



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 112 年第 4 次研商議事會議

112 年 11 月 16 日（星期四）下午 2 時
本署 9 樓第 1 會議室

「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」

112 年第 4 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、中醫門診總額執行概況報告	報 2-1
三、112 年第 2 季中醫門診總額點值結算報告案	報 3-1
四、113 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案	報 4-1
五、113 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議時程案	報 5-1
六、調整「112 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域一覽表案	報 6-1
七、中醫 112 年第 1-2 季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算事宜案	報 7-1
八、有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費不符申報適應症案件之改支邏輯案	報 8-1
九、修訂 3 項中醫專款照護計畫(全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫、全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、修訂「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」案	報 9-1

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點案	討 1-1
二、修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等 5 項專業醫療服務品質指標案	討 2-1
三、修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案	討 3-1

四、修訂「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」條文案	討 4-1
五、修訂 113 年「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案	討 5-1
六、修訂 113 年度「全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)」條文案	討 6-1

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 112 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 8 月 17 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：李副署長丞華

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列)(*為線上與會人員名單)

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

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

陳淑華

衛生福利部全民健康保險會

張嘉云

中華民國中醫師公會全國聯合會

李敬、王逸年、賴宛而

本署醫務管理組

林右鈞、黃珮珊、洪于淇

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

陳依婕、黃怡娟、王智廣

黃惠卿、蔡政伶、林麗智

楊淑美、鄭正義

賴昱廷

楊淑娟*、郭乃文*、黃寶玉*

謝明珠*、黃毓棠*、林孟萱*

王奕晴*、林裕能*、戴秀容*

陳怡心*、潘佳鈴*、謝佩璇*

李建漳*、賴文琳*

謝明雪*、李金秀*、黃皓綱*

李昀融*、吳建昌*、廖子喬*

高菲屏*

黃兆杰*、王素惠*、鄭翠君*

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112年第1季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：依衛生福利部112年8月8日衛部健字第1123360102號公告修正「112年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務

地區預算分配方式」暨中華民國中醫師公會全國聯合會於 112 年 8 月 8 日(112)全聯醫總兆字第 0617 號函修訂「112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」分配計畫，略以增列風險調整移撥款 3 千萬元，用於逐季補助當季浮動點值低於 0.75 者則補至 0.75，經統計 112 年第 1 季北區分區浮動點值 0.70920902，補至 0.75 所需經費為 24,106,701 元，尚未支用金額 5,893,299 元。

決定：

一、 洽悉。

二、 112 年第 1 季結算點值確認如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
112年 第1季	浮動點值	0.80893858	0.75000000	0.79847261	0.80827381	0.77256082	1.16924259	0.79938470
	平均點值	0.88428532	0.85515586	0.87474026	0.88761742	0.86476814	1.10657709	0.87922141

三、 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

四、 本季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫 111 年第 3-4 季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算事宜案。

說明：

一、 全民健康保險會討論通過及衛生福利部核定，同意動支 111 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 3 億 1,283 萬元，用於撥補中醫門診總額 111 年第 3、4 季除東區以外之五分區受新冠疫情影響之醫療費用。

二、 動支前後 111 年第 3、4 季各分區浮動點值如下附表：

111Q3與111Q4中醫結算平均點值補至108年同期之平均點值以0.9為上限，最低補至全國平均點值估算所需的經費

		111Q3	
就醫 分區	結算點值	動支後	
	浮動點值 (FP1)	浮動點值 (FP1N)	浮動點值差值 (FP1N-FP1)
臺北	0.83313433	.	.
北區	0.78612534	0.83156775	0.04544241
中區	0.81151669	0.82567222	0.01415553
南區	0.81221845	0.83151602	0.01929757
高屏	0.81534729	0.83401435	0.01866706
東區	1.16072722	.	.

		111Q4	
就醫 分區	結算點值	動支後	
	浮動點值 (FP2)	浮動點值 (FP2N)	浮動點值差值 (FP2N-FP2)
臺北	0.78300552	0.81219136	0.02918584
北區	0.72672847	0.80399600	0.07726753
中區	0.77445001	0.81564752	0.04119751
南區	0.78317235	0.83088653	0.04771418
高屏	0.74914057	0.81312816	0.06398759
東區	1.12384737	.	.

註1：若111年該區平均點值大於108年同期平均點值，則經費補至108年同期全區平均點值；

註2：若111年該區平均點值小於108年同期平均點值，則經費補至108年同期平均點值或全區平均點值(取高者)；惟上限補至0.9。

註3：動支後浮動點值=〔(各分區預算+動支經費)-非浮點數-自墊核退〕 / 浮動點值。

決定：

一、洽悉。

二、本署將於112年9月辦理追扣補付作業。

第六案

報告單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：調整「112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。

決定：

- 一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(計畫附件 1-1)：刪除「宜蘭縣壯圍鄉」、「苗栗縣三灣鄉」、「雲林縣東勢鄉」、「屏東縣林邊鄉」、「宜蘭縣冬山鄉」、「台東縣卑南鄉」；新增「南投縣鹿谷鄉」。
- 二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(計畫附件 1-2)：刪除「苗栗縣銅鑼鄉」、「苗栗縣三義鄉」、「南投縣鹿谷鄉」、「雲林縣林內鄉」；新增「宜蘭縣壯圍鄉」、「苗栗縣三灣鄉」、「雲林縣東勢鄉」、「屏東縣林邊鄉」、「宜蘭縣冬山鄉」、「台東縣卑南鄉」、「雲林縣古坑鄉」、「金門縣金寧鄉」。
- 三、施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 76 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 81 個鄉鎮區(附件 1)。

參、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修正「112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式案」。

決議：通過修正「112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」(附件 2)，增列「風險移撥款」動支方式提撥及分配，重點如下：

- 一、提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,000 萬元，由各季提撥 750 萬元。
- 二、分配方式：
 1. 自 112 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。
 2. 其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至 0.75 元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。

3. 若兩區以上浮動點值低於 0.75 時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.75 元。
4. 移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

三、本計畫溯自 112 年 1 月 1 日生效。

第二案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文修訂案。

決議：通過修訂支付標準第二章藥費加註「出院患者必要時得開給 7 天藥品」。

第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文修訂案。

決議：通過修訂適用範圍「主診斷為其他癌症且次診斷為胃癌」之「其他癌症」ICD-10-CM 由原 C79.5-C97.7 修訂為 C79.5-C79.7。

第四案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案。

決議：本案修訂通過重點如下：

- 一、適用範圍及收案條件之骨骼、關節相關痛症適應症（ICD-10-CM）增列 S03.0、S03.1、S13、S23、S33。
- 二、有關中醫急症診察費夜間及例假日由原先加成改為增列診療項目之建議，基於支付標準一致性，維持以備註文字呈現。
- 三、有關刪除支付標準 P61002 中醫急症處置費 500 點，改為增列 P61005 針灸(或電針)治療處置費 500 點、P61006 傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費 500 點及 P61007 骨折、脫臼整復復位治療處置費 1,200 點之建議，因增加財務衝

擊，請中全會爭取 113 年總額預算支應。

肆、散會：下午 2 時 53 分

112 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	台南市	後壁區	1	花蓮縣	豐濱鄉	2
	石門區	1		大內區	1		富里鄉	1
	平溪區	1		左鎮區	1		秀林鄉	3
	雙溪區	1		龍崎區	1		萬榮鄉	3
	烏來區	3		北門區	1		卓溪鄉	3
宜蘭縣	冬山鄉	1	高雄市	東山區	1	台東縣	大武鄉	2
	壯圍鄉	1		田寮區	1		東河鄉	1
	大同鄉	3		茂林區	3		長濱鄉	2
	南澳鄉	3		桃源區	3		卑南鄉	1
新竹縣	橫山鄉	1	屏東縣	那瑪夏區	3		綠島鄉	5
	寶山鄉	1		內門區	1		延平鄉	3
	北埔鄉	1		萬巒鄉	1		海端鄉	3
	峨眉鄉	1		竹田鄉	1		達仁鄉	3
	尖石鄉	3		新埤鄉	1		金峰鄉	3
	五峰鄉	3		車城鄉	1		蘭嶼鄉	6
苗栗縣	南庄鄉	1		滿州鄉	2	金門縣	烈嶼鄉	6
	獅潭鄉	1		枋山鄉	1		烏坵鄉	6
	泰安鄉	3		三地門鄉	3	連江縣	北竿鄉	4
	頭屋鄉	1		霧臺鄉	3		莒光鄉	6
	三灣鄉	1		泰武鄉	3		東引鄉	6
台中市	大安區	1	屏東縣	來義鄉	3		南竿鄉	4
	和平區	3		春日鄉	3			
南投縣	信義鄉	3		獅子鄉	3			
	仁愛鄉	3		牡丹鄉	3			
	鹿谷鄉	3		瑪家鄉	3			
雲林縣	東勢鄉	1		林邊鄉	1			
	四湖鄉	1	澎湖縣	吉貝村	6			
嘉義縣	溪口鄉	1		白沙鄉	5			
	番路鄉	1		西嶼鄉	5			
	阿里山鄉	3		望安鄉	6			
	東石鄉	1		七美鄉	6			

註 1：本一覽表統計截止日期：112 年 8 月 4 日，共 76 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。

112 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	三芝區	台南市	柳營區	高雄市	甲仙區
	金山區		六甲區	屏東縣	恆春鎮
	萬里區		西港區		長治鄉
	貢寮區		七股區		麟洛鄉
	石碇區		將軍區		鹽埔鄉
	八里區		山上區		高樹鄉
宜蘭縣	蘇澳鎮		楠西區		南州鄉
	三星鄉		南化區		九如鄉
	冬山鄉		官田區		琉球鄉
	壯圍鄉		玉井區		崁頂鄉
桃園市	復興區		安定區		林邊鄉
新竹縣	芎林鄉	雲林縣	古坑鄉	花蓮縣	鳳林鎮
苗栗縣	卓蘭鎮		林內鄉		壽豐鄉
	銅鑼鄉		東勢鄉		光復鄉
	三義鄉		二崙鄉		瑞穗鄉
	造橋鄉		褒忠鄉	台東縣	太麻里鄉
	西湖鄉		臺西鄉		池上鄉
	三灣鄉		元長鄉		成功鎮
台中市	石岡區		口湖鄉		鹿野鄉
彰化縣	線西鄉	嘉義縣	布袋鎮		卑南鄉
	埔鹽鄉		六腳鄉	澎湖縣	湖西鄉
	二水鄉		義竹鄉	金門縣	金沙鎮
	田尾鄉		梅山鄉		金寧鄉
	芳苑鄉		大埔鄉		
	竹塘鄉		中埔鄉		
	大城鄉		鹿草鄉		
南投縣	集集鎮	高雄市	湖內區		
	鹿谷鄉		六龜區		
	中寮鄉		杉林區		
	魚池鄉		永安區		
	國姓鄉		彌陀區		

註 1：本一覽表統計截止日期：112 年 8 月 4 日，共 81 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。

112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、計畫期間：112年1月1日起至112年12月31日止。

肆、預算分配：

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

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

二、風險調整移撥款之提撥及分配：

(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,000 萬元，由每季提撥 750 萬元。

(二)分配方式：

1. 自 112 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

2. 其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至 0.75 元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。

3. 若兩區以上浮動點值低於 0.75 元時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.75 元。

4. 移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

三、112年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

- (一)66%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。
- (二)14%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
- (三)10%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。
- (四)4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。
- (五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。
- (六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)111年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3. 111年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = $\Sigma 111$ 年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數 / $\Sigma 111$ 年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
4. 112年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以111年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

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

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

一、中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。

二、中醫全聯會與保險人成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

柒、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

附件1：指標之操作型定義

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

指標：

指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率

分子：各分區各季總預算(A_{i1})

分母： Σ 各分區各季總預算加總(ΣA_{i1})

條件說明：

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

指標2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(A_{i2})

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣA_{i2})

條件說明：

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

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(A_{i3})

分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣA_{i3})

條件說明：

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

三、計算步驟：

- (一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)
- (二)計算每位病患於各區就醫次數(a)
- (三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)
=每位病患於各區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)
- (四)各區每位病患之就醫次數比率(T)
=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)
- (五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)
=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)
- (六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)
=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值($\Sigma K1$)

四、舉例說明：

- (一)本季全國中醫就診病患有4人(p)
- (二)計算(a)、(a%)、(T)

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

(三)計算各分區就醫次數之權值

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

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。

二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 $(\frac{111\text{年該季}}{110\text{年同期}}) - 1$ 。

三、醫療費用點數成長率(r)： $(\frac{111\text{年該季申報醫療費用點數}}{110\text{年同期申報醫療費用點數}}) - 1$ 。

四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數（申請費用點數+部分負擔點數），含交付機構，不含職業災害案件（案件分類 B6）、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。

五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。

六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5%；
(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，
非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。

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

三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。

四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。

五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數

$= \text{各分區各鄉鎮市區中醫師數} \div (\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數} \div 10,000)$

六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

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

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

* 各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)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)

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

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

* 各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(三)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。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

條件說明：

一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)111年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

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

- 三、 $\frac{\text{111年全國每月申報醫療費用點數之平均值}}{\text{111年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數}} = \frac{\Sigma \text{111年每月申報醫療費用}}{\Sigma \text{111年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數}}$ 。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
- 四、 $\frac{\text{112年偏鄉之每萬人口中醫師數認定}}{\text{111年12月之戶籍人口}} \times \text{中醫師數}$ 進行計算。

附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

※五分區預算分配之計算操作型定義

一、 當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)
= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算 GF +
預算(東區) +當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

指標1預算 GA= (T) * 97.78% * 66%

指標2預算 GB= (T) * 97.78% * 14%

指標3預算 GC= (T) * 97.78% * 10 %

指標4預算 GD= (T) * 97.78% * 4%

指標5預算 GE= (T) * 97.78% * 5%

指標6預算 GF= (T) * 97.78% * 1%

二、 各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

= 各季預算 GA * 指標1占率 (Ai1 / Σ Ai1)。

指標1占率 (Ai1 / Σ Ai1)

= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 (Ai1) / Σ 95年第4
季至98年第3季之各區各季預算 (Σ Ai1)。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(二) 各分區各季預算 Gb

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

指標2占率 ($A_{i2}/\Sigma A_{i2}$)

＝去年同期各分區戶籍人口數 (A_{i2}) / Σ 去年同期各分區戶籍人口數 (ΣA_{i2})。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 G_c

＝各季預算 GC*指標3占率 ($A_{i3}/\Sigma A_{i3}$)。

指標3占率 ($A_{i3}/\Sigma A_{i3}$)

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 G_d

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

※各分區指標4權值＝各分區人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

※各分區各季經指標4加權後之預算 (A_{i4})

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

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

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

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 G_e

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

※各分區指標5權值＝各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 (Ai5)

$$= 95\text{年第4季至}98\text{年第3季之各區各季預算 (Ai1)} * \text{【1+指標5權值和} (\sum dr_peop) \text{】}$$

※各分區各季經指標5加權後之預算占率 (Ai5/ $\sum$ Ai5)

$$= \text{各分區各季經指標5加權後之預算 (Ai5)} / \sum \text{各分區各季經指標5加權後之預算 (} \sum Ai5 \text{)}$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 Gf

$$= (\text{預算 GF} - \sum \text{指標6各區各季補至每點1元所需預算}) * \text{指標1占率 (Ai1} / \sum Ai1 \text{)}。$$

三、 各分區各季預算 Ts＝該區當季預算 Ga＋該區當季預算 Gb ＋該區當季預算 Gc＋該區當季預算 Gd＋該區當季預算 Ge ＋該區當季預算 Gf＋當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

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

(一) 操作定義：各分區全年預算 $Ty = \sum$ 該區各季 Ts＋ $\sum$ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

1. 成長率＝(112年該區各季核算 Ty / 111年該區各季核算 Ty) -1 。

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

(二) 撥補程序

1. 於112第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算 Ty 負成長之分區補至零成長。撥補程序之操作範例：如下頁附表。

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

	111年該區 全年 預算 Ty (百萬元) V	112年該區 全年 預算 Ty (百萬元) W	成長 率 W/V-1	負成長 分區 差額 X	撥補比 例 Y	撥補方式 X*Y=Z	調整 金額 Z	撥補後 Ty W+Z	撥補後成 長率
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長 分區小計		14,178.9			100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

