - 檢討執行成效及計畫執行情形，本計畫再試辦1年，若未呈現具體成效則應退場。

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

4



114年中醫門診總額決定重點(2)

- (七)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫:1.524億元。
- ▶ 持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準。
 - ▶ 依114年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。
 - ▶ 有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於114年7月提全民健康保險會報告。
- (八)照護機構中醫醫療方案：0.08億元。
- ▶ 本計畫編列論次費用8百萬元，論量計酬費用移列一般服務。
 - ▶ 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討本計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度。
- (九)網路頻寬補助費用：專款額度改由公務預算支應。
- (十)品質保證保留款:114年專款經費0.298億元，與原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(0.228億元)合併運用(計0.526億元)。



114年中醫門診成長率項目表_一般服務

項 目	核定結果	
	成長率(%)	預估增加金額(百萬元)
A. 一般服務		
A1. 醫療服務成本及人口因素成長率	3.588%	1,119.5
投保人口預估成長率	0.362%	
人口結構改變率	0.802%	
醫療服務成本指數改變率	2.412%	
A2. 協商因素成長率	1.880%	586.7
1. 提升用藥品質(114年新增項目)	1.112%	347.0
2. 中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分(114年新增項目)	0.513%	160.0
3. 「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(114年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減(114年新增項目)	-0.018%	-5.5
4. 「照護機構中醫醫療照護方案」專款之論量計酬費用移列一般服務(114年新增項目)	0.276%	86.0
5. 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-0.8
一般服務成長率	增加金額	1.706.2
	總金額	32,908.6



114年中醫門診成長率項目表_專款合計

項 目	核定結果	
	專款金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
專款項目		
1. 醫療資源不足地區改善方案	183.0	3.0
2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫	465.9	29.1
3. 中醫提升孕產照護品質計畫	82.0	12.0
4. 兒童過敏性鼻炎專案照護計畫(自114年度起停辦)	0.0	-21.2
5. 中醫癌症患者加強照護整合方案(114年增加子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌)	352.3	87.3
6. 中醫急症處置	10.0	0.0
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	152.4	47.1
8. 照護機構中醫醫療方案	8.0	-40.0
9. 品質保證保留款	29.8	-27.6
10. 網路頻寬補助費用(本項114年預算改由公務預算支應)	0.0	-83.0
專款總金額	1,283.4	6.7
較113年度核定總額成長率(一般服務+專款)	增加金額	1,712.9
	總金額	34,192.0
	5.274%	

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

7



點值預估說明

- 一、製表日期：114年2月8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(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(99.225391157%)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年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。於113年第3季已用罄，全年無結餘款。
- 五. 113年一般服務「中醫利用新增人口」項目，經統計113年中醫人數較112年減少378,884人，依總額公告核定事項，一般服務預算應扣減588百萬元，分別於113年第3、4季結算各扣減294百萬元。
- 六. 113年照護機構中醫醫療照護方案重複之預算扣減金額為2,407,176元，分別於113年第3、4季結算扣減1,203,588元。

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

8



113年第4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4季	臺北	2,212	0	890	1,445	0.9150	0.9474
	北區	971	0	440	653	0.8120	0.8877
	中區	1,939	5	761	1,376	0.8563	0.9075
	南區	1,103	0	475	718	0.8749	0.9247
	高屏	1,227	0	508	805	0.8935	0.9347
	東區	169	0	53	104	1.1197	1.0792
	合計	7,622	5	3,127	5,101	0.8811	0.9263

註：112Q4結算全區平均點值0.8598

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

9



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

10



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12月	1,127	468	1,058	530	550	71	3,804
110年12月	1,137	470	1,058	530	558	71	3,824
111年12月	1,159	481	1,074	535	567	68	3,884
112年12月(A)	1,196	493	1,089	543	574	70	3,965
113年12月(B)	1,215	497	1,099	558	588	71	4,028
成長率(B/A)-1	1.6%	0.8%	0.9%	2.8%	2.4%	1.4%	1.6%
增減數B-A	19	4	10	15	14	1	63

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

11



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12月(A)	27	16	36	25	22	12	138
113年12月(B)	27	16	38	25	24	12	142
成長率(B/A)-1	0.0%	0.0%	5.6%	0.0%	9.1%	0.0%	2.9%
增減數B-A	0	0	2	0	2	0	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12月較去年同期家數增減名單：

北區(0)：增加1家：新竹市立馬偕兒童醫院；減少1家：聯新國際醫院桃新分院

中區(+2)：增加2家：仁和醫院、新太平澄清醫院

高屏(+2)：增加2家：國軍高雄總醫院岡山分院附設民眾診療服務處、高雄醫學大學附設高醫岡山醫院

註3：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註4：成長率為當年各月與去年同期之比較。

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

12



中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
109年12月	2,150	898	1,919	919	1,017	164	7,067
110年12月	2,191	928	1,971	934	1,051	160	7,235
111年12月	2,235	954	2,017	959	1,086	157	7,408
112年12月(A)	2,301	1,002	2,078	981	1,119	161	7,642
113年12月(B)	2,344	1,037	2,125	1,021	1,158	159	7,844
成長率(B/A)-1	1.9%	3.5%	2.3%	4.1%	3.5%	-1.2%	2.6%
增減數B-A	43	35	47	40	39	-2	202

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。

註2：成長率係與前一年同期比較。

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

13



醫院執業之中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
109年12月	233	117	237	150	123	63	923
110年12月	242	116	258	154	122	59	951
111年12月	246	125	255	158	119	58	961
112年12月(A)	247	129	280	168	119	63	1,006
113年12月(B)	249	128	293	176	126	57	1,029
成長率(B/A)-1	0.8%	-0.8%	4.6%	4.8%	5.9%	-9.5%	2.3%
增減數B-A	2	-1	13	8	7	-6	23

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。

註2：成長率係與前一年同期比較。

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

14



各分區每萬人口中醫師數

年度	109	110	111	112	113
臺北	2.83	2.92	3.00	3.06	3.12
北區	2.34	2.42	2.48	2.57	2.64
中區	4.19	4.33	4.44	4.55	4.66
南區	2.77	2.84	2.93	3.00	3.13
高屏	2.76	2.88	2.99	3.07	3.19
東區	3.04	2.99	2.95	3.04	3.03
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

15



各分區每萬人口中醫師數 與全國比率

年度	109	110	111	112	113
臺北/全區	0.94	0.94	0.94	0.94	0.93
北區/全區	0.78	0.78	0.78	0.79	0.79
中區/全區	1.40	1.40	1.40	1.40	1.39
南區/全區	0.92	0.92	0.92	0.92	0.93
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	0.90
全區	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

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

16



113年第4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	449,212	2.09	4,779
	基隆市	84	361,441	2.32	4,303
	臺北市	1,054	2,490,869	4.23	2,363
	新北市	1,104	4,047,001	2.73	3,666
	金門縣	8	143,601	0.56	17,950
	連江縣	0	13,950	0.00	0
		2,344	7,506,074	3.12	3,202
北區	桃園市	653	2,338,648	2.79	3,581
	新竹市	132	457,242	2.89	3,464
	新竹縣	132	594,641	2.22	4,505
	苗栗縣	120	532,854	2.25	4,440
		1,037	3,923,385	2.64	3,783
中區	臺中市	1,561	2,860,601	5.46	1,833
	南投縣	144	472,299	3.05	3,280
	彰化縣	420	1,225,675	3.43	2,918
		2,125	4,558,575	4.66	2,145

17



113年第4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	159	658,427	2.41	4,141
	嘉義市	121	262,177	4.62	2,167
	嘉義縣	90	478,786	1.88	5,320
	臺南市	651	1,858,651	3.50	2,855
		1,021	3,258,041	3.13	3,191
高屏	高雄市	982	2,731,412	3.60	2,781
	屏東縣	171	789,239	2.17	4,615
	澎湖縣	5	107,901	0.46	21,580
		1,158	3,628,552	3.19	3,133
東區	花蓮縣	102	315,374	3.23	3,092
	臺東縣	57	210,219	2.71	3,688
		159	525,593	3.03	3,306
	總計	7,844	23,400,220	3.35	2,983

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

18



每萬人口中醫師數組距各區鄉鎮數

年月	每萬人口 中醫師組距	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	合計%
112年12月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	13	11	6	11	23	14	78	21.2%
	0<X<1	17	9	12	25	20	5	88	23.9%
	1≤X<2	14	14	13	18	15	5	79	21.5%
	2≤X<3	9	5	7	8	5	2	36	9.8%
	3≤X	17	8	30	15	14	3	87	23.6%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
113年12月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	13	12	5	12	23	15	80	0
	0<X<1	17	10	14	23	19	4	87	0
	1≤X<2	13	10	10	19	14	4	70	0
	2≤X<3	9	8	8	7	7	2	41	0
	3≤X	18	7	31	16	14	4	90	0
	合計	70	47	68	77	77	29	368	0
較去年同期 增減鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	0	1	-1	1	0	1	2	
	0<X<1	0	-1	-2	2	1	1	1	
	1≤X<2	1	4	3	-1	1	1	9	
	2≤X<3	0	-3	-1	1	-2	0	-5	
	3≤X	-1	1	-1	-1	0	-1	-3	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

註：無中醫鄉鎮(+2)：北區(+1)：苗栗縣造橋鄉；中區(-1)：彰化縣線西鄉；
南區(+1)增加雲林縣褒忠鄉及口湖鄉；減少雲林縣四湖鄉
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

19



近5年整體費用申報概況

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
109年	39,005.2	-3.3%	28,876.1	1.3%	740.3	4.8%
110年	34,921.2	-10.5%	26,886.6	-6.9%	769.9	4.0%
111年	41,374.7	18.5%	31,359.5	16.6%	757.9	-1.6%
112年	44,091.6	6.6%	34,296.8	9.4%	777.9	2.6%
113年	42,599.2	-3.4%	34,305.1	0.02%	805.3	3.5%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。
註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註3：成長率為與前一年同期比較。

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

20



近5年整體申報費用點數 【費用分類】

項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
近五年	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率
109年	10,700.2	44.5%	179.1	18.8%	12,277.2	15.9%	5,719.7	38.9%	28,876.1	1.3%
110年	10,006.7	-6.5%	159.6	-10.9%	11,118.9	-9.4%	5,601.4	-2.1%	26,886.6	-6.9%
111年	11,925.5	19.2%	179.4	12.4%	12,962.0	16.6%	6,292.5	12.3%	31,359.5	16.6%
112年	12,796.3	7.3%	194.3	8.3%	13,771.8	6.2%	7,534.4	19.7%	34,296.8	9.4%
113年	12,620.1	-1.4%	189.8	-2.3%	13,379.7	-2.8%	8,115.5	7.7%	34,305.1	0.02%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年調高針灸、傷科、針傷科支付標準；112年3月調高針傷合併處置費調高為「針灸+傷科治療點數」。

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

21



近5年整體申報醫療費用點數 【案件分類】(1)

