



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 114 年第 2 次研商議事會議

114 年 5 月 15 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 2 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、中醫門診總額執行概況報告	報 2-1
三、113 年第 4 季中醫門診總額點值結算報告案	報 3-1
四、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 4-1
五、有關擬訂各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則案	報 5-1

肆、討論事項

一、擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(下稱研商議事作業要點)案	討 1-1
二、修訂 114 年度「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)」之專業醫療服務品質指標案	討 2-1
三、有關 114 年 1 月 1 日於「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」新增申報費用檢核邏輯，核扣申報院所未完成後測但申報點數案	討 3-1
四、有關「提升用藥品質」及「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」114 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項案	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 114 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 2 月 20 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	陳代表冠仁	陳冠仁
吳代表清源	吳清源	陳代表建輝	陳建輝
李代表元齡	李元齡	陳代表博淵	陳博淵
卓代表青峰	卓青峰	黃代表頌儼	黃頌儼
林代表狄昇	(請假)	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	蔡代表素玲	蔡素玲
孫代表茂峰	孫茂峰	羅代表永達	羅永達
張代表廷堅	郭哲彰(代)	蘇代表守毅	蘇守毅
張代表禹斌	張禹斌	蘇代表芸蒂	蘇芸蒂
陳代表仲豪	陳仲豪		
陳代表俊良	陳俊良		

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

中華民國中醫師公會全國聯合會

李敬、王逸年、賴宛而

台灣醫院協會

楊智涵

本署醫務管理組

劉林義、賴彥壯、呂姿曄、
洪于淇、陳依婕、朱文玥、

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

黃怡娟、王智廣、黃瓊萱、
黃千芬、陳世卿、陳聿萱

李柏諺、李珮芳

張淑雅、陳亞其

宋兆喻*、張翊暄*

楊淑娟*、謝明珠*、黃毓棠*、
張舒函*

楊惠真*、王奕晴*、林裕能*、
戴秀容*、柯依鳳*、林育辰*、
潘佳鈴*、謝佩璇*、張玉貞*

何尹琳*、賴文琳*、林聖哲*、
高宜聲*、盧靜宜*、黃柏儒*、
李昕璇*、盧俐頻*、李岳勳*、
秦莉英*

李金秀*、黃皓綱*、李昀融*

王素惠*、鄭翠君*、吳乙亭*

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

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：洽悉。

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。

決定：

一、洽悉。

二、序號3「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」及序號 12「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」繼續列管，餘解除列管。

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。

決定：洽悉。

報告事項第四案

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「機構內收案對象中醫醫療費用，應自一般服務扣除」案。

決定：有關 113 年度總額協定事項「照護機構中醫醫療照護方案」，依 113 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用計 240.7 萬點，並於 113 年第 4 季一般服務預算扣減。

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。

決定：

一、有關 113 年度總額協定事項，就「中醫利用新增人口」依中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減一節，中全會建議不應扣減，並將提健保會討論後再議。

二、中醫門診總額 113 年第 3 季一般服務預算將不扣減，該季點值確認如下表，將辦理點值公布、結算事宜：

部門	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
中醫總額	浮動	0.9491	0.8361	0.8944	0.8867	0.9152	1.1585	0.9101
	平均	0.9684	0.9012	0.9319	0.9316	0.9479	1.1055	0.9441

三、本季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

報告事項第六案

提案單位：本署醫務管理組

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：

一、修訂「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：

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」、「苗栗縣西湖鄉」、「雲林縣褒忠鄉」。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」、「苗栗縣西湖鄉」、「雲林縣褒忠鄉」。

二、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：洽悉。

參、討論事項

討論事項第一案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：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：

一、病人若因病情變化且診斷出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。

二、建請中全會提具配套管理措施及審查機制。

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，回溯追扣院所申報的醫療費用案，提請討論。

決議：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，請中全會於會後提供追扣疑義案件供本署查明。

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。

決議：

- 一、本案通過，中醫支付標準第七章 B71「脈診儀檢查費」及 B72「舌診儀檢查費」開放「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫主要訓練診所」申報。
- 二、本署將持續觀察 B71、B72 費用申報之變化。

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。

決議：本案通過，「中醫提升孕產照護品質計畫」及「中醫慢性病腎臟病門診加強照護計畫」之針灸處置療程相關支付標準項目得比照中醫一般服務依門診申報格式跨月申報。

肆、散會：下午 3 時 14 分

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
臺中市	大安區	1		瑪家鄉	3		莒光鄉	6
	和平區	3		泰武鄉	3		東引鄉	6
南投縣	鹿谷鄉	2		來義鄉	3			
	信義鄉	3		春日鄉	3			
	仁愛鄉	3		獅子鄉	3			
臺南市	後壁區	1		牡丹鄉	3			
	東山區	1	澎湖縣	白沙鄉	5			
	大內區	1		吉貝村	6			
	北門區	1		西嶼鄉	5			

註 1：本一覽表統計截止日期：114 年 2 月 4 日，共 82 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。

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	雲林縣	土庫鎮	澎湖縣	湖西鄉
桃園市	復興區		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		
臺南市	柳營區		杉林區		
	六甲區	屏東縣	長治鄉		

註 1：本一覽表統計截止日期：114 年 2 月 4 日，共 75 個鄉鎮(區)。

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

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 7 項，擬解除列管 7 項。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	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。	本案業經 114 年 3 月 26 日全民健康保險會第 7 屆 114 年第 1 次委員會議決議通過。	☒ ☐ 解除繼續 列管列管
2	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。	衛生福利部業於 114 年 4 月 22 日以衛部保字第 1141260181 號令公告，自 114 年 5 月 1 日起生效。	☒ ☐ 解除繼續 列管列管
3	114_1_報(6): 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。	一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區計 82 個鄉鎮區(計畫附件 1-1) 新增新增「桃園市復興區」、「苗栗縣西湖鄉」、「雲林縣褒忠鄉」。 二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區計 75 個鄉鎮區(計畫附件 1-2): 刪除「桃園市復興區」、「苗栗縣西湖鄉」、「雲林縣褒忠鄉」。	業於 114 年 3 月 19 日以第 AI11400392 號請辦單周知各分區業務組配合辦理後續事宜。	☒ ☐ 解除繼續 列管列管
4	114_1_討(1): 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	一、病人若因病情變化且診斷出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。 二、建請中全會提具配套管理措施及審查機制。	中全會會後未提具配套管理措施及審查機制，若後續有疑義，再請中全會提供相關資料供本署研議，本案先予解列。	☒ ☐ 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
5	114_1 討(2)：有關健保法規或各項專案條文上如未有明確規範的條文字，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，回溯追扣院所申報的醫療費用案	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，請中全會於會後提供追扣疑義案件供本署查明。	中全會會後未提供疑義案件，若後續仍有追扣疑義案件，再請中全會提供本署查明。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
6	114_1 討(3)：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	一、本案通過，中醫支付標準第七章 B71「脈診儀檢查費」及 B72「舌診儀檢查費」開放「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫主要訓練診所」申報。 二、本署將持續觀察 B71、B72 費用申報之變化。	衛生福利部業於 114 年 4 月 30 日以衛部保字第 1140116887 號令公告，自 114 年 5 月 1 日起生效。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
7	114_1 討(4)：有關執行中醫院所，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	本案通過，「中醫提升孕產照護品質計畫」及「中醫慢性病腎臟病門診加強照護計畫」之針灸處置療程相關支付標準項目得比照中醫一般服務依門診申報格式跨月申報。	本署業於 114 年 4 月 22 日以健保醫字第 1140661804 號公告，自 114 年 5 月 1 日起生效。	☒ 解除 ☐ 繼續列管

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件報 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5月15日

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

1



大綱

- 114年第1季點值預估
- 114年第1季醫療供給及利用概況
- 114年第1季專款執行報告

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

2



點值預估說明

- 一、製表日期：114年5月7日。
- 二、總額邏輯說明：
 1. 總額醫療費用含部分負擔。
 2. 分區分配參數依健保會公告東區占率2.22%，其餘五區佔率97.78%。
占率分配如下。
 - 2-1. 113年分區預算調整指標共計有6項，預估實際採用之校正資料為實際預算占率(71%)、戶籍人口占率(16%)、同期就醫次數權值占率(9%)、人數利用及醫療點數成長率(4%)。
 - 2-2. 原地區預算分配所採用之第5、6項指標中醫師密度、偏鄉人口預算分配調升機制並未列入預估作業考量，且其校正占率(6%)均移至實際預算占率。
 3. 預算攤月以前1年同期之申報資料分別計算過年期間、連假之週六及日、國定假日、週六、週日及工作日回攤當年得出每季各月之費用占率。
 4. 分區調後總額以送核補報占率(99.52811032%)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113上半年爭審後核減率，各分區分別計之。
- 四、風險移撥款150百萬元，依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撥補。
 1. 其中110百萬元用於點值最低分區，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。
 2. 其中40百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

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

3



114年第1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1季	臺北	2,208	0	870	1,342	0.9967	0.9980
	北區	968	0	432	602	0.9000	0.9417
	中區	1,928	10	739	1,253	0.9564	0.9726
	南區	1,114	0	472	666	0.9640	0.9789
	高屏	1,238	0	514	773	0.9360	0.9615
	東區	117	0	54	98	1.1904	1.1229
	合計	7,625	10	3,081	4,735	0.9632	0.9777

註：113Q1結算全區平均點值0.9067

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

4

114年第1季 醫療供給及利用概況

特約醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
110年3月	1,126	469	1,057	531	554	71	3,808
111年3月	1,148	474	1,062	534	558	69	3,845
112年3月	1,169	487	1,078	541	566	69	3,910
113年3月(A)	1,201	492	1,092	550	579	70	3,984
114年3月(B)	1,227	497	1,100	559	591	70	4,044
成長率(B/A)-1	2.2%	1.0%	0.7%	1.6%	2.1%	0.0%	1.5%
增減數B-A	26	5	8	9	12	0	60

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表之特約中醫醫院及中醫診所。

註2：成長率係與前一年同期比較。



具中醫科醫院 醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
113年3月(A)	27	15	36	25	22	12	137
114年3月(B)	27	16	38	25	25	13	144
成長率(B/A)-1	0.0%	6.7%	5.6%	0.0%	13.6%	8.3%	5.1%
增減數B-A	0	1	2	0	3	1	7

註1：資料來源-本署醫事機構服務檔之醫院層級(含醫學中心、區域醫院、地區醫院)登載「中醫診療科別」者之家數。

註2：114年3月較去年同期家數增減名單：

北區(+1)：增加1家：新竹市立馬偕兒童醫院

中區(+2)：增加2家：仁和醫院、新太平澄清醫院

高屏(+3)：增加3家：國軍左營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、高雄秀傳紀念醫院

東區(+1)：增加1家：台東馬偕紀念醫院

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

7



中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
110年3月	2,139	891	1,923	907	1,024	159	7,043
111年3月	2,198	933	1,970	938	1,052	157	7,248
112年3月	2,233	968	2,020	963	1,084	156	7,424
113年3月(A)	2,303	1,008	2,072	986	1,126	157	7,652
114年3月(B)	2,379	1,035	2,120	1,025	1,154	162	7,875
成長率 (B/A)-1	3.3%	2.7%	2.3%	4.0%	2.5%	3.2%	2.9%
增減數B-A	76	27	48	39	28	5	223

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。

註2：成長率係與前一年同期比較。

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

8



醫院執業之中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
110年3月	228	114	240	144	121	60	907
111年3月	242	119	252	151	122	57	943
112年3月	244	125	258	155	118	58	958
113年3月(A)	246	128	275	161	122	61	993
114年3月(B)	259	127	288	176	126	57	1,033
成長率(B/A)-1	5.3%	-0.8%	4.7%	9.3%	3.3%	-6.6%	4.0%
增減數B-A	13	-1	13	15	4	-4	40

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。

註2：成長率係與前一年同期比較。

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

9



各分區每萬人口中醫師數

年度	110	111	112	113	114Q1
臺北	2.92	3.00	3.06	3.12	3.18
北區	2.42	2.48	2.57	2.64	2.63
中區	4.33	4.44	4.55	4.66	4.65
南區	2.84	2.93	3.00	3.13	3.15
高屏	2.88	2.99	3.07	3.19	3.18
東區	2.99	2.95	3.04	3.03	3.09
總計	3.10	3.18	3.26	3.35	3.37

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

10



各分區每萬人口中醫師數 與全國比率

年度	110	111	112	113	114Q1
臺北/全區	0.94	0.94	0.94	0.93	0.94
北區/全區	0.78	0.78	0.79	0.79	0.78
中區/全區	1.40	1.40	1.40	1.39	1.38
南區/全區	0.92	0.92	0.92	0.93	0.94
高屏/全區	0.93	0.94	0.94	0.95	0.95
東區/全區	0.97	0.93	0.93	0.90	0.92
全區	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

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

11



114年第1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	89	450,203	1.98	5,058
	基隆市	86	361,548	2.38	4,204
	臺北市	1,088	2,468,089	4.41	2,268
	新北市	1,108	4,049,128	2.74	3,654
	金門縣	8	141,411	0.57	17,676
	連江縣	0	13,747	0.00	0
		2,379	7,484,126	3.18	3,146
北區	桃園市	648	2,345,689	2.76	3,620
	新竹市	133	456,480	2.91	3,432
	新竹縣	133	596,503	2.23	4,485
	苗栗縣	121	532,862	2.27	4,404
		1,035	3,931,534	2.63	3,799
中區	臺中市	1,565	2,865,947	5.46	1,831
	南投縣	143	471,113	3.04	3,294
	彰化縣	412	1,220,292	3.38	2,962
		2,120	4,557,352	4.65	2,150