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

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

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

三、平均點值

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

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

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

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 6 項，擬解除列管 5 項，繼續列管 1 項。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	112_3_報(5)：中醫 111 年第 3-4 季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算事宜案。	一、全民健康保險會討論通過及衛生福利部核定，同意動支 111 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 3 億 1,283 萬元，用於撥補中醫門診總額 111 年第 3、4 季除東區以外之五分區受新冠疫情影響之醫療費用。	本署業於 112 年 9 月底辦理補付作業(111 年第 3 季 2,744 家，補付約 75.94 百萬元；111 年第 4 季 3,969 家，補付約 236.88 百萬元)。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管
2	112_3_報(6)：調整「112 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(計畫附件 1-1)計 76 個鄉鎮區：刪除「宜蘭縣壯圍鄉」、「苗栗縣三灣鄉」、「雲林縣東勢鄉」、「屏東縣林邊鄉」、「宜蘭縣冬山鄉」、「台東縣卑南鄉」；新增「南投縣鹿谷鄉」。 二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區計 81 個鄉鎮區(計畫附件 1-2)：刪除「苗栗縣銅鑼鄉」、「苗栗縣三義鄉」、「南投縣鹿谷鄉」、「雲林縣林內鄉」；新增「宜蘭縣壯圍鄉」、「苗栗縣三灣鄉」、「雲林縣東勢鄉」、「屏東縣林邊鄉」、「宜蘭縣冬山鄉」、「台東縣卑南鄉」、「雲林縣古坑鄉」、「金門縣金寧鄉」。	本署業於 112 年 8 月 28 日健保醫字第 1120663612 號函，周知各分區業務組配合辦理後續事宜。	☒ 解除列管 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
3	112_3_討(1)_修正「112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式案」。	一、提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,000 萬元，由各季提撥 750 萬元。 二、分配方式： 1. 自 112 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。 2. 其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至 0.75 元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。 3. 若兩區以上浮動點值低於 0.75 時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.75 元。 4. 移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。 三、本計畫溯自 112 年 1 月 1 日生效。	本署業於 112 年 9 月 7 日健保醫字第 1120117867 號公告。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
4	112_3_討(2)_「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文修訂案。	通過修訂支付標準第二章藥費加註「出院患者必要時得開給 7 天藥品」。	本署業於 112 年 11 月 9 日以健保醫字第 1120122171 號公告，自 113 年 1 月 1 日實施。	☒ 解除 ☐ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
5	112_3_討(3)_「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文修訂案。	通過修訂適用範圍「主診斷為其他癌症且次診斷為胃癌」之「其他癌症」ICD-10-CM 由原C79.5-C97.7 修訂為C79.5-C <u>79</u> .7。	本署業於112年11月9日以健保醫字第1120122171號公告，自113年1月1日實施。	☒ ☐ 解除列管 繼續列管
6	112_3_討(4)_「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案。	本案修訂通過重點如下： 一、適用範圍及收案條件之骨骼、關節相關痛症適應症（ICD-10-CM）增列S03.0、S03.1、S13、S23、S33。 二、有關中醫急症診察費夜間及例假日由原先加成改為增列診療項目之建議，基於支付標準一致性，維持以備註文字呈現。 三、有關刪除支付標準P61002中醫急症處置費500點，改為增列P61005針灸（或電針）治療處置費500點、P61006傷科（含推拿治療或外敷換藥處置）治療處置費500點及P61007骨折、脫臼整復復位治療處置費1,200點之建議，因增加財務衝擊，請中全會爭取113年總額預算支應。	俟113年總額預算公告，辦理報請衛生福利部核定事宜。	☐ ☒ 解除列管 繼續列管

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件報 2-2）

決定：



(附件)

中醫門診總額執行概況

中央健康保險署
112年11月16日

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

1



大綱

- 112年第3季點值預估
- 112年第3季醫療供給及利用概況
- 112年第3季專案執行報告

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

2



點值預估說明

一、製表日期：112年11月2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. 112年分區預算調整指標共計有6項，預估實際採用之校正資料為實際預算占率(72%)、戶籍人口占率(14%)、同期就醫次數權值占率(10%)、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111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112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(99.577747%)校正，該占率以112Q1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111上半年爭審後核減率，各分區分別計之。

四、風險調整移撥款之提撥：自五分區(不含東區)之一般服務預算項下全年移撥3,000萬元，由各季提撥750萬元，為免影響東區保障之占率，程式採權宜方式於指標1項扣減。

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

3



112年第3季 中醫門診總額各分區點值推估

月份	就醫 分區	跨區就醫調整 後總額(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
			非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第3季	臺北	2,258	926	1,573	0.8469	0.9036
	北區	976	460	718	0.7174	0.8278
	中區	1,919	774	1,469	0.7801	0.8560
	南區	1,062	480	757	0.7691	0.8587
	高屏	1,202	520	838	0.8143	0.8854
	東區	169	52	114	1.0226	1.0155
	合計	7,585	3,211	5,469	0.7998	0.8739

註1：111Q3結算全區平均點值0.8911

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

4

112Q3預估點值 vs 112Q2結算點值



分區別	暫核付點值		112年第3季 預估點值(B)		點值差距(B-A)	
	112年第2季 結算點值(A) 					
	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
臺北	0.8292	0.8933	0.8469	0.9036	0.0177	0.0103
北區	0.7162	0.8290	0.7174	0.8278	0.0012	-0.0012
中區	0.7855	0.8621	0.7801	0.8560	-0.0054	-0.0061
南區	0.7715	0.8620	0.7691	0.8587	-0.0023	-0.0034
高屏	0.7821	0.8664	0.8143	0.8854	0.0322	0.0190
東區	1.1221	1.0799	1.0226	1.0155	-0.0995	-0.0644
合計	0.7930	0.8712	0.7998	0.8739	0.0068	0.0026

- ◆ 依據112年4月7日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額112年第1次臨時研商議事會議紀錄決議，維持現行以最近一季結算點值進行暫付/核定金額計算。
- ◆ 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自112年12月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核付，依最近1季(112年第2季)結算點值辦理。

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

5



112年第3季 醫療供給及利用概況

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

6



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
108年9月	1,085	460	1,032	515	542	70	3,704
109年9月	1,115	466	1,054	523	547	71	3,776
110年9月	1,129	472	1,053	529	557	71	3,811
111年9月(A)	1,153	476	1,064	534	565	68	3,860
112年9月(B)	1,187	495	1,085	542	571	70	3,950
成長率(B/A)-1	2.9%	4.0%	2.0%	1.5%	1.1%	2.9%	2.3%
增減數B-A	34	19	21	8	6	2	90

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表之特約中醫醫院及中醫診所。

註2：成長率係與前一年同期比較。

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

7



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
111年9月(A)	26	14	33	25	20	10	128
112年9月(B)	27	16	36	25	21	10	135
成長率(B/A)-1	3.8%	14.3%	9.1%	0.0%	5.0%	0.0%	5.5%
增減數B-A	1	2	3	0	1	0	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2：112年9月較去年同期家數增減名單：

臺北區(+1)：增加1家-天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院。

北區(+2)：增加2家：臺北榮民總醫院桃園分院、國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處。

中區(+3)：增加3家：洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院、國軍台中總醫院附設民眾診療服務處、東華醫院。

高屏(+1)：增加1家：屏東榮民總醫院。

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

8



中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
108年9月	2,032	842	1,826	869	947	139	6,655
109年9月	2,078	874	1,872	878	991	149	6,842
110年9月	2,146	891	1,911	903	1,018	159	7,028
111年9月(A)	2,198	931	1,959	930	1,052	152	7,222
112年9月(B)	2,285	993	2,045	981	1,111	163	7,578
成長率(B/A)-1	4.0%	6.7%	4.4%	5.5%	5.6%	7.2%	4.9%
增減數B-A	87	62	86	51	59	11	356

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。



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
108年9月	212	100	213	157	102	48	832
109年9月	221	106	217	141	115	57	857
110年9月	232	112	234	139	122	58	897
111年9月(A)	241	120	241	148	119	55	924
112年9月(B)	252	125	264	157	115	64	977
成長率(B/A)-1	4.6%	4.2%	9.5%	6.1%	-3.4%	16.4%	5.7%
增減數B-A	11	5	23	9	-4	9	53

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。



各分區每萬人口中醫醫師數

年度	108	109	110	111	112Q3
臺北	2.71	2.83	2.92	3.00	3.04
北區	2.29	2.34	2.42	2.48	2.55
中區	4.07	4.19	4.33	4.44	4.48
南區	2.69	2.49	2.84	2.93	3.00
高屏	2.66	2.76	2.88	2.99	3.05
東區	2.82	3.04	2.99	2.95	3.08
總計	2.90	3.00	3.10	3.18	3.24

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

11



各分區每萬人口中醫醫師數 與全國比值

年度	108	109	110	111	112Q3
臺北/全區	0.93	0.94	0.94	0.94	0.94
北區/全區	0.79	0.78	0.78	0.78	0.79
台中/全區	1.40	1.40	1.40	1.40	1.39
南區/全區	0.93	0.83	0.92	0.92	0.93
高屏/全區	0.92	0.92	0.93	0.94	0.94
東區/全區	0.97	1.01	0.97	0.93	0.95
全區	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

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

12



每萬人口中醫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 %
111年 9月 鄉 鎮 數	無 中 醫 師 鄉 鎮	15	10	4	12	24	15	80	21.7%
	0 < X < 1	15	11	16	26	19	5	92	25.0%
	1 ≤ X < 2	14	13	13	15	17	5	77	20.9%
	2 ≤ X < 3	9	7	7	8	5	0	36	9.8%
	3 ≤ X	17	6	28	16	12	4	83	22.6%
	合 計	70	47	68	77	77	29	368	100%
112年 9月 鄉 鎮 數	無 中 醫 師 鄉 鎮	13	10	6	11	23	14	77	20.9%
	0 < X < 1	17	9	13	26	20	6	91	24.7%
	1 ≤ X < 2	14	16	13	16	15	5	79	21.5%
	2 ≤ X < 3	9	4	7	9	6	0	35	9.5%
	3 ≤ X	17	8	29	15	13	4	86	23.4%
	合 計	70	47	68	77	77	29	368	100%
較 去 年 同 期 增 減 鄉 鎮 數	無 中 醫 師 鄉 鎮	-2	0	2	-1	-1	-1	-3	
	0 < X < 1	-2	2	3	0	-1	-1	1	
	1 ≤ X < 2	0	-3	0	-1	2	0	-2	
	2 ≤ X < 3	0	3	0	-1	-1	0	1	
	3 ≤ X	0	-2	-1	1	-1	0	-3	
	合 計	0	0	0	0	0	0	0	

註：無中醫鄉鎮(-3)：臺北區(-2)：宜蘭縣冬山鄉、壯圍鄉；
中區(+2)：彰化縣線西鄉、南投縣鹿谷鄉；
南區(-1)：雲林縣東勢鄉；
高屏(-1)：屏東縣林邊鄉；
東區(-1)：臺東縣卑南鄉。

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

13



112年第3季各縣市每萬人口中醫醫師數(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	95	450,031	2.11	4,737
	基 隆 市	77	362,548	2.12	4,708
	臺 北 市	1,022	2,506,251	4.08	2,452
	新 北 市	1,083	4,036,911	2.68	3,728
	金 門 縣	8	143,964	0.56	17,996
	連 江 縣	0	14,049	0.00	0
		2,285	7,513,754	3.04	3,288
北 區	桃 園 市	622	2,311,870	2.69	3,717
	新 竹 市	132	455,510	2.90	3,451
	新 竹 縣	115	588,183	1.96	5,115
	苗 栗 縣	124	535,011	2.32	4,315
		993	3,890,574	2.55	3,918
中 區	臺 中 市	1,495	2,841,225	5.26	1,900
	南 投 縣	146	477,691	3.06	3,272
	彰 化 縣	404	1,240,871	3.26	3,071
		2,045	4,559,787	4.48	2,230

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

14



112年第3季各縣市每萬人口中醫師數(二)

分區別	縣市別	中醫師數	人口數	每萬人口 中醫師數	醫人比
南區	雲林縣	162	660,545	2.45	4,077
	嘉義市	111	263,750	4.21	2,376
	嘉義縣	80	485,410	1.65	6,068
	臺南市	628	1,859,842	3.38	2,962
		981	3,269,547	3.00	3,333
高屏	高雄市	931	2,737,261	3.40	2,940
	屏東縣	175	796,114	2.20	4,549
	澎湖縣	5	107,701	0.46	21,540
		1,111	3,641,076	3.05	3,277
東區	花蓮縣	111	317,881	3.49	2,864
	臺東縣	52	211,681	2.46	4,071
		163	529,562	3.08	3,249
	總計	7,578	23,404,300	3.24	3,088

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

15



整體申報概況 【分區別】

年季	分區	申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
112Q3	臺北	3,235.3	-2.3%	2,509.9	1.6%	775.8	3.9%
	北區	1,534.2	1.2%	1,194.5	7.6%	778.5	6.3%
	中區	2,915.3	-2.8%	2,257.9	3.0%	774.5	5.9%
	南區	1,574.9	-0.7%	1,252.3	3.7%	795.1	4.4%
	高屏	1,734.6	-2.5%	1,375.1	1.4%	792.7	4.1%
	東區	192.9	-4.5%	181.1	3.7%	939.1	8.6%
	全區	11,187.3	-1.8%	8,770.8	3.0%	784.0	4.9%

註1：資料來源：截至112年11月2日多模態健保資料平台。
註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註3：成長率為與前一年同期比較。

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

16



整體申報醫療費用點數 【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
	分區	點數 (百萬)	成長率	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
112Q3	臺北	929.4	-0.5%	13.5	-1.1%	1,016.7	-1.9%	550.3	12.9%	2,509.9	1.6%
	北區	465.4	5.0%	6.2	-9.5%	481.6	2.2%	241.3	27.5%	1,194.5	7.6%
	中區	777.5	-1.9%	13.6	0.8%	909.3	-2.1%	557.6	21.8%	2,257.9	3.0%
	南區	484.3	0.6%	7.0	9.3%	486.1	-0.3%	274.8	18.1%	1,252.3	3.7%
	高屏	524.8	-1.0%	8.4	11.4%	542.5	-2.1%	299.4	13.6%	1,375.1	1.4%
	東區	56.3	-2.0%	1.1	4.2%	60.7	-4.7%	63.1	20.1%	181.1	3.7%
	合計	3,237.6	0.0%	49.9	1.6%	3,496.8	-1.3%	1,986.5	18.0%	8,770.8	3.0%

註1：資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

17



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 轉診醫療服務		28. 中醫慢性病 連續處方調劑		28. 中醫慢性病 連續處方調劑	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (萬)	成長率	值 (萬)	成長率
112Q3	臺北	1,157.6	-6.2%	47.0	34.9%	531.7	8.1%	6.5	-1.5%	135.6	447.2%	24.8	39.3%
	北區	563.3	-4.6%	25.5	20.6%	286.2	21.5%	13.1	-2.1%	146.0	152.4%	57.8	24.4%
	中區	1,120.7	-6.1%	88.4	31.6%	352.0	8.9%	8.5	-6.6%	65.2	245.3%	18.9	46.6%
	南區	567.3	-3.9%	43.4	25.4%	290.1	7.3%	12.6	14.6%	8.9	2635.2%	0.3	-61.6%
	高屏	646.7	-5.8%	33.8	56.4%	276.9	6.9%	14.3	6.9%	12.2	0.0%	0.1	#VALUE!
	東區	55.1	-13.8%	7.2	18.3%	29.2	14.7%	13.8	3.0%	1.0	0.0%	.	#VALUE!
	全區	4,110.7	-5.7%	245.5	32.3%	1,766.1	10.0%	68.9	2.9%	368.9	261.5%	101.9	30.6%

註1：資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。28.中醫慢性病連續處方調劑呈現大幅成長。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

18



申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	分區/ 案件分類	29. 中醫針灸、傷 科及脫臼整復		30. 中醫特定疾 病門診加強照 護		31. 中醫居家 (108.6新增)		醫療給付改善方 案及試辦計畫E1		合計	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
112Q3	臺北	756.2	8.6%	3.5	6.2%	6.02	61.6%	0.0	#DIV/0!	2,509.9	1.6%
	北區	296.8	21.6%	3.7	35.7%	4.40	89.4%	0.0	#DIV/0!	1,194.5	7.6%
	中區	666.0	14.1%	5.7	24.1%	15.83	46.4%	0.1	-97.5%	2,257.9	3.0%
	南區	324.0	11.4%	7.2	29.9%	7.56	38.4%	0.0	#DIV/0!	1,252.3	3.7%
	高屏	391.9	7.4%	7.3	10.3%	4.00	13.6%	0.0	-100.0%	1,375.1	1.4%
	東區	64.3	15.3%	1.0	-12.9%	10.41	19.9%	0.0	-100.0%	181.1	3.7%
	全區	2,499.3	11.8%	28.4	18.7%	48.22	39.7%	0.1	-97.9%	8,770.8	3.0%