近五年/ 案件分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無 中醫鄉巡迴醫 療服務	
	值 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率
109年	14,635.1	-0.9%	562.1	-6.9%	5,398.4	10.4%	259.8	16.0%
110年	12,975.1	-11.3%	606.3	7.9%	5,412.2	0.3%	214.8	-17.3%
111年	15,577.5	20.1%	725.0	19.6%	6,263.0	15.7%	248.5	15.7%
112年	16,136.5	3.6%	940.0	29.7%	7,118.3	13.7%	264.3	6.3%
113年	15,142.2	-6.2%	1,103.8	17.4%	7,487.3	5.2%	293.7	11.1%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

22



近5年整體申報醫療費用點數 【案件分類】(2)

近五年/ 案件分類	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 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
109年	3.12	18.9%	7,871.1	-0.3%	117.0	-0.5%	29.4	2045%	28,876.1	1.3%
110年	3.11	-0.4%	7,487.4	-4.9%	101.9	-12.9%	85.8	192%	26,886.6	-6.9%
111年	4.07	31.1%	8,312.1	11.0%	96.6	-5.2%	132.6	54.6%	31,359.5	16.6%
112年	10.19	150.3%	9,532.0	14.7%	110.6	14.6%	184.9	39.4%	34,296.8	9.4%
113年	21.70	112.9%	9,890.2	3.8%	133.9	21.0%	232.3	25.7%	34,305.1	0.02%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。

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

23



近5年醫院中醫科費用申報概況

項目	申報件數		申報醫療點數		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
109年	3,271.3	-7.9%	3,353.8	-2.0%	1,025.2	6.4%
110年	2,978.3	-9.0%	3,212.1	-4.2%	1,078.5	5.2%
111年	3,528.6	18.5%	3,770.4	17.4%	1,068.5	-0.9%
112年	3,980.3	12.8%	4,480.4	18.8%	1,125.6	5.3%
113年	4,099.3	3.0%	4,832.1	7.8%	1,178.8	4.7%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。

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

24



近5年醫院中醫科申報費用點數 【費用分類】

項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
近五年	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率
109年	1,427.4	0.7%	68.0	-6.6%	999.7	-6.2%	858.7	-0.8%	3,353.8	-2.0%
110年	1,311.7	-8.1%	62.2	-8.5%	912.2	-8.8%	926.0	7.8%	3,212.1	-4.2%
111年	1,528.7	16.5%	74.1	19.1%	1,076.5	18.0%	1,091.2	17.8%	3,770.4	17.4%
112年	1,730.1	13.2%	82.3	11.2%	1,211.2	12.5%	1,456.7	33.5%	4,480.4	18.8%
113年	1,803.6	4.2%	84.7	2.9%	1,234.4	1.9%	1,709.4	17.3%	4,832.1	7.8%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年調高針灸、傷科、針傷科支付標準；112年3月調高針傷合併處置費調高為「針灸+傷科治療點數」。

Bureau of National Health Insurance

25



近5年醫院中醫科申報費用點數 【案件分類】(1)

近五年/ 案件分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無 中醫鄉巡迴醫 療服務	
	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
109年	577.0	-4.9%	450.5	-3.8%	1,505.1	2.1%	29.7	14.7%
110年	502.4	-12.9%	508.7	12.9%	1,374.0	-8.7%	24.9	-16.4%
111年	618.9	23.2%	603.3	18.6%	1,565.9	14.0%	35.1	41.1%
112年	615.2	-0.6%	770.7	27.7%	1,792.9	14.5%	44.2	25.9%
113年	548.9	-10.8%	891.7	15.7%	1,913.8	6.7%	52.4	18.7%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

26



近5年醫院中醫科申報費用點數 【案件分類】(2)

近五年/ 案件分 類	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 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
109年	2.90	15.8%	704.4	-8.7%	73.3	1.6%	10.8	0%	3,353.8	-2.0%
110年	2.91	0.2%	706.0	0.2%	66.2	-9.7%	26.9	0%	3,212.1	-4.2%
111年	3.91	34.5%	827.2	17.2%	65.7	-0.9%	50.3	86.7%	3,770.4	17.4%
112年	7.16	83.1%	1,102.2	33.2%	78.7	19.8%	69.4	38.0%	4,480.4	18.8%
113年	13.03	81.9%	1,233.4	11.9%	96.4	22.5%	82.5	18.9%	4,832.1	7.8%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

Bureau of National Health Insurance

27



113年中醫專案執行報告 (含醫院層級執行情形)

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

28



中醫專款計畫

- 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

113年全年預算436.8百萬點，全年預算執行率93.0%。

院所層級	113全年			
	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	15	8,746	123.2	132.77
區域醫院	45	11,716	157.2	176.65
地區醫院	51	4,721	83.1	96.61
總計	111	22,083	363.5	406.04

資料來源：截至114年2月2日多模型健保資料平台。



中醫癌症患者加強照護整合方案

113年全年預算265百萬點，全年預算執行率100.0%(123.7%)。

院所層級	113全年			
	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	15	7,985	90.7	134.74
區域醫院	44	6,729	90.4	140.54
地區醫院	35	1,313	17.5	22.47
基層院所	129	2,146	23.1	30.05
總計	223	17,804	221.7	327.80

資料來源：截至114年2月2日多模型健保資料平台。

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

31



中醫提升孕產照護品質計畫

113年全年預算70百萬點，全年預算執行率100%(102.3%)。

院所層級	113全年			
	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	9	838	6.4	6.77
區域醫院	15	1,411	17.9	20.62
地區醫院	13	251	1.8	1.79
基層院所	126	4,205	39.7	42.47
總計	163	6,604	65.8	71.64

資料來源：截至114年2月2日多模型健保資料平台。

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

32



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

113年全年預算21.2百萬點，全年預算執行率100%(161.7%)。

院所層級	113全年			
	院所家數	照護人數	照護人次 (次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	5	311	1,361	1.70
區域醫院	3	43	302	0.27
地區醫院	4	10	18	0.020
基層院所	133	6,728	32,543	32.30
總計	145	7,091	34,224	34.29

資料來源：截至114年2月2日多模型健保資料平台。

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

33



中醫急症處置計畫

113年全年預算10百萬點，全年預算執行率72.8%。

院所層級	113全年			
	院所家數	照護人數	照護人次 (次)	醫療點數 (萬點)
醫學中心	5	2,015	2,263	717.0
區域醫院	4	114	125	10.6
總計	9	2,129	2,388	727.6

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

113Q4：醫學中心：台北馬偕醫院、台北慈濟醫院、林口長庚紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院
區域醫院：基隆長庚紀念醫院、部立台北醫院、國軍台中醫院、部立豐原醫院

資料來源：截至114年2月2日多模型健保資料平台。

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

34



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

113年全年預算105.3百萬點，全年預算執行率100%(115.2%)。

院所層級	113全年			
	院所家數	照護人數	照護人次 (次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	11	2,248	17,518	31.54
區域醫院	26	1,253	11,834	19.98
地區醫院	21	783	5,617	9.66
基層院所	149	4,656	41,968	60.11
總計	207	8,867	76,937	121.30

資料來源：截至114年2月2日多模型健保資料平台。

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

35



中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

113年全年預算48百萬點，全年預算執行率100%(166.8%)。

院所層級	113全年			
	院所家數	照護人數	照護人次 (次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	9	379	7,316	5.48
區域醫院	22	911	18,914	14.68
地區醫院	19	809	13,127	10.31
基層院所	62	2,596	47,867	43.45
(論量)小計	112	4,627	87,224	73.92
(論次)小計				6.16
總計				80.08

註：本表中醫照護含論次點數。

資料來源：截至114年2月2日多模型健保資料平台。

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

36



113年分區申報專款費用點數

單位：百萬點

分區別	住院輔助	癌症整合	孕產	鼻炎	急症	腎病	中醫照護	合計	占率
臺北	75.4	51.3	7.7	5.1	0.1	19.8	8.6	168.0	16.0%
北區	24.2	39.2	4.8	7.1	0.02	15.8	7.1	98.2	9.4%
中區	178.0	95.8	24.7	11.2	0.6	39.5	31.1	380.9	36.3%
南區	63.1	68.2	20.5	3.5	.	17.6	11.2	184.0	17.6%
高屏	54.2	64.4	12.7	7.3	.	24.0	8.8	171.5	16.4%
東區	11.1	8.9	1.3	0.004	6.6	4.6	7.0	39.6	3.8%
全署	406.0	327.8	71.6	34.3	7.3	121.3	80.1	1,048.4	100.0%

註：中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(含論次)

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

37



113年各季中醫專款預算執行情形

單位：百萬點、百萬元

專款項目	113Q1	113Q2	113Q3	113Q4	113全年	預算	執行率
1. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	92.1	101.0	100.1	112.9	406.0	436.8	93.0%
2. 癌症患者加強照護整合計畫	71.7	80.0	84.3	91.8	327.8	265.0	123.7%
3. 中醫提升孕產照護品質計畫	17.2	18.8	17.6	18.2	71.6	70.0	102.3%
4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	7.6	8.3	9.9	8.4	34.3	21.2	161.7%
5. 中醫急症處置計畫	1.3	1.5	1.3	3.2	7.3	10.0	72.8%
6. 中醫提升慢性腎病照護計畫	25.2	27.5	32.2	36.4	121.3	105.3	115.2%
7. 照護機構中醫醫療照護方案	13.6	18.3	20.2	21.9	80.1	48.0	166.8%
	228.7	255.4	265.5	292.6	1,048.4	956.3	109.6%

註：中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(含論次)

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

38



小結

- 113年癌症患者加強照護整合計畫、中醫提升孕產照護品質計畫、兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、中醫提升慢性腎病照護計畫及中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案及執行率已超出100%，將以浮動點值結算。



敬請指教

其他參考資料 (113年及113第4季)

整體申報概況 【分區別】

項目		申報件數		申報醫療點數		平均每件 醫療點數	
年季	分區	值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
113年	臺北	12,132.4	-3.6%	9,581.8	-1.2%	789.8	2.4%
	北區	5,707.1	-4.0%	4,570.6	-0.2%	800.9	4.0%
	中區	11,206.6	-2.7%	8,921.3	1.1%	796.1	3.9%
	南區	6,060.0	-3.7%	4,978.3	0.2%	821.5	4.0%
	高屏	6,745.5	-3.6%	5,511.2	-0.2%	817.0	3.5%
	東區	747.6	-2.2%	741.8	5.3%	992.3	7.6%
	全區	42,599.2	-3.4%	34,305.1	0.02%	805.3	3.5%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。