12



114年第1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	160	656,155	2.44	4,101
	嘉義市	123	261,667	4.70	2,127
	嘉義縣	89	477,408	1.86	5,364
	臺南市	653	1,858,560	3.51	2,846
		1,025	3,253,790	3.15	3,174
高屏	高雄市	975	2,728,880	3.57	2,799
	屏東縣	174	787,528	2.21	4,526
	澎湖縣	5	107,122	0.47	21,424
		1,154	3,623,530	3.18	3,140
東區	花蓮縣	102	314,709	3.24	3,085
	臺東縣	60	209,701	2.86	3,495
		162	524,410	3.09	3,237
總計		7,875	23,374,742	3.37	2,968

Bureau of National Health Insurance

13



每萬人口中醫師數組距各區鄉鎮數

年月	每萬人口 中醫師組距	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	合計%
113年3月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	13	11	5	11	23	15	78	21.2%
	0<X<1	17	9	13	23	19	4	85	23.1%
	1≤X<2	13	15	11	19	15	5	78	21.2%
	2≤X<3	11	5	9	8	6	1	40	10.9%
	3≤X	16	7	30	16	14	4	87	23.6%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
114年3月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	13	14	5	11	23	15	81	22.0%
	0<X<1	17	7	14	23	18	4	83	22.6%
	1≤X<2	12	12	10	20	16	4	74	20.1%
	2≤X<3	10	7	9	7	4	2	39	10.6%
	3≤X	18	7	30	16	16	4	91	24.7%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
較去年同期 增減鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	0	3	0	0	0	0	3	
	0<X<1	0	2	-1	0	1	0	2	
	1≤X<2	1	3	1	-1	-1	1	4	
	2≤X<3	1	-2	0	1	2	-1	1	
	3≤X	-2	0	0	0	-2	0	-4	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

註：無中醫鄉鎮(3)：北區(+3)：桃園市復興區、苗栗縣西湖鄉、造橋鄉

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

14



整體申報概況

【分區別】

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
114Q1	臺北	2,818.6	-2.6%	2,267.3	-0.1%	804.4	2.6%
	北區	1,325.0	-3.3%	1,075.4	-1.2%	811.6	2.2%
	中區	2,640.1	-3.0%	2,110.6	-0.8%	799.5	2.3%
	南區	1,449.1	-2.7%	1,199.8	-0.3%	827.9	2.5%
	高屏	1,641.4	-1.5%	1,349.9	-0.2%	822.4	1.3%
	東區	179.8	1.3%	182.7	5.1%	1,016.0	3.7%
全區		10,054.0	-2.6%	8,185.6	-0.4%	814.2	2.3%

註1：資料來源：截至114年4月29日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

15



整體申報醫療費用點數

【費用分類+分區別】

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
114Q1	臺北	874.0	0.7%	11.8	-6.0%	892.0	-2.3%	489.6	3.0%	2,267.3	-0.1%
	北區	437.8	0.3%	4.5	-24.7%	421.8	-2.9%	211.3	0.0%	1,075.4	-1.2%
	中區	745.6	-0.4%	12.6	-2.0%	824.0	-3.0%	528.5	2.4%	2,110.6	-0.8%
	南區	477.0	1.2%	6.4	-4.4%	451.2	-2.4%	265.1	0.7%	1,199.8	-0.3%
	高屏	519.3	0.0%	8.1	-1.3%	517.3	-1.2%	305.1	1.0%	1,349.9	-0.2%
	東區	57.2	4.6%	1.1	7.2%	56.3	0.8%	68.0	9.2%	182.7	5.1%
合計		3,111.0	0.4%	44.5	-5.9%	3,162.6	-2.4%	1,867.6	2.0%	8,185.6	-0.4%

註1：資料來源：截至114年4月29日多模態健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年藥費未調整。

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

16



整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(1)

年季	分區/ 案件分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫 其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中 醫鄉巡迴醫療服 務	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114Q1	臺北	946.2	-6.1%	46.7	18.7%	599.8	7.6%	5.5	-0.8%
	北區	455.1	-6.8%	26.8	11.0%	322.4	7.3%	13.3	8.0%
	中區	952.1	-6.5%	106.1	22.5%	431.3	11.0%	8.5	-3.9%
	南區	486.0	-6.5%	50.3	14.9%	339.4	9.9%	10.3	-15.8%
	高屏	574.0	-3.4%	46.5	15.5%	317.0	4.3%	14.4	-6.7%
	東區	46.7	-2.1%	13.3	47.8%	36.9	13.8%	11.1	-9.7%
	全區	3,460.2	-5.9%	289.8	19.1%	2,046.9	8.2%	63.1	-5.4%

註1：資料來源：截至114年4月29日多模態健保資料平台。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。0係今年及前一年皆無申報。

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

17



申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	分區/ 案件分類	28. 中醫慢性病 連續處方調劑		29. 中醫針灸、傷 科及脫臼整復		30. 中醫特定疾 病門診加強照護		31. 中醫居家 (108.6新增)		合計	
		值 (萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114Q1	臺北	216.3	19.7%	654.5	1.1%	4.6	18.2%	7.66	34.3%	2,267.3	-0.1%
	北區	316.2	79.4%	244.6	-3.2%	3.6	12.3%	6.32	14.5%	1,075.4	-1.2%
	中區	101.0	12.9%	584.9	-2.8%	6.8	9.6%	19.83	21.1%	2,110.6	-0.8%
	南區	30.9	9.1%	295.7	-2.4%	8.2	8.5%	9.50	18.2%	1,199.8	-0.3%
	高屏	48.7	-3.8%	380.5	-1.4%	10.0	19.9%	7.03	47.2%	1,349.9	-0.2%
	東區	5.7	19.6%	60.8	1.7%	1.5	36.6%	12.36	7.0%	182.7	5.1%
	全區	718.7	35.6%	2,221.0	-1.3%	34.7	14.5%	62.71	20.7%	8,185.6	-0.4%

註1：資料來源：截至114年4月29日多模態健保資料平台。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。
 註4：自112年7月起部分負擔調整申報方式，於門診一次領取慢性連續處方箋總用藥量，應分開列報為24案件及28案件。

18



醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	項目	申報件數		申報醫療點數		平均每件醫療點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
114Q1	臺北	265.2	2.2%	321.8	6.4%	1,213.1	4.1%
	北區	111.6	2.2%	145.2	6.1%	1,300.9	3.8%
	中區	288.8	5.2%	326.6	7.6%	1,131.0	2.3%
	南區	171.6	2.2%	214.3	5.1%	1,248.7	2.8%
	高屏	130.2	11.4%	151.2	12.0%	1,161.0	0.6%
	東區	35.9	3.8%	50.3	4.5%	1,400.9	0.6%
	全區	1,003.4	4.2%	1,209.4	7.0%	1,205.3	2.7%

註1：資料來源：截至114年4月29日多模態健保資料平台。
註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註3：成長率為與前一年同期比較。

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

19



醫院中醫科申報醫療 費用點數【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114Q1	臺北	139.2	4.5%	5.6	-0.2%	80.9	2.9%	96.0	12.9%	321.8	6.4%
	北區	66.9	6.7%	2.3	4.3%	32.4	0.9%	43.7	9.6%	145.2	6.1%
	中區	106.6	6.0%	6.1	6.1%	85.9	3.2%	128.1	12.2%	326.6	7.6%
	南區	78.1	3.4%	3.4	2.7%	49.9	0.8%	82.8	9.8%	214.3	5.1%
	高屏	53.8	9.2%	2.6	12.1%	41.5	10.4%	53.3	16.4%	151.2	12.0%
	東區	14.5	0.3%	0.8	0.5%	11.2	0.8%	23.9	9.2%	50.3	4.5%
	合計	459.2	5.3%	20.8	4.0%	301.7	3.3%	427.7	12.0%	1,209.4	7.0%

註1：資料來源：截至114年4月29日多模態健保資料平台。
註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註3：成長率為與前一年同期比較。
註4：108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、針灸科支付標準；112年3月調高針灸合併處置費調高為「針灸+傷科治療點數」。

康保險署
alth Insurance

20



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(1)

年季	分區	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114Q1	臺北	29.4	-11.6%	40.6	18.8%	160.2	6.9%	1.3	-4.3%
	北區	9.1	-6.0%	22.1	11.0%	81.2	5.8%	1.2	67.6%
	中區	43.3	-1.8%	84.7	20.0%	103.2	6.4%	1.6	4.4%
	南區	19.9	-3.5%	43.8	15.0%	79.4	1.9%	5.6	17.6%
	高屏	17.5	8.1%	34.0	18.2%	57.2	8.5%	1.8	-6.7%
	東區	4.5	10.3%	10.4	50.6%	14.1	5.0%	0.8	-16.5%
	全區	123.8	-3.3%	235.6	18.7%	495.3	5.9%	12.2	9.5%

註1：資料來源：截至114年4月29日多模態健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。0係指前一年申報為0。

21



醫院中醫科申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	分區	28. 中醫慢性病連續處方調劑		29. 中醫針灸、傷科及脫臼整復		30. 中醫特定疾病門診加強照護		31. 中醫居家（108.6新增）		合計	
		值 (萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114Q1	臺北	136.7	21.3%	81.7	6.4%	3.7	17.3%	3.46	26.2%	321.8	6.4%
	北區	265.9	107.3%	26.1	1.1%	1.6	5.6%	1.17	7.0%	145.2	6.1%
	中區	42.9	23.1%	81.5	3.2%	5.8	15.3%	6.02	1.1%	326.6	7.6%
	南區	8.6	-9.7%	53.5	3.6%	7.1	9.0%	4.99	15.3%	214.3	5.1%
	高屏	11.4	-4.6%	32.4	11.4%	5.8	33.6%	2.39	29.1%	151.2	12.0%
	東區	2.9	0.0%	16.7	-11.6%	1.1	31.8%	2.73	-11.9%	50.3	4.5%
	全區	468.5	57.3%	291.9	3.8%	25.1	17.4%	20.76	8.9%	1,209.4	7.0%

註1：資料來源：截至114年4月29日多模態健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

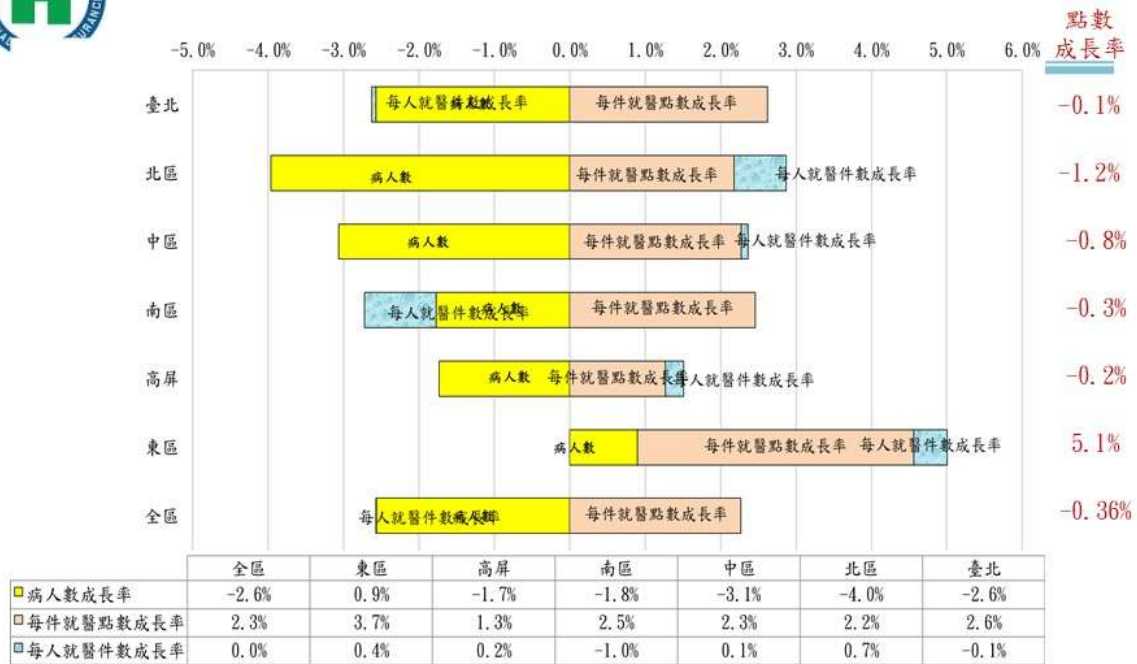
註4：自112年7月起部分負擔調整申報方式，於門診一次領取慢性病連續處方箋總用藥量，應分開列報為24案件及28案件。

Bureau of National Health Insurance

22



114年第1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

23



中醫專案計畫

- 推動內容：
 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫
 - 中醫提升孕產照護品質計畫(104年新增)
 - 癌症患者加強照護整合方案
 - 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)
 - 114年停辦兒童過敏性鼻炎照護計畫

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

60



西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

第1季支用104.3百萬點，**預算執行率22.4%**

114Q1

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	14	2,974	30.6	32.8
區域醫院	45	3,862	41.1	46.8
地區醫院	48	1,695	20.9	24.7
總計	107	7,727	92.6	104.3

註：114年全年預算465.9百萬點。

資料來源：截至114年5月1日多模型健保資料平台。

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

25



中醫癌症患者加強照護整合方案

第1季支用90.0百萬點，**預算執行率25.5%**

114Q1

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	4,553	23.7	35.3
區域醫院	42	3,914	23.8	38.9
地區醫院	29	847	5.0	6.4
基層院所	143	1,536	7.1	9.4
總計	229	10,768	59.6	90.0

註：114年全年預算352.3百萬點。

資料來源：截至114年5月1日多模型健保資料平台。

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

26



中醫提升孕產照護品質計畫

第1季支用17.3百萬點，**預算執行率21.1%**

114Q1

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	404	1.6	1.7
區域醫院	13	675	4.0	4.7
地區醫院	12	121	0.6	0.6
基層院所	122	2,032	9.7	10.4
總計	156	3,222	16.0	17.3