註1：資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。0係今年及前一年皆無申報。#DIV/0!係今年與去年皆無資料。

註4：醫療給付改善方案及試辦計畫E1係為COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫，本季僅中區申報622點。

Bureau of National Health Insurance

19



醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	分區	項目 申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
112Q3	臺北	280.0	5.0%	316.0	14.6%	1,128.6	9.2%
	北區	122.0	23.7%	146.7	30.0%	1,202.9	5.1%
	中區	296.5	7.5%	318.8	17.8%	1,075.4	9.5%
	南區	177.7	8.4%	207.0	14.4%	1,165.3	5.6%
	高屏	114.2	5.7%	127.7	12.3%	1,118.4	6.2%
	東區	36.8	2.3%	46.8	13.0%	1,272.2	10.5%
	全區	1,027.0	8.2%	1,163.0	16.9%	1,132.4	8.0%

註1：資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

20



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	
	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
112Q3	臺北	134.8	7.0%	6.0	2.9%	85.3	4.8%	89.9	43.8%	316.0	14.6%
	北區	65.7	25.4%	2.4	21.7%	36.3	25.3%	42.4	43.4%	146.7	30.0%
	中區	104.7	8.1%	6.2	5.5%	90.8	7.2%	117.2	40.9%	318.8	17.8%
	南區	76.7	8.0%	3.6	5.6%	52.0	6.5%	74.8	29.6%	207.0	14.4%
	高屏	46.6	5.1%	2.3	2.2%	36.0	6.4%	42.9	28.5%	127.7	12.3%
	東區	14.2	7.9%	0.9	3.3%	11.6	0.9%	20.1	26.5%	46.8	13.0%
	合計	442.6	9.6%	21.2	5.9%	312.0	7.9%	387.2	37.2%	1,163.0	16.9%

註1：資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

21



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(1)

年季	分區	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務		28. 中醫慢性病連續處方調劑	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (萬)	成長率
112Q3	臺北	40.1	-15.7%	38.2	44.5%	147.8	7.7%	1.7	41.7%	90.0	264.9%
	北區	13.4	7.3%	21.3	20.3%	78.2	28.2%	0.7	646.2%	107.0	85.0%
	中區	57.6	-8.2%	72.9	28.3%	90.7	10.6%	1.7	22.3%	30.9	106.4%
	南區	25.6	-4.0%	37.5	27.7%	76.2	7.6%	4.8	23.2%	4.0	1117.5%
	高屏	18.1	-14.0%	24.7	42.4%	48.8	8.3%	1.5	-5.5%	8.7	3997.6%
	東區	5.3	-19.4%	5.8	10.0%	12.3	20.3%	1.4	-8.1%	0.0	0.0%
	全區	159.9	-9.6%	200.4	31.1%	454.2	11.7%	11.8	22.0%	240.6	145.4%

註1：資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。0係指前一年申報為0。

22



醫院中醫科申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	分區	29. 中醫針灸、 傷科及脫臼整復		30. 中醫特定疾 病門診加強照護		31. 中醫居家 (108.6新增)		醫療給付改善 方案及試辦計 畫E1		合計	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
112Q3	臺北	81.5	39.5%	2.9	6.0%	2.87	47.5%	0.0	#DIV/0!	316.0	14.6%
	北區	29.3	49.9%	2.0	79.0%	0.82	125.2%	0.0	#DIV/0!	146.7	30.0%
	中區	84.7	44.2%	4.6	21.4%	6.29	28.2%	0.1	-97.5%	318.8	17.8%
	南區	52.8	22.8%	6.3	33.6%	3.83	53.0%	0.0	#DIV/0!	207.0	14.4%
	高屏	29.4	22.2%	3.6	8.7%	1.47	14.5%	0.0	-100.0%	127.7	12.3%
	東區	18.4	26.1%	0.7	-18.5%	2.91	23.7%	0.0	-100.0%	46.8	13.0%
	全區	296.0	35.6%	20.2	21.5%	18.18	36.2%	0.1	-97.9%	1,163.0	16.9%

註1：資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。0係今年及前一年皆無申報。#DIV/0!係今年與去年同期皆無資料。

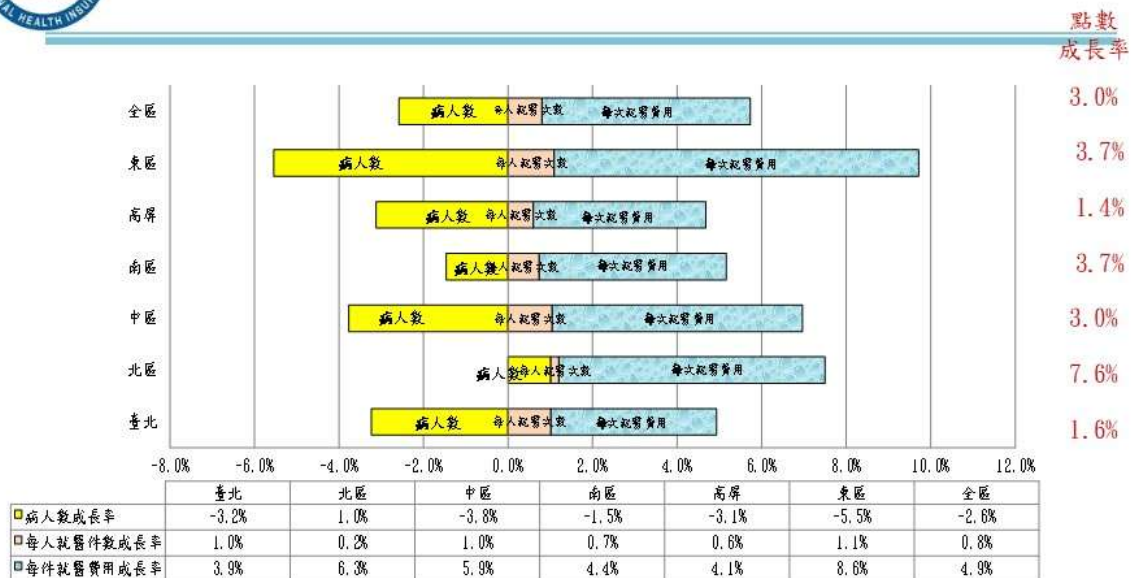
註4：醫療給付改善方案及試辦計畫E1係為COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫，本季僅中區申報622點。

BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE

23



112年Q3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

24



中醫專案計畫

- 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(112年腦血管疾病新增腦血管後遺症(診斷碼I69)、術後疼痛)
- 中醫癌症患者加強照護整合方案(112年新增胃癌、攝護腺癌、口腔癌)
- 中醫提升孕產照護品質計畫(104年新增)
- 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫(105年新增)
- 中醫急症處置計畫(107年新增)
- 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109年新增)
- 照護機構中醫醫療照護方案(111年新增)



西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

112Q3

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	13	2,269	28.2	30.1
區域醫院	41	3,037	37.2	40.5
地區醫院	48	1,650	22.2	26.1
總計	102	6,149	87.6	96.7

註：112年全年預算436.8百萬點，第1季支用82.7百萬點，第2季支用92.0百萬點，累計至第3季預算執行率62.1%。
資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。



中醫癌症患者加強照護整合方案

112Q3

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	14	3,470	17.4	26.2
區域醫院	36	2,763	18.4	28.0
地區醫院	26	920	5.3	7.4
基層院所	71	909	4.3	5.6
總計	147	8,013	45.4	67.3

註：112年全年預算245百萬點，第1季支用54.6百萬點，第2季支用61.9百萬點，累計至第3季預算執行率75.0%。

資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。

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

27



中醫提升孕產照護品質計畫

112Q3

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	6	370	1.6	1.7
區域醫院	12	798	5.0	5.8
地區醫院	15	85	0.4	0.4
基層院所	91	1,795	8.9	9.7
總計	124	3,013	15.8	17.5

註：112年全年預算81百萬點，第1季支用15.6百萬點，第2季支用17.4百萬點，累計至第3季預算執行率62.4%。

資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。

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

28



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

112Q3

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
醫學中心	4	176	468	53.7
區域醫院	2	8	39	4.3
地區醫院	1	2	2	0.1
基層院所	93	2,046	6,458	640.6
總計	100	2,232	6,967	698.8

註：112年全年預算21.6百萬點，第1季支用4.01百萬點，第2季支用4.8百萬點，累計至第3季預算執行率73.1%。
資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。



中醫急症處置計畫

112Q3

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
醫學中心	4	272	320	53.1
區域醫院	3	12	16	1.5
總計	7	284	336	54.6

註1：112年全年預算5百萬點，第1季支用1.498百萬點，第2季支用2.633百萬點，累計至第3季預算執行率93.5%。

註2：區域醫院照護人數大幅降低(112Q2區域醫院照護924人)

註3申報院所數：

112Q2：醫學中心：台北馬偕醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院

區域醫院：基隆長庚紀念醫院、部立豐原醫院、部立台北醫院

112Q3：醫學中心：台北馬偕醫院、林口長庚紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院

區域醫院：基隆長庚紀念醫院、部立桃園醫院、國軍台中醫院

資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

112Q3

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	9	911	3,203	5.6
區域醫院	18	817	2,982	5.2
地區醫院	16	357	1,275	2.2
基層院所	98	1,733	7,908	11.1
總計	141	3,812	15,368	24.1

註：112年全年預算105.3百萬點，第1季支用18.5百萬點，第2季支用20.4百萬點，累計至第3季預算執行率59.8%。
資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。



照護機構中醫醫療照護方案

預估全年執行超過預算，請中全會考量是否持續受理院所參與本計畫。

112Q3

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	6	161	1,222	94.8
區域醫院	20	397	3,122	229.1
地區醫院	14	367	2,259	177.5
基層院所	40	997	6,216	556.0
小計	80	1,922	12,819	1057.5
論次				111.3
合計				1168.8

註：112年全年預算28百萬點，第1季支用6.36百萬點，第2季支用9.465百萬點，累計至第3季預算執行率98.3%。
資料來源：截至112年11月2日多模型健保資料平台。



112Q3分區申報專案費用點數

112Q3									單位:百萬點
分區 別	住院 輔助	癌症 整合	孕產	鼻炎	急症	腎臟 病	中醫 照護	合計	占率
台北	19.3	12.5	2.0	0.9	0.068	4.0	1.3	39.9	17.9%
北區	6.2	9.4	1.2	2.0	0.01	3.3	1.1	23.3	10.4%
中區	42.6	19.2	6.0	2.7	0.2	7.9	4.3	82.8	37.0%
南區	14.3	13.4	5.7	0.5	0.0	3.6	1.5	39.0	17.4%
高屏	11.7	10.9	2.2	0.9	0.0	4.6	1.3	31.6	14.1%
東區	2.6	1.8	0.4	0.0	0.3	0.9	1.1	7.0	3.1%
全署	96.7	67.3	17.5	7.0	0.5	24.1	10.6	223.7	100.0%

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

33



敬請指教

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

35

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112年第2季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

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

二、有關112年第2季結算結果說明如下（附件報3-2頁）：

（一）依衛生福利部112年8月8日衛部健字第1123360102號公告修正「112年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式」暨中華民國中醫師公會全國聯合會於112年8月8日(112)全聯醫總兆字第0617號函修訂「112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」分配計畫，略以增列風險調整移撥款3千萬元，用於逐季補助當季浮動點值低於0.75者則補至0.75。經統計112年第2季北區分區浮動點值0.70756456，以截至112年第1季尚未支用金額5,893,299元補至0.71616296（頁次：報3-29頁）。

（二）112年第2季各區點值如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
111年 第2季	浮動點值	1.03108059	0.99131232	0.96039146	1.00481244	0.98581955	1.31323219	1.00156380
	平均點值	1.01922446	0.99483080	0.97504744	1.00287605	0.99134576	1.20000000	1.00096107
112年 第2季	浮動點值	0.82918876	0.71616296	0.78553822	0.77146076	0.78210683	1.12214886	0.79299996
	平均點值	0.89332915	0.82898623	0.86209816	0.86201218	0.86641211	1.07993661	0.87124203

（三）中醫專案計畫：

各專案項目執行情形如下表：

專款項目	112Q2			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)	55,535	34,363	21,172	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	135,732	91,655	44,078	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	24,890	17,377	7,514	1.0000
4. 癌症患者加強照護整合方案	67,997	61,814	6,183	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	6,800	4,788	2,012	1.0000
6. 中醫急症處置計畫	1,250	2,583	-1,333	0.4839
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	34,207	20,343	13,864	1.0000
8. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	7,655	9,415	-1,760	0.7934
8. 網路頻寬補助費用(註1、4)	98,000	42,328	55,672	
9. 品質保證保留款(另行結算)	50,406			

註1. 各項專款當季預算數含前一季未支用金額。網路頻寬補助費用、品質保證保留款為全年預算數。

註2. 醫療資源不足地區改善方案-獎勵開業服務計畫112Q2為8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43.19%。預算如有不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

三、擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決定：

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次：1

=====

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)112年第2季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

=112年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G112合計) × 各季預算占率(h_q2)

= 29,737,312,041 × 25.148925%(h_q2)

= 7,478,614,302 (D1)

註：

1. 依據111年11月17日「中醫門診總額研商議事會議」111年第4次會議決定，以105-109年之各季核定點數平均占率做為112年各季預算重分配之依據。112年各季預算占率分別為：第1季：23.209366%，第2季：25.148925%，第3季：25.846146%，第4季：25.795563%。

2. 112年全年地區一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G112合計)為29,737,312,041元，各季調整後預算如下：

112年第1季預算7,262,891,301元，調整後預算為6,901,841,590元 = 29,737,312,041 × 23.209366%(h_q1)。

112年第2季預算7,417,657,365元，調整後預算為7,478,614,302元 = 29,737,312,041 × 25.148925%(h_q2)。

112年第3季預算7,311,449,483元，調整後預算為7,685,949,087元 = 29,737,312,041 × 25.846146%(h_q3)。

112年第4季預算7,745,313,892元，調整後預算為7,670,907,062元

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

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

= 7,670,907,062元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 2

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

項目	110年各季 一般服務醫療 給付費用總額	109年各季校正 投保人口預估 成長率差額	110年 違反特管辦法 之扣款(註1)	111年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	110年各季校正 投保人口預估 成長率差值	111年 違反特管辦法 之扣款(註2)	112年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	106年 品質保證 保留款(註3)	112年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算	醫療資源不足 地區之論量計 酬結算金額
	(Q110)	(PEOP109)	(B2)	(Q111) =(Q110+PEOP109 +B2)×(1+4.176%)	(PEOP110)	(B3)	(Q112) =(Q111+PEOP110 +B3)×(1+4.072%)	(C106)	(OPD_G112) =(Q112- C106)	(B4)
第1季	6,721,473,480	-5,418,561	5,994,059	7,002,761,743	-22,238,657	3,526,946	7,268,440,549	5,549,248	7,262,891,301	53,083,266
第2季	6,878,508,758	-10,761,702	5,994,059	7,160,788,544	-31,423,887	3,526,946	7,423,342,949	5,685,584	7,417,657,365	58,361,610
第3季	6,783,848,615	-12,641,350	5,994,059	7,060,217,251	-32,977,987	3,526,946	7,317,059,010	5,609,527	7,311,449,483	0
第4季	7,208,142,661	-27,123,730	5,994,059	7,487,142,652	-42,676,749	3,526,947	7,751,275,119	5,961,227	7,745,313,892	0
合 計	27,591,973,514	-55,945,343	23,976,236	28,710,910,190	-129,317,280	14,107,785	29,760,117,627	22,805,586	29,737,312,041	111,444,876

註：

1. 111年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q111)

= (110年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q110)+109年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP109) +110年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) × (1+4.176%)。

※111年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 23,976,236元，按季均分。

2. 112年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q112)

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

※一般服務成長率為4.072%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.394%，協商因素成長率2.678%。

※依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後111年度中醫一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會111年第6次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110年未導入預算扣減」部分(未有需扣除110年未導入金額)。

※112年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 14,107,785元，按季均分。

3. 106年品質保證保留款(C106)

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

4. 依據「112年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式計畫」，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再進行預算分配。