整體申報醫療費用點數 【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
	分區	點數 (百萬)	成長率 (百萬)	點數 (百萬)	成長率 (百萬)	點數 (百萬)	成長率 (百萬)	點數 (百萬)	成長率 (百萬)	值 (百萬)	成長率 (百萬)
113年	臺北	3,584.2	-1.3%	51.6	-1.4%	3,822.2	-3.4%	2,123.9	3.0%	9,581.8	-1.2%
	北區	1,789.9	-1.0%	20.7	-16.6%	1,809.3	-3.0%	950.7	8.0%	4,570.6	-0.2%
	中區	3,046.5	-1.0%	53.0	0.2%	3,500.7	-2.4%	2,321.1	10.4%	8,921.3	1.1%
	南區	1,905.4	-1.6%	26.6	-2.8%	1,884.8	-2.8%	1,161.5	9.2%	4,978.3	0.2%
	高屏	2,069.3	-2.2%	33.4	2.4%	2,127.2	-2.6%	1,281.3	7.7%	5,511.2	-0.2%
	東區	224.8	0.5%	4.5	5.0%	235.5	-1.9%	277.0	17.1%	741.8	5.3%
	合計	12,620.1	-1.4%	189.8	-2.3%	13,379.7	-2.8%	8,115.5	7.7%	34,305.1	0.02%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年調高針灸、傷科、針傷科支付標準；112年3月調高針灸合併處置費調高為「針灸+傷科治療點數」。

健康保險署
Health Insurance

43



整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(1)

年季	分區/案件 分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113年	臺北	4,241.4	-5.4%	179.0	1.5%	2,215.6	4.0%	26.0	7.4%
	北區	2,033.9	-6.7%	106.8	9.6%	1,189.3	5.1%	57.7	20.7%
	中區	4,145.0	-6.1%	401.2	17.7%	1,558.0	9.4%	38.2	18.0%
	南區	2,089.8	-7.1%	195.5	15.5%	1,241.8	5.5%	56.7	10.8%
	高屏	2,432.1	-5.9%	179.4	41.0%	1,154.8	1.7%	62.9	10.8%
	東區	199.9	-9.4%	41.9	45.5%	127.7	7.9%	52.2	0.5%
	全區	15,142.2	-6.2%	1,103.8	17.4%	7,487.3	5.2%	293.7	11.1%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

44



整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	分區/案件分類	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 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113年	臺北	7.27	119.1%	2,868.7	0.7%	17.1	25.1%	26.75	20%	9,581.8	-1.2%
	北區	8.15	97.5%	1,135.4	4.5%	15.0	15.3%	24.34	51%	4,570.6	-0.2%
	中區	3.26	69.4%	2,673.3	6.0%	28.0	24.8%	74.32	22%	8,921.3	1.1%
	南區	1.09	237.5%	1,325.5	4.8%	32.6	18.6%	35.30	25%	4,978.3	0.2%
	高屏	1.74	0.0%	1,621.1	3.2%	36.7	23.1%	22.46	39%	5,511.2	-0.2%
	東區	0.19	0.0%	266.3	11.2%	4.6	6.9%	49.11	19%	741.8	5.3%
	全區	21.70	112.9%	9,890.2	3.8%	133.9	21.0%	232.28	26%	34,305.1	0.02%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。

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

45



醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	分區	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
113年	臺北	1,099.9	1.2%	1,289.7	5.9%	1,172.5	4.7%
	北區	457.8	0.5%	578.0	5.7%	1,262.5	5.2%
	中區	1,185.2	3.1%	1,323.5	7.8%	1,116.7	4.6%
	南區	707.8	2.2%	868.6	7.8%	1,227.2	5.6%
	高屏	502.9	11.2%	574.8	14.0%	1,142.9	2.6%
	東區	145.7	1.7%	197.6	10.3%	1,356.5	8.5%
	全區	4,099.3	3.0%	4,832.1	7.8%	1,178.8	4.7%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。

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

46



醫院中醫科申報 醫療費用點數【費用分類+分區別】

年	項目 分區	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113年	臺北	551.5	4.3%	23.7	1.3%	332.9	0.6%	381.7	14.1%	1,289.7	5.9%
	北區	259.1	4.6%	9.1	1.7%	133.7	-0.9%	176.1	13.5%	578.0	5.7%
	中區	423.2	3.8%	24.6	3.4%	354.7	0.5%	520.9	17.7%	1,323.5	7.8%
	南區	310.6	2.8%	14.0	0.9%	206.5	1.3%	337.4	18.3%	868.6	7.8%
	高屏	202.2	7.7%	9.9	10.7%	160.5	12.5%	202.1	22.7%	574.8	14.0%
	東區	56.9	1.9%	3.4	1.7%	46.1	1.2%	91.2	22.7%	197.6	10.3%
	合計	1,803.6	4.2%	84.7	2.9%	1,234.4	1.9%	1,709.4	17.3%	4,832.1	7.8%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年調高針灸、傷科、針傷科支付標準；112年3月調高針灸合併處置費調高為「針灸+傷科治療點數」。

47



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(1)

年	分區	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務	
		值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率
113年	臺北	140.7	-8.7%	154.5	7.7%	620.4	5.7%	5.8	-0.5%
	北區	41.2	-15.4%	87.3	7.1%	313.0	5.5%	4.9	172.3%
	中區	189.4	-15.7%	322.5	13.9%	400.4	12.4%	7.0	18.1%
	南區	87.0	-9.4%	168.2	14.7%	314.7	3.4%	23.0	19.1%
	高屏	72.4	2.0%	127.2	36.7%	212.4	6.4%	7.1	13.0%
	東區	18.2	-12.4%	31.9	40.4%	52.9	8.2%	4.4	-9.3%
	全區	548.9	-10.8%	891.7	15.7%	1,913.8	6.7%	52.4	18.7%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔。

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

48



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(2)

年	分區	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(百 萬)	成長率	值(百 萬)	成長率	值(百 萬)	成長率	值(百 萬)	成長率	值(百 萬)	成長率
113年	臺北	4.48	87.7%	337.2	11.5%	13.8	20.8%	12.76	15.2%	1,289.7	5.9%
	北區	6.40	87.3%	113.5	8.2%	7.1	6.9%	4.54	44.2%	578.0	5.7%
	中區	1.25	21.8%	353.5	12.8%	23.2	30.1%	26.11	5.3%	1,323.5	7.8%
	南區	0.36	154.6%	227.0	13.2%	28.2	16.7%	20.06	42.2%	868.6	7.8%
	高屏	0.49	0.0%	126.3	11.9%	20.6	33.4%	8.29	50.8%	574.8	14.0%
	東區	0.06	0.0%	76.0	11.9%	3.4	7.8%	10.77	-0.1%	197.6	10.3%
	全區	13.03	81.9%	1,233.4	11.9%	96.4	22.5%	82.54	18.9%	4,832.1	7.8%

註1：資料來源：截至114年2月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。0係今年及前一年皆無申報。

註4：醫療給付改善方案及試辦計畫E1係為COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫計畫 #VALUE係112年臺北、北區、南區、東區無申報費用。

49



113年整體費用分析解構圖





整體申報概況 【分區別】

項目		申報件數		申報醫療點數		平均每件醫療點數	
年季	分區	值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
113Q4	臺北	3,005.8	-3.1%	2,396.6	-1.4%	797.3	1.7%
	北區	1,412.5	-2.7%	1,142.3	-0.9%	808.7	1.9%
	中區	2,825.3	-0.7%	2,274.3	2.0%	805.0	2.7%
	南區	1,523.3	-2.2%	1,267.1	0.8%	831.8	3.0%
	高屏	1,679.5	-3.4%	1,382.3	-1.9%	823.0	1.5%
	東區	190.3	2.0%	192.3	6.6%	1,010.4	4.5%
	全區	10,636.8	-2.2%	8,655.0	-0.05%	813.7	2.2%

註1：資料來源：截至114年2月2日多模態健保資料平台。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。

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

51



整體申報醫療費用點數 【費用分類+分區別】

項目		藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
年季	分區	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113Q4	臺北	894.2	-0.4%	12.7	-6.0%	950.6	-2.9%	539.2	-0.1%	2,396.6	-1.4%
	北區	448.0	0.0%	4.7	-24.3%	449.4	-2.3%	240.3	0.8%	1,142.3	-0.9%
	中區	769.7	1.2%	13.3	-0.1%	883.5	-0.9%	607.8	7.9%	2,274.3	2.0%
	南區	482.6	0.5%	6.7	-2.9%	474.7	-2.0%	303.1	5.8%	1,267.1	0.8%
	高屏	514.9	-2.2%	8.3	-3.5%	531.5	-2.9%	327.6	0.1%	1,382.3	-1.9%
	東區	57.4	4.6%	1.2	11.2%	59.8	1.6%	73.8	12.7%	192.3	6.6%
	合計	3,166.8	0.0%	46.9	-5.5%	3,349.4	-2.1%	2,091.8	3.5%	8,655.0	-0.05%

註1：資料來源：截至114年2月2日多模態健保資料平台。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。
 註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年藥費未調整。

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

52



整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(1)

年季	分區/ 案件分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫 其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無 中醫鄉巡迴醫 療服務	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113Q4	臺北	1,049.9	-4.9%	49.9	13.9%	557.3	5.1%	6.9	8.3%
	北區	500.6	-5.0%	28.3	9.2%	301.8	4.9%	15.7	18.8%
	中區	1,038.5	-4.1%	113.9	24.3%	398.0	11.0%	9.6	5.4%
	南區	520.7	-6.3%	53.3	22.7%	317.9	8.2%	15.3	17.6%
	高屏	606.5	-5.0%	49.4	26.0%	285.5	1.8%	15.8	2.3%
	東區	50.7	-2.0%	13.1	72.2%	33.0	11.3%	12.6	-5.7%
	全區	3,767.0	-4.9%	307.9	22.4%	1,893.5	6.3%	75.9	7.6%

註1：資料來源：截至114年2月2日多模態健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。0係今年及前一年皆無申報。

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

53



申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	分區/ 案件分類	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
113Q4	臺北	168.7	25.2%	719.2	-2.1%	4.4	14.0%	7.52	20.1%	2,396.6	-1.4%
	北區	265.8	94.5%	282.8	-2.0%	3.9	4.3%	6.59	23.3%	1,142.3	-0.9%
	中區	76.1	4.5%	685.1	3.4%	7.5	20.2%	20.86	25.8%	2,274.3	2.0%
	南區	20.1	-9.0%	341.0	1.8%	9.0	13.8%	9.58	15.4%	1,267.1	0.8%
	高屏	34.9	6.3%	408.1	-3.4%	9.9	19.1%	6.70	43.6%	1,382.3	-1.9%
	東區	2.7	-0.4%	68.4	5.4%	1.2	8.2%	13.05	11.0%	192.3	6.6%
	全區	568.4	41.4%	2,504.7	-0.1%	35.9	15.2%	64.30	21.5%	8,655.0	-0.05%

註1：資料來源：截至114年2月2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。

54



醫院中醫科申報概況 【分區別】

項目		申報件數		申報醫療點數		平均每件醫療點數	
年季	分區	值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
113Q4	臺北	282.3	0.9%	335.4	4.5%	1,188.0	3.6%
	北區	117.3	2.1%	150.2	5.3%	1,280.4	3.2%
	中區	311.5	6.1%	350.6	9.5%	1,125.7	3.1%
	南區	184.2	5.9%	228.1	9.4%	1,237.9	3.4%
	高屏	132.9	12.8%	152.1	13.1%	1,144.7	0.3%
	東區	36.9	3.8%	50.9	7.7%	1,380.3	3.7%
	全區	1,065.1	4.9%	1,267.3	7.9%	1,189.9	2.9%