註：114年全年預算82.0百萬點。

資料來源：截至114年5月1日多模型健保資料平台。

健康保險署
ealth Insurance

27



中醫急症處置計畫

第1季支用3.736百萬點，**預算執行率37.4%**

114Q1

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	1,031	1,088	371.4
區域醫院	4	15	15	1.6
地區醫院	1	3	3	0.6
總計	10	1,049	1,106	373.6

註1：114年全年預算10.0百萬點。

註2：申報院所數：

113Q1：醫學中心：台北馬偕醫院、台北慈濟醫院、林口長庚醫院、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、基隆長庚醫院、部立彰化醫院

地區醫院：關山慈濟醫院

資料來源：截至114年5月1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

28



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

第1季支用36.6百萬點，預算執行率24.0%

114Q1

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	1,445	4,495	8.3
區域醫院	23	817	3,216	5.5
地區醫院	22	540	1,729	3.1
基層院所	165	3,200	13,393	19.7
總計	221	5,981	22,833	36.6

註：114年全年預算152.4百萬點。

料來源：截至114年5月1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

29



照護機構中醫醫療照護方案(論次)

第1季支用1.694百萬點，預算執行率21.2%

114Q1

院所層級	院所家數	醫療點數(萬點)
醫學中心	8	13.4
區域醫院	22	39.0
地區醫院	20	26.1
基層院所	66	90.9
總計	116	169.4

註：114年全年預算8.0百萬點。

資料來源：截至114年5月1日多模型健保資料平台。

30



單位:百萬點

114Q1分區申報專案費用點數

分區別	住院 輔助	癌症 整合	孕產	急症 (萬點)	腎臟 病 (論次萬點)	中醫照護 (論次萬點)	合計	占率
臺北	20.7	12.9	2.0	3.0	5.2	22.0	41.0	16.2%
北區	5.8	9.9	1.2	0.3	5.1	23.7	22.2	8.8%
中區	45.1	27.5	6.6	8.9	13.1	64.5	93.1	36.7%
南區	15.8	19.3	4.3	.	4.8	26.3	44.4	17.5%
高屏	14.3	17.9	3.0	.	6.9	18.6	42.3	16.7%
東區	2.6	2.5	0.2	361.4	1.6	14.3	10.7	4.2%
全署	104.3	90.0	17.3	373.6	36.6	169.4	253.7	100%

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

31



敬請指教

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

34

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年第 4 季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

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

二、有關113年第4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4季風險調整移撥款撥補就醫率最高分區(中區)500萬元；其中各分區當季浮動點值均在至0.8以上，風險調整移撥款未支用金額1,199萬9,900元，依113年第4季五分區風險調整移撥款撥補前一般服務預算占率分配(頁次:報3-35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3-5：

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	本案經114年3月26日全民健康保險會第7屆114年第1次委員會議決議同意不扣減。 本署並於114年4月16日函衛生福利部提出建議。 衛生福利部已於114年5月5日衛部保字第

項目	協定文字	說明
	協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額。	1141260200 號函同意不扣減。
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，依前次會議決議及 114 年 4 月 23 日全民健康保險會第 7 屆 114 年第 2 次委員會議報告，於本季一般服務扣減。

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4季各區點值如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
113 年 第 4 季	浮動點值	0.98526209	0.86819460	0.90612821	0.93411299	0.95721764	1.18146644	0.94123968
	平均點值	0.99081327	0.92123510	0.93948024	0.96034990	0.97379520	1.12003870	0.96348869
	平均點值 (含專款)	0.99029077	0.92301270	0.93808585	0.95840035	0.97111048	1.09296750	0.96216202

(四) 112年第4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 4 季	浮動點值	0.79251377	0.69421380	0.77987527	0.77782241	0.76060691	1.09024531	0.77504770
	平均點值	0.87052334	0.81569206	0.85799393	0.86557818	0.85262623	1.06004982	0.85980837
	平均點值 (含專款)	0.87386691	0.82303042	0.86356902	0.87108868	0.85841551	1.04966793	0.86513434

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)中醫專款計畫：

各專案項目執行情形如下表：

專款項目	113Q4			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)	58,576	41,187	17,389	1.00000000
2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	144,869	111,340	33,529	1.00000000
3. 中醫提升孕產照護品質計畫	17,500	18,131	-631	0.96521173
4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	5,300	8,350	-3,050	0.47178188
5. 癌症患者加強照護整合方案	66,250	91,505	-25,255	0.71189941
6. 中醫急症處置計畫	5,949	3,216	2,733	1.00000000
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	26,325	36,230	-9,905	0.72661085
8. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	12,000	23,473	-11,473	0.47204335
9. 網路頻寬補助費用(註1、4)	83,000	86,552	-3,552	
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113Q4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104.28%。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4季調整後中醫一般服務醫療給付費用總額

=113年全年中醫一般服務醫療給付費用總額預算－113年第1~3季調整後中醫一般部門服務醫療給付費用總額

= 30,988,492,521－7,192,232,647－7,793,272,743－8,009,331,020

= 7,993,656,111 (D1)

註：

1. 依據112年11月16日「中醫門診總額研商議事會議」112年第4次會議決定，以105-109年之各季核定點數平均占率做為113年各季預算重分配之依據。113年各季預算占率分別為：第1季：23.209366%，第2季：25.148925%，第3季：25.846146%，第4季：25.795563%。

2. 113年全年地區一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G113合計)為30,988,492,521元，各季調整後預算如下：

113年第1季預算7,569,545,731元，調整後預算為7,192,232,647元＝30,988,492,521元×23.209366%(h_q1)。

113年第2季預算7,713,689,002元，調整後預算為7,793,272,743元＝30,988,492,521元×25.148925%(h_q2)。

113年第3季預算7,614,534,446元，調整後預算為8,009,331,020元＝30,988,492,521元×25.846146%(h_q3)。

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

＝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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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
合 計	28,710,910,190	-129,317,280	14,107,785	29,760,117,627	-254,187,631	34,547,725	31,011,298,107	22,805,586	30,988,492,521

(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	0	0	8,009,331,020	67,429,004
第4季	7,993,656,111	0	2,407,176	7,991,248,935	66,435,228
合 計	30,988,492,521	0	2,407,176	30,986,085,345	252,767,204

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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

頁 次： 3

註：

1. 112年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q112)

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

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

2. 113年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q113)

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

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

※依據衛生福利部112年12月26日衛部健字第1123360189A號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後112年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會112年第7次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，及扣除「111年未導入預算扣減」部分(中醫門診總額111年未有本項扣減金額)。

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

3. 106年品質保證保留款(C106)

＝(105年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額+104年各季校正投保人口數成長率差值) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

4. 依據「113年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式計畫」，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再進行預算分配。

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；惟經全民健康保險會第7屆114年第1次委員會議決議(114.3.26) 本案同意不扣減113年度中醫門診總額一般服務項目「中醫利用新增人口」未執行之額度，請中央健康保險署依協商原則所訂程序，向衛生福利部提出建議。**衛生福利部已於114年5月5日衛部保字第1141260200號函同意不扣減。**

6. 扣減與照護機構中醫醫療照護方案重複之預算(B6)：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4季扣減預算2,407,176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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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： 12,613,109(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)= 12,652,709(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： 42,861,826(L10=L5+L9)

未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 56,437,874 - 42,861,826= 13,576,048

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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

頁 次： 7

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=180,000,000/4+ 13,576,048= 58,576,048

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： 9,322,558(M1) (浮動點數： 6,335,791；非浮動點數： 2,986,767)

(2)獎勵開業保障給付收入： 12,600,857(M2)

(3)獎勵開業論次費用： 39,600(M3)

(4)小計已支用點數(M1+M3)： 9,362,158(M4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(M3)= 12,640,457(M5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 2,773,372(M6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 25,773,466(M7)

(3)小計已支用點數： 28,546,838(M8) 暫結金額= 1元/點× 28,546,838(M8)= 28,546,838(M9)

3. 合計:

已支用點數： 37,908,996(M4+M8)

暫結金額： 41,187,295(M10=M5+M9)

未支用金額= 第4季預算 - 第4季暫結金額= 58,576,048 - 41,187,295= 17,388,753

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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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 | : 35,479,781(N1) | (浮動點數 : 24,258,404 ; 非浮動點數: 11,221,377) |
| (2)獎勵開業保障給付收入 | : 48,394,079(N2) | |
| (3)獎勵開業論次費用 | : 148,500(N3) | |
| (4)小計已支用點數(N1+N3) | : 35,628,281(N4) | 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 48,542,579(N5) |

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

- | | | |
|----------------------|-------------------|--|
| (1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數 | : 10,801,670(N6) | |
| (2)中醫巡迴論次費用已支用點數 | : 103,266,998(N7) | |
| (3)小計已支用點數 | : 114,068,668(N8) | 結算金額=114,068,668(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： 149,696,949(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+ 42,861,826+ 41,187,295=162,611,247

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=180,000,000-162,611,247= 17,388,753

註：依據「113年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3308R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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：	79,151,567(Y01)	76,668,019(YF01)	2,483,548(YN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	12,843,837(Y02)	12,421,767(YF02)	422,070(YN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,684,351(Y03)	5,460,308(YF03)	224,043(YN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,278,200(Y04)	8,821,118(YF04)	457,082(YN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,381,696(Y05)	3,928,169(YF05)	453,527(YN05)
(6)小計：	111,339,651(Y06)	107,299,381(YF06)	4,040,270(YN06)

已支用點數= 111,339,651

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 111,339,651

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 144,868,813 - 111,339,651 = 33,529,162

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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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：	286,131,462(Z01)	276,333,621(ZF01)	9,797,841(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	45,998,291(Z02)	44,454,973(ZF02)	1,543,318(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	20,508,771(Z03)	19,647,146(ZF03)	861,625(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	37,480,343(Z04)	35,440,670(ZF04)	2,039,673(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	13,151,971(Z05)	11,959,004(ZF05)	1,192,967(ZN05)
(6)小計：	403,270,838(Z06)	387,835,414(ZF06)	15,435,424(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 + 111,339,651 = 403,270,838

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 436,800,000－403,270,838＝ 33,529,162

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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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：

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 70,000,000/4 + 0 = 17,500,000 \\ \text{已支用點數} &= 18,130,737 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 18,130,737 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 17,500,000 - 18,130,737 = -630,737 \\ \text{浮動點值} &= (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (17,500,000 - 0) / 18,130,737 = 0.96521173 \end{aligned}$$

全年合計：

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 70,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 71,574,446 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)} \\ &= 17,140,130 + 17,859,870 + 17,500,000 + 17,500,000 = 70,000,000 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 70,000,000 - 70,000,000 = 0 \end{aligned}$$

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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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＋前季未支用金額＝ 21,200,000/4＋ 0＝ 5,300,000

已支用點數＝ 8,349,652 (浮動點數： 5,773,471 非浮動點數： 2,576,181)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 8,349,652

未支用金額＝ 第4季預算－1元/點×第4季已支用點數＝ 5,300,000－8,349,652＝ -3,049,652

浮動點值＝(第4季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(5,300,000－2,576,181)/5,773,471＝0.47178188

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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

頁 次： 14

全年合計：

全年預算 = 21,200,000

已支用點數 = 34,248,733

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 + 5,300,000 = 21,200,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 21,200,000 - 21,200,000 = 0

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

(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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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

第4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：	25,837,970	22,187,284	3,650,686
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	33,475,182	33,475,182	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,728,628	2,728,628	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	9,572,852	9,572,852	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	8,486,138	8,486,138	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	6,026,136	5,831,990	194,146
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,119,178	1,119,178	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,262,349	2,262,349	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,996,491	1,996,491	0
(10)小計：	91,504,924	87,660,092	3,844,832

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 91,504,924

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 66,250,000 - 91,504,924= -25,254,924

浮動點值= (第4季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)= (66,250,000 - 3,844,832) / 87,660,092= 0.71189941

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：	97,910,069	83,337,032	14,573,037
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	120,721,652	120,721,652	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	9,328,732	9,328,732	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	33,532,020	33,532,020	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	29,663,997	29,663,997	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	17,046,865	16,346,487	700,378
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	4,242,064	4,242,064	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	7,332,579	7,332,579	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	7,174,776	7,174,776	0
(10)小計：	326,952,754	311,679,339	15,273,415

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 + 66,250,000 = 265,000,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 265,000,000 - 265,000,000 = 0

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

=====

(六)中醫急症處置計畫 全年預算＝ 10,000,000

第1季:

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

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

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

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

第2季:

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

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

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

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

第3季:

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

$$\text{已支用點數} = 1,278,605 \quad (\text{浮動點數}: 1,278,605 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 1,278,605$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 4,727,427 - 1,278,605 = 3,448,822$$

第4季:

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

$$\text{已支用點數} = 3,216,293 \quad (\text{浮動點數}: 3,215,850 \quad \text{非浮動點數}: 443)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 3,216,293$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 5,948,822 - 3,216,293 = 2,732,529$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 7,267,471 \quad (\text{浮動點數}: 7,257,636 \quad \text{非浮動點數}: 9,835)$$

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

$$= 963,033 + 1,809,540 + 1,278,605 + 3,216,293 = 7,267,471$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 10,000,000 - 7,267,471 = 2,732,529$$

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:

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

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

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

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

第2季:

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

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

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

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

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

第3季:

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

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

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

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

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

第4季:

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

$$\text{已支用點數} = 36,229,847 \quad (\text{浮動點數}: 36,229,847 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1 \text{元/點} \times \text{已支用點數} = 36,229,847$$

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1 \text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 26,325,000 - 36,229,847 = -9,904,847$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第4季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (26,325,000 - 0) / 36,229,847 = 0.72661085$$

=====

全年合計：

全年預算 = 105,300,000

已支用點數 = 121,037,685 (浮動點數：121,037,685 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 + 26,325,000 = 105,300,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 105,300,000 - 105,300,000 = 0