二、專款專用費用總額

(一) 醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 172,000,000

第1季:預算=172,000,000/4= 43,000,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 8

(1)獎勵開業已支用點數： 5,534,442(J1) (浮動點數： 3,637,492；非浮動點數： 1,896,950)

(2)獎勵開業保障給付收入： 7,021,891(J2)

(3)獎勵開業論次費用： 46,000(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3)： 5,580,442(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 7,067,891(J5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 2,334,975(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 21,062,500(J7)

(3)小計已支用點數： 23,397,475(J8) 暫結金額= 1元/點× 23,397,475(J8)= 23,397,475(J9)

3. 合計:

已支用點數： 28,977,917(J4+J8)

暫結金額： 30,465,366(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 43,000,000 - 30,465,366= 12,534,634

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 12,534,634= 55,534,634

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 8

(1)獎勵開業已支用點數： 7,133,698(K1) (浮動點數： 4,950,114；非浮動點數： 2,183,584)

(2)獎勵開業保障給付收入： 9,339,212(K2)

(3)獎勵開業論次費用： 35,000(K3)

(4)小計已支用點數(K1+K3)： 7,168,698(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 9,374,212(K5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 2,564,137(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 22,424,600(K7)

(3)小計已支用點數： 24,988,737(K8) 暫結金額= 1元/點× 24,988,737(K8)= 24,988,737(K9)

3. 合計:

已支用點數： 32,157,435(K4+K8)

暫結金額： 34,362,949(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 55,534,634 - 34,362,949= 21,171,685

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁次：4

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 21,171,685= 64,171,685

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 0

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

(2)獎勵開業保障給付收入： 0(L2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(L3)

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

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 0(L6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 0(L7)

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

3. 合計:

已支用點數： 0(L4+L8)

暫結金額： 0(L10=L5+L9)

未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 64,171,685 - 0= 64,171,685

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=172,000,000/4+ 64,171,685= 107,171,685

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 0

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

(2)獎勵開業保障給付收入： 0(M2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(M3)

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

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 0(M6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 0(M7)

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

3. 合計:

已支用點數： 0(M4+M8)

暫結金額： 0(M10=M5+M9)

未支用金額= 第4季預算 - 第4季暫結金額=107,171,685 - 0=107,171,685

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 2季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

列印日期：112/11/03

頁 次： 5

全年合計:全年預算=172,000,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 9

(1)獎勵開業已支用點數： 12,668,140(N1) (浮動點數： 8,587,606；非浮動點數： 4,080,534)
 (2)獎勵開業保障給付收入： 16,361,103(N2)
 (3)獎勵開業論次費用： 81,000(N3)
 (4)小計已支用點數(N1+N3)： 12,749,140(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 16,442,103(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： 4,899,112(N6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 43,487,100(N7)
 (3)小計已支用點數： 48,386,212(N8) 結算金額= 48,386,212(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： 61,135,352(N4+N8)
 暫結金額=第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
 = 30,465,366+ 34,362,949+ 0+ 0= 64,828,315
 未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=172,000,000- 64,828,315=107,171,685

註：依據「112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 6

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=436,800,000

第1季:預算= 436,800,000/4= 109,200,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	55,437,566(V01)	53,079,818(VF01)	2,357,748(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,968,767(V02)	9,503,673(VF02)	465,094(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,987,156(V03)	3,768,317(VF03)	218,839(VN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	13,274,323(V04)	12,225,696(VF04)	1,048,627(VN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(V05)	0(VF05)	0(VN05)
(6)小計：	82,667,812(V06)	78,577,504(VF06)	4,090,308(VN06)

已支用點數= 82,667,812

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 82,667,812

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 109,200,000 - 82,667,812= 26,532,188

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 26,532,188= 135,732,188

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	64,546,052(W01)	61,871,882(WF01)	2,674,170(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,139,690(W02)	9,738,744(WF02)	400,946(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,671,437(W03)	4,474,052(WF03)	197,385(WN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	11,405,508(W04)	10,619,755(WF04)	785,753(WN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	891,882(W05)	819,233(WF05)	72,649(WN05)
(6)小計：	91,654,569(W06)	87,523,666(WF06)	4,130,903(WN06)

已支用點數= 91,654,569

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 91,654,569

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 135,732,188 - 91,654,569= 44,077,619

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04-112/06

核付截止日期:112/09/30

頁次：7

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 44,077,619= 153,277,619

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

已支用點數= 0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 153,277,619 - 0= 153,277,619

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 436,800,000/4+ 153,277,619= 262,477,619

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

已支用點數= 0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 262,477,619 - 0= 262,477,619

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 8

全年合計:全年預算＝ 436,800,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	119,983,618(Z01)	114,951,700(ZF01)	5,031,918(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	20,108,457(Z02)	19,242,417(ZF02)	866,040(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,658,593(Z03)	8,242,369(ZF03)	416,224(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	24,679,831(Z04)	22,845,451(ZF04)	1,834,380(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	891,882(Z05)	819,233(ZF05)	72,649(ZN05)
(6)小計：	174,322,381(Z06)	166,101,170(ZF06)	8,221,211(ZN06)

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

＝ 82,667,812＋ 91,654,569＋ 0＋ 0＝ 174,322,381

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 436,800,000 － 174,322,381＝ 262,477,619

註：依據「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。

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

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算＝ 81,000,000

第1季：

預算＝ 81,000,000/4＝ 20,250,000

已支用點數＝ 15,609,606

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 15,609,606

未支用金額＝ 第1季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數＝ 20,250,000 － 15,609,606＝ 4,640,394

第2季：

預算＝ 當季預算＋前一季未支用金額＝ 81,000,000/4＋ 4,640,394＝ 24,890,394

已支用點數＝ 17,376,597

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 17,376,597

未支用金額＝ 第2季預算 － 1元/點× 第2季已支用點數＝ 24,890,394 － 17,376,597＝ 7,513,797

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 9

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 81,000,000/4＋ 7,513,797＝ 27,763,797

已支用點數＝ 0

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第3季預算 － 1元/點× 第3季已支用點數＝ 27,763,797 － 0＝ 27,763,797

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 81,000,000/4＋ 27,763,797＝ 48,013,797

已支用點數＝ 0

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算 － 1元/點× 第4季已支用點數＝ 48,013,797 － 0＝ 48,013,797

全年合計:

全年預算＝ 81,000,000

已支用點數＝ 32,986,203

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

＝ 15,609,606＋ 17,376,597＋ 0＋ 0＝ 32,986,203

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 81,000,000 － 32,986,203＝ 48,013,797

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：RGBI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 10

=====

(四)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算＝ 21,600,000

第1季:

預算＝ 21,600,000/4＝ 5,400,000

已支用點數＝ 3,999,760 (浮動點數： 2,673,735 非浮動點數： 1,326,025)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 3,999,760

未支用金額＝ 第1季預算－1元/點×第1季已支用點數＝ 5,400,000－3,999,760＝ 1,400,240

第2季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 21,600,000/4＋1,400,240＝ 6,800,240

已支用點數＝ 4,787,974 (浮動點數： 3,244,075 非浮動點數： 1,543,899)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 4,787,974

未支用金額＝ 第2季預算－1元/點×第2季已支用點數＝ 6,800,240－4,787,974＝ 2,012,266

第3季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 21,600,000/4＋2,012,266＝ 7,412,266

已支用點數＝ 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 0)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第3季預算－1元/點×第3季已支用點數＝ 7,412,266－0＝ 7,412,266

第4季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 21,600,000/4＋7,412,266＝ 12,812,266

已支用點數＝ 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 0)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算－1元/點×第4季已支用點數＝ 12,812,266－0＝ 12,812,266

全年合計:

全年預算＝ 21,600,000

已支用點數＝ 8,787,734

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

＝ 3,999,760＋4,787,974＋0＋0＝ 8,787,734

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 21,600,000－8,787,734＝ 12,812,266

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04-112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 11

=====

(五)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=245,000,000

第1季:預算= 245,000,000/4= 61,250,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療：	19,542,735	16,430,585	3,112,150
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	20,591,318	20,591,318	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,553,032	1,553,032	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	5,063,176	5,063,176	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	4,539,062	4,539,062	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,649,425	2,390,019	259,406
(7)胃癌患者中醫門診加強照護：	108,383	108,383	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護：	234,837	234,837	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護：	221,202	221,202	0
(10)小計：	54,503,170	51,131,614	3,371,556

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 54,503,170

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 61,250,000 - 54,503,170 = 6,746,830

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 6,746,830= 67,996,830

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療：	21,582,965	18,331,491	3,251,474
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	22,459,542	22,459,542	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,703,466	1,703,466	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	5,734,168	5,734,168	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	5,019,381	5,019,381	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	3,354,959	3,100,792	254,167
(7)胃癌患者中醫門診加強照護：	384,699	384,699	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護：	755,478	755,478	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護：	819,496	819,496	0
(10)小計：	61,814,154	58,308,513	3,505,641

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 61,814,154

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 67,996,830 - 61,814,154 = 6,182,676

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 12

=====

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 6,182,676= 67,432,676

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

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 67,432,676 - 0= 67,432,676

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 245,000,000/4+ 67,432,676= 128,682,676

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

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 128,682,676 - 0= 128,682,676

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 13

全年合計：全年預算＝ 245,000,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療：	41,125,700	34,762,076	6,363,624
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	43,050,860	43,050,860	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	3,256,498	3,256,498	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	10,797,344	10,797,344	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	9,558,443	9,558,443	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	6,004,384	5,490,811	513,573
(7)胃癌患者中醫門診加強照護：	493,082	493,082	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護：	990,315	990,315	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護：	1,040,698	1,040,698	0
(10)小計：	116,317,324	109,440,127	6,877,197

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

＝54,503,170＋61,814,154＋0＋0＝116,317,324

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝245,000,000－116,317,324＝128,682,676

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

=====

(六)中醫急症處置計畫 全年預算= 5,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 5,000,000/4 = 1,250,000$$

$$\text{已支用點數} = 1,483,433 \quad (\text{浮動點數}: 1,483,433 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 1,483,433$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 1,250,000 - 1,483,433 = -233,433$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (1,250,000 - 0) / 1,483,433 = 0.84264001$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000/4 + 0 = 1,250,000$$

$$\text{已支用點數} = 2,583,005 \quad (\text{浮動點數}: 2,582,453 \quad \text{非浮動點數}: 552)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 2,583,005$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 1,250,000 - 2,583,005 = -1,333,005$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (1,250,000 - 552) / 2,582,453 = 0.48382216$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000/4 + 0 = 1,250,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 1,250,000 - 0 = 1,250,000$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 5,000,000/4 + 1,250,000 = 2,500,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 2,500,000 - 0 = 2,500,000$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 5,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 2,500,000$$

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

$$= 1,250,000 + 1,250,000 + 0 + 0 = 2,500,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 5,000,000 - 2,500,000 = 2,500,000$$

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 15

=====

(七)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 全年預算=105,300,000

第1季:

預算= 105,300,000/4= 26,325,000

已支用點數 = 18,443,304 (浮動點數: 18,443,304 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 18,443,304

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 26,325,000 - 18,443,304 = 7,881,696

第2季:

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

已支用點數 = 20,342,623 (浮動點數: 20,342,623 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 20,342,623

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

第3季:

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

已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數 = 40,189,073 - 0 = 40,189,073

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 105,300,000/4 + 40,189,073 = 66,514,073

已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數 = 66,514,073 - 0 = 66,514,073

全年合計:

全年預算 = 105,300,000

已支用點數 = 38,785,927 (浮動點數: 38,785,927 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)

= 18,443,304 + 20,342,623 + 0 + 0 = 38,785,927

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 105,300,000 - 38,785,927 = 66,514,073

註:依據「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」,本計畫之預算,按季均分及結算,並採浮動點值支付,惟每點支付金額不高於1元。

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

=====

(八)中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 全年預算＝ 28,000,000

第1季:

預算＝ 28,000,000/4＝ 7,000,000

(1)論次支付費用： 613,000

(2)論量支付已支用點數： 5,732,030 (浮動點數： 4,354,641 非浮動點數： 1,377,389)

(9)小計已支用點數： 6,345,030

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 6,345,030

未支用金額＝ 第1季預算－ 1元/點× 第1季已支用點數＝ 7,000,000－ 6,345,030＝ 654,970

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 28,000,000/4＋ 654,970＝ 7,654,970

(1)論次支付費用： 895,000

(2)論量支付已支用點數： 8,519,899 (浮動點數： 6,792,174 非浮動點數： 1,727,725)

(9)小計已支用點數： 9,414,899

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 9,414,899

未支用金額＝ 第2季預算－ 1元/點× 第2季已支用點數＝ 7,654,970－ 9,414,899＝ -1,759,929

浮動點值＝(第2季預算－ 論次支付費用)/ 論量支付已支用點數＝ (7,654,970－ 895,000)/ 8,519,899＝ 0.79343311

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 28,000,000/4＋ 0＝ 7,000,000

(1)論次支付費用： 0

(2)論量支付已支用點數： 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 0)

(9)小計已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第3季預算－ 1元/點× 第3季已支用點數＝ 7,000,000－ 0＝ 7,000,000

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 28,000,000/4＋ 7,000,000＝ 14,000,000

(1)論次支付費用： 0

(2)論量支付已支用點數： 0 (浮動點數： 0 非浮動點數： 0)

(9)小計已支用點數： 0

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第4季預算－ 1元/點× 第4季已支用點數＝ 14,000,000－ 0＝ 14,000,000

全年合計：

全年預算 = 28,000,000

(1)論次支付費用：1,508,000

(2)論量支付已支用點數：14,251,929 (浮動點數：11,146,815 非浮動點數：3,105,114)

(9)小計已支用點數：15,759,929

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

= 6,345,030 + 7,654,970 + 0 + 0 = 14,000,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 28,000,000 - 14,000,000 = 14,000,000

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

(九)網路頻寬補助費用 全年預算 = 98,000,000

第1季已支用點數：21,032,170

第2季已支用點數：21,295,988

第3季已支用點數：0

第4季已支用點數：0

全年已支用點數：42,328,158

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 42,328,158

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 98,000,000 - 42,328,158 = 55,671,842

註：預算如有不足，依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」支應。

(十)品質保證保留款:(另行結算)

=106年編列之品質保證保留款預算+112年編列之品質保證保留款預算

= (105年第1-4季中醫門診一般服務醫療給付費用總額

+104年各季校正投保人口數成長率差值)×106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)+27,600,000

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

+ (5,943,856,930 + 17,370,269)×0.10% + 27,600,000

= 5,549,248 + 5,685,584 + 5,609,527 + 5,961,227 + 27,600,000

= 50,405,586

※依據衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，品質保證保留款原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)與112年度之品質保證保留款(27.6百萬元)合併運用(計50.4百萬元)。

三、一般服務費用總額(註1)

(一)扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算

調整後地區一般服務醫療給付費用總額 7,478,614,302 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 58,361,610 (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 7,420,252,692 (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	4,140,395	1,582,155	5,722,550	5,722,550
北區	6,736,369	3,281,705	10,018,074	10,018,074
中區	5,568,313	2,136,974	7,705,287	7,705,287
南區	6,830,851	2,237,808	9,068,659	9,068,659
高屏	9,555,145	3,888,314	13,443,459	13,443,459
東區	8,920,781	3,482,800	12,403,581	12,403,581
合計	41,751,854	16,609,756	58,361,610	58,361,610(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% = 7,420,252,692 × 2.22% = 164,729,610 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險調整移撥款(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = (E) × 97.78% - 7,500,000 = 7,248,023,082 (加總後四捨五入至整數位) (註3)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 66% = 7,248,023,082 × 66% = 4,783,695,234 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 14% = 7,248,023,082 × 14% = 1,014,723,231 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 10% = 7,248,023,082 × 10% = 724,802,308 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 4% = 7,248,023,082 × 4% = 289,920,923 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 7,248,023,082 × 5% = 362,401,154 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 7,248,023,082 - 4,783,695,234 - 1,014,723,231 - 724,802,308 - 289,920,923 - 362,401,154 = 72,480,232

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 2季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