註1：資料來源：截至114年2月2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

55



醫院中醫科申報醫療 費用點數【費用分類+分區別】

項目		藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
年季	分區	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113Q4	臺北	141.3	3.9%	6.0	-0.2%	85.4	0.6%	102.6	9.3%	335.4	4.5%
	北區	67.5	5.6%	2.3	4.1%	34.2	2.2%	46.3	7.3%	150.2	5.3%
	中區	110.2	6.3%	6.5	6.5%	92.3	2.6%	141.6	17.4%	350.6	9.5%
	南區	80.2	5.6%	3.6	3.9%	53.4	3.8%	90.9	17.2%	228.1	9.4%
	高屏	52.4	8.9%	2.6	10.5%	42.3	12.0%	54.8	18.6%	152.1	13.1%
	東區	14.1	2.7%	0.8	1.2%	11.5	1.1%	24.5	14.6%	50.9	7.7%
	合計	465.5	5.5%	21.9	4.1%	319.2	3.3%	460.7	14.4%	1,267.3	7.9%

註1：資料來源：截至114年2月2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年調高針灸、傷科、針傷科支付標準；112年3月調高針傷合併處置費調高為「針灸+傷科治療點數」。

康保險署
Health Insurance

56



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(1)

年季	分區	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無 中醫鄉巡迴醫 療服務	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
113Q4	臺北	34.4	-10.1%	43.2	11.9%	160.8	6.8%	1.5	-10.5%
	北區	10.2	-0.4%	23.5	11.5%	80.7	3.6%	1.6	133.6%
	中區	49.1	-10.9%	90.2	19.8%	103.4	13.6%	1.9	10.7%
	南區	22.5	-0.3%	45.8	19.5%	80.5	4.6%	6.4	23.2%
	高屏	18.6	7.8%	35.2	26.7%	55.1	7.3%	1.9	19.4%
	東區	4.7	3.1%	10.3	70.8%	13.3	8.2%	1.1	-8.3%
	全區	139.5	-5.7%	248.2	19.8%	493.9	7.3%	14.4	19.2%

註1：資料來源：截至114年2月2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。

57



醫院中醫科申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	分區	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
113Q4	臺北	108.0	24.1%	87.5	3.0%	3.5	9.2%	3.54	19.3%	335.4	4.5%
	北區	233.8	123.8%	29.2	0.9%	1.7	-5.9%	1.05	5.9%	150.2	5.3%
	中區	31.9	20.3%	92.4	8.1%	6.4	30.2%	6.86	5.8%	350.6	9.5%
	南區	6.1	-32.8%	59.5	10.4%	7.8	12.7%	5.41	24.4%	228.1	9.4%
	高屏	8.8	2.1%	33.2	8.7%	5.8	38.5%	2.23	37.8%	152.1	13.1%
	東區	1.2	0.0%	18.1	-7.0%	0.9	16.1%	2.55	-15.2%	50.9	7.7%
	全區	389.7	64.7%	319.9	5.5%	26.0	19.7%	21.64	11.4%	1,267.3	7.9%

註1：資料來源：截至114年2月2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

58



113年第4季整體費用分析解構圖



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

59



中醫專案計畫

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

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

24



西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

累計至第4季預算執行率93.0%

113Q4

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	14	3,025	35.2	37.7
區域醫院	45	3,973	43.2	49.4
地區醫院	48	1,680	22.1	25.8
總計	107	7,804	100.4	112.9

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，第3季支用100.0百萬點，113全年累計至第4季預算執行率93.0%。

資料來源：截至114年2月2日多模型健保資料平台。

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

61



中醫癌症患者加強照護整合方案

累計至第4季預算執行率100%(123.7%)

113Q4

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	4,488	25.1	36.5
區域醫院	43	3,773	25.5	40.2
地區醫院	29	764	5.0	6.3
基層院所	124	1,325	6.8	8.8
總計	211	10,266	62.4	91.8

資料來源：截至114年2月2日多模型健保資料平台。

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

62



中醫提升孕產照護品質計畫

累計至第4季預算執行率100%(102.3%)

113Q4

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	387	1.7	1.8
區域醫院	14	704	4.4	5.1
地區醫院	11	127	0.6	0.5
基層院所	112	1,890	10.1	10.7
總計	146	3,080	16.7	18.2

資料來源：截至114年2月2日多模型健保資料平台。

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

63



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

累計至第4季預算執行率100%(161.7%)

113Q4

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
醫學中心	3	106	288	35.4
區域醫院	2	15	85	7.2
地區醫院	0	0	0	0.0
基層院所	3	8	11	1.1
總計	108	2,148	8,098	792.4

註：資料來源：截至114年2月2日多模型健保資料平台。

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

64



中醫急症處置計畫

累計至第4季預算執行率72.8%

113Q4

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
醫學中心	5	909	949	320.6
區域醫院	4	10	16	1.3
總計	9	919	965	321.9

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

113Q4：醫學中心：台北馬偕醫院、台北慈濟醫院、林口長庚紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院

區域醫院：基隆長庚紀念醫院、部立台北醫院、國軍台中醫院、部立豐原醫院

資料來源：截至114年2月2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4季預算執行率100%(115.2%)

113Q4

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	11	1,497	5,018	9.0
區域醫院	23	843	3,444	5.9
地區醫院	16	532	1,873	3.2
基層院所	139	2,761	12,705	18.3
	189	5,608	23,040	36.4

資料來源：截至114年2月2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4季預算執行率100%(166.8%含論次)

113Q4

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	253	2,008	144.4
區域醫院	22	603	5,181	403.6
地區醫院	18	529	4,185	325.5
基層院所	60	1,802	14,556	1,312.0
(論量)小計	108	3,186	25,930	2,185.5
(論次)小計				177.2
合計				2,362.7

註：本表中醫照護含論次點數

資料來源：截至114年2月2日多模型健保資料平台。

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

67



113Q4分區申報專案費用點數

單位：百萬點

113Q4

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	21.7	13.9	2.0	1.1	2.0	5.5	2.9	47.1	16.1%
北區	6.3	10.4	1.2	1.2	0.4	4.8	2.3	26.2	9.0%
中區	49.1	27.7	6.5	3.5	12.1	12.7	9.3	108.9	37.2%
南區	17.4	19.0	4.9	0.9	.	5.0	3.3	50.5	17.2%
高屏	15.2	18.2	3.3	1.6	.	7.0	2.1	47.4	16.2%
東區	3.2	2.6	0.2	-	307.4	1.4	1.9	12.5	4.3%
全署	112.9	91.8	18.2	8.4	321.9	36.4	23.6	294.4	100.0%

註：本表中醫照護含論次點數

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

68



小結

- 中醫門診總額專案中醫急症處置計畫在113年第4季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。

報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113年全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案
「機構內收案對象中醫醫療費用，應自一般服務扣除」案。

說明：

- 一、依全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額113年第4次研商議事會議決議辦理。
- 二、按上述會議決議，本案之扣減將俟113年第4季結算時，依113年申報費用之住民於本方案收案時點，計算渠等於112年申報中醫門診醫療費用(排除中醫專款項目)，視為一般服務移轉至本專款支應之費用，於一般服務予以扣減。
- 三、113年本方案共服務4,627位住民，論量支付申報點數約7,392萬點，496人自111年參加本方案，1,216人自112年參加本方案，餘2,915人自113年參加本方案。依服務住民收案時點計算渠等於112年申報中醫門診醫療費用(排除中醫專款項目)，共計240.7萬點(附表)，說明如下：
 - (一)112年始參加本方案之照護機構住民:以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(排除中醫專款項目)，約115.2萬點。
 - (二)113年始參加本方案之照護機構住民:以113年收案始點計算112年同期中醫醫療費用(排除中醫專款項目)，約125.5萬點。
- 四、為免機構內收案對象外出至中醫門診就醫之醫療費用自一般服務扣除影響單一季中醫門診總額之點值，有關本案扣減金額，建議平均分攤於113年第3、4季結算進行。

決定：

附表.113年1-12月「照護機構中醫照護方案」服務對象應扣減之重複費用(排除各專案計畫及代辦案件)

分區	依收案時點計算應扣減費用						合計
	112年收案			113年收案			
	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	29	137	195,405	24	134	132,344	327,749
北區業務組	6	26	26,177	6	61	70,282	96,459
中區業務組	59	330	400,592	63	523	444,018	844,610
南區業務組	20	90	91,271	27	274	353,792	445,063
高屏業務組	36	259	238,470	22	147	164,149	402,619
東區業務組	16	118	200,468	8	79	90,208	290,676
總計	160	960	1,152,383	147	1,218	1,254,793	2,407,176

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：114.2.3)

2. 擷取條件：

(1)收案時點為112年:113年使用照護機構中醫醫療照護方案且112年始使用本方案者(排除111年已參加本方案)，112年1月至112年首次接受本方案月之前1月申報中醫門診醫療費用(排除專款及代辦項目，就醫科別為中醫科)。

(2)收案時點為113年: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。(排除專款及代辦項目，就醫科別為中醫科)。

3. 各專案計畫及代辦費用：

(1)「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」:特定治療項目任一為C8、JC、JD、JQ)。

(2)「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」:特定治療項目任一為J7、JE、JF、JH、JI、JJ)。

(3)「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」:案件分類為25，特定治療項目任一為C6、C7。

(4)「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」:特定治療項目任一為J9。

(5)「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」:特定治療項目任一為JG。

(6)「全民健康保險中醫急症處置計畫」:特定治療項目任一為JK。

(7)「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」:特定治療項目任一為JP。

(8)代辦案件:案件分類為A3、B6、B7、C5、DF。

4. 人數以ID歸戶。

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年第 3 季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

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

二、有關113年第3季結算結果說明如下(附件報5-4頁)：

(一) 依衛生福利部112年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3季風險調整移撥款撥補共支用1,699萬9900元，其中北區當季浮動點值至0.8之差額1,199萬9900元；撥補就醫率最高分區(中區)500萬元(頁次:報5-33頁)。

(二) 查113年度總額協定事項，「中醫利用新增人口」、「照護機構中醫醫療照護方案」，依113年度預算執行結果，扣減當年度未執行及重複部分費用。本季預算依前開協定事項進行扣減，各項目應扣減情形如下表，結算資料如頁次:報5-5：

項目	協定文字	說明
中醫利用新增人口 (一般服務) 執行目標:113年就醫 人數大於112年就醫 人數。	依113年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下： 以「113年實際就醫人數」扣除「112年實際就醫人數」，乘以「113年就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於113年協定增加之預算588百萬元，則扣減未達之差額。	本項預算588百萬元，經統計113年中醫就醫人數為6,367,714人，較112年減少378,884人。因就醫人數未增加，本項目之預算5.88億元應全數扣減。依據本會議113年8月15日113年第3次研商議事會議決定及113年12月25日全民健康保險會第