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

=====

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： 1,742,000

(2)論量支付已支用點數： 21,731,055 (浮動點數： 18,821,300 非浮動點數： 2,909,755)

(9)小計已支用點數： 23,473,055

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 23,473,055

未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數 = 12,000,000 - 23,473,055 = -11,473,055

浮動點值 = (第4季預算 - 論次支付費用) / 論量支付已支用點數 = (12,000,000 - 1,742,000) / 21,731,055 = 0.47204335

全年合計：

全年預算 = 48,000,000

(1)論次支付費用： 6,142,000

(2)論量支付已支用點數： 73,674,003 (浮動點數： 62,809,860 非浮動點數： 10,864,143)

(9)小計已支用點數： 79,816,003

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 + 12,000,000 = 48,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 48,000,000 - 48,000,000 = 0

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

(九)網路頻寬補助費用 全年預算 = 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： 21,834,629(傳票日期：113/04/01)

全年已支用點數： 86,552,229

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 86,552,229

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 83,000,000 - 86,552,229 = -3,552,229 (預算不足，由其他預算支應)

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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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 7,991,248,935 (D2)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 66,435,228 (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 7,924,813,707 (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	4,744,930	1,667,518	6,412,448	6,412,448
北區	9,102,427	4,713,252	13,815,679	13,815,679
中區	6,528,183	2,672,893	9,201,076	9,201,076
南區	7,603,807	3,247,582	10,851,389	10,851,389
高屏	10,397,243	3,672,116	14,069,359	14,069,359
東區	8,891,620	3,193,657	12,085,277	12,085,277
合計	47,268,210	19,167,018	66,435,228(B2)	66,435,228(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% = 7,924,813,707 × 2.22% = 175,930,864 (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 = 7,733,882,843 (加總後四捨五入至整數位)(註3)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 66% = 7,733,882,843 × 66% = 5,104,362,676 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 15% = 7,733,882,843 × 15% = 1,160,082,426 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 9% = 7,733,882,843 × 9% = 696,049,456 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 4% = 7,733,882,843 × 4% = 309,355,314 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 7,733,882,843 × 5% = 386,694,142 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 7,733,882,843 - 5,104,362,676 - 1,160,082,426 - 696,049,456 - 309,355,314 - 386,694,142 = 77,338,829

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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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	95Q4+96Q4+97Q4		112年11月		112年10~12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	4,025,382,379	28.9992%	7,520,308	32.8601%	975,332.394052		29.7599%	30.3118%
北區	1,672,890,030	12.0516%	3,895,426	17.0211%	473,266.098611		14.4406%	14.7084%
中區	3,784,142,258	27.2613%	4,561,190	19.9302%	811,276.943455		24.7541%	25.2132%
南區	2,079,771,210	14.9828%	3,268,105	14.2800%	458,595.447925		13.9929%	14.2524%
高屏	2,318,827,170	16.7051%	3,640,786	15.9086%	499,196.703518		15.2318%	15.5142%
東區					59,673.412279			
小計	13,881,013,047	100.0000%	22,885,815	100.0000%	3,277,340.999840	3,277,341	98.1793%	100.0000%

指標4(註8)(S4)								
指標	去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差							
計算期間	112年10~12月							
分區	人數利用 率成長率 (p)	醫療費 用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註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	-0.078286	-0.111815	0.033529	2	0.00	4,025,382,379	4,025,382,379	28.9992%
北區	-0.068734	-0.120265	0.051531	1	0.00	1,672,890,030	1,672,890,030	12.0516%
中區	-0.098938	-0.124698	0.025760	3	0.00	3,784,142,258	3,784,142,258	27.2613%
南區	-0.096209	-0.109691	0.013482	4	0.00	2,079,771,210	2,079,771,210	14.9828%
高屏	-0.104583	-0.104814	0.000231	5	0.00	2,318,827,170	2,318,827,170	16.7051%
小計						13,881,013,047	13,881,013,047	100.0000%
指標5(註9)(S5)								
指標	當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率							
計算期間	113年8月							
分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指 標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)		指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)			
臺北	-0.002840	4,025,382,379	4,013,950,293		29.1434%			
北區	-0.008069	1,672,890,030	1,659,391,480		12.0481%			
中區	-0.010264	3,784,142,258	3,745,301,822		27.1929%			
南區	-0.011014	2,079,771,210	2,056,864,610		14.9339%			
高屏	-0.009155	2,318,827,170	2,297,598,307		16.6817%			
小計		13,881,013,047	13,773,106,512		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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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	28.9992%	32.8601%	30.3118%	28.9992%	29.1434%
北區	12.0516%	17.0211%	14.7084%	12.0516%	12.0481%
中區	27.2613%	19.9302%	25.2132%	27.2613%	27.1929%
南區	14.9828%	14.2800%	14.2524%	14.9828%	14.9339%
高屏	16.7051%	15.9086%	15.5142%	16.7051%	16.6817%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{第4季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 77,338,829 - 16,974,887 \\
 &= 60,363,942
 \end{aligned}$$

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	0.94909042	44,494,212	2,265,176
北區	0.83611075	23,716,218	3,886,833
中區	0.89442368	26,348,888	2,781,819
南區	0.88665772	42,042,787	4,765,226
高屏	0.91523556	38,646,295	3,275,833
小計		175,248,400	16,974,887(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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

頁 次： 26

=====

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

分區	預算(Ga) =GA×指標1占率	預算(Gb) =GB×指標2占率	預算(Gc) =GC×指標3占率	預算(Gd) =GD×指標4占率	預算(Ge) =GE×指標5占率	第4季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,480,224,341	381,204,245	210,985,119	89,710,566	112,695,821	17,505,060	2,292,325,152
北區	615,157,372	197,458,790	102,377,738	37,282,265	46,589,297	7,274,821	1,006,140,283
中區	1,391,515,622	231,206,748	175,496,341	84,334,280	105,153,351	16,455,995	2,004,162,337
南區	764,776,451	165,659,770	99,203,753	46,350,088	57,748,516	9,044,209	1,142,782,787
高屏	852,688,890	184,552,873	107,986,505	51,678,115	64,507,157	10,083,857	1,271,497,397
小計	5,104,362,676	1,160,082,426	696,049,456	309,355,314	386,694,142	60,363,942	7,716,907,956

(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	7,924,813,707 (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	16,974,887 (M1)

=====

調整後分區一般服務預算總額 7,892,838,820 (加總BD2)

註：

1. 依據「113年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」辦理。
2. 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
3. 風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥6,000萬元。由每季提撥1,500萬元。分配方式：
 - (1)其中4,000萬元用於補助點值，補助方式自113年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。(2)其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.8元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。若兩區以上浮動點值低於0.8時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至0.8元。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
 - (2)其中2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。
4. 為避免東區分區及其他5分區一般服務預算總額加總後與調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(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)。
5. 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
 - (1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
 - (2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
6. 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
 - (1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：Σ各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣAi2)。
 - (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。
7. 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率
 - (1)分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)；分母：Σ各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣAi3)。
 - (2)條件說明：保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人；資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害案件(案件分類B6)】、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。
 - (3)計算步驟：計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，計算每位病患於各區就醫次數(a)，計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)=每位病患於各區就醫次數(a)/Σ每位病患於各區就醫次數(a)，各區每位病患之就醫次數比率(T)=各區Σ每位病患於各區就醫次數比率(Σa%)，計算各區每人就醫次數之權值(K1)=各區每位病患之就醫次數比率(T)/全國就醫人數(p)，扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值(ΣK1)。
8. 指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)
 - (1)保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
 - (2)人數利用率成長率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(112年該季/111年同期)-1。
 - (3)醫療費用點數成長率(r)：(112年該季申報醫療費用點數/111年同期申報醫療費用點數)-1。
 - (4)各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業

災害案件（案件分類B6））、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。

(5)本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。(p-r)產生的最大值中，其值大於0且p值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且r值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

9.指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

(1)分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。

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

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

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

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

= -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值：

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

=+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

= 各分區 $\sum$ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

※成長率之計算係與前季季中比較。

10. 指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

(3)條件說明：

a. 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地離島地區

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

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

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

(1)操作定義：

a. 各分區全年預算 $T_y = \sum$ 該區各季 T_s + $\sum$ 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 y_T / 112年該區 y_T) -1。

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

(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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

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	1,444,389,710(BF)	872,701,662(BG)	85,661(BJ)
2-北區分區	653,675,765(BF)	440,157,964(BG)	29,114(BJ)
3-中區分區	1,380,901,383(BF)	760,982,692(BG)	22,441(BJ)
4-南區分區	717,221,881(BF)	474,538,484(BG)	55,069(BJ)
5-高屏分區	801,011,495(BF)	506,723,482(BG)	8,779(BJ)
6-東區分區	103,904,410(BF)	53,169,332(BG)	1,959(BJ)
7-合計	5,101,104,644(GF)	3,108,273,616(GG)	203,023(GJ)

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：114/05/07

113年第 4季

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

頁 次： 30

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

— 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)

— 各分區自墊核退點數(BJ)]

／ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	=[2,292,325,152	— 872,701,662	— 85,661]	1,444,389,710	= 0.98279420(點值排序：1)
北區分區	=[1,006,140,283	— 440,157,964	— 29,114]	653,675,765	= 0.86580111(點值排序：5)
中區分區	=[2,004,162,337	— 760,982,692	— 22,441]	1,380,901,383	= 0.90025053(點值排序：4)
南區分區	=[1,142,782,787	— 474,538,484	— 55,069]	717,221,881	= 0.93163532(點值排序：3)
高屏分區	=[1,271,497,397	— 506,723,482	— 8,779]	801,011,495	= 0.95474926(點值排序：2)
東區分區	=[175,930,864	— 53,169,332	— 1,959]	103,904,410	= 1.18146644

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	五分區一般 服務預算 預算總額	五分區一般 服務預算 總額占率	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	113年第4季風 險調整移撥款 (用於就醫率最 高分區)之金額	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)	(BD3)	(G2) =BD3/BD3合計	(Z)	(F)	(J)	(Z1)	(BD4)=(BD2)+(F) +(J)
臺北	2,292,325,152		2,292,325,152	0.29705229	0.98279420			0.98279420	2,292,325,152
北區	1,006,140,283		1,006,140,283	0.13038127	0.86580111			0.86580111	1,006,140,283
中區	2,004,162,337		2,004,162,337	0.25971054	0.90025053		5,000,000	0.90387135	2,009,162,337
南區	1,142,782,787		1,142,782,787	0.14808817	0.93163532			0.93163532	1,142,782,787
高屏	1,271,497,397		1,271,497,397	0.16476773	0.95474926			0.95474926	1,271,497,397
東區	175,930,864		—	—	—			—	175,930,864
合計	7,892,838,820	11,999,900	7,716,907,956	1.00000000		0	5,000,000		7,897,838,820

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3308R02

113年第 4季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:113/10—113/12

核付截止日期:114/03/31

列印日期：114/05/07

頁 次： 31

分區	移撥經費 結餘依113年第4 季五分區一般預 算總額占率分配	回補後風險調整 移撥款撥補後一 般服務預算總額
	(O)=(G)×(G2)	(BD5)=(BD2)+(F)+ (J)+(O)
臺北	3,564,598	2,295,889,750
北區	1,564,562	1,007,704,845
中區	3,116,501	2,012,278,838
南區	1,777,043	1,144,559,830
高屏	1,977,196	1,273,474,593
東區	-	175,930,864
合計	11,999,900	7,909,838,720

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

- 其中4,000萬元用於補助點值，補助方式自113年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.8元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。若兩區以上浮動點值低於0.8時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至0.8元。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
- 其中2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。
- 風險調整移撥款撥補當季浮動點值至0.8之差額(F)=0.8×各分區一般服務核定浮動點數(BF)-撥補前五分區估算浮動點值(Z)×各分區一般服務核定浮動點數(BF)
- 撥補後五分區估算浮動點值(Z1)= [風險調整移撥款撥補後一般服務預算(BD4)-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)

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 = [回補後風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD5)

— 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	= [2,295,889,750	—	872,701,662	—	85,661]	／ 1,444,389,710 = 0.98526209
北區分區	= [1,007,704,845	—	440,157,964	—	29,114]	／ 653,675,765 = 0.86819460
中區分區	= [2,012,278,838	—	760,982,692	—	22,441]	／ 1,380,901,383 = 0.90612821
南區分區	= [1,144,559,830	—	474,538,484	—	55,069]	／ 717,221,881 = 0.93411299
高屏分區	= [1,273,474,593	—	506,723,482	—	8,779]	／ 801,011,495 = 0.95721764
東區分區	= [175,930,864	—	53,169,332	—	1,959]	／ 103,904,410 = 1.18146644

2. 全區浮動每點支付金額 = [加總回補後風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD5)

— 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)

$$= [7,909,838,720 \quad - \quad 3,108,273,616 \quad - \quad 203,023] \div 5,101,104,644 = 0.94123968$$

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)

= [回補後風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD5)

／ [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	= [2,295,889,750	]	／ [1,444,389,710 + 872,701,662	+	85,661] = 0.99081327
北區分區	= [1,007,704,845	]	／ [653,675,765 + 440,157,964	+	29,114] = 0.92123510
中區分區	= [2,012,278,838	]	／ [1,380,901,383 + 760,982,692	+	22,441] = 0.93948024
南區分區	= [1,144,559,830	]	／ [717,221,881 + 474,538,484	+	55,069] = 0.96034990
高屏分區	= [1,273,474,593	]	／ [801,011,495 + 506,723,482	+	8,779] = 0.97379520
東區分區	= [175,930,864	]	／ [103,904,410 + 53,169,332	+	1,959] = 1.12003870

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)

$$= [7,909,838,720 \quad] \div [5,101,104,644 + 3,108,273,616 \quad + \quad 203,023] = 0.96348869$$