列印日期：112/11/03

頁 次： 19

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註5)(S1)		指標2(註6)(S2)		指標3(註7)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q2+97Q2+98Q2		111年5月		111年4~6月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 =(Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	各區就醫 次數比率加總 (a)	全區 就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後 指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	4,045,672,564	29.6315%	7,407,798	32.6854%	957,579.046024		30.3887%	30.9559%
北區	1,656,701,975	12.1341%	3,824,553	16.8751%	437,935.116305		13.8978%	14.1572%
中區	3,696,250,352	27.0722%	4,528,665	19.9818%	790,108.039639		25.0740%	25.5420%
南區	1,992,139,000	14.5909%	3,271,314	14.4340%	431,540.044004		13.6949%	13.9505%
高屏	2,262,525,558	16.5713%	3,631,573	16.0237%	476,203.537274		15.1123%	15.3944%
東區					57,736.216633			
小計	13,653,289,449	100.0000%	22,663,903	100.0000%	3,151,101.999879	3,151,102	98.1677%	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 2季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

列印日期：112/11/03

頁 次： 20

=====

指標4(註8)(S4)								
去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差								
指標								
計算期間	111年4~6月							
分區	人數利用 率成長率 (p)	醫療費 用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註4)	各分區各季經指 標4加權後之預算 (Ai4) =(Ai1)×(1+指標4權值)	指標4占率 =(Ai4/ΣAi4)
臺北	0.248775	0.384169	-0.135394	3	0.00	4,045,672,564	4,045,672,564	29.8124%
北區	0.250100	0.419859	-0.169759	5	-0.05	1,656,701,975	1,573,866,876	11.5977%
中區	0.173211	0.335943	-0.162732	4	0.00	3,696,250,352	3,696,250,352	27.2375%
南區	0.165548	0.251280	-0.085732	1	0.00	1,992,139,000	1,992,139,000	14.6800%
高屏	0.165226	0.252394	-0.087168	2	0.00	2,262,525,558	2,262,525,558	16.6724%
小計						13,653,289,449	13,570,454,350	100.0000%

指標5(註9)(S5)				
當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率				
指標				
計算期間	112年2月			
分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指 標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)	指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	0.000573	4,045,672,564	4,047,990,734	29.5549%
北區	0.008902	1,656,701,975	1,671,449,936	12.2035%
中區	-0.002046	3,696,250,352	3,688,687,824	26.9316%
南區	0.005792	1,992,139,000	2,003,677,469	14.6291%
高屏	0.009798	2,262,525,558	2,284,693,783	16.6809%
小計		13,653,289,449	13,696,499,746	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 2季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

列印日期：112/11/03

頁 次： 21

(五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	29.6315%	32.6854%	30.9559%	29.8124%	29.5549%
北區	12.1341%	16.8751%	14.1572%	11.5977%	12.2035%
中區	27.0722%	19.9818%	25.5420%	27.2375%	26.9316%
南區	14.5909%	14.4340%	13.9505%	14.6800%	14.6291%
高屏	16.5713%	16.0237%	15.3944%	16.6724%	16.6809%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{第2季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 72,480,232 - 31,410,804 \\
 &= 41,069,428
 \end{aligned}$$

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	0.80893858	34,351,157	6,563,185
北區	0.75000000	16,268,117	4,067,038
中區	0.79847261	27,157,671	5,473,017
南區	0.80827381	44,643,276	8,559,283
高屏	0.77256082	29,670,703	6,748,281
小計		152,090,924	31,410,804(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 22

=====

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

分區	預算(Ga) =GAx指標1占率	預算(Gb) =GBx指標2占率	預算(Gc) =GCx指標3占率	預算(Gd) =GDx指標4占率	預算(Ge) =GEx指標5占率	第2季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,417,480,653	331,666,347	224,369,078	86,432,385	107,107,299	12,169,488	2,179,225,250
北區	580,458,363	171,235,560	102,611,712	33,624,159	44,225,625	4,983,405	937,138,824
中區	1,295,051,541	202,759,967	185,129,006	78,967,211	97,600,429	11,118,398	1,870,626,552
南區	697,984,188	146,465,151	101,113,546	42,560,391	53,016,027	5,992,399	1,047,131,702
高屏	792,720,489	162,596,206	111,578,966	48,336,777	60,451,774	6,805,738	1,182,489,950
小計	4,783,695,234	1,014,723,231	724,802,308	289,920,923	362,401,154	41,069,428	7,216,612,278

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 23

(八)全年各季各分區預算

季別	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	合計
111年 第1季	1,920,284,592	823,689,182	1,683,049,580	966,947,133	1,077,685,900	6,471,656,387
第2季	2,109,759,296	905,117,325	1,818,659,787	1,018,649,495	1,149,912,796	7,002,098,699
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_111)	4,030,043,888	1,728,806,507	3,501,709,367	1,985,596,628	2,227,598,696	13,473,755,086
112年 第1季	1,970,172,731	848,177,410	1,732,719,956	995,372,924	1,107,610,481	6,654,053,502
第2季	2,179,225,250	937,138,824	1,870,626,552	1,047,131,702	1,182,489,950	7,216,612,278
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_112)	4,149,397,981	1,785,316,234	3,603,346,508	2,042,504,626	2,290,100,431	13,870,665,780
預算成長率	2.96%	3.27%	2.90%	2.87%	2.81%	2.95%

※預算成長率＝〔112年全年分區預算(BD_112)/111年全年分區預算(BD_111)－1〕×100%。

註：

- 依據「112年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」辦理。
- 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
- 風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,000萬元。自112年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至0.75元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。若兩區以上浮動點值低於0.75時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至0.75元。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依112年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
- 為避免東區分區及其他5分區一般服務預算總額加總後與調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D1_5)=調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1)-東區分區一般服務預算總額(D6)。
- 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
(1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
(2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
- 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
(1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：Σ各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣAi2)。
(2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。
- 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率
(1)分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)；分母：Σ各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣAi3)。
(2)條件說明：保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人；資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害案件(案件分類B6)、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。
(3)計算步驟：<1>計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，<2>計算每位病患於各區就醫次數(a)，<3>計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)=每位病患於各區就醫次數(a)/Σ每位病患於各區就醫次數(a)，<4>各區每位病患之就醫次數比率(T)=各區Σ每位病患於各區就醫次數比率(Σa%)，<5>計算各區每人就醫次數之權值(K1)=各區每位病患之就醫次數比率(T)/全國就醫人數(p)，<6>扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值(ΣK1)。
- 指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)
(1)保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
(2)人數利用率成長率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(111年該季/110年同期)-1。
(3)醫療費用點數成長率(r)：(111年該季申報醫療費用點數/110年同期申報醫療費用點數)-1。
(4)各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類B6)、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。
(5)本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。(p-r)產生的最大值中，其值大於0且p值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且r值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。
- 指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率
(1)分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母：Σ各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。
(2)條件說明：「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」，採用季中數值。
「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計，採用季中數值。
(3)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)。

=====

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率>=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或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之院所須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)111年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

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

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

(1)操作定義：

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

b. 成長率=(112年該區 $yT / 111$ 年該區 $yT) - 1$ 。

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

(2)撥補程序

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

b. 依上述方式撥補後，如仍有分區呈現負成長，其不足額繼續由「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。

=====

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	1,523,420,911(BF)	915,962,500(BG)	59,259(BJ)
2-北區分區	685,395,371(BF)	452,151,945(BG)	25,403(BJ)
3-中區分區	1,395,245,213(BF)	774,574,462(BG)	33,649(BJ)
4-南區分區	733,445,549(BF)	481,284,618(BG)	22,620(BJ)
5-高屏分區	836,751,298(BF)	528,055,075(BG)	5,974(BJ)
6-東區分區	99,822,796(BF)	52,710,721(BG)	2,852(BJ)
7-合計	5,274,081,138(GF)	3,204,739,321(GG)	149,757(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

112年第 2季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

列印日期：112/11/03

頁 次： 27

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD1)
— 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	= [2,179,225,250	—	915,962,500	—	59,259]	／ 1,523,420,911 = 0.82918876
北區分區	= [937,138,824	—	452,151,945	—	25,403]	／ 685,395,371 = 0.70756456
中區分區	= [1,870,626,552	—	774,574,462	—	33,649]	／ 1,395,245,213 = 0.78553822
南區分區	= [1,047,131,702	—	481,284,618	—	22,620]	／ 733,445,549 = 0.77146076
高屏分區	= [1,182,489,950	—	528,055,075	—	5,974]	／ 836,751,298 = 0.78210683
東區分區	= [164,729,610	—	52,710,721	—	2,852]	／ 99,822,796 = 1.12214886

3. 風險調整移撥款撥補當季浮動點值<0.75之分區

分區	分區 一般服務 預算總額	112年第2季風 險調整移撥款 撥補當季浮動 點值<0.75之預算	撥補前 五分區估算 浮動點值	全年未支用 風險調整 移撥款	風險調整移撥 款撥補當季浮 動點值至0.75 之差額	全年風險 調整移撥款 剩餘款	撥補後 五分區估算 浮動點值	風險調整移撥 款撥補後一般 服務預算
	(BD1)	(D7)	(Z)	(G)	(F)	(H)= (G)-(F)	(Z1)	(BD2)= (BD1)+(F)
臺北	2,179,225,250		0.82918876		—		0.82918876	2,179,225,250
北區	937,138,824		0.70756456		5,893,299		0.71616296	943,032,123
中區	1,870,626,552		0.78553822		—		0.78553822	1,870,626,552
南區	1,047,131,702		0.77146076		—		0.77146076	1,047,131,702
高屏	1,182,489,950		0.78210683		—		0.78210683	1,182,489,950
東區	164,729,610		—		—		—	164,729,610
合計	7,381,341,888	7,500,000		5,893,299	5,893,299	0		7,387,235,187

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3,000萬元。自112年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至0.75元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。若兩區以上浮動點值低於0.75時，優先補最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至0.75元。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依112年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

=====

五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(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	= [2,179,225,250	—	915,962,500	—	59,259]	／	1,523,420,911	=	0.82918876
北區分區	= [943,032,123	—	452,151,945	—	25,403]	／	685,395,371	=	0.71616296
中區分區	= [1,870,626,552	—	774,574,462	—	33,649]	／	1,395,245,213	=	0.78553822
南區分區	= [1,047,131,702	—	481,284,618	—	22,620]	／	733,445,549	=	0.77146076
高屏分區	= [1,182,489,950	—	528,055,075	—	5,974]	／	836,751,298	=	0.78210683
東區分區	= [164,729,610	—	52,710,721	—	2,852]	／	99,822,796	=	1.12214886

2. 全區浮動每點支付金額 = [加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)

— 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)

= [7,387,235,187 — 3,204,739,321 — 149,757] / 5,274,081,138 = 0.79299996

3. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)

= [風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)

／[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	= [2,179,225,250]	／ [1,523,420,911 + 915,962,500 + 59,259]	=	0.89332915
北區分區	= [943,032,123]	／ [685,395,371 + 452,151,945 + 25,403]	=	0.82898623
中區分區	= [1,870,626,552]	／ [1,395,245,213 + 774,574,462 + 33,649]	=	0.86209816
南區分區	= [1,047,131,702]	／ [733,445,549 + 481,284,618 + 22,620]	=	0.86201218
高屏分區	= [1,182,489,950]	／ [836,751,298 + 528,055,075 + 5,974]	=	0.86641211
東區分區	= [164,729,610]	／ [99,822,796 + 52,710,721 + 2,852]	=	1.07993661

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)

= [7,387,235,187] / [5,274,081,138 + 3,204,739,321 + 149,757] = 0.87124203

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3208R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：112/11/03

112年第 2季

結算主要費用年月起迄:112/04—112/06

核付截止日期:112/09/30

頁 次： 29

5. 中醫門診總額平均點值

= [加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2) + 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(B4)]
 / [加總分區一般服務核定浮動點數(GF) + 加總分區核定非浮動點數(GG) + 加總分區自墊核退點數(GJ) +
 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)]

= [7,387,235,187 + 273,125,408 + 58,361,610] / [5,274,081,138 + 3,204,739,321 + 149,757 + 272,252,899 + 58,361,610]
 = 0.87617322

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
 = 34,362,949 + 91,654,569 + 17,376,597 + 61,814,154 + 4,787,974 + 1,250,000 + 20,342,623 + 7,654,970
 + 21,295,988 + 12,585,584
 = 273,125,408

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 112年品質保證保留款預算 / 4

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月112/03(含)以前:於112/07/01～112/09/30期間核付者。

費用年月112/04～112/06:於112/04/01～112/09/30期間核付者。

報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案。

說明：

- 一、依據 103 年 2 月 20 日「中醫門診總額研商議事會議」103 年第 1 次會議決議略以，考量 102 年原採用四季重分配之計算方式，常因第一季工作日數較少，調整後預算占率較其他 3 季為低，為避免第一季點值有偏低情形，故改以近五年之各季核定點數平均占率作為各季預算重分配之依據。
- 二、113 年各季預算按 107~111 年各季核定點數平均占率(如下表)重分配後之占率如下:第 1 季 23.332934%、第 2 季 24.332048%、第 3 季 25.889731%、第 4 季 26.445286%。

年季	107 占率	108 占率	109 占率	110 占率	111 占率	107-111年 平均占率
Q1	23.079%	22.957%	24.512%	24.895%	21.222%	23.332934%
Q2	25.277%	25.051%	24.512%	23.239%	23.581%	24.332048%
Q3	25.432%	25.806%	26.042%	24.944%	27.225%	25.889731%
Q4	26.212%	26.187%	24.934%	26.922%	27.972%	26.445286%
合計	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

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

- 三、考量110年受疫情影響，110年第2季之核定點數平均占率僅23.239%，中華民國中醫師公會全國聯合會112年10月25日電子郵件建議比照112年之占率按105-109年各季核定點數平均占率(下表)計算，重分配後占率如下：

年季	105 占率	106 占率	107 占率	108 占率	109 占率	105-109年 平均占率
Q1	22.193%	23.306%	23.079%	22.957%	24.512%	23.209366%
Q2	25.724%	25.181%	25.277%	25.051%	24.512%	25.148925%
Q3	25.714%	26.237%	25.432%	25.806%	26.042%	25.846146%
Q4	26.369%	25.276%	26.212%	26.187%	24.934%	25.795563%
合計	100%	100%	100%	100%	100%	100%

註1：109Q1-Q2因受COVID-19疫情影響，報部後核定採合併結算。因中醫門診總額一般服務預算採四季重分配，故將109Q1-Q2核定點數除2，以利計算105-109年各季占率。

註2：實際運算採小數點以下8位，限於版面，本表105-109個年度僅呈現小數點以下6位。

四、另113年中醫門診一般服務之保障項目擬比照112年保障項目，除藥費依藥物給付項目，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點1元支付(保障醫不足地區民眾就醫可近性及就醫權益)，並報健保會同意後實施。

決 定：

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議時程案。

說明：

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

二、113 年會議時間，擬訂如下表，請代表預留時間：

會議名稱	第 1 次 會議	第 2 次 會議	第 3 次 會議	第 4 次 會議	第 1 次 臨時會
會議日期	2/22 星期四 (下午)	5/16 星期四 (下午)	8/15 星期四 (下午)	11/14 星期四 (下午)	12/5 星期四 (下午)

決定：

報告事項第六案

報告單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：調整「112 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域一覽表案。

說明：附件 1-2「施行區域-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」，因原開業於「彰化縣線西鄉」之中醫診所搬遷，建議「彰化縣線西鄉」將由附件 1-2 移列至附件 1-1。

健保署說明如下：

一、統計截至 112 年 10 月 25 日與本署特約之中醫醫事機構各鄉鎮分布，同意中醫全聯會建議，說明如下：(方案附件 1-1、1-2)
(一)查「彰化縣線西鄉」原有一家「品豪中醫診所」，列於附件 1-2(一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區)，該中醫診所於 112 年 9 月 26 日搬至彰化縣和美鎮，「彰化縣線西鄉」已無中醫診所。

(二)配合修訂：

1. 無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(計畫附件 1-1)：新增「彰化縣線西鄉」。
2. 一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(計畫附件 1-2)：刪除「彰化縣線西鄉」。

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 77 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 80 個鄉鎮區。