項目	協定文字	說明
		6 屆 113 年第 11 次委員會 議決定，於 113 年第 3、4 季結算時執行扣減一般服 務預算 2.94 億元。
照護機構中醫醫療照 護方案(專款)	依 113 年度預算執行結果，於 一般服務扣除與本項重複部 分之費用。	應扣減金額 2,407,176 元，分兩季扣除重複之預 算，於 113 年第 3 季扣減 1,203,588 元，113 年第 4 季扣減 1,203,588 元(詳報 告事項第四案)。

註：「中醫利用新增人口」扣減當年未執行之額度「中醫利用新增人口」扣減方式操作型定義如下：

- 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)、6(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。

(三)113年第3季各區點值如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
113 年 第 3 季	浮動點值	0.89089882	0.79778135	0.84059740	0.82899543	0.85761318	1.09673942	0.85581524
	平均點值	0.93220962	0.87810060	0.89719402	0.89683451	0.91253300	1.06437018	0.91031174
	平均點值 (含專款)	0.93373324	0.88229649	0.89966116	0.89995022	0.91441091	1.05000854	0.91262312

(四) 112年第3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 3 季	浮動點值	0.87281121	0.74160498	0.83273112	0.81766076	0.84582020	1.17193540	0.83883780
	平均點值	0.92071606	0.84454945	0.89258400	0.89042642	0.90623039	1.11361722	0.90003170
	平均點值 (含專款)	0.92367603	0.85198684	0.89818891	0.89649630	0.91101461	1.09761751	0.90505930

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。

(五)中醫專案計畫：

各專案項目執行情形如下表：

專款項目	113Q3			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)	56,438	42,806	13,632	1.00000000
2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	135,245	99,576	35,669	1.00000000
3. 中醫提升孕產照護品質計畫	17,500	17,567	-67	0.99619550
4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	5,300	9,927	-4,627	0.33158195
5. 癌症患者加強照護整合方案	66,250	84,104	-17,854	0.77759792
6. 中醫急症處置計畫	4,727	1,279	3,449	1.00000000
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	26,325	32,149	-5,824	0.81884522
8. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	12,000	21,847	-9,847	0.51038551
9. 網路頻寬補助費用(註1、4)	83,000	64,718	18,282	
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113Q3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77.97%。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3季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned} &= 113\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計}(\text{OPD_G113合計}) \times \text{各季預算占率}(\text{h_q3}) \\ &= 30,988,492,521 \times 25.846146\%(\text{h_q3}) \\ &= 8,009,331,020 \text{ (D1)} \end{aligned}$$

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
- ＝ 113年全年預算－ 113年第1季調整後預算－ 113年第2季調整後預算－ 113年第3季調整後預算
- ＝ 30,988,492,521元－ 7,192,232,647元－ 7,793,272,743元－ 8,009,331,020元
- ＝ 7,993,656,111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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 2

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

項目	111年各季 一般服務醫療 給付費用總額	110年各季校正 投保人口預估 成長率差額	111年 違反特管辦法 之扣款(註1)	112年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	111年各季校正 投保人口預估 成長率差值	112年 違反特管辦法 之扣款(註2)	113年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	106年 品質保證 保留款(註3)	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
	(Q111)	(PEOP110)	(B2)	(Q112) =(Q111+PEOP110 +B2)×(1+4.072%)	(PEOP111)	(B3)	(Q113) =(Q112+PEOP111 +B3)×(1+4.979%)	(C106)	(OPD_G113) =(Q113- 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	7,569,545,731
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	7,713,689,002
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	7,614,534,446
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	8,090,723,342

(三)113年支應扣減金額後調整後各季一般服務醫療給付費用總額(D2合計)

項目	113年調整後各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算	扣減未達113年 協定增加之預算 差額(註5)	扣減與照護機構 中醫醫療照護方案 重複之預算(註6)	113年支應扣減金額後 調整後各季地區一般 服務醫療給付費用總額	醫療資源不足 地區之論量計 酬結算金額
	(D1)	(B5)	(B6)	(D2)=(D1)-(B5)-(B6)	(B4)
第1季	7,192,232,647	0	0	7,192,232,647	53,315,867
第2季	7,793,272,743	0	0	7,793,272,743	65,587,105
第3季	8,009,331,020	294,000,000	1,203,588	7,714,127,432	67,429,004
第4季	7,993,656,111	294,000,000	1,203,588	7,698,452,523	0
合 計	30,988,492,521	588,000,000	2,407,176	30,398,085,345	186,331,976

=====

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)

$$= (111\text{年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額}(Q111) + 110\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(PEOP110) + 111\text{年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}) \times (1 + 4.072\%)。$$

※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)

$$= (112\text{年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額}(Q112) + 111\text{年各季校正投保人口數成長率差值}(PEOP111) + 112\text{年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款}) \times (1 + 4.979\%)。$$

※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)

$$= (105\text{年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額} + 104\text{年各季校正投保人口數成長率差值}) \times 106\text{年品質保證保留款醫療給付費用成長率}(0.1\%)。$$
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。
5. 依據113年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項暨全民健康保險會113年第6次委員會議(113.7.30)及第11次委員會議(113.12.25)決定同意健保署所報扣減方式：
 - (1)扣減方式：113年就醫者平均每人就醫費用 $\times$ (113年實際就醫人數-112年實際就醫人數)。
 - (2)就醫人數定義：不含案件分類C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件等)、B6(職災)、A3(預防保健)、主、次診斷為U07.1(確認COVID-19病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)之案件保險對象人數。
 - (3)扣減時程：113年第3、4季點值結算時扣減。
6. 扣減與照護機構中醫醫療照護方案重複之預算(B7)：依據113年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項辦理，照護機構中醫醫療照護方案，依113年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，於113年第3季扣減預算1,203,588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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 4

二、專款專用費用總額

(一) 醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 180,000,000

第1季:預算=180,000,000/4= 45,000,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 10

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

(2)獎勵開業保障給付收入： 11,300,446(J2)

(3)獎勵開業論次費用： 33,000(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3)： 8,176,993(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 11,333,446(J5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 2,454,272(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 24,677,432(J7)

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

3. 合計:

已支用點數： 35,308,697(J4+J8)

暫結金額： 38,465,150(J10=J5+J9)

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

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： 11

(1)獎勵開業已支用點數	:	9,466,062(L1)	(浮動點數 : 6,481,642 ; 非浮動點數: 2,984,420)
(2)獎勵開業保障給付收入	:	12,557,531(L2)	
(3)獎勵開業論次費用	:	39,600(L3)	
(4)小計已支用點數(L1+L3)	:	9,505,662(L4)	暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(L3)= 12,597,131(L5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數	:	2,818,717(L6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	:	27,390,400(L7)	
(3)小計已支用點數	:	30,209,117(L8)	暫結金額= 1元/點× 30,209,117(L8)= 30,209,117(L9)

3. 合計:

已支用點數: 39,714,779(L4+L8)

暫結金額 : 42,806,248(L10=L5+L9)

未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 56,437,874 - 42,806,248= 13,631,626

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 7

第4季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝180,000,000/4＋ 13,631,626＝ 58,631,626

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數： 0

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

(2)獎勵開業保障給付收入： 0(M2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(M3)

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

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 0(M6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 0(M7)

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

3. 合計：

已支用點數： 0(M4+M8)

暫結金額： 0(M10=M5+M9)

未支用金額＝第4季預算－第4季暫結金額＝ 58,631,626－ 0＝ 58,631,626

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

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	: 26,157,223(N1)	(浮動點數 : 17,922,613 ; 非浮動點數: 8,234,610)
(2)獎勵開業保障給付收入	: 35,737,644(N2)	
(3)獎勵開業論次費用	: 108,900(N3)	
(4)小計已支用點數(N1+N3)	: 26,266,123(N4)	結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 35,846,544(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	: 8,028,298(N6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	: 77,493,532(N7)	
(3)小計已支用點數	: 85,521,830(N8)	結算金額= 85,521,830(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： 111,787,953(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+ 42,806,248+ 0=121,368,374

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=180,000,000-121,368,374= 58,631,626

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：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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07-113/09

核付截止日期:113/12/31

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：	70,489,943(X01)	68,074,389(XF01)	2,415,554(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	11,446,713(X02)	11,069,875(XF02)	376,838(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,957,249(X03)	4,773,048(XF03)	184,201(XN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,255,156(X04)	8,798,827(XF04)	456,329(XN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,427,125(X05)	3,044,853(XF05)	382,272(XN05)
(6)小計：	99,576,186(X06)	95,760,992(XF06)	3,815,194(XN06)

已支用點數= 99,576,186

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 99,576,186

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 135,244,999 - 99,576,186= 35,668,813

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 35,668,813= 144,868,813

	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= 144,868,813 - 0= 144,868,813

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

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：	206,979,895(Z01)	199,665,602(ZF01)	7,314,293(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	33,154,454(Z02)	32,033,206(ZF02)	1,121,248(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	14,824,420(Z03)	14,186,838(ZF03)	637,582(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	28,202,143(Z04)	26,619,552(ZF04)	1,582,591(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,770,275(Z05)	8,030,835(ZF05)	739,440(ZN05)
(6)小計：	291,931,187(Z06)	280,536,033(ZF06)	11,395,154(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＋ 99,576,186＋ 0＝ 291,931,187

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 436,800,000－ 291,931,187＝ 144,868,813

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1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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 12

第3季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 70,000,000/4 + 0 = 17,500,000 \\ \text{已支用點數} &= 17,566,833 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 17,566,833 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 17,500,000 - 17,566,833 = -66,833 \\ \text{浮動點值} &= (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (17,500,000 - 0) / 17,566,833 = 0.99619550 \end{aligned}$$

第4季:

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

全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 70,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 53,443,709 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 17,140,130 + 17,859,870 + 17,500,000 + 0 = 52,500,000 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 70,000,000 - 52,500,000 = 17,500,000 \end{aligned}$$

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：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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

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 ＝ 9,926,763 (浮動點數： 6,921,960 非浮動點數： 3,004,803)

暫結金額 ＝ 1元/點×已支用點數 ＝ 9,926,763

未支用金額 ＝ 第3季預算 － 1元/點× 第3季已支用點數 ＝ 5,300,000 － 9,926,763 ＝ -4,626,763

浮動點值＝ (第3季預算－ 非浮動點數)/ 浮動點數＝ (5,300,000－ 3,004,803)/ 6,921,960＝ 0.33158195

第4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4季預算 － 1元/點× 第4季已支用點數 ＝ 5,300,000 － 0＝ 5,300,000

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 14

全年合計：

全年預算 = 21,200,000

已支用點數 = 25,899,081

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 + 5,300,000 + 0 = 15,900,000

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

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

(五)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=265,000,000

第1季:預算 = 265,000,000/4 = 66,250,000

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

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 71,510,192

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

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07-113/09

核付截止日期:113/12/31

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：	24,494,425	20,827,020	3,667,405
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	31,435,416	31,435,416	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,399,726	2,399,726	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	8,696,730	8,696,730	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	7,696,900	7,696,900	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	4,440,985	4,281,813	159,172
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,148,054	1,148,054	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,933,275	1,933,275	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,858,317	1,858,317	0
(10)小計：	84,103,828	80,277,251	3,826,577