5. 中醫門診總額平均點值

=[加總回補後風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD5)+ 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	= [2,295,889,750 + 56,254,440 + 6,412,448]			
	／ [1,444,389,710 + 872,701,662 + 85,661 + 58,091,452 + 6,412,448]			= 0.99029077
北區分區	= [1,007,704,845 + 32,379,050 + 13,815,679]			
	／ [653,675,765 + 440,157,964 + 29,114 + 34,125,459 + 13,815,679]			= 0.92301270
中區分區	= [2,012,278,838 + 108,080,780 + 9,201,076]			
	／ [1,380,901,383 + 760,982,692 + 22,441 + 119,005,214 + 9,201,076]			= 0.93808585
南區分區	= [1,144,559,830 + 54,292,486 + 10,851,389]			
	／ [717,221,881 + 474,538,484 + 55,069 + 59,544,428 + 10,851,389]			= 0.95840035
高屏分區	= [1,273,474,593 + 55,603,116 + 14,069,359]			
	／ [801,011,495 + 506,723,482 + 8,779 + 61,291,166 + 14,069,359]			= 0.97111048
東區分區	= [175,930,864 + 18,654,223 + 12,085,277]			
	／ [103,904,410 + 53,169,332 + 1,959 + 19,930,065 + 12,085,277]			= 1.09296750
全區	= [7,909,838,720 + 325,264,095 + 66,435,228]			
	／ [5,101,104,644 + 3,108,273,616 + 203,023 + 351,987,784 + 66,435,228]			= 0.96216202

註：

1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫 + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 網路頻寬補助費用暫結金額(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 113年品質保證保留款預算 / 4

* 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

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月113/09(含)以前:於114/01/01~114/03/31期間核付者。

費用年月113/10~113/12:於113/10/01~114/03/31期間核付者。

報告事項第四案

報告單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：調整「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：「雲林縣口湖鄉」原列於「醫療資源不足地區改善方案」附件 1-1「施行區域-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」，因活石中醫診所已於 114 年 2 月 20 日通過獎勵開業申請，故該鄉鎮應變更至 1-2「施行區域-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」。

健保署說明：

一、統計截至 114 年 4 月 28 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)：刪除「雲林縣口湖鄉」(活石中醫診所於 114 年 2 月 20 日開業)。

(二) 一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-2)：新增「雲林縣口湖鄉」。

二、綜上，施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 81 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 76 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	褒忠鄉	1	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
桃園市	復興區	3		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
	西湖鄉	1		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：114 年 ~~2 月 4 日~~ 4 月 28 日，共 ~~828~~ 8281 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	七股區	屏東縣	鹽埔鄉
	三芝區		將軍區		高樹鄉
	八里區		安定區		新園鄉
	貢寮區		山上區		崁頂鄉
	金山區		玉井區		林邊鄉
	萬里區		楠西區		南州鄉
宜蘭縣	蘇澳鎮	雲林縣	南化區	澎湖縣	琉球鄉
	壯圍鄉		土庫鎮		湖西鄉
	冬山鄉		古坑鄉	花蓮縣	鳳林鎮
	三星鄉		二崙鄉		瑞穗鄉
新竹縣	芎林鄉		東勢鄉	臺東縣	成功鎮
苗栗縣	大湖鄉		臺西鄉		卑南鄉
	三灣鄉		元長鄉		太麻里鄉
臺中市	石岡區		<u>口湖鄉</u>		鹿野鄉
	外埔區	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	高雄市	湖內區		
南投縣	集集鎮		永安區		
	中寮鄉		彌陀區		
	魚池鄉		六龜區		
	國姓鄉		甲仙區		
臺南市	柳營區		杉林區		
	六甲區	屏東縣	長治鄉		
	官田區		麟洛鄉		
	西港區		九如鄉		

註 1：本一覽表統計截止日期：114 年 ~~2 月 4 日~~ 4 月 28 日，共 7576 個鄉鎮（區）。

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

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關擬訂各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則案。

說明：

- 一、依衛生福利部 114 年 4 月 28 日衛部保字第 1141260180 號令修正全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(下稱審查辦法)第六條、第十條、第三十四條(附件 1，頁次報 5-3)暨同年 5 月 6 日各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則討論會議決議辦理。
- 二、衛生福利部修正審查辦法第六條、第十條，刪除該兩條文第三項有關「藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算」之規定(附件 2，頁次報 5-6)。依據審查辦法修正內容，上開交付機構之暫核付每點支付金額回歸審查辦法第六條、第十條第二項規定「各總額部門醫療費用每點暫付、核定金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付、核定金額訂定原則，並依本法(全民健康保險法)第六十一條第四項規定研商後，報請主管機關核定後公告」辦理。
- 三、暫付事宜現行規定如附件 3(頁次報 5-12)。
- 四、查接受處方之交付機構包含藥局(7,626 家)、醫事檢驗所(211 家)、醫事放射所(9 家)、物理治療所(30 家)、職能治療所(7 家)、病理中心(12 家)，經以 112 年醫事服務機構之收入與點數所計算之點值與西醫基層相較，除藥局之點值高於西醫基層點值外，其餘醫事服務機構與西醫基層點值差距不大(附件 4，頁次報 5-14)。
- 五、本案於 114 年 5 月 6 日與各交付機構召開會議討論決議如下：
 - (一) 為減緩藥局支付藥費之金流壓力，爰藥局每點暫付及核付金額，以其收入除以其申報點數所計算出之點值(每點支付金額)進行暫付、核付；而病理中心、醫事檢驗所、醫

事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構，因院所家數少且與西醫基層點值差距不大，其所適用之每點暫付、核付金額，**維持現行作法**，比照西醫基層總額部門計算。

(二) 藥局每點暫付、核付金額計算方式，修正如下：

1. 藥局醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額，以最近一季藥局結算每點支付金額 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。
2. 藥局平均點值=加總當季各藥局一般服務之收入/加總當季各藥局一般服務之點數。
3. 藥局浮動點值=(加總當季各藥局一般服務之收入-加總當季各藥局一般服務藥費等非浮動點數)/加總當季各藥局一般服務之浮動點數。

(三) 本案經各總額研商議事會議報告後，依程序提報衛生福利部核定後辦理公告。

決 定：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國114年4月28日
發文字號：衛部保字第1141260180號
附件：「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第六條、第十條、第三十四條修正條文1份



修正「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第六條、第十條、第三十四條。

附修正「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第六條、第十條、第三十四條

部長邱泰源

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六條、第十條、第三十四條修正條文

第六條 保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜：

- 一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。
- 二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。
- 三、每點暫付金額以新臺幣一元計算，計算至新臺幣百元，新臺幣百元以下不計。屬各醫療給付費用總額部門（以下稱總額部門）之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至新臺幣百元，新臺幣百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於新臺幣一元為限。
- 四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。

前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

第十條 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。

前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理：

一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。

二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。

三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額，以新臺幣一元計算；若總核定點數超過全民健康保險會協定當年度該項服務之預算時，依本法第六十二條第三項辦理。

第三十四條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

本辦法除中華民國一百十四年四月二十八日修正發布之第六條、第十條，自一百十四年八月一日施行外，自發布日施行。

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法 第六條、第十條、第三十四條修正總說明

全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法於八十四年一月二十三日訂定，其後歷經十一次修正，並修正名稱為全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下稱本辦法)，最近一次修正係一百零七年三月十四日。

因現行特約藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所、職能治療所或其他經保險人特約之接受處方機構，暫付及核定每點金額係比照西醫基層總額部門計算，考量該等機構申報費用，其所採計之點值與西醫基層診所以診察費、診療費等浮動點值為主不同，爰修正本辦法第六條、第十條、第三十四條。修正重點如下：

- 一、考量特約藥局等機構申報費用所採計之點值，與西醫基層診所以診察費、診療費等浮動點值為主不同，爰刪除第六條第三項、第十條第三項。(修正條文第六條、第十條)
- 二、配合實務作業，定明本次修正之施行日期。(修正條文第三十四條)

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

第六條、第十條、第三十四條修正條文對照表

修正條文	現行條文	說明
第六條 保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜： 一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。 二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。 三、每點暫付金額以<u>新臺幣一元</u>計算，計算至<u>新臺幣百元</u>，<u>新臺幣百元</u>以下不計。屬各醫療給付費用總額部門(以下稱總額部門)之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至<u>新臺幣百元</u>，<u>新臺幣百元</u>以下不計，但每點暫付金額仍以不高於<u>新臺幣一元</u>為限。 四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。 前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依	第六條 保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜： 一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。 二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。 三、每點暫付金額以<u>一元</u>計算，計算至<u>百元</u>，<u>百元</u>以下不計。屬各醫療給付費用總額部門(以下稱總額部門)之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至<u>百元</u>，<u>百元</u>以下不計，但每點暫付金額仍以不高於<u>一元</u>為限。 四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。 前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報	一、現行特約藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所、職能治療所或其他經保險人特約之接受處方機構暫付每點金額，係比照西醫基層總額部門計算。 二、考量前揭機構申報費用，其所採計之點值與西醫基層診所以診察費、診療費等浮動點值為主不同，爰刪除現行條文第三項，依第二項規定與各總額部門及相關專業團體召開研商會議，共同擬訂每點暫付金額訂定原則並報請主管機關核定後公告。 三、為符合法制體例，酌修現行條文第一項第三款文字。

修正條文	現行條文	說明
本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。	請主管機關核定後公告。 <u>藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。</u>	
第十條 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。 前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理： 一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。 二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。 三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。 非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核定金額，以<u>新臺幣一元</u>計算；若總核定點數超過全民健康保險會協定當年度該項服務之預算時，依本法第六十二條第三項辦理。	第十條 保險醫事服務機構送核、申復、補報之醫療費用案件，保險人應於受理申請文件之日起六十日內核定，屆期未能核定者，應先行全額暫付。 前項醫療費用之核定、爭議及行政爭訟案件，每點核定金額之計算依下列規定辦理： 一、以最近一季結算每點支付金額計算，或依受理當月之浮動及非浮動預估點值分別計算。 二、受理當月之預估點值尚未產出時，則以最近三個月浮動及非浮動預估點值之平均值計算。 三、保險人得另與各總額部門審查業務受託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點核定金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。 <u>藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。</u> 非屬各總額部門之保險醫事服務機構，每點核	一、比照刪除現行條文第六條第三項之理由，爰刪除現行條文第十條第三項。 二、為符合法制體例，酌修現行條文第四項文字，並移列至第三項。

修正條文	現行條文	說明
	定金額，以一元計算；若總核定點數超過全民健康保險會協定當年度該項服務之預算時，依本法第六十二條第三項辦理。	
第三十四條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。 本辦法除 <u>中華民國一百十四年四月二十八日修正發布之第六條、第十條</u> ，自一百十四年八月一日施行外，自發布日施行。	第三十四條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。 本辦法修正條文，自發布日施行。	考量保險人與相關團體研商尚需作業時間，爰本次修正之施行日，以特定日期定之。

第六條附表一修正對照表

修正規定			現行規定			說明
核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準之暫付成數如下			核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準之暫付成數如下：			酌修文字。
核 減 率	暫 付 成 數		核 減 率	暫 付 成 數		
	網路、電磁紀錄申報	書面申報		網路、電磁紀錄申報	書面申報	
○%	九成五	八成五	○%	九成五	八成五	
二・五%(含)以下	九成二五	八成五	低於二・五%(含)	九成二五	八成五	
二・五%(不含)~五%(不含)	九成	八成五	二・五%(不含)~五%(不含)	九成	八成五	
五%(含)~十%(不含)	八成五	八成五	五%(含)~一〇%(不含)	八成五	八成五	
十%(含)~十五%(不含)	八成	七成五	一〇%(含)~一五%(不含)	八成	七成五	
十五%(含)~二十%(不含)	七成五	七成五	一五%(含)~二〇%(不含)	七成五	七成五	
二十%(含)~二十五%(不含)	七成	六成五	二〇%(含)~二五%(不含)	七成	六成五	
二十五%(含)~三十%(不含)	六成五	六成五	二五%(含)~三〇%(不含)	六成五	六成五	
三十%(含)~三十五%(不含)	六成	五成五	三〇%(含)~三五%(不含)	六成	五成五	
三十五%(含)~四十%(不含)	五成五	五成五	三五%(含)~四〇%(不含)	五成五	五成五	
四十%(含)以上	不暫付	不暫付	四〇%(含)以上	不暫付	不暫付	

暫付事宜現行規定：

暫付金額＝申請點數 X 暫付成數 X 每點暫付金額

(一) 暫付成數：依審查辦法第六條第一項第一款及第二款規定略以，核付紀錄未滿三個月則暫付八成五，其餘以近 3 個月平均核減率為計算基準，其暫付成數如同條文附表一。

(二) 每點暫付金額：

1. 依審查辦法第六條第二及第三項規定略以，每點暫付金額，得另與總額相關團體共同擬訂，報請主管機關核定後公告。藥局等交付機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。

2. 依據 96 年 8 月 7 日健保醫字第 0960052622 號公告規定略以：

(1) 每點暫付金額以西醫基層總額部門最近一季總額結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。

(2) 交付機構適用之每點暫付金額及每點核定金額比照西醫基層總額部門計算。

副本

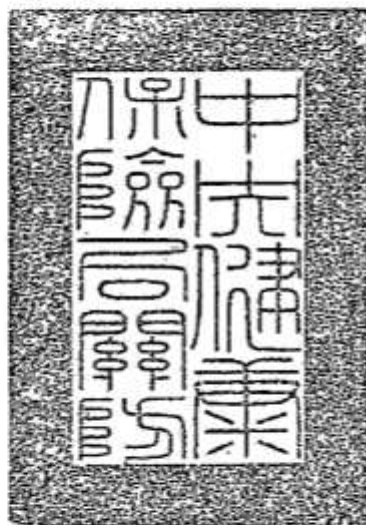
中央健康保險局 公告

受文者：本局醫務管理處

發文日期：中華民國 96 年 8 月 7 日

發文字號：健保醫字第 0960052622 號

附件：



中華民國九十六年八月七日

主旨：全民健康保險醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及核定每點金額訂定原則，自中華民國96年10月1日起之暫付、核付費用適用之。