決定：

112 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	台南市	左鎮區	1	花蓮縣	秀林鄉	3
	石門區	1		龍崎區	1		萬榮鄉	3
	平溪區	1		北門區	1		卓溪鄉	3
	雙溪區	1		東山區	1	台東縣	大武鄉	2
	烏來區	3	高雄市	田寮區	1		東河鄉	1
宜蘭縣	大同鄉	3		茂林區	3		長濱鄉	2
	南澳鄉	3		桃源區	3		綠島鄉	5
新竹縣	橫山鄉	1		那瑪夏區	3		延平鄉	3
	寶山鄉	1	屏東縣	內門區	1		海端鄉	3
	北埔鄉	1		萬巒鄉	1		達仁鄉	3
	峨眉鄉	1		竹田鄉	1		金峰鄉	3
	尖石鄉	3		新埤鄉	1	金門縣	蘭嶼鄉	6
	五峰鄉	3		車城鄉	1		烈嶼鄉	6
苗栗縣	南庄鄉	1		滿州鄉	2	連江縣	烏坵鄉	6
	獅潭鄉	1		枋山鄉	1		北竿鄉	4
	泰安鄉	3		三地門鄉	3		莒光鄉	6
	頭屋鄉	1		霧臺鄉	3		東引鄉	6
台中市	大安區	1		泰武鄉	3		南竿鄉	4
	和平區	3		來義鄉	3			
彰化縣	線西鄉	1		春日鄉	3			
南投縣	信義鄉	3		獅子鄉	3			
	仁愛鄉	3		牡丹鄉	3			
	鹿谷鄉	3		瑪家鄉	3			
雲林縣	四湖鄉	1	澎湖縣	吉貝村	6			
嘉義縣	溪口鄉	1		白沙鄉	5			
	番路鄉	1		西嶼鄉	5			
	阿里山鄉	3		望安鄉	6			
	東石鄉	1		七美鄉	6			
台南市	後壁區	1	花蓮縣	豐濱鄉	2			
	大內區	1		富里鄉	1			

註 1：本一覽表統計截止日期：~~112 年 8 月 4 日~~112 年 10 月 25 日，共 76 77 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。

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

註 1：本一覽表統計截止日期：~~112 年 8 月 4 日~~112 年 10 月 25 日，共 ~~81~~80 個鄉鎮(區)。

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

報告事項第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：中醫112 年第1-2季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算事宜案。

說明：

- 一、依據「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」(附件1)辦理。
- 二、考量因應COVID-19於112年3月20日疫情降級，相關醫療費用回歸健保支應，對112年部分總額醫療費用造成顯著影響。經統計中醫門診總額112年第1、2季COVID-19費用(主診斷為U07.1)及類流感案件相較108年同期費用共增加1.01億點(112第1季0.03億點、第2季0.98億點)，本署爰提案至112年11月15日全民健康保險會第6屆112年第10次委員會議，提請動支旨揭項目預算(附件2，頁次:報7-4頁)。
- 三、考量COVID-19降級後回歸健保，而112年健保總額於111年協商時確未考慮COVID-19降級所產生之醫療費用影響，爰就前開費用所產生之影響予以補助，應符合旨揭預算編列緣由。又鑑於疫情於降級後第一年影響較大，建議就COVID-19費用(主診斷為U07.1)及類流感案件相較108年同期增加之費用點數，比照降級前之公務預算支應模式，以1點1元計算費用補入該分區後，如該分區平均點值未至每點0.9元者，再補至每點0.9元，所須經費推估(正確費用以結算為準)第1季約須1.90億元、第2季約須2.73億元，合計約4.63億元(同附件2，頁次:報7-33頁)。
- 三、查前開經費推估，112年第2季係以預估點值估算，經以結算點值計算後，所需經費修正為2.79億元，112年第1、2季合計共4.7億元(附件3，頁次:報7-36頁)。
- 四、本案如獲全民健康保險會同意，將依程序報衛生福利部核定後，辦理追扣補付作業。

決定：

「調節非預期風險及其他非預期政策所需經費」項目之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過

103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正

106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

一、適用範圍：

(一)屬「非預期風險」：

1. 年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如具傳染性疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響。
2. 應排除依其他法令由各級政府負擔之醫療服務項目。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1. 年度中非預期之全民健康保險法(下稱健保法)及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛生福利部(下稱衛福部)交議。
2. 應排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目(包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目等)」(註)

二、動支程序：

(一)屬「非預期風險」：

1. 提案前評估：

由受影響之總額部門與中央健康保險署(下稱健保署)於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，其影響不可歸責於該總額部門。

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

- (1) 具傳染性疾病異常流行(排除依其他法令應由各級政府負擔之醫療服務項目)，致使總額部門全區，單一季別之預估值，有下列情形之一者：

- ① 平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度 > 5% 以上。
- ② 一般服務之醫療費用點數成長率 > (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 + 5%) 以上。

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

- (2) 屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第 52 條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前 2 個月之預估醫療費用達該地區當年季平均總額預算之 0.3% 以上。

2. 提案及議定：

由健保署或本會委員提案，並提供前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定。

3. 核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細

節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1. 提案及議定：

依適用範圍，於衛福部交議後，由健保署提案至本會討論議定；提案內容，應包括政策實施日期及方式、預估經費需求及預期效益等。

2. 核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

註：1. 年度總額協商前，衛福部會提出該年度總額之協商政策方向，若屬「可預期」之政策改變，於協商時即應納入考量，爰修訂為僅適用年度中「非預期」之全民健康保險法及相關政策修訂。因政策、法規屬主管機關權責，爰須經衛福部交議，健保署據以提案。

2. 歷年健保會訂有下列總額協商通則；另健保署會同各總額部門擬訂專款計畫或方案時，對於超過預算部分，係以浮動點值方式處理。

(1)專款專用項目：回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出，實施成效納入下年度總額協考量。

(2)其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(3)其他原則：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

提案單位：中央健康保險署

案由：因新冠疫情造成各部門總額112年醫療費用顯著影響，提請動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目案，提請討論。

說明：

一、依據「調節非預期風險及其他非預期策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序(附件1)辦理。

二、評估方式：

(一) 因應COVID-19於112年3月20日疫情降級，相關醫療費用回歸健保支應，致對前開部門總額112年醫療費用造成顯著影響(附件2)。經統計112年第1、2季各總額部門COVID-19費用（主診斷為U07.1）及類流感案件相較108年同期費用點數共增加18.49億點，各部門影響如下：

1. 醫院新增12.12億點(112第1季3.77億點、第2季8.35億點)。
2. 西醫基層總額5.36億點(112第2季)。
3. 中醫1.01億點(112第1季0.03億點、第2季0.98億點)。
4. 牙醫不受影響。

(二) 依前開貴委員會議決議「調節非預期風險及其他非預期政策

改變所需經費」適用範圍及動支程序評估方式，評估中醫、西醫基層、牙醫112年第1、2季符合動支條件情形如附件3。

(三) 惟醫院部門費用管理係採分區共管方式，由各分區因地制宜訂定目標管理點值後，各醫院自主於申報前核減點數，或於申報後視當季成長率及占率，於共管會議決定核減方式，爰難以前開動支程序加以評估。

三、補助金額計算方式：

(一) 考量COVID-19降級後回歸健保，而112年健保總額於111年協商時確未考慮COVID-19降級所產生之醫療費用影響，爰就前開費用所產生之影響予以補助，應符合本項經費編列緣由。

(二) 鑑於疫情於降級後第一年影響較大，建議就COVID-19費用

(主診斷為U07.1)及類流感案件相較108年同期增加之費用點數，比照降級前之公務預算支應模式，以1點1元計算費用補入該分區後，如該分區平均點值(醫院部門以攤扣前點值計算)未至每點0.9元者，再補至每點0.9元，所須經費推估(正確費用以結算為準，動支條件及補助金額計算方式業經各總額團體確認)如下：

1. 中醫：第1季約須1.90億元、第2季約須2.73億元，合計約4.63

億元（附件4）。

2. 西醫基層：第1季不須補助，第2季約6.37億元(附件5)。

3. 醫院：第1季約須13.31億元；第2季約須22.8億元(附件6)。

4. 綜上，經統計112年第1、2季中醫、西醫基層及醫院合計共須動支約47.11億元(下表，第1季約15.21億元、第2季約31.9億元)。

單位：億元

總額別	112Q1	112Q2	小計
中醫	1.90	2.73	4.63
基層	0.00	6.37	6.37
醫院	13.31	22.80	36.12
合計	15.21	31.90	47.11

註：

1. COVID-19 案件：主診斷為 U07.1 之申報案件。

2. 類流感案件：主診斷前 3 碼 A22、A37、B25、B44、J09-J18 或全碼為 J06.9 之申報案件。

3. 112 年第 2 季係以預估點值計算。

四、前開補助金額將納入該季該區預算，作為提升該區平均點值之用。

五、預算來源：

（一）112年其他部門編列「非預期預算」編列8億元。

（二）健保總額支付制度係前瞻性支付制度，為因應非預期風險或其

他非預期政策改變導致各部門整體醫療費用造成顯著影響，於其他預算編列「非預期預算」支應，如當年度未使用則回歸健保安全準備金(自92年起累計回歸健保安全準備金約89.7億元)；依此同理，如遇前開經費當年度所編預算不足，應從健保安全準備金挹注支應。

(三) 政府於112年亦挹注特別預算240億元，即為因應疫情可能對健保總額產生之影響，如以上半年所需動支經費(約50億元)推估全年由本項特別預算支應，應仍在政府挹注款範圍內。

(四) 建議112年第3、4季比照上開原則辦理。

(五) 安全準備金估算說明：

1. 112年底保險收支累計結餘，最新財估安全準備結餘為1,277億元(約當1.97個月保險給付支出)。
2. 113年底保險收支累計結餘，付費者代表版本約1,364億元(約當2.04個月保險給付支出)，醫界代表版約1,278億元(約當1.89個月保險給付支出)。

決議：

「調節非預期風險及其他非預期政策所需經費」項目之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過

103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正

106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

一、適用範圍：

(一)屬「非預期風險」：

1. 年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如具傳染性疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響。
2. 應排除依其他法令由各級政府負擔之醫療服務項目。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1. 年度中非預期之全民健康保險法(下稱健保法)及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛生福利部(下稱衛福部)交議。
2. 應排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目(包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目等)」(註)

二、動支程序：

(一)屬「非預期風險」：

1. 提案前評估：

由受影響之總額部門與中央健康保險署(下稱健保署)於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，其影響不可歸責於該總額部門。

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

- (2) 具傳染性疾病異常流行(排除依其他法令應由各級政府負擔之醫療服務項目)，致使總額部門全區，單一季別之預估值，有下列情形之一者：

- ① 平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度 >5% 以上。
- ② 一般服務之醫療費用點數成長率 > (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 + 5%) 以上。

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

- (2) 屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第 52 條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前 2 個月之預估醫療費用達該地區當季平均總額預算之 0.3% 以上。

2. 提案及議定：

由健保署或本會委員提案，並提供前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定。

3. 核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1. 提案及議定：

依適用範圍，於衛福部交議後，由健保署提案至本會討論議定；提案內容，應包括政策實施日期及方式、預估經費需求及預期效益等。

2. 核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

註：1. 年度總額協商前，衛福部會提出該年度總額之協商政策方向，若屬「可預期」之政策改變，於協商時即應納入考量，爰修訂為僅適用年度中「非預期」之全民健康保險法及相關政策修訂。因政策、法規屬主管機關權責，爰須經衛福部交議，健保署據以提案。

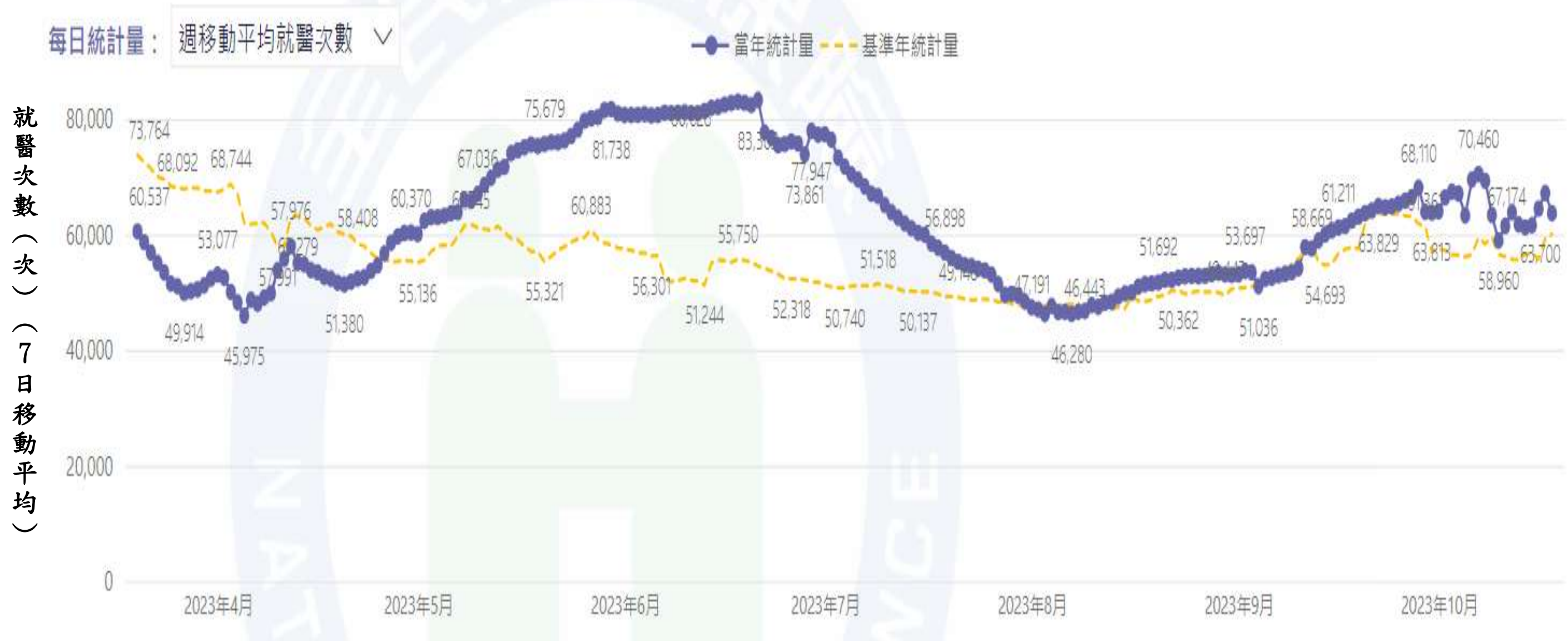
2. 歷年健保會訂有下列總額協商通則；另健保署會同各總額部門擬訂專款計畫或方案時，對於超過預算部分，係以浮動點值方式處理。

(1)專款專用項目：回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出，實施成效納入下年度總額協商考量。

(2)其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(3)其他原則：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

圖 1、【西醫基層】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 1-2、【西醫基層-臺北】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 1-3、【西醫基層-北區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年

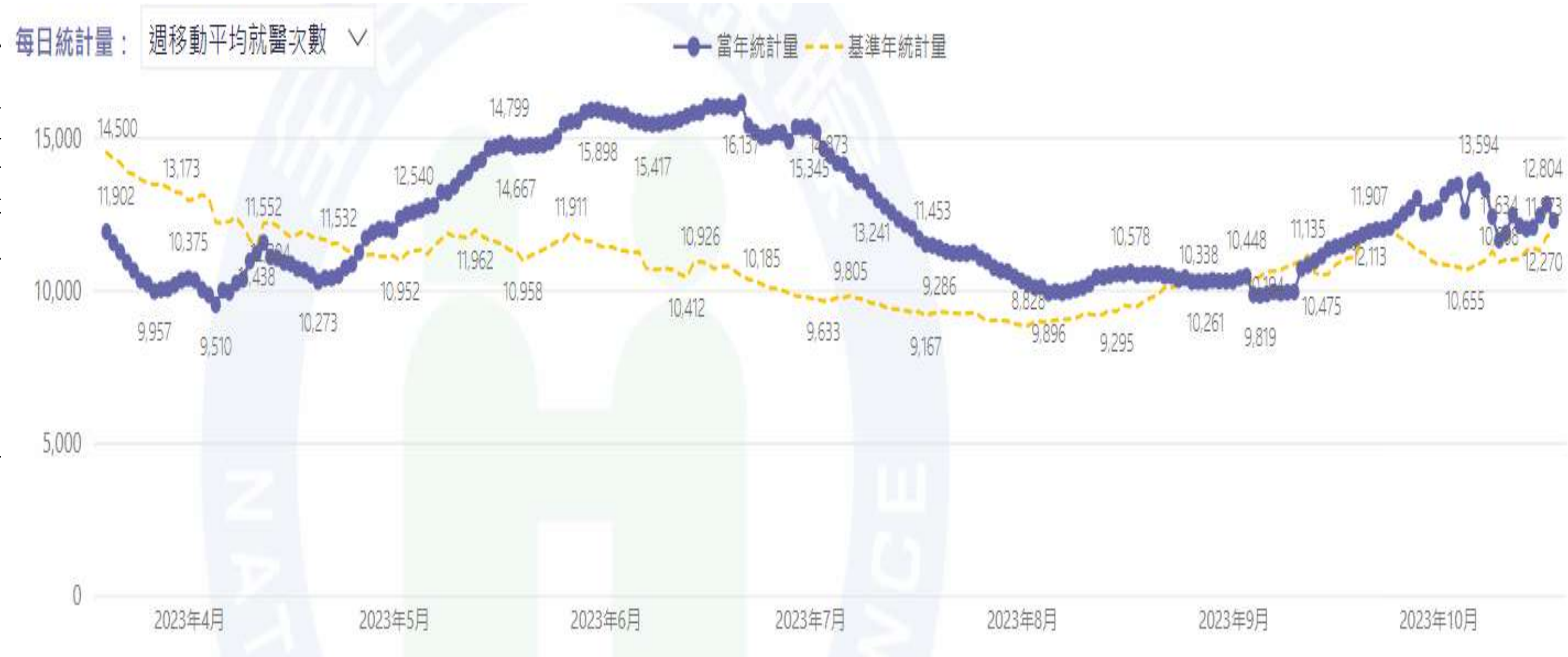


註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 1-4、【西醫基層-中區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年