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 84,103,828

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 66,250,000 - 84,103,828 = -17,853,828

浮動點值= (第3季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數) = (66,250,000 - 3,826,577) / 80,277,251 = 0.77759792

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 16

第4季:預算＝當季預算＋前1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4季預算 － 1元/點× 第4季已支用點數＝ 66,250,000 － 0＝ 66,250,000

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：	72,072,099	61,149,748	10,922,351
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	87,246,470	87,246,470	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	6,600,104	6,600,104	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	23,959,168	23,959,168	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	21,177,859	21,177,859	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	11,020,729	10,514,497	506,232
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,122,886	3,122,886	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	5,070,230	5,070,230	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	5,178,285	5,178,285	0
(10)小計：	235,447,830	224,019,247	11,428,583

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＋ 66,250,000＋ 0＝ 198,750,000

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

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 17

(六)中醫急症處置計畫 全年預算＝ 10,000,000

第1季：

預算＝ 10,000,000/4＝ 2,500,000

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

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 963,033

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

第2季：

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

已支用點數＝ 1,809,540 (浮動點數： 1,800,555 非浮動點數： 8,985)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 1,809,540

未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數＝ 4,036,967－ 1,809,540＝ 2,227,427

第3季：

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

已支用點數＝ 1,278,605 (浮動點數： 1,278,605 非浮動點數： 0)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 1,278,605

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 4,727,427－ 1,278,605＝ 3,448,822

第4季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 10,000,000/4＋ 3,448,822＝ 5,948,822

已支用點數＝ 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 0)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算－ 1元/點× 第4季已支用點數＝ 5,948,822－ 0＝ 5,948,822

全年合計：

全年預算＝ 10,000,000

已支用點數＝ 4,051,178 (浮動點數： 4,041,786 非浮動點數： 9,392)

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

＝ 963,033＋ 1,809,540＋ 1,278,605＋ 0＝ 4,051,178

未支用金額＝ 全年預算－ 暫結金額＝ 10,000,000－ 4,051,178＝ 5,948,822

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

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:

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

$$\text{已支用點數} = 32,148,933 \quad (\text{浮動點數}: 32,148,933 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 32,148,933$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 26,325,000 - 32,148,933 = -5,823,933$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (26,325,000 - 0) / 32,148,933 = 0.81884522$$

第4季:

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

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 26,325,000 - 0 = 26,325,000$$

=====

全年合計：

全年預算 = 105,300,000

已支用點數 = 84,807,838 (浮動點數：84,807,838 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 + 26,325,000 + 0 = 78,975,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 105,300,000 - 78,975,000 = 26,325,000

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：1,735,000

(2)論量支付已支用點數：20,112,248 (浮動點數：17,190,445 非浮動點數：2,921,803)

(9)小計已支用點數：21,847,248

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 21,847,248

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點×第3季已支用點數 = 12,000,000 - 21,847,248 = -9,847,248

浮動點值 = (第3季預算 - 論次支付費用) / 論量支付已支用點數 = (12,000,000 - 1,735,000) / 20,112,248 = 0.51038551

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 20

=====

第4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4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數 = 12,000,000 - 0 = 12,000,000

全年合計:

全年預算 = 48,000,000

(1)論次支付費用： 4,400,000

(2)論量支付已支用點數： 51,942,948 (浮動點數： 43,988,560 非浮動點數： 7,954,388)

(9)小計已支用點數： 56,342,948

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 + 12,000,000 + 0 = 36,000,000

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

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： 21,671,139

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 64,717,600

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 64,717,600

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 83,000,000 - 64,717,600 = 18,282,400

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 21

=====

(十)品質保證保留款:(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+113年編列之品質保證保留款預算

= (105年第1-4季中醫門診一般服務醫療給付費用總額

+104年各季校正投保人口數成長率差值)×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)+57,400,000

= (5,519,653,839+ 29,594,349)×0.10%+(5,663,148,319+ 22,435,537)×0.10%+(5,585,243,310+ 24,284,110)×0.10%

+ (5,943,856,930+ 17,370,269)×0.10%+57,400,000

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

=80,205,586

※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)與113年度之品質保證保留款(57.4百萬元)合併運用(計80.2百萬元)。

三、一般服務費用總額(註1)

(一)扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算

調整後地區一般服務醫療給付費用總額 7,714,127,432 (D2)

一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 67,429,004 (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 7,646,698,428 (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	4,841,978	1,670,387	6,512,365	6,512,365
北區	9,168,845	4,588,296	13,757,141	13,757,141
中區	6,417,704	2,595,387	9,013,091	9,013,091
南區	7,381,666	3,118,932	10,500,598	10,500,598
高屏	10,623,090	3,891,000	14,514,090	14,514,090
東區	9,777,047	3,354,672	13,131,719	13,131,719
合計	48,210,330	19,218,674	67,429,004(B2)	67,429,004(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% = 7,646,698,428 × 2.22% = 169,756,705 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險調整移撥款(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D2_5) = (E) × 97.78% - 15,000,000 = 7,461,941,723 (加總後四捨五入至整數位) (註3)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 66% = 7,461,941,723 × 66% = 4,924,881,537 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 15% = 7,461,941,723 × 15% = 1,119,291,258 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 9% = 7,461,941,723 × 9% = 671,574,755 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 4% = 7,461,941,723 × 4% = 298,477,669 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 7,461,941,723 × 5% = 373,097,086 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 7,461,941,723 - 4,924,881,537 - 1,119,291,258 - 671,574,755 - 298,477,669 - 373,097,086 = 74,619,418

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：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 23

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

	指標1(註5)(S1)		指標2(註6)(S2)		指標3(註7)(S3)			
指標	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q3+97Q3+98Q3		112年8月		112年7~9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	4,067,660,394	29.9898%	7,510,799	32.8416%	1,037,303.997116		30.0079%	30.5667%
北區	1,666,787,981	12.2888%	3,887,633	16.9990%	510,971.005390		14.7818%	15.0570%
中區	3,666,236,032	27.0302%	4,559,525	19.9369%	851,935.386747		24.6454%	25.1043%
南區	1,942,046,149	14.3182%	3,270,352	14.2999%	478,461.424111		13.8413%	14.0990%
高屏	2,220,761,046	16.3730%	3,641,451	15.9226%	514,907.338825		14.8956%	15.1730%
東區					63,188.847594			
小計	13,563,491,602	100.0000%	22,869,760	100.0000%	3,456,767.999783	3,456,768	98.1720%	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 24

=====

指標4(註8)(S4)								
去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差								
指標								
計算期間	112年7~9月							
分區	人數利用 率成長率 (p)	醫療費 用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註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	-0.035469	-0.127535	0.092066	2	0.00	4,067,660,394	4,067,660,394	29.8066%
北區	0.008804	-0.125710	0.134514	1	0.05	1,666,787,981	1,750,127,380	12.8244%
中區	-0.041673	-0.119787	0.078114	3	0.00	3,666,236,032	3,666,236,032	26.8651%
南區	-0.018507	-0.092008	0.073501	4	0.00	1,942,046,149	1,942,046,149	14.2307%
高屏	-0.034269	-0.096019	0.061750	5	0.00	2,220,761,046	2,220,761,046	16.2732%
小計						13,563,491,602	13,646,831,001	100.0000%

指標5(註9)(S5)				
當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率				
指標				
計算期間	113年5月			
分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指 標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)	指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	0.002755	4,067,660,394	4,078,866,798	30.1380%
北區	0.006384	1,666,787,981	1,677,428,755	12.3942%
中區	-0.010553	3,666,236,032	3,627,546,243	26.8033%
南區	-0.004691	1,942,046,149	1,932,936,011	14.2821%
高屏	-0.001611	2,220,761,046	2,217,183,400	16.3824%
小計		13,563,491,602	13,533,961,207	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

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	29.9898%	32.8416%	30.5667%	29.8066%	30.1380%
北區	12.2888%	16.9990%	15.0570%	12.8244%	12.3942%
中區	27.0302%	19.9369%	25.1043%	26.8651%	26.8033%
南區	14.3182%	14.2999%	14.0990%	14.2307%	14.2821%
高屏	16.3730%	15.9226%	15.1730%	16.2732%	16.3824%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{第3季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 74,619,418 - 20,318,525 \\
 &= 54,300,893
 \end{aligned}$$

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	0.92847717	44,020,229	3,148,449
北區	0.82281101	21,529,863	3,814,854
中區	0.85815317	26,757,442	3,795,455
南區	0.86938461	40,946,055	5,348,187
高屏	0.88535356	36,735,347	4,211,580
小計		169,988,936	20,318,525(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07-113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 26

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

分區	預算(Ga) =GAx指標1占率	預算(Gb) =GBx指標2占率	預算(Gc) =GCx指標3占率	預算(Gd) =GDx指標4占率	預算(Ge) =GEx指標5占率	第3季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,476,962,123	367,593,158	205,278,241	88,966,045	112,444,000	16,284,729	2,267,528,296
北區	605,208,842	190,268,321	101,119,011	38,277,970	46,242,399	6,672,928	987,789,471
中區	1,331,205,329	223,151,979	168,594,141	80,186,324	100,002,331	14,677,640	1,917,817,744
南區	705,154,388	160,057,531	94,685,325	42,475,462	53,286,099	7,774,910	1,063,433,715
高屏	806,350,855	178,220,269	101,898,037	48,571,868	61,122,257	8,890,686	1,205,053,972
小計	4,924,881,537	1,119,291,258	671,574,755	298,477,669	373,097,086	54,300,893	7,441,623,198

(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	7,646,698,428 (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	20,318,525 (M1)
調整後分區一般服務預算總額		7,611,379,903 (加總BD2)

註：

- 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。
- 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
- 風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥6,000萬元。由每季提撥1,500萬元。分配方式：
 - (1)其中4,000萬元用於補助點值，補助方式自113年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。(2)其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.8元之差值(但最高不大於點值第二低之分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。若兩區以上浮動點值低於0.8時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至0.8元。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
 - (2)其中2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。
- 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(D2)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D2_5) = 調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D2) - 東區分區一般服務預算總額 (D6)。
- 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
 - (1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
 - (2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
- 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
 - (1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：Σ各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣAi2)。
 - (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。
- 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率
 - (1)分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)；分母：Σ各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣAi3)。
 - (2)條件說明：保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人；資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害案件(案件分類B6)】、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。
 - (3)計算步驟：計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，計算每位病患於各區就醫次數(a)，計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)=每位病患於各區就醫次數(a)/Σ每位病患於各區就醫次數(a)，各區每位病患之就醫次數比率(T)=各區Σ每位病患於各區就醫次數比率(Σa%)，計算各區每人就醫次數之權值(K1)=各區每位病患之就醫次數比率(T)/全國就醫人數(p)，扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值(ΣK1)。
- 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。
- 指標5：當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率
 - (1)分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母：Σ各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。