依據：依據行政院衛生署96年6月26日衛署健保字第0962600298號令修正發布「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第7條第3款、第10條第2項規定暨行政院衛生署96年2月7日衛署健保字第0962600153號函辦理。

公告事項：

- 一、醫院總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額以最近一季結算每點支付金額計算，並以不高於 0.9 元為限。
- 二、牙醫門診、中醫門診、門診透析及西醫基層總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額，以最近一季結算每點支付金額 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。

三、其他交付機構適用之每點暫付金額及每點核定金額，比照
西醫基層總額部門計算。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、
中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、台灣基層透析協會、中華
民國藥師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事
檢驗師公會全國聯合會、行政院衛生署、全民健康保險醫療費用協定委員會、全
民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、本局各分局、本局財務
處、本局醫審小組、本局資訊處、本局會計室、本局企劃處（請刊登健保通訊及
全球資訊網）、本局醫務管理處 中華民國衛生署
醫務管理處

總經理 朱澤民



表 1、112 年西基與交付機構一般服務平均點值比較表

年度 季別	西基		特約藥局		病理中心		醫事檢驗機構		物理治療所		放射所		職能治療所	
	點值(A)		點值(B1)	點值差距 (C1=B1-A)	點值(B2)	點值差距 (C2=B2-A)	點值(B6)	點值差距 (C6=B6-A)	點值(B7)	點值差距 (C7=B7-A)	點值(B8)	點值差距 (C8=B8-A)	點值(B9)	點值差距 (C9=B9-A)
112	1	0.96915483	0.99566433	0.02650950	0.95187368	-0.01728115	0.96453365	-0.00462118	0.91925366	-0.04990117	0.97259252	0.00343769	0.91070261	-0.05845222
	2	0.91917013	0.98862098	0.06945085	0.91419988	-0.00497025	0.89949498	-0.01967515	0.87700381	-0.04216632	0.89469818	-0.02447195	0.87289409	-0.04627604
	3	0.90570790	0.98727987	0.08157197	0.89465949	-0.01104841	0.87747352	-0.02823438	0.86571014	-0.03999776	0.87467035	-0.03103755	0.84990578	-0.05580212
	4	0.90194815	0.98617984	0.08423169	0.88773334	-0.01421481	0.87154956	-0.03039859	0.85667426	-0.04527389	0.86806206	-0.03388609	0.85261400	-0.04933415

表 2、112 年西基與交付機構一般服務浮動點值比較表

年度 季別	西基		特約藥局		病理中心		醫事檢驗機構		物理治療所		放射所		職能治療所	
	點值(D)		點值(E1)	點值差距 (F1=E1-D)	點值(E2)	點值差距 (F2=E2-D)	點值(E6)	點值差距 (F6=E6-D)	點值(E7)	點值差距 (F7=E7-D)	點值(E8)	點值差距 (F8=E8-D)	點值(E9)	點值差距 (F9=E9-D)
112	1	0.96915483	0.95582401	-0.01333082	0.95187368	-0.01728115	0.96453350	-0.00462133	0.91925366	-0.04990117	0.97259252	0.00343769	0.91070261	-0.05845222
	2	0.91917013	0.89305330	-0.02611683	0.91419988	-0.00497025	0.89949418	-0.01967595	0.87700381	-0.04216632	0.89469818	-0.02447195	0.87289409	-0.04627604
	3	0.90570790	0.87708736	-0.02862054	0.89465949	-0.01104841	0.87747292	-0.02823498	0.86571014	-0.03999776	0.87467035	-0.03103755	0.84990578	-0.05580212
	4	0.90194815	0.87085078	-0.03109737	0.88773334	-0.01421481	0.87154913	-0.03039902	0.85667426	-0.04527389	0.86806206	-0.03388609	0.85261400	-0.04933415

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

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

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點暨立法委員林憶君國會辦公室函(附件)辦理。
- 二、立法委員林憶君國會辦公室函轉中華民國藥師公會全國聯合會陳情建議中醫門診總額會議涉及中藥調劑等藥事及藥師權益，建議本會議增列中華民國藥師公會全國聯合會代表。
- 三、另為確保全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議(下稱本會議)代表任期屆滿而未能完成聘任前，能如期召開本會議辦理總額支付制度之研商事宜，以維護保險對象使用醫療服務權益及醫療需求，並順利推動總額支付制度，及為避免本會議代表具有民意代表身分，造成行政與立法權限混淆，應訂定公正客觀機制。
- 四、綜上，爰修訂本要點第三點、第四點之二，其修正重點如下：
 - (一)本會議代表不得具有民意代表身分(修正第三點，頁次討1-5 頁)。
 - (二)中醫門診總額代表增列中華民國藥師公會全國聯合會代表1名(修正第三點，頁次討1-8 頁)。
 - (三)本會議代表任期屆滿而未能完成聘任之處理方式(新增第四點之二，頁次討1-12 頁)。
- 五、研商議事作業要點修正草案對照表如附件。

決議：

立法委員林憶君國會辦公室 函

地址：100 台北市濟南路一段 3-1 號 905 室
聯絡人：蔡青芳 主任
電話：(02) 2358-8181
傳真：(02) 2358-8185

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 5 月 9 日
發文字號：立院君國字第 1140509044 號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明

主旨：為中華民國藥師公會全國聯合會陳情，建議貴署應新增該會代表納入中醫門診總額研商會議，以保障全民用藥安全，請查照。

說明：

- 一、中華民國藥師公會全國聯合會自 109 年起即有陳情，曾以中華民國 109 年 12 月 25 日以(109)國藥師舜字第 1093547 號函向貴署陳情相關意見（詳如附件）。
- 二、經查全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點第三點規定，有關保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請各關係執業代表出席。
- 三、惟查中醫門診總額會議涉及中藥調劑等藥事及藥師權益問題，卻遲未納入中華民國藥師公會全國聯合會代表，未臻妥適，恐有損全民使用中藥安全之疑慮。
- 四、綜上，建議貴署應即重新檢討並修正全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點有關中醫門診總額部分，新增中華民國藥師公會全國聯合會代表，俾符公平原則。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：中華民國藥師公會全國聯合會

立法委員林憶君

處理組協處

第 1 頁，共 1 頁

中華民國藥師公會全國聯合會

機關地址：100 台北市中正區南京西路 159 號 5 樓
電話：02-2396-3396 分機 1022
電子信箱：dsh@nhi.gov.tw
承辦人：洪金福 分機 1229



受文者：衛生福利部中央健康保險署

速別：最速件

密等及解密條件：

發文日期：中華民國 109 年 12 月 25 日

發文字號：(109)國藥師彙字第 1093547 號

附件：

主旨：有關本會對於中藥藥費、調劑費針對社區健保藥局不給付及中醫總額代表之相關意見，詳如說明段，敬請 鑒察。

說明：

一、查 鈞署曾於民國 104 年以健保醫字第 1030033827 號函回復中華民國藥事品質改革協會並副知本會，內容略以：「目前僅有極少數特約藥局有相關中藥調劑設施及有意願受理中藥處方調劑…故於目前中藥法規及設施尚未完備下…暫不便同意健保支付特約藥局調劑中藥處方箋調劑費及藥品費」；惟有關社區藥局從事中藥資料，查衛生福利部統計資料顯示，108 年全國由藥師親自主持之藥局共 6121 家，其中依藥事法第 35 條規定兼管中藥調劑零售者共 4114 家，已有約六成社區藥局進入中藥市場，但至今仍未能從中藥調劑獲得專業合理給付，合先敘明。

二、再查，有關是否支付健保特約藥局調劑中醫師處方費用業繫屬行政法院審理中，監察院亦刻就此問題處理。惟 鈞署於 109

總收文日期 109 年 12 月 29 日收到

健保醫字

中央健康保險署
第 1090066255

年12月3日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中，就支付標準第四部第二章藥費及第三章藥品調劑費通則增列「限中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報」擬訂定僅有上開院所得以申報中藥藥費及調劑費用，顯示鈞署並未考慮社區藥局亦得調劑中藥處方箋，並未清楚告知相關爭訟之疑義，突以相關行政規範欲限制社區藥局申報健保給付。本會代表雖亦於會上表達不同意見，但因取得會議資料時間短促，未能取得司法、監察之相關爭訟意見，顯見程序不完備，有違公平性原則。

- 三、另，藥事人員服務及藥品費用分配比率尚未依健保法第61條規定進行，而其必須有藥局及本會代表積極參與，始具正當性。有關說明二中醫支付標準調整案，依程序係經中醫總額會議討論通過，方得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作為報告案，惟中醫總額涉及中藥及中醫支付標準及計畫擬定，亦有涉及藥事及藥師權益。爰建請 鈞署將中醫部門藥費及調劑費章節補足與藥師團體討論之程序，取得共識後再予公告。並修正《全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點》有關中醫門診總額新增中華民國藥師公會全國聯合會代表。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本會文存

中華民國藥師公會全國聯合會理事長 黃金舜



全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點修正草案對照表

修正規定	現行規定	健保署說明
同現行條文。	一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。	同現行條文(無修訂)。
同現行條文。	二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)每3個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。	同現行條文(無修訂)。
三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請 <u>不具民意代表身分</u> 之下列代表出席：	三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席：	一、我國憲法依現代國家統治模式採權力分立原則設計，係透過公權力分散設置，相互制衡，避免集中造成權力濫用。司法院釋字第四一九號解釋理由書：「…憲法上職位之兼任是否相容，首應以有無違反權力分立之原則為斷。一旦違反權力分立原則即屬違憲行為。…」即揭示此一原則。
(一)保險付費者代表2名。	(一)保險付費者代表2名。	二、民意代表肩負權力分立中有關立法權之行使，並代表民意監督行政機關，為避免行政與立法權限混淆，民意代表兼任職務自應遵守憲法上權力分立原則。
(二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：	(二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：	
1. 醫院總額：	1. 醫院總額：	
(1)各層級醫院代表20名至28名，由台灣醫院協會推薦。	(1)各層級醫院代表20名至28名，由台灣醫院協會推薦。	
(2)中華民國藥師公會全國聯合會代	(2)中華民國藥師公會全國聯合會代	

修正規定	現行規定	健保署說明
表 1 名。 (3)特殊材料提供者代表 1 名。 (4)藥品提供者代表 1 名。 (5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。 (6)西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。 2. 西醫基層總額： (1)西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (2)中華民國醫師公會全國聯合會代	表 1 名。 (3)特殊材料提供者代表 1 名。 (4)藥品提供者代表 1 名。 (5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。 (6)西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。 2. 西醫基層總額： (1)西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (2)中華民國醫師公會全國聯合會代	三、本會議代表基於民眾醫療需求，就總額支付制度進行研議擬訂相關事宜，既屬「行政」權限行使之一環，為避免權限混淆，參考醫療法第一百條、醫師懲戒辦法第三條及衛生福利部醫事審議委員會設置要點第三點規定，修正第三條規定，建立公正客觀機制。

修正規定	現行規定	健保署說明
表 3 名。 (3)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (4)藥品提供者代表 1 名。 (5)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。 (6)中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。 (7)醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。 3. 牙醫門診總額： (1)牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。 (2)中華民國牙醫師公會全國聯合會	表 3 名。 (3)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (4)藥品提供者代表 1 名。 (5)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。 (6)中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。 (7)醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。 3. 牙醫門診總額： (1)牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。 (2)中華民國牙醫師公會全國聯合會	

修正規定	現行規定	健保署說明
代表 1 名。 (3)台灣醫院協會代表 4 名。 (4)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (5)中華牙醫學會代表 1 名。 (6)中華民國醫院牙科協會代表 2 名。 4. 中醫門診總額： (1)中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。 (2)台灣醫院協會代表 2 名。 <u>(3)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。</u>	代表 1 名。 (3)台灣醫院協會代表 4 名。 (4)中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。 (5)中華牙醫學會代表 1 名。 (6)中華民國醫院牙科協會代表 2 名。 4. 中醫門診總額： (1)中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。 (2)台灣醫院協會代表 2 名。	立法委員林憶君國會辦公室函轉中華民國藥師公會全國聯合會陳情建議中醫門診總額會議涉及中藥調劑等藥事及藥師權益，建議本會議代表名額增列中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。

修正規定	現行規定	健保署說明
5. 門診透析： (一) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。 (二) 台灣醫院協會代表 1 名。 (三) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (四) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。 (五) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。 (三) 專家學者 3 名。 (四) 政府機關代表： 1. 主管機關代表 1 名。	5. 門診透析： (一) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。 (二) 台灣醫院協會代表 1 名。 (三) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。 (四) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。 (五) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。 (三) 專家學者 3 名。 (四) 政府機關代表： 1. 主管機關代表 1 名。	

修正規定	現行規定	健保署說明
2. 保險人代表 2 名。 3. 中醫門診總額:主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。 4. 牙醫門診總額:主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。 前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生： (一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。 (二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。 (三) 專家學者由保險人遴選。 (四) 機關代表由該機關指派。	2. 保險人代表 2 名。 3. 中醫門診總額:主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。 4. 牙醫門診總額:主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。 前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生： (一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。 (二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。 (三) 專家學者由保險人遴選。 (四) 機關代表由該機關指派。	

修正規定	現行規定	健保署說明
四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；代表任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。 本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。 四之一、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任： (一)經中央主管機關吊銷、撤銷、	四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；代表任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。 本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。 代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。 四之一、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任： (一)經中央主管機關吊銷、撤銷、	現行規定並未規範任期屆滿後，倘相關團體未能如期推派新任代表完成聘任情形應如何處置，為確保會議能如期召開，使總額支付制度順利進行研議擬訂，以維護保險對象醫療需求。