就醫次數
(次)
(7 日移動平均)



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

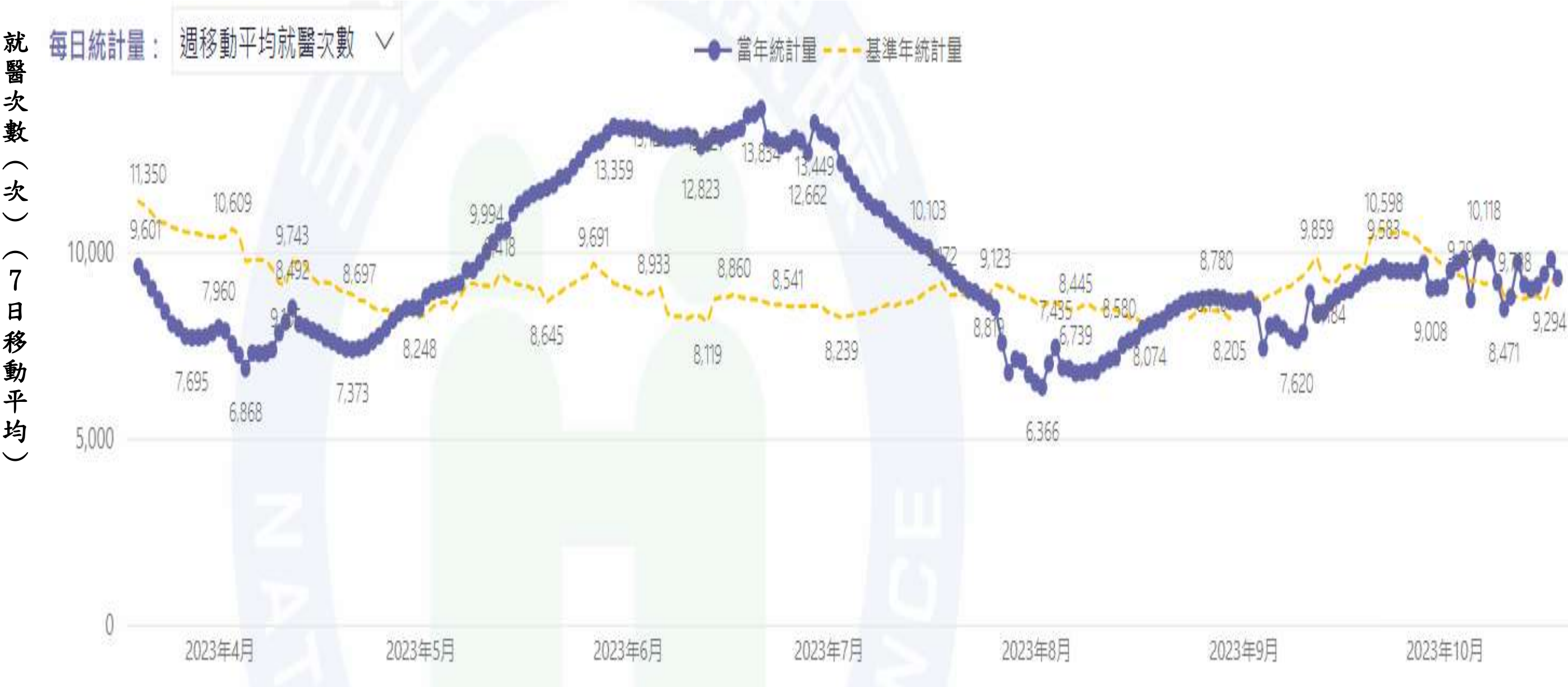
圖 1-5、【西醫基層-南區】 3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 1-6、【西醫基層-高屏】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 1-7、【西醫基層-東區】 3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 2、【醫院總額】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

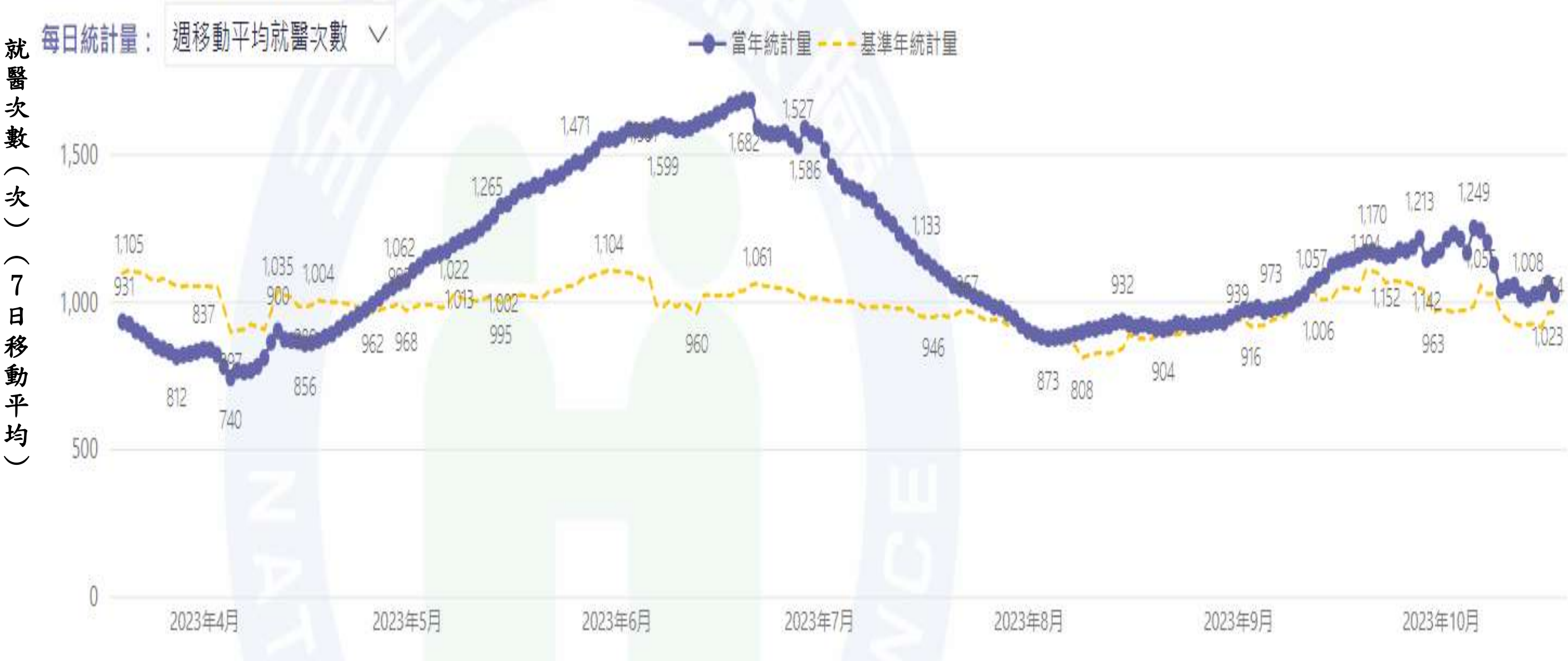
圖 2-2、【醫院總額-臺北】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 2-3、【醫院總額-北區】 3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 2-4、【醫院總額-中區】 3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 2-5、【醫院總額-南區】 3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 2-6、【醫院總額-高屏】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年

就醫次數（次）（7 日移動平均）



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 2-7、【醫院總額-東區】 3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 3、【中醫總額】 3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 3-2、【中醫總額-台北】 3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 3-3、【中醫總額-北區】 3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 3-4、【中醫總額-中區】 3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 3-5、【中醫總額-南區】 3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 3-6、【中醫總額-高屏】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 3-7、【中醫總額-東區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
3. 統計定義：
 - (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

112 年第 1、2 季之醫療費用是否符合其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」適用範圍及動支程序評估結果：

一、有關「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序，依 112 年 7 月 26 日衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 7 次委員會議通過之評估方式，動支程序評估指標 2 一般服務之醫療費用核定點數成長率，所依據之「基期年」以「疫情前一年(108 年)」作為比較基期，計算醫療費用點數成長率時，預先扣除受影響年度一般服務成長率（實際作業如表）。

二、動支程序評估結果：

考量 COVID-19 疫情對各總額費用之影響為全面性的，爰以全區評估

(一) 中醫：

112 年第 1、2 季：全區均符合動支條件。

(二) 西醫基層：

112 年第 1 季：全區不符合動支條件。

112 年第 2 季：全區均符合啟動條件。

(三) 牙醫：

112 年第 1、2 季：全區均不符合動支條件。

註：

1. 各總額部門門檻計算方式為「112 年醫療服務成本及人口因素成長率+5%」：

(1) 醫院：7.250%(2.250%+5%)。

(2) 西醫基層：6.400%(1.400%+5%)。

(3) 牙醫門診：5.642%(0.642%+5%)。

(4) 中醫門診：6.394%(1.394%+5%)。

2. 各總額部門「109~111 年一般服務成長率」：

(1) 醫院：13.567%(5.471%+5.047%+3.049%)

(2) 西醫基層：9.009%(3.685%+3.493%+1.831%)

(3) 牙醫門診：8.456%(3.559%+3.054%+1.843%)

(4) 中醫門診：13.132%(4.696%+4.260%+4.176%)

中醫、基層及牙醫門診112年第1-2季評估表

評估指標1: 平均點值在0.9以下，且較去年同季點值
下降幅度>5%以上

年季	月份	項目	中醫	基層	牙醫
111年					
第1季	1-3月	浮動點值	1.0469	1.0923	1.0048
		平均點值	1.0289	1.0652	1.0048
第2季	4-6月	浮動點值	1.0016	1.0808	1.0859
		平均點值	1.0010	1.0567	1.0856
第3季	7-9月	浮動點值	0.8220	0.9801	1.0024
		平均點值	0.8911	0.9859	1.0024
第4季	10-12月	浮動點值	0.7746	0.9569	1.0122
		平均點值	0.8633	0.9694	1.0121
112年			0	0	
第1季	1-3月	浮動點值	0.7994	0.9561	0.9859
		平均點值	0.8792	0.9692	0.9861
條件1	點值<0.9		Y	N	N
	同季平均點值成長率		-15%	-9%	-2%
條件2	同季降幅>5%註記		Y	Y	N
條件1&2			Y	N	N
第2季 (預估)	4-6月	浮動點值	0.7970	0.8793	0.9666
		平均點值	0.8735	0.9134	0.9669
條件1	點值<0.9		Y	N	N
	同季平均點值成長率		-13%	-14%	-11%
條件2	同季降幅>5%註記		Y	Y	Y
條件1&2			Y	N	N

評估指標2-實際作業：一般服務之醫療費用核定點數成長率(基期年以108年計算)-

年季	月份	項目	中醫	基層	牙醫
108年					
第1季	1-3月	一般服務點數	6,379	29,878	10,834
第2季	4-6月	一般服務點數	6,961	29,942	11,250
第3季	7-9月	一般服務點數	7,171	30,086	11,622
第4季	10-12月	一般服務點數	7,277	32,037	11,760
112年					
第1季	1-3月	一般服務點數	7,768	33,304	11,556
較108年同期點數成長率			21.78%	11.47%	6.67%
扣除受影響年度一般服務成長率後之成長率			8.64%	2.46%	-1.79%
條件：成長率>門檻			Y	N	N
第2季	4-6月	一般服務點數	8,512	35,292	11,388
較108年同期點數成長率			22.28%	17.87%	1.22%
扣除受影響年度一般服務成長率後之成長率			9.14%	8.86%	-7.23%
條件：成長率>門檻			Y	Y	N
指標1or2					
112年					
第1季			Y	N	N
第2季			Y	Y	N

表1-1、中醫【COVID_19與類流感】與108年差額且平均點值補至0.9元所需經費之推估

單位:億

112Q1							
就醫 分區	分區預算 A1	點數 B1	結算平均點值 P1=A1/B1	COVID-19加類流感且平均點值補至0.9			
				COVID-19加 類流感補助 C1	加補助後新點值 P2	平均點值再補至 0.9所需經費 E1 =0.9*B1-A1-C1	合計需補助金額 F1 =C1+E1
臺北	19.70	22.28	0.8843	0.01	0.8847	0.34	0.35
北區	8.72	10.20	0.8552	0.01	0.8562	0.45	0.46
中區	17.33	19.81	0.8747	0.00	0.8750	0.50	0.50
南區	9.95	11.21	0.8876	0.00	0.8877	0.14	0.14
高屏	11.08	12.81	0.8648	0.00	0.8648	0.45	0.45
東區	1.52	1.37	1.1066	0.00	1.1084	0.00	0.00
合計	68.30	77.68	0.8792	0.03		1.87	1.90
112Q2							
就醫 分區	分區預算 A2	點數 B2	結算平均點值 P2=A2/B2	COVID-19加類流感且平均點值補至0.9			
				COVID-19加 類流感補助 C2	加補助後新點值 P5	平均點值再補至 0.9所需經費 E2 =0.9*B2-A2-C2	合計需補助金額 F2 =C2+E2
臺北	21.96	24.38	0.9009	0.21	0.9097	0.00	0.21
北區	9.45	11.39	0.8302	0.20	0.8473	0.60	0.80
中區	18.82	21.82	0.8622	0.26	0.8740	0.57	0.82
南區	10.57	12.22	0.8645	0.15	0.8771	0.28	0.43
高屏	11.90	13.70	0.8685	0.13	0.8777	0.31	0.43
東區	1.65	1.60	1.0297	0.03	1.0484	0.00	0.03
合計	74.35	85.12	0.8735	0.98		1.75	2.73
112Q1+112Q2合計						3.62	4.63

註：1. 112年第2季費用點數係擷取總額預估點值。

2. COVID-19案件：主診斷為U07.1及主次診斷為U09.9之申報案件，但排除C5案件。

3. 類流感案件：主診斷前3碼為A22、A37、B25、B44、J09-J18或全碼為J06.9之申報案件。

表2-1、基層【COVID_19與類流感】與108年差額且平均點值補至0.9所需經費之推估

單位:億元

112Q1					COVID-19加類流感且平均點值補至0.9			
就醫 分區	一般服務 分區預算 A1	新增醫藥分 業地區 A2	點數 B1	結算平均 點值P1 =(A1+A2)/B1	COVID-19加 類流感補助 C1	加補助後新點值 P2 =(A1+C1)/B1	平均點值再補至0.9所 需經費 E1=0.9*B1-A1-A2-C1	合計需補助金額 F1 =C1+E1
臺北	106.96	0.01	114.01	0.9382	0.00	0.9382	0.00	0.00
北區	50.01	0.04	51.24	0.9768	0.00	0.9760	0.00	0.00
中區	60.90	0.02	61.78	0.9860	0.00	0.9857	0.00	0.00
南區	46.55	0.10	46.64	1.0001	0.00	0.9979	0.00	0.00
高屏	51.37	0.08	52.85	0.9734	0.00	0.9719	0.00	0.00
東區	6.58	0.17	6.52	1.0344	0.00	1.0088	0.00	0.00
合計	322.36	0.41	333.04	0.9692	0.00		0.00	0.00