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

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

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

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

= -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值：

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

=+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

= 各分區 $\sum$ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

※成長率之計算係與前季季中比較。

10. 指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

(3)條件說明：

a. 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地離島地區

(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之院所須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)112年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

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

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

(1)操作定義：

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

b. 成長率=(113年該區yT / 112年該區yT) -1。

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

(2)撥補程序

a. 於113年第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算Ty負成長之分區補至零成長。

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

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/02/11

113年第 3季

結算主要費用年月起迄:113/07—113/09

核付截止日期:113/12/31

頁 次： 29

四、估算東區以外五分區一般服務各分區浮動點值之計算

1. 一般服務各區就醫核定浮動及非浮動點數_不含資源不足地區改善方案_論量計酬

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1,511,394,251(BF)	920,956,120(BG)	72,817(BJ)
2-北區分區	686,348,364(BF)	452,198,574(BG)	34,870(BJ)
3-中區分區	1,382,212,215(BF)	760,892,980(BG)	40,768(BJ)
4-南區分區	715,360,274(BF)	470,369,948(BG)	33,369(BJ)
5-高屏分區	811,208,283(BF)	509,347,822(BG)	3,234(BJ)
6-東區分區	106,124,452(BF)	53,365,335(BG)	500(BJ)
7-合計	5,212,647,839(GF)	3,167,130,779(GG)	185,558(GJ)

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	= [2,267,528,296	— 920,956,120	— 72,817]	／ 1,511,394,251	= 0.89089882(點值排序：1)
北區分區	= [987,789,471	— 452,198,574	— 34,870]	／ 686,348,364	= 0.78029767(點值排序：5)
中區分區	= [1,917,817,744	— 760,892,980	— 40,768]	／ 1,382,212,215	= 0.83698001(點值排序：3)
南區分區	= [1,063,433,715	— 470,369,948	— 33,369]	／ 715,360,274	= 0.82899543(點值排序：4)
高屏分區	= [1,205,053,972	— 509,347,822	— 3,234]	／ 811,208,283	= 0.85761318(點值排序：2)
東區分區	= [169,756,705	— 53,365,335	— 500]	／ 106,124,452	= 1.09673942

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(用 於補助點 值)之預算	撥補前 五分區估算 浮動點值	風險調整移撥 款撥補當季浮 動點值至0.8 之差額	113年第3季風 險調整移撥款 (用於就醫率最 高分區)之金額	累計至本季 風險調整 移撥款(用 於補助點 值)之剩餘款	撥補後 五分區估算 浮動點值	風險調整移撥 款撥補後一般 服務預算
	(BD2)	(G)	(Z)	(F)	(J)	(I)= (G)-(F)	(Z1)	(BD3)= (BD2)+(F)+(J)
臺北	2,267,528,296		0.89089882				0.89089882	2,267,528,296
北區	987,789,471		0.78029767	11,999,900			0.79778135	999,789,371
中區	1,917,817,744		0.83698001		5,000,000		0.84059740	1,922,817,744
南區	1,063,433,715		0.82899543				0.82899543	1,063,433,715
高屏	1,205,053,972		0.85761318				0.85761318	1,205,053,972
東區	169,756,705		-			-	-	169,756,705
合計	7,611,379,903	11,999,900		11,999,900	5,000,000	0		7,628,379,803

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，實際補助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	= [2,267,528,296	—	920,956,120	—	72,817]	／	1,511,394,251	=	0.89089882
北區分區	= [999,789,371	—	452,198,574	—	34,870]	／	686,348,364	=	0.79778135
中區分區	= [1,922,817,744	—	760,892,980	—	40,768]	／	1,382,212,215	=	0.84059740
南區分區	= [1,063,433,715	—	470,369,948	—	33,369]	／	715,360,274	=	0.82899543
高屏分區	= [1,205,053,972	—	509,347,822	—	3,234]	／	811,208,283	=	0.85761318
東區分區	= [169,756,705	—	53,365,335	—	500]	／	106,124,452	=	1.09673942

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)

= [7,628,379,803 — 3,167,130,779 — 185,558] / 5,212,647,839 = 0.85581524

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	= [2,267,528,296]	／ [1,511,394,251 + 920,956,120 + 72,817]	=	0.93220962
北區分區	= [999,789,371]	／ [686,348,364 + 452,198,574 + 34,870]	=	0.87810060
中區分區	= [1,922,817,744]	／ [1,382,212,215 + 760,892,980 + 40,768]	=	0.89719402
南區分區	= [1,063,433,715]	／ [715,360,274 + 470,369,948 + 33,369]	=	0.89683451
高屏分區	= [1,205,053,972]	／ [811,208,283 + 509,347,822 + 3,234]	=	0.91253300
東區分區	= [169,756,705]	／ [106,124,452 + 53,365,335 + 500]	=	1.06437018

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)

= [7,628,379,803] / [5,212,647,839 + 3,167,130,779 + 185,558] = 0.91031174

5. 中醫門診總額平均點值

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

臺北分區	= [2,267,528,296 + 52,848,022 + 6,512,365]			
	/ [1,511,394,251 + 920,956,120 + 72,817 + 53,091,693 + 6,512,365]			= 0.93373324
北區分區	= [999,789,371 + 33,514,279 + 13,757,141]			
	/ [686,348,364 + 452,198,574 + 34,870 + 34,405,872 + 13,757,141]			= 0.88229649
中區分區	= [1,922,817,744 + 101,968,048 + 9,013,091]			
	/ [1,382,212,215 + 760,892,980 + 40,768 + 108,468,580 + 9,013,091]			= 0.89966116
南區分區	= [1,063,433,715 + 53,559,633 + 10,500,598]			
	/ [715,360,274 + 470,369,948 + 33,369 + 56,576,160 + 10,500,598]			= 0.89995022
高屏分區	= [1,205,053,972 + 54,406,168 + 14,514,090]			
	/ [811,208,283 + 509,347,822 + 3,234 + 58,145,106 + 14,514,090]			= 0.91441091
東區分區	= [169,756,705 + 16,370,552 + 13,131,719]			
	/ [106,124,452 + 53,365,335 + 500 + 17,146,903 + 13,131,719]			= 1.05000854
全 區	= [7,628,379,803 + 312,666,702 + 67,429,004]			
	/ [5,212,647,839 + 3,167,130,779 + 185,558 + 327,834,314 + 67,429,004]			= 0.91262312

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
 = 42,806,248 + 99,576,186 + 17,500,000 + 66,250,000 + 5,300,000 + 1,278,605 + 26,325,000 + 12,000,000
 + 21,671,139 + 19,959,527
 = 312,666,705

- 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113/06(含)以前:於113/10/01~113/12/31期間核付者。

費用年月113/07~113/09:於113/07/01~113/12/31期間核付者。

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：調整「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」施行區域一覽表案。

說明：附件 1-2「施行區域-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」，因原開業於「苗栗縣西湖鄉」及「雲林縣褒忠鄉」之中醫診所歇業，建議「苗栗縣西湖鄉」及「雲林縣褒忠鄉」由附件 1-2 移附件 1-1。

健保署說明：

- 一、統計截至114年2月4日與本署特約之中醫醫事機構各鄉鎮分布，同意中醫全聯會建議如下：
 - (一) 無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件1-1)：增加「苗栗縣西湖鄉」(原福康中醫診所於114年1月1日後歇業)、「雲林縣褒忠鄉」(原永傳中醫診所於113年11月1日後歇業)。
 - (二) 一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件1-2)：刪除「苗栗縣西湖鄉」、「雲林縣褒忠鄉」。
- 二、另查「桃園市復興區」中醫醫事機構異動，爰施行區域調整如下：
 - (一) 無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件1-1)：新增「桃園市復興區」(原復興台地中醫診所於114年1月21日後歇業)。
 - (二) 一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件1-2)：刪除「桃園市復興區」。
- 三、綜上，施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計82個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計75個鄉鎮區。

決定：

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

註 1：本一覽表統計截止日期：~~113 年 10 月 25 日~~ 114 年 2 月 4 日，共 7982 個鄉鎮（區）。

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。

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

註 1：本一覽表統計截止日期：~~113 年 10 月 25 日~~ 114 年 2 月 4 日，共 7875 個鄉鎮（區）。

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

肆、討論事項

討論事項第一案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：考量患者實際病況，醫師得依專業調整處置方式，建議刪除同療程維持同一複雜度相關規定案，提請討論。

說明：

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

本署意見：

- 一、本案已於113年5月16日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額113年第2次研商議事會議提案，決議內容為「與會代表考量現行中醫針灸、傷科屬同一療程診療服務，與一般病人按次就醫依不同病情所提供之服務內涵不同，以及療程規定放寬之財務衝擊，請中全會蒐集同療程複雜度變高之比例及審查管理措施，再提案至本會議討論」。
- 二、查現行中度、高度複雜性針灸及傷科處置等不同治療方式係以適應症範圍認定，且目前本署健保醫療資訊雲端查詢系統可查詢病人過去就醫資料，可做為評估病人是否符合適應症範圍之參考，爰院所提供病人起始次服務，宜整體評估病人病情與治療計畫，若病人於療程中有病情的變化，建議重新評估病人狀況並提供新的療程。

- 三、以中全會所提之案例：「在腳挫傷治療療程中，第二次處置時，病人告知有甲狀腺炎(E06)，符合中度針灸、傷科複雜度治療，應可以變更中度複雜度治療申報」，病人若因病情變化且診斷出與原療程不同之新病，得重新評估並視需要提供合適之新療程，本署未限制必須完成原療程後才可開始新療程。
- 四、綜上，同一傷病經針傷診治後應得改善，爰應依規定原療程之同一複雜度或一般針傷項目申報，推屬新發生之疾病致原療程不適用者，得重新評估並重啟療程，為避免本項浮報，建請中全會提具配套管理措施及審查機制。

決議：

討論事項第二案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

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

說明：

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

本署意見：

- 一、本案已於113年5月16日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額113年第2次研商議事會議提案，決議內容為「依討論事項第4案、6案結論辦理」(附件，頁次討2-3)，說明如下：
 - (一) 第四案(建議刪除同療程維持同一複雜度相關規定案)：與會代表考量現行中醫針灸、傷科屬同一療程診療服務，與一般病人按次就醫依不同病情所提供之服務內涵不同，以及療程規定放寬之財務衝擊，請中全會蒐集同療程複雜度變高之比例及審查管理措施，再提案至本會議討論。
 - (二) 第六案(「西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」適用範圍釐清疑義案)：有關符合計畫適用範圍為「呼吸困難」者是否適用「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫住院各照護階段，依本署112年3月30日健保醫字第1120052772號函、113年1月2日健保醫字第

1120665545 號書函暨同年4月22日健保醫字第1130661756號書函規定辦理。惟若屬慢性呼吸照護階段且符合本案計畫所列腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷之適應症範圍及照護期間，並經醫療專業判斷具治療需求者，得予收案。