修正規定	現行規定	健保署說明
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。 (新增) <u>四之二、本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限。</u>	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。	

修正規定	現行規定	健保署說明
同現行條文。 同現行條文。	五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。 被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。 六、代理人及列席單位出席規範： (一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。 (二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。 (三) 列席單位出席人員以 2 名為限。	同現行條文(無修訂)。 同現行條文(無修訂)。

修正規定	現行規定	健保署說明
同現行條文。 同現行條文。	七、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。 本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。 八、保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開： (一)會議議程。 (二)會議內容實錄。 (三)利益揭露聲明書。	同現行條文(無修訂)。 同現行條文(無修訂)。

附件

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告
101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告
102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告
105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告
110 年 1 月 8 日健保醫字第 1090034643 號修訂公告
112 年 7 月 3 日健保醫字第 1120662773 號修訂公告
112 年 9 月 27 日健保醫字第 1120663998 號修訂公告
113 年 2 月 1 日健保醫字第 1130660258 號修訂公告
113 年 4 月 9 日健保醫字第 1130661336 號修訂公告

- 一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。
- 二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門（以下稱各總額部門）每 3 個月召開一次會議為原則，必要時得召開臨時會議。
- 三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請不具民意代表身分之下列代表出席：
 - (一) 保險付費者代表 2 名。
 - (二) 保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
 1. 醫院總額：
 - (1) 各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (3) 特殊材料提供者代表 1 名。
 - (4) 藥品提供者代表 1 名。
 - (5) 中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6) 西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (7) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (8) 中華民國醫事放射師公會全國聯合會代表 1 名。
 2. 西醫基層總額：
 - (1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。

- (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (4) 藥品提供者代表 1 名。
 - (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。
3. 牙醫門診總額：
- (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (3) 台灣醫院協會代表 4 名。
 - (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (5) 中華牙醫學會代表 1 名。
 - (6) 中華民國醫院牙科協會代表 3 名。
4. 中醫門診總額：
- (1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2) 台灣醫院協會代表 2 名。
 - (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
5. 門診透析：
- (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2) 台灣醫院協會代表 1 名。
 - (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。
- (三) 專家學者 3 名。
- (四) 政府機關代表：
- 1. 主管機關代表 1 名。
 - 2. 保險人代表 2 名。
 - 3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。
 - 4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1

名。

前項代表應考量性別衡平性，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，並依下列方式產生：

(一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。

(二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。

(三) 專家學者由保險人遴選。

(四) 機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；代表(含代理人)任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。

本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

四之一、任職前五年因其行為致有下列情形之一者，除暫緩執行外，不得擔任本會議代表或其代理人；任期中發生者，當然解任：

(一) 經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。

(二) 經地方主管機關停業、廢止執業執照。

(三) 經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。

前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。

四之二、本會議代表任期屆滿而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限。

五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、代理人及列席單位出席規範：

(一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。

(二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。

(三) 列席單位出席人員以 2 名為限。

七、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。

本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。

八、保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開：

(一) 會議議程。

(二) 會議內容實錄。

(三) 利益揭露聲明書。

討論事項第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂114年度「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)」之專業醫療服務品質指標案，提請討論。

說明：

- 一、為持續檢討中醫門診品保方案之專業醫療服務品質指標，本署彙整114年度修正建議摘述如下(附件1，頁次討2-3頁)：
 - (一)調整「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」3項指標，操作型定義以「醫事機構/同院所」歸戶計算；其中「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」排除主診斷不相同的案件。
 - (二)「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」指標分子說明文字為「各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費大於20次之次數總和」。
 - (三)配合本署修訂114年「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫自114年度起停辦，「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」、「使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫門診者之平均中醫就診次數」及「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」5項指標資料範圍排除條件增列特定治療項目 MA(子宮頸癌)、MB(子宮體癌)及 MC(甲狀腺癌)；並刪除特定治療項目 JG(兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫)。
- 二、評估「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」3項指標操作型定義修訂後個案數

有限，建議維持指標原操作型定義(附件2，頁次討2-6頁)。擬具本案修訂「附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)」(附件3，頁次討2-7頁)。

擬 辦：

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

決 議：

專業醫療服務品質指標 修訂意見彙整表

編號	修訂 /新增	指標項目	建議修訂 單位	原方案	修正草案	建議 修訂說明	總額受託單位 (中華民國中醫師公會全國聯合會) 專業意見/建議	本署意見		
1	■修訂 □新增	1. 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率	中華民國中醫師公會全國聯合會	公式說明： 分子：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。 分母：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。	公式說明： 分子：按各區、 <u>醫事機構</u> 、病人 ID、就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。 分母：按各區、 <u>醫事機構</u> 、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。	1. 現行的中醫門診總額醫療品質指標不論同院與跨院都會納入統計範圍，然而，「跨院所」同日或隔日再次就診，因民眾有實際需要，醫師依法理當提供醫療服務，實難歸責於院所。 2. 各區業務組為盡管理人的責任，出現數值偏高之院所，常會請中執會各區分會進行輔導，但遇到跨院所案件常會有不知如何請院所改善的窘境。	同「建議修訂說明」	3 項指標修訂後統計值約 0%~0.09%，指標個案數有限，爰建議維持指標原操作型定義。		
			健保署中區業務組		公式說明： 分子：按各區、病人 ID、 <u>同院所</u> 就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。 分母：按各區、病人 ID、 <u>同院所</u> 就醫日期歸戶之筆數。					
		2. 就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率	中華民國中醫師公會全國聯合會	公式說明： 分子：按各區、病人 ID 歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。 分母：各區申報總件數。	(1)分子：按各區、 <u>醫事機構</u> 、病人 ID 歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。 分母：按各區 <u>、醫事機構歸戶之</u> 申報總件數。 (2)排除主診斷不相同的案件				同「建議修訂說明」	
			健保署中區業務組		公式說明： 分子：按各區、病人 ID 歸戶，計算同一人 <u>同院所</u> 隔日就診之筆數。 分母：各區申報總件數。					同意修正文字
		3. 使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率	健保署中區業務組	公式說明： 分子：按各區及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為 1 日之重複日數。 分母：各區給藥案件之給藥日份加總。	公式說明： 分子：按各區及病人 ID 歸戶，計算每個 ID <u>同院所</u> 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為 1 日之重複日數。 分母：各區給藥案件之給藥日份加總。				1. 患者上門求診必有其需要，不論是突發的疾病或者病情改變，醫師依法都需提供醫療協助。 2. 患者的就醫習慣，看不同的疾病可能會選擇不同的醫師。 3. 綜上，難以要求跨院所不要重疊用藥。	同意修正文字

編號	修訂 /新增	指標項目	建議修訂 單位	原方案	修正草案	建議 修訂說明	總額受託單位 (中華民國中醫師公會全 國聯合會) 專業意見/建議	本署意見
2	☒ 修訂 ☐ 新增	於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率	健保署臺北業務組	公式說明：分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費超過 20 次以上次數之總和。分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。	公式說明：分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費 <u>大於 20 次之次數總和</u> 。分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。	「超過」定義係不包含本數，「以上」定義則包含本數，有互斥之虞，爰建議修正定義與指標名稱一致。	同意修正文字	為避免文字解讀的歧異性，建議修訂分子公式以數學符號表示如下：「各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費>20 次之次數總和。」
3	☒ 修訂 ☐ 新增	1. 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率 2. 使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率 3. 使用中醫門診者之平均中醫就診次數 4. 就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率	健保署	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0 之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類 B6) (2)預防保健(案件分類 A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類 C5)	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0 之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類 B6) (2)預防保健(案件分類 A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類 C5) (5)中醫專款專用：符合下列任一條件：	1. 依據本署於 114 年 2 月 11 日健保醫字第 1140102477 號公告修訂 114 年「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」特定治療項目增列 MA(子宮頸癌)、MB(子宮體癌)及 MC(甲狀腺癌)，爰建議前述 5 項指標資料範圍排除條件 <u>增列</u> 上開特定治療項目代碼。 2. 依據衛生福利部 114 年 1 月 9	-	同「建議修訂說明」

編號	修訂 /新增	指標項目	建議修訂 單位	原方案	修正草案	建議 修訂說明	總額受託單位 (中華民國中醫師公會全 國聯合會) 專業意見/建議	本署意見
		5. 於同院所針傷科處置 次數每月大於二十次之 比率		(5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。 B. 案件分類：22 且特定治療項目(一)為 C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)、JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)。 C. 案件分類：31 且任一特定治療項目代號為 EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目 JA、JB)	A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。 B. 案件分類：22 且特定治療項目(一)為 C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、 <u>JG</u> 、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)、JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)、 <u>MA(子宮頸癌中醫門診加強照護計畫)</u> 、 <u>MB(子宮體癌中醫門診加強照護計畫)</u> 及 <u>MC(甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫)</u> 。 C. 案件分類：31 且任一特定治療項目代號為 EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目 JA、JB)	日衛部健字第 1143360008 號公告「114 年度全民健康保險醫療給付總額及其分配方式」，兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫(特定治療項目代碼 JG)自 114 年度起停辦，爰建議前述 5 項指標資料範圍排除條件 刪除 特定治療項目代碼 JG。		

113 年第 3 季 中醫總額醫療品質資訊指標 修訂試算彙整表

序號	指標名稱	計算方式	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署	指標方向	參考值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全署
1	就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率	跨院所	0.11%	0.08%	0.15%	0.13%	0.11%	0.05%	0.12%	負向	0.13%	O	O	>	O	O	O	O
		同院所	0.0000%	0.0001%	0.0006%	0.0001%	0.0000%	0.0059%	0.0003%		-							
2	就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率	跨院所	0.32%	0.25%	0.41%	0.33%	0.32%	0.37%	0.34%	負向	0.38%	O	O	>	O	O	O	O
		同院所 (排除主診斷前3碼不相同)	0.0003%	0.0009%	0.0009%	0.0009%	0.0018%	0.0024%	0.0009%		-							
3	使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率	跨院所	0.43%	0.36%	0.57%	0.47%	0.50%	0.37%	0.47%	負向	0.55%	O	O	>	O	O	O	O
		同院所	0.02%	0.01%	0.02%	0.02%	0.03%	0.09%	0.02%		-							

說明：

一、資料來源：多模型健保資料平台(114.04.08 擷取)

二、指標計算公式：

(一)就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率

1.現行公式：

分子：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。

分母：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。

2.修訂公式：

分子：按各區、同院所、病人 ID 就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。

分母：按各區、同院所、病人 ID 就醫日期歸戶之筆數。

(二)就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率

1.現行公式：

分子：按各區、病人 ID 歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。

分母：各區申報總件數。

2.修訂公式：

分子：按各區、同院所、病人 ID 歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。

分母：各區申報總件數。

*排除主診斷不相同的案件

(三)使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率

1.現行公式：

分子：按各區及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為 1 日之重複日數。

分母：各區給藥案件之給藥日份加總。

2.修訂公式：

分子：按各區、同院所、病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為 1 日之重複日數。

分母：各區給藥案件之給藥日份加總。

附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)

修正如畫底線及刪除線

附件 3

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
1. 點值					
每點支付金額改變率	每季	±10%	資料分析	保險人	【(每季分配總額/每季審核後之總點數)-1】×100%
2. 保險對象就醫調查					
保險對象就醫調查	每年	每年於評核會議報告前一年調查結果	由保險人研訂調查方式	保險人	調查內容得由保險人參考各界意見後研訂，並委託民調機構辦理。 註：105(含)年度以前實施保險對象滿意度調查，頻率為中醫門診總額實施前一次、實施後每半年一次，自 98 年起每年一次，比較其就醫可近性、醫療服務品質與差額負擔滿意度變化情形。
民眾申訴檢舉成案件數	每年	受託單位每年提出執行報告，內容包括成案件數、案件內容、處理情形及結果。	資料分析	保險人	當年度民眾申訴檢舉成案件數。
3. 專業醫療服務品質					
就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率	每季	參考值：以前 5 年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6) (2)預防保健(案件分類A3) (3)中醫特定疾病門診加強照護(案件分類30) (4)法定傳染病通報且隔離案件(案件分類C5)

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					(5)中醫專款專用：符合下列任一條件： A. 案件分類：25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)。 B. 案件分類：22且特定治療項目(一)為C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ、JK、JQ(呼吸困難)、JP(中醫慢性腎病門診加強照護計畫)、JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)、JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)、JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)、JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)、JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)、<u>MA(子宮頸癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>MB(子宮體癌中醫門診加強照護計畫)</u>及<u>MC(甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫)</u>。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB) 2. 公式說明： 分子：按各區、病人ID、就醫日期歸戶，計算就診2次(含)以上之筆數。 分母：按各區、病人ID、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
使用中醫門診者處方用藥日數重疊	每季	參考值：以前5年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：所有屬中醫總額之門診給藥小於等於7日案件，排除如下案件： (1)職業災害(案件分類B6)