- 二、本署依全民健康保險特約醫事服務機構合約第一條規定，依照全民健康保險法、全民健康保險施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法...等、其他相關法令及本合約約定辦理全民健康保險醫療業務。有關中全會舉例之回溯追扣專案，經查，本署分區業務組皆為在支付標準生效後或函釋公告後啟動回溯追扣，惟在正式啟動前，分區業務組會先輔導轄區院所依規定申報，進行檔案分析並於有必要時送專業審查，同時也會於各分區共管會議報告專案追扣情形以輔導院所正確申報。
- 三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第32及33條略以，保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議，得於保險人通知到達日起六十日內，列舉理由或備齊相關文件向保險人申復；如對申復結果仍有異議，得依全民健康保險爭議審議辦法規定，向全民健康保險會申請審議。

決議：

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 113 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 5 月 16 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：李副署長丞華

紀錄：邵子川

出席代表：略。

列席單位及人員：略。

參、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

肆、報告事項：略。

參、討論事項

討論事項第一案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等 5 項專業醫療服務品質指標案，提請討論。

決議：略。

討論事項第二案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：有關中醫支付標準第五章條文是否修訂案，提請討論。

決議：略。

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

決議：略。

討論事項第四案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：考量患者實際病況，醫師得依專業調整處置方式，建議刪除同療程維持同一複雜度相關規定案，提請討論。

決議：與會代表考量現行中醫針灸、傷科屬同一療程診療服務，與一般病人按次就醫依不同病情所提供之服務內涵不同，以及療程規定放寬之財務衝擊，請中全會蒐集同療程複雜度變高之比例及審查管理措施，再提案至本會議討論。

討論事項第五案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：有關健保法規或各項專案條文上如未有明確規範的條文文字，健保署長官發現有不合宜部分，應先與本會研商後再宣導，應注意事項及訂定執行日期；業務組不應直接以行政解釋的方式，追溯核扣院所申報的醫療費用案，提請討論。
決議：依討論事項第四案、六案決議辦理。

討論事項第六案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：建請健保署針對「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」適用範圍釐清疑義案，提請討論。
決議：

- 一、有關符合本計畫適用範圍為「呼吸困難」者是否適用「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫住院各照護階段，依本署112年3月30日健保醫字第1120052772號函、113年1月2日健保醫字第1120665545號書函暨同年4月22日健保醫字第1130661756號書函規定辦理。
- 二、惟若屬慢性呼吸照護階段且符合本案計畫所列腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷之適應症範圍及照護期間，並經醫療專業判斷具治療需求者，得予收案。

討論事項第七案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：有關健保署對於「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」(以下稱西醫住院計畫)及「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案(以下稱癌症照護計畫)」申請資格修訂乙案，提請討論。
決議：略。

肆、散會：下午 3 時 12 分

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七章其他 B71 脈診儀檢查費及 B72 舌診儀檢查費是否開放「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫主要訓練診所」申請案，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 56 次會議決議辦理。
- 二、為增強「主要訓練診所」教學能力，建議將在全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準；第四部中醫第七章申報資格(3)加入「主要訓練診所」，修正文字如下：「(3)前項中醫特約醫事服務機構限中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格或主要訓練診所(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院。」

本署意見：

- 一、查114年度中醫醫療機構負責醫師訓練計畫，主要訓練診所資格摘錄如下(完整資格限制如附件1，頁次討3-3)：
 - (一)須有專任中醫師2 人以上(須符合「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」資格，並領有有效臨床醫學指導教師資格證書)。
 - (二)須可提供中醫內科學、中醫婦科學、中醫兒科學、針灸科學、中醫傷科學及中藥學等六科訓練，且每位臨床醫學指導教師指導之課程以其臨床醫學指導教師資格證書載明之指導科別為限。
- 二、查現行中醫支付標準第七章 B71及 B72之支付規範及申報資格如下：
 - (一)支付規範：
 - 1.申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載(應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)。
 - 2.B71、B72每項每位病人每月限申報一次。
 - (二)申報資格

1. 申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。
2. 前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報，惟研究教學目的不得申報。
3. 前項中醫特約醫事服務機構限中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院。
4. 限執業滿四年之專任中醫師申報。

三、財務影響評估：

本案修訂擴大可申報脈診儀檢查費(B71)、舌診儀檢查費(B72)之場域，為執行面作業調整，整體接受服務的病人群體大致相同，推估無財務衝擊，且本案之修訂使有相關檢查需求之病人就醫可近性提高，惟尚無法評估開放後是否導致需求量增加。

- 四、綜上，中醫醫療機構負責醫師訓練計畫中已對主要訓練診所之資格進行審查，又現行支付標準中脈診儀檢查費(B71)、舌診儀檢查費(B72)之支付規範(如：病歷中應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)及申報資格(如：限執業滿四年之專任中醫師申報)皆有明確規範，爰如同意修訂，本署將持續觀察未來 B71及 B72費用申報之變化。

擬辦：

- 一、修訂後支付標準如附件2(頁次討3-4)，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、俟支付標準公告實施後，本署將持續觀察脈診儀檢查費(B71)、舌診儀檢查費(B72)費用申報之變化，並例行於本會議報告。

決議：

114 年度中醫醫療機構負責醫師訓練計畫

貳、計畫申請資格

訓練院所分為主要訓練院所及協同訓練院所兩類，本計畫由擔任主要訓練院所者向本部委託機構提出申請，其資格如下：

(二) 主要訓練診所資格：

1. 須有專任中醫師^{註2}2人以上（其中2人以上，須符合「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」資格，並領有有效臨床醫學指導教師資格證書），惟指導教師稀少之偏遠地區，得採聯合訓練模式，主要訓練院所與其協同訓練院所，計有2人以上領有有效臨床醫學指導教師資格證書，並經計畫審核通過。此外，主要訓練診所或協同訓練診所，其中須有中藥調劑人員包括中醫師或修習中藥課程達適當標準之藥師1人以上，須符合「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」資格，領有有效中藥學指導教師資格證書。
2. 須可提供中醫內科學、中醫婦科學、中醫兒科學、針灸科學、中醫傷科學及中藥學等六科訓練，且每位臨床醫學指導教師指導之課程以其臨床醫學指導教師資格證書載明之指導科別為限。若有師資不足之主要訓練診所，臨床醫學指導教師得依第二教學專長進行指導或新增協同訓練院所；惟同期間以指導1科為限。
3. 1位教師同一時間所指導之受訓學員至多2名。
4. 若同時領有有效臨床醫學指導教師及中藥學指導教師資格證書者，依「中醫醫療機構負責醫師訓練師資培訓認證要點」規範，可分別指導中藥學及其臨床醫學指導教師資格證書載明之指導科別，惟同期間仍以指導1科為限。
5. 須通過「中醫醫療院所加強感染管控」審查認證。
6. 欲訓練針灸科學之院所，須通過「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查認證。
7. 最近兩年內無衛生機關行政處分紀錄及司法機關刑事處分。
8. 最近兩年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
9. 初次申請之主要訓練院所，須經中醫負責醫師主要訓練診所遴選合格。

註2：專任中醫師醫師係指執業登記於該機構者。

第四部 中 醫

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費	500
	註： 1.適應症：附表4.7所列疾病。 2.支付規範： (1)申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載(應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)。 (2)B71、B72每項每位病人每月限申報一次。 3.申報資格： (1)申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。 (2)前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報，惟研究教學目的不得申報。 (3)前項中醫特約醫事服務機構限中醫醫院評鑑合格或<u>、</u>教學醫院評鑑合格<u>醫院或主要訓練診所</u>(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院。 (4)限執業滿四年之專任中醫師申報。	

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：有關執行中醫專案計畫之院所，執行有療程案件，療程如遇跨月時可否能以依執行月份獨立申報案，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 56 次會議決議辦理。
- 二、中醫支付標準在一般部門項目執行針灸、傷科案件，療程中若同一卡號跨月未結束治療，院所可選擇至迄月合併申報或分二筆起月、迄月獨立申報。
- 三、目前，專案支付標準規定中有療程者為孕產與腎病等，健保署之規範為「合併申報」，此做法易造成申報院所的困擾。因療程病人若隔月有回診，則申報沒有問題，只是慢點申請費用；但若病人未回診，此筆專案則被認定為補報資料，列為必抽審案件。院所常為避免發生此種狀況，會選擇在該月底強迫申報，但此舉又造成病人回診時不知該如何收案的窘境。

擬辦：

- 一、專案案件有療程部分比照一般部門可每月獨立申報。
- 二、補報資料列為必抽審案件，排除專案療程補報案件。

本署意見：

- 一、經查全民健康保險醫療辦法第8條第3項第3款規範中醫針灸同一療程為「自首次治療日起三十日內，六次以內治療」。依特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明(下稱 XML 檔案格式)，同一療程案件跨月實施時，則依 XML 檔案格式規定申報；查5項中醫總額專款計畫中，「中醫提升孕產照護品質計畫(下稱中醫孕產計畫)」及「中醫慢性病腎臟病門診加強照護計畫(下稱中醫腎病計畫)」之支付標準中有規定同療程(第1次與同療程第2-6次)須合併申報。
- 二、考量中醫孕產計畫支付標準項目 P39005~P39008及中醫腎病計畫支付標準項目之 P64005~P64010亦屬中醫針灸性質，爰同意前開2項中醫總額專款計畫之療程相關支付標準比照一般服務申報方式「療程中若同一卡號跨月未結束治療，院所

可選擇至迄月合併申報或分二筆起月、迄月獨立申報」。另專案計畫之補報案件管理方式係屬分區管理權責，建議回歸分區管理討論。

三、財務影響評估：本案修訂為申報作業調整，無財務衝擊。

擬辦：修訂後計畫如附件 1 (頁次討 4-3~4-4)及附件 2(頁次討 4-5~4-6)，本案如經同意，將提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告。

決議：

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 給付項目及支付標準

通則：

- 一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之醫療服務量、診察費、針灸申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 五、本計畫之案件(同一個案)每週限申報一次(P39007、P39008不在此限)。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 支付標準表

編號	診療項	支付點數
P39001	中醫助孕照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、調劑費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39002	中醫助孕照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、調劑費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39003	中醫保胎照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費口服藥(至少七天)、調劑費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39004	中醫保胎照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(至少七天)、調劑費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900

編號	診療項	支付點數
P39005	中醫助孕照護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39006	中醫保胎照護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39007	中醫助孕照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第2~6次) 註： 限與P39005合併申報 、每週限申報3次。	300
P39008	中醫保胎照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第2~6次) 註： 限與P39006合併申報 、每週限申報3次。	300
註： 1、P39003、P39004、P39006、P39008限受孕後0-20週之保胎照護病人適用。 2、各照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004、P39005、P39006)每週限擇一申報。 3、含藥費之照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004)與不含藥費之照護模式(P39005、P39006)，需 ≥ 28 天始得相互轉換。 4、 P39005、P39006、P39007、P39008於同次療程結束後統一申報 ；療程案件每月限申報12次針灸(P39005與P39007合計每月限申報12次；P39006與P39008合計每月限申報12次)。		

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

支付標準表

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

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