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

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

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

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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)、<u>MA(子宮頸癌中醫門診加強照護計畫)</u>、<u>MB(子宮體癌中醫門診加強照護計畫)</u>及<u>MC(甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫)</u>。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。 (6)其他部門：提供保險對象收容矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目JA、JB)。 2. 公式說明： 分子：各分區該季同一院所同一人同一月份申報針傷科處置費<u>超過20次以上次數之總和</u> <u>>20次之次數總和</u>。 分母：各分區該季申報針傷科處置費次數之總和。 ※中醫針傷科醫令代碼：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94。D01、D02、D03、D04、D05、D06、D07、D08、E01、E02、E03、E04、E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。(排除醫令點數=0之案件)。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					※例如院所該月份同一患者申報針灸、傷科處置費21次，分子以21-20=1計，以此類推。 3. 指標計算：分子 / 分母。
中醫醫療院所加強感染控制執行率	每季	96 年重新審查認證第一季參考值合格率为75%。 96 年重新審查認證第三季起參考值合格率为80%。	資料分析	受託單位	1. 公式說明： 分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季合格機構數。 分母：中醫門診特約醫療院所數(該季最後一個月院所數)。 2. 指標計算：分子/分母。
中醫醫療院所加強感染控制合格率	每季累算	抽審合格率为85%	資料分析	受託單位	1. 公式說明： 分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查合格院所數。 分母：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查院所數。 2. 指標計算：分子/分母。
健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 資料排除法定傳染病通報且隔離案件(案件分類 C5) 2. 公式說明： 分子：中醫健保醫療資訊雲端查詢系統查詢人數 分母：中醫門診病人數 3. 指標計算：分子/分母。
兩年內初診患者人數比率	每季	參考值：以前3年同季平均值±10%。	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：同一患者二年內(費用年月相減)未到中醫院所看診人數。 分母：統計期間看診中醫門診總人數。 2. 指標計算：分子/分母。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
4. 其他醫療服務品質（中長程指標）					
符合針灸治療規範比率	每季	$\geq$ 前一年同期符合針灸治療規範比率	資料分析	受託單位	符合針灸治療規範人次/實際接受針灸治療人次（參考值啟用第一年各季，均以 91 年 7-9 月為基期）
符合傷科治療規範比率	每季	$\geq$ 前一年同期符合傷科治療規範比率	資料分析	受託單位	符合傷科治療規範人次/實際接受傷科治療人次（參考值啟用第一年各季，均以 91 年 7-9 月為基期）

討論事項第三案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：有關 114 年 1 月 1 日於「全民健康保險西醫住院病患中醫
特定疾病輔助醫療計畫」新增申報費用檢核邏輯，核扣申
報院所未完成後測但申報點數案，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、建議應排除病人住院期間死亡，而無法完成後測者。

本署意見：

- 一、查本計畫「執行方式」及「給付項目及支付標準」規定，申報生理評估費(P33053~P33057)須符合以下規定(附件)：
 - (一) 須以個案為單位。
 - (二) 計畫收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)。
 - (三) 須於收案後三日內及出院前各執行一次。
 - (四) 每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前，登錄於 VPN。
- 二、另查現行醫療資訊系統醫令自動化審查 REA 子系統，係依據前開規定訂定檢核邏輯。
- 三、綜上，依本計畫生理評估費之申報規定，中全會所提病人住院期間死亡而無法完成後測不符合申報規定。惟其實際提供之服務(如診察、針傷治療等)，仍得依支付標準申報。
- 四、另請中全會協助向會員宣導，申報本計畫之生理評估費須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前登錄收案後三日內及出院前之 2 筆資料於 VPN，始得申報。

決議：

全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

九、執行方式：

(一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。

(二)療效評估標準：

- 1.腦血管疾病：以美國國家衛生研究院中風評量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。
- 2.顱腦損傷：以巴氏量表(Barthel Index)、改良式創傷嚴重度指標 (Revised Trauma Score, RTS：包含呼吸次數，收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標)做為評估標準。
- 3.脊髓損傷：以美國脊髓損傷協會神經和功能評分(American Spinal Injury Association neurologic and functional score, ASIA score)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。
- 4.呼吸困難：以下列項目做為評估標準。
 - (1)呼吸頻率(respiratory rate, RR)、心率(heart rate, HR)、血氧飽和度(oxygen saturation as measured by pulse oximetry, SpO2)。
 - (2)巴氏量表(Barthel Index)。
 - (3)依病人狀況進行以下其中一項量表：
 - A.氣喘：氣喘控制測驗 (Asthma Control Test, ACT)。
 - B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(COPD Assessment Test, CAT)。
 - C.其他：呼吸困難評估量表(Modified Medical Research Council, mMRC)。
- 5.術後疼痛：使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)、歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)做為評估標準。

(三)本計畫收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)。各項評估量表須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前，登錄於VPN。

(四)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請書之內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，並檢具中醫全聯會所發予之評估結果，向保險人之分區業務組申請計畫變更，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

支付標準表

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風病人適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33054	生理評估(限顱腦損傷病人適用) (1)改良式創傷嚴重度指標(RTS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33055	生理評估(限脊髓損傷病人適用) (1)美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33056	生理評估(限呼吸困難病人適用) (1)呼吸頻率(RR)，心率(HR)，血氧飽和度(SpO2) (2)巴氏量表(Barthel Index) (3)依病人狀況進行以下其中一項量表： A.氣喘：氣喘控制測驗(ACT)。 B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(CAT)。 C.其他：呼吸困難評估量表(mMRC)。	1,000
P33057	生理評估(限術後疼痛病人適用)： (1)視覺類比量表(Visual Analogue Scale,VAS)。 (2)簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)。 (3)歐氏失能量表(Oswestry Disability Index,ODI)。	1,000
註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。 2.P33053、P33054、P33055、P33056、P33057生理評估： (1)須以個案為單位。 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。 (3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於VPN。		

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「提升用藥品質」及「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」114年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項案，提請討論。

說明：

- 一、依據114年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項(附件1)辦理。
- 二、一般服務「提升用藥品質」(成長率 1.112%，約增加 3.47億元)：
 - (一)本項預算用於調升 A21每日藥費，由37點調升至38點。衛生福利部已於114年4月22日公告自114年5月1日生效。
 - (二)核定事項：請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理「應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於113年12月前提報全民健康保險會」。
 - (三)中華民國中醫師公會全國聯合會已擬具提升中藥用藥品質管理相關策略，並於113年12月3日函送本署(附件2)，本署建議於方案中加入可量化之評估指標，以作為後續方案結果評估及修訂之依據。綜整前開意見後，擬具中藥用藥品質管理相關策略如附件3。
- 三、專款項目「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(下稱中醫慢性腎臟病計畫)」(預算1.524億元，較前年增加0.471億元)：
 - (一)核定事項：請中央健康保險署辦理「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，其預算扣減方式規劃，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」。
 - (二)建議扣減方式：計算「僅提供第二期以上慢性腎臟病病人(主診斷為 N18.2-N18.6)中醫一般服務院所平均中醫一般服務醫療費用」及「提供第二期以上慢性腎臟病病人中醫慢性腎臟病計畫及中醫一般服務院所中同時使用前開兩項服務者平均中醫一般服務醫療費用」之差額，並以同時提供兩項服務之院所病人數，計算中醫慢性腎

臟病計畫於一般服務重複部分之費用。

(三) 以113年申報資料說明預計114年扣減計算方式：

1. 第二期以上慢性腎臟病病人就醫申報情形(表1)：

(1) 僅提供第二期以上慢性腎臟病病人(主診斷為N18.2-N18.6)中醫一般服務共1,023間院所(第二期以上慢性腎臟病就醫共3,762人)，平均每人中醫一般服務醫療費用為6,007點。

(2) 同時執行中醫慢性腎臟病計畫及提供慢性腎臟病病人中醫一般服務共190間院所(第二期以上慢性腎臟病就醫共4,024人)，其就醫病人又可分為以下兩類：

A. 同時使用一般服務及專款計畫：共158間院所(就醫人數為1,357人)，平均每人中醫一般服務醫療費用為2,990點。

B. 僅使用一般服務：共176間院所(就醫人數為2,667人)，平均每人中醫一般服務醫療費用為7,701點。

表一：113年第二期以上慢性腎臟病病人就醫申報情形

		院所數	人數	案件數	一般服務 醫療費用 (百萬點)	平均每人 一般服務 醫療費用
僅提供一般服務之院所		1,023	3,762	14,901	22.6	6,007
同時提供一般服務及專款計畫服務之院所	同時使用一般服務及專款計畫之病人	158	1,357	3,340	4.1	2,990
	僅使用一般服務之病人	176	2,667	12,013	20.5	7,701

備註：

1. 資料來源：衛生福利部中央健康保險署四代倉儲門診明細檢視表(彙算日期：114/05/06)

2. 資料範圍：費用年為113年之申報資料。

3. 統計定義：

(1) 慢性腎臟病病人：主診斷為 N18.2-N18.6。

(2) 中醫一般服務：醫事類別為「14(門診中醫)」，並排除案件分類為「職災案件、中醫其他專案、加強中醫醫療照護門診試辦計畫、預防保健、代辦門診戒煙、代辦登革熱 NS1抗原快速篩檢試劑」。

(3) 中醫慢性腎臟病計畫：醫事類別為「14(門診中醫)」且特定治療項目(一)為「JP」。

(4) 院所數：依醫事機構代碼歸戶後計算不重複家數。

(5) 人數：依身分證號歸戶後計算不重複人數。

- (6) 件數：依清單編號歸戶後計算不重複件數。
(7) 醫療費用：申請費用點與部分負擔金額之總和。

2. 計算中醫慢性腎臟病計畫於一般服務扣減重複部分之費用：

- (1) 「僅提供第二期以上慢性腎臟病病人中醫一般服務院所平均中醫一般服務醫療費用」及「提供專款計畫及中醫一般服務院所中同時使用前開兩項服務者平均中醫一般服務醫療費用」之差額
- (2) 僅提供第二期以上慢性腎臟病病人中醫一般服務院所平均每人醫療費用及同時提供專款計畫及中醫一般服務院所平均每人醫療費用之差額為3,017點【6,007點-2,990點】。
- (3) 同時執行中醫慢性腎臟病計畫及提供慢性腎臟病病人中醫一般服務院所之慢性腎臟病就醫人數為4,024人，中醫慢性腎臟病計畫於一般服務重複部分之費用為4.09百萬點【3,017點*1,357人】。

擬辦：擬以上述計算方式辦理中醫慢性腎臟病計畫於一般服務扣減重複部分事宜，並將二方案核定事項之辦理情形提至健保會。

決議：

附表 114 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表(核定版)

項目		成長率(%) 或金額 (百萬點)	預估 增加金 額 (百萬點)	核定事項
一般服務				
協商因素成長率				
保險給付 項目及支 付標準之 改變	1. 提升用藥 品質(114 年新增項 目)	1.112%	347.0	1. 執行目標：提高慢性病處方箋的使用，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於7日)處方箋的比率較前1年提升1%。 預期效益之評估指標：中藥不良反應報告數量較前1年改善(計算方法：中藥不良反應報告數/總用藥人次×100%)。 2. <u>請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：</u> (1)<u>應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於113年12月前提報全民健康保險會。</u> (2)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。 (3)研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性。
專款項目(全年計畫經費)				
7. 中醫慢性腎臟病 門診加強照護計畫		152.4	47.1	1. 執行目標：參與院所數為180家及服務人數以8,000人為目標。 2. 預期效益之評估指標：收案對象平均eGFR分數，較收案時增加。 3. <u>請中央健康保險署辦理下列事項：</u> (1)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。 (2)<u>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，其預算扣減方式規劃，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。</u>

檔 號：
保存年限：

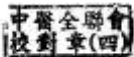
中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2
電話：(02)2959-4939
傳真：(02)2959-2499
E-mail：wang561229@yahoo.com.tw
承辦人：王逸年 分機：17

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 113 年 12 月 3 日
發文字號：(113)全聯醫總兆字第 1634 號
速 別：
附 件：

主 旨：檢送「中藥用藥安全管理方案(草案)」，請鑒核。

說 明：依 114 年度中醫門診醫療給付費用總額協定事項辦理。


正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部

理事長 詹永兆

總收文 113 年 12 月 3 日 收到

健保醫安

中央健康保險署

署 1130059630

中藥用藥安全管理方案(草案)

- 一、依 114 年度中醫門診醫療給付費用總額協定事項辦理。
- 二、中醫健保用藥品項開放部分非濃縮 GMP 中醫師處方用藥給付，以減少民眾自費，開放項目為符合台灣中藥典所規範，但不易萃取做為濃縮藥品原料之中藥材，如海螵蛸、龍骨、蟬蛻、石膏、滑石。
- 三、持續推動「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」，請各公會每年繼續教育課程需加入中藥用藥安全宣導課程。
- 四、公告衛生福利部中醫藥司「中藥不良反應通報專區」於中醫師公會全聯會網站及中醫會訊公告，函文各公會轉知所轄會員配合辦理。
- 五、編製中藥用藥安全宣傳單，提供中醫院所張貼院內明顯處，並置於網站供會員民眾下載。
- 六、公告民眾在用藥相關問題之申訴電話、MAIL、信箱放本會網站及刊物，請院所配合宣導。

中藥用藥安全管理策略(草案)

一、目的：

- (一)增加健保中藥給付品項，減少民眾用藥自費情形。
- (二)提升中藥用藥品質。

二、管理策略：

- (一)中醫健保用藥品項開放部分非濃縮GMP中醫師處方用藥給付，以減少民眾自費，開放項目為符合台灣中藥典所規範但不易萃取做為濃縮藥品原料之中藥材，如：海螵蛸、龍骨、蟬蛻、石膏、滑石。
- (二)中華民國中醫師公會全國聯合會持續推動「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」，並請各中醫師公會於每年繼續教育課程需加入中藥用藥安全宣導課程。
- (三)中華民國中醫師公會全國聯合會於中醫師公會全聯會網站及中醫會訊公告衛生福利部中醫藥司「中藥不良反應通報專區」，並函文各中醫師公會轉知所轄會員配合辦理。
- (四)中華民國中醫師公會全國聯合會編制中藥用藥安全宣傳單，提供中醫院所張貼院內明顯處，並置於網站供其會員及民眾下載。
- (五)中華民國中醫師公會全國聯合會公告用藥相關問題之申訴管道(聯絡電話、電子信箱等資訊)於該會網站及刊物，並請各中醫院所配合宣導。

三、評估指標：

- (一)中醫健保用藥品項數。
- (二)中藥用藥安全宣導課程辦理場次及參與人數。
- (三)中藥不良反應報告率(計算公式：中藥不良反應報告數/ 總用藥人次×100%)。