112Q2					COVID-19加類流感且平均點值補至0.9			
就醫 分區	一般服務 分區預算 A3	新增醫藥分 業地區 A4	點數 B2	預估平均 點值 P3 =(A3+A4)/B2	COVID-19加 類流感補助 C2	加補助後新點值 P4 =(A3+C2)/B2	平均點值再補至0.9所 需經費 E2 =0.9*B2-A3-A4-C2	合計需補助金額 F2 =C2+E2
臺北	107.50	0.01	122.29	0.8791	1.55	0.8917	1.00	2.55
北區	50.23	0.04	54.71	0.9188	1.00	0.9363	0.00	1.00
中區	60.24	0.02	65.36	0.9220	1.12	0.9389	0.00	1.12
南區	46.51	0.11	48.78	0.9559	0.75	0.9689	0.00	0.75
高屏	50.62	0.06	55.01	0.9213	0.80	0.9348	0.00	0.80
東區	6.83	0.19	6.77	1.0357	0.15	1.0300	0.00	0.15
合計	321.93	0.42	352.92	0.9134	5.36		1.00	6.37
112Q1+112Q2合計							1.00	6.37

註：1. 112年第2季以預估點值計算。

2. COVID-19案件：主診斷為U07.1之申報案件，但排除C5案件。

3. 類流感案件：主診斷前3碼為A22、A37、B25、B44、J09-J18或全碼為J06.9之申報案件。

表3-1、醫院【COVID_19門住診與類流感】與108年差額且平均點值補至0.9所需經費之推估

112.11.1 18:06

單位:億元

季別	分區	預算 A1	結算點數 (加回攤扣點數) B1	平均點值 P1 =A1/B1	COVID-19加類流感且平均點值補至0.9			
					COVID-19與 類流感 補助金額 C1	加補助金額後 新點值 P2 =(A1+C1)/B1	再補平均 點值0.9所需 經費 E1=(0.9-P2)*B1	合計補助 金額 F1= C1+E1
第1季	臺北	440.12	496.91	0.8857	2.27	0.8903	4.83	7.10
	北區	172.32	188.33	0.9150	0.00	0.9150	0.00	0.00
	中區	221.01	252.23	0.8762	1.28	0.8813	4.71	5.99
	南區	176.18	188.81	0.9331	0.00	0.9331	0.00	0.00
	高屏	186.81	198.49	0.9411	0.00	0.9411	0.00	0.00
	東區	33.48	36.03	0.9293	0.22	0.9353	0.00	0.22
	合計	1229.92	1360.80	0.9038	3.77	0.9066	9.55	13.31
季別	分區	預算數 A2	結算點數 (加回攤扣點數) B2	平均點值 P3 =A2/B2	COVID-19加類流感且平均點值補至0.9			
					COVID-19與 類流感 補助金額 C2	加補助金額後 新點值 P4 =(A2+C2)/B2	再補平均 點值0.9所需 經費 E2=(0.9-P4)*B2	合計補助 金額 C2+E2
第2季	臺北	424.84	487.40	0.8716	3.02	0.8778	10.80	13.82
	北區	172.96	195.08	0.8866	1.21	0.8928	1.41	2.62
	中區	250.86	283.83	0.8839	2.34	0.8921	2.25	4.58
	南區	182.45	194.14	0.9398	0.32	0.9414	0.00	0.32
	高屏	197.97	212.47	0.9318	0.68	0.9350	0.00	0.68
	東區	35.81	38.53	0.9296	0.78	0.9499	0.00	0.78
	合計	1264.90	1411.44	0.8962	8.35	0.9021	14.45	22.80
112Q1+112Q2合計					12.12		24.00	36.12

註：1. 112年第2季費用點數係擷取總額預估點值。

2. COVID-19案件：主診斷為U07.1之申報案件。

3. 類流感案件：主診斷前3碼為A22、A37、B25、B44、J09-J18或全碼為J06.9之申報案件。

表1-1、中醫補助【COVID_19與類流感】與108年差額且平均點值補至0.9元所需經費之推估-結算數

單位:億

112Q1													
就醫 分區	分區 預算 A1	結算點數				結算 浮動點值P01	結算平均點值 P1=A1/B1	COVID-19加類流感且平均點值補至0.9				補助後浮動點值 浮動點值差額	
		浮動 (B11)	非浮動 (B12)	自墊 核退 (B13)	小計 (B1)			COVID-19加 類流感補助 C1	加補助後 新平均點值 P2	平均點值再補至 0.9所需經費 E1 =0.9*B1-A1-C1	合計需補助金額 F1 =C1+E1	P11=(A1+F1- B12-B13)/B11	GAP=P11-P01
臺北	19.70	13.49	8.79	0.06	22.28	0.80893858	0.88428532	0.01	0.88466473	0.34	0.35	0.83488576	0.02594718
北區	8.72	5.91	4.29	0.05	10.20	0.75000000	0.85515586	0.01	0.85622175	0.45	0.46	0.82740068	0.07740068
中區	17.33	12.31	7.50	0.05	19.81	0.79847261	0.87474026	0.00	0.87499217	0.50	0.50	0.83911241	0.04063980
南區	9.95	6.57	4.64	0.02	11.21	0.80827381	0.88761742	0.00	0.88771245	0.14	0.14	0.82939865	0.02112484
高屏	11.08	7.62	5.19	0.00	12.81	0.77256082	0.86476814	0.00	0.86476814	0.45	0.45	0.83181538	0.05925456
東區	1.52	0.87	0.51	0.01	1.37	1.16924259	1.10657709	0.00	1.10842074	0.00	0.00	1.17217027	0.00292768
合計	68.30	46.77	30.91	0.19	77.68	0.79938470	0.87922141	0.03		1.87	1.90	0.84002128	0.04063658

112Q2													
就醫 分區	分區 預算 A2	結算點數				結算 浮動點值P02	結算平均點值 P2=A2/B2	COVID-19加類流感且平均點值補至0.9				補助後浮動點值 浮動點值差額	
		浮動 (B21)	非浮動 (B22)	自墊 核退 (B23)	小計 (B2)			COVID-19加 類流感補助 C2	加補助後 新平均點值 P5	平均點值再補至 0.9所需經費 E2 =0.9*B2-A2-C2	合計需補助金額 F2 =C2+E2	P21=(A2+F2- B22-B23)/B21	GAP=P21-P02
臺北	21.79	15.23	916	0.06	24.39	0.82918876	0.89332915	0.21	0.90213914	0.00	0.21	0.84329612	0.01410736
北區	9.43	6.85	452	0.03	11.38	0.71616296	0.82898623	0.20	0.84617867	0.61	0.81	0.83402679	0.11786383
中區	18.71	13.95	775	0.03	21.70	0.78553822	0.86209816	0.26	0.87396010	0.57	0.82	0.84448230	0.05894408
南區	10.47	7.33	481	0.02	12.15	0.77146076	0.86201218	0.15	0.87474881	0.31	0.46	0.83437724	0.06291648
高屏	11.82	8.37	528	0.01	13.65	0.78210683	0.86641211	0.13	0.87560936	0.33	0.46	0.83689152	0.05478469
東區	1.65	1.00	53	0.00	1.53	1.12214886	1.07993661	0.03	1.09955522	0.00	0.03	1.15212750	0.02997864
合計	73.87	52.74	3,205	0.15	84.79	0.79299996	0.87124203	0.98		1.82	2.79	0.84599416	0.05299420
112Q1+112Q2合計										3.69	4.70		

註：

- COVID-19案件：主診斷為U07.1及主診斷為U09.9之申報案件，但排除C5案件。
- 類流感案件：主診斷前3碼為A22、A37、B25、B44、J09-J18或全碼為J06.9之申報案件。

報告事項第八案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費不符申報適應症案件之改支邏輯案。（提案後補）

說明：。

決定：

報告事項第九案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂3項中醫專款照護計畫(全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫、全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、修訂「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」案。(提案後補)

說明：。

決定：

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：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)」(下稱研商議事作業要點)(附件)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。
- 二、考量會議代表或代表代理人本應熟稔全民健康保險業務及恪守相關法規，若會議代表或代表代理人違反全民健康保險、醫事相關法規，或其所服務之醫療(事)機構違反醫事相關或全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定，受有停業等處分之情形，不宜擔任會議代表或代表代理人，研擬增修條文4-1如下：

- (一) 本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：
 1. 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。
 2. 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。
 3. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。
 4. 受前三款處分之執行。
- (二) 本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。
- (三) 醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。
- (四) 本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。
- (五) 第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。

- 三、 本案擬自 113 年 1 月 1 日生效。

決議：

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
112 年 10 月 00 日健保醫字第 1120000000 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 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。
- 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、本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：

(一)受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。

(二)所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。

(三)依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。

(四)受前三款處分之執行。

本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。

醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。

本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。

第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。

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

說明：

- 一、為配合本署 112 年中醫門診總額新增試辦計畫，品保方案研議增修「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率」等 5 項專業醫療服務品質指標，資料範圍排除「JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療)」之案件(修正對照表如附件 1)。
- 二、前述修訂內容，經詢中華民國中醫師公會全國聯合會均同意新增前開排除條件(附件 2)。
- 三、擬具本案修訂「附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)」(附件 3)。

決議：

「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」
附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標
修正對照表

序 號	指標項目	現行方案 (112.6.16公告)	修正草案	備註
		計算公式及說明	計算公式及說明	
1	就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率	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	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)、	排除條件增訂112年新增試辦計畫之案件。

序 號	指標項目	現行方案 (112.6.16公告)	修正草案	備註
		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)。 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。	JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)、<u>JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)</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	
2	使用中醫門診方用藥數重疊二日以上之比率	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) (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)	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) (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、	排除條件增訂112年新增試辦計畫之案件。

序號	指標項目	現行方案 (112.6.16公告)	修正草案	備註
		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)。 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。 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。	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)、<u>JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)</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。 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。	
3	使用中醫師門診者之平	1. 資料範圍：中醫門診總額診察費大於 0，排除如下案件：	1. 資料範圍：中醫門診總額診察費大於 0，排除如下案件：	排除條件增訂 112 年

序號	指標項目	現行方案 (112.6.16公告)	修正草案	備註
	均中醫 就診次數	(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)。 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：各區中醫門診總額就診案件數。	(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)、<u>JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)</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。	新增試辦計畫之案件。

序號	指標項目	現行方案 (112.6.16公告)	修正草案	備註
		分母：各區中醫門診總額就診人數。 3. 指標計算：分子/分母。	3. 指標計算：分子/分母。	
4	就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率	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)。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。	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)、<u>JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)</u>。。 C. 案件分類：31且任一特定治療項目代號為EC。	排除條件增訂112年新增試辦計畫之案件。

序號	指標項目	現行方案 (112.6.16公告)	修正草案	備註
		(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。	(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。	
5	於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率	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	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	排除條件增訂112年新增試辦計畫之案件。

序號	指標項目	現行方案 (112.6.16公告)	修正草案	備註
		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)。 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。 ※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、	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)、<u>JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)</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。 ※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、	

序 號	指標項目	現行方案 (112.6.16公告)	修正草案	備註
		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)。 ※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。	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)。 ※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。	

賴昱廷

寄件者: 王逸年 <wang561229@gmail.com>
寄件日期: 2023年10月11日星期三 下午 3:26
收件者: 賴昱廷
主旨: Re: 煩請中醫師公會回復修訂品質確保方案指標操作型定義之意見

昱廷午安
本會同意大署修正內容，
謝謝您
中全會王逸年敬上

賴昱廷 <A111145@nhi.gov.tw> 於 2023 年 10 月 6 日 週五 下午 4:14 寫道：

中全會好

因中醫總額 112 年新增術後疼痛西醫住院病人中醫輔助計畫，分區業務組建議列為對外品質公開指標之排除條件，

經檢視有「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等 5 項指標(附件)，煩請回復貴會討論之意見，俾提案 11 月份中醫研商議事會議討論。

感謝

昱廷敬上

附表 中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標(草案)

修正如畫底線及刪除線

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

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
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)、<u>JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)</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	每季	參考值：以前 5 年同季平均值±20%。	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：

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
藥日數重疊二日以上之比率					(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)、<u>JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)</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。 分母：各區給藥案件之給藥日份加總。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					※給藥案件係藥費不為0，或給藥天數不為0。 3. 指標計算：分子 / 分母。
使用中醫門診者之平均中醫就診次數	每季	參考值：以前5年同季平均值±20%。	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)、<u>JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)</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。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率	每季	參考值：以前5年同季平均值 $\pm 20\%$ 。	資料分析	保險人	3. 指標計算：分子 / 分母。 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)、<u>JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)</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。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
					分母：各區申報總件數。 3. 指標計算：分子 / 分母。
於同院所針傷科處置次數每月大於二十次之比率	自 97 年第 3 季起每季	參考值：以前 5 年同季平均值 $\pm 20\%$ 。	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)、<u>JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療計畫)</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超過 20 次以上次數之總和。

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)。 ※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	每季累算	抽審合格率为 85%	資料分析	受託	1. 公式說明：

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明
所加強感染控制合格率				單位	分子：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查合格院所數。 分母：中醫門診特約醫療院所加強感染控制截至該季實際訪查院所數。 2. 指標計算：分子/分母。
健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率	每季	參考值：以前3年同季平均值 $\pm 10\%$ 。	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 $\pm 10\%$ 。	資料分析	保險人	1. 公式說明： 分子：同一患者二年內(費用年月相減)未到中醫院所看診人數。 分母：統計期間看診中醫門診總人數。 2. 指標計算：分子/分母。
4. 其他醫療服務品質(中長程指標)					
符合針灸治療規範比率	每季	$\geq$ 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：修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案，提請討論。

說明：

一、依本會 112 年 10 月 15 日中醫門診醫療服務審查執行會第 51 次會議決議事項辦理。

二、建議修訂事項對照條文如下：

項次	修正條文	原條文
五	施行期間 <u>113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。</u>	施行期間 112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日。
九、 (三)	若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於 7 個工作天前向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構(門診異動表如附件 5)； <u>行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。前項若執行院所或照護機構因時間或場地無法配合，得經雙方協調同意，報請保險人分區業務組備查不須補診。</u>	若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於 7 個工作天前向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構(門診異動表如附件 5)； <u>因不可抗力因素(如因颱風來襲縣市政府公告停班停課等)</u> ，則為休診日，不須補診及報備。
十、 (二)2	(1)照護機構核定床數 50 床以下者，每診次以 <u>15</u> 人次為上限； <u>15</u> 人次以上部分，則不予支付。 (2)照護機構核定床數 50 床以上者，每診次以 <u>25</u> 人次為上限； <u>25</u> 人次以上部分，則不予支付。	每診次以 <u>15</u> 人次為上限； <u>16</u> 人次以上部分，則不予支付。

本署說明：(詳修正對照表)

一、針對中醫全聯會建議修訂事項，本署建議及說明如下：

(一) 九、醫療服務提供方式

1. 本署同意所提修正建議，另建議增列附件 6 及文字酌作修正，詳修正對照表。
2. 另有關建議增列第四項「前項若執行院所或照護機構因時間或場地無法配合，得經雙方協調同意，報請保險人分區業務組備查不須補診。」一節，考量本方案為每週以一個時段為限，為避免影響照護機構住民權益，建議增列「另為保障照護機構住民權益，如有常態性休診未補診情形，得作為次年度中醫全聯會及所轄保險人分區業務組審查及核定參考。」等文字。

(二) 十、給付項目及支付標準/(二)論量支付：第 2 款文字建議酌作修正：
「每診次以 15 人次為上限；16 人次以上部分，則不予支付。惟照護機構核定床數 50 床以上者，每診次以 25 人次為上限；25 人次以上部分，則不予支付。」

二、本署另建議計畫修訂處摘要如下:(詳修正對照表)

- (一) 修訂「執行目標」：依據 113 年度中醫門診醫療給付費用暫列之協定事項修訂照護機構家數、服務人次及服務總天數。
- (二) 修訂「申請資格」：增列參與計畫前二年內不得有特管辦法第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分之條文。
- (三) 修訂「評核指標」：依據 113 年度中醫門診醫療給付費用暫列之協定事項修訂之。
- (四) 增列「附件 6 休診單」，並配合修訂附件編號。
- (五) 修訂「附件 8、全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案門診日報表」：為契合本方案之需求及避免填報上之疑惑，爰建議刪除住址、當地住民欄位，另新增照護機構代碼填寫欄位及修正備註欄位資訊。

決議：

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療方案修正彙整表

113 年度條文(修正建議)	113 年度條文 (中醫全聯會修正建議)	112 年度原條文	修正說明
一、依據 維持原條文。		一、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
二、目的 維持原條文。		二、目的 鼓勵中醫師至照護機構執行中醫醫療服務，提升因失能或就醫不便住民之醫療照護可近性，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，減少住民外出就診中醫人次。	
三、預算來源 維持原條文。		三、預算來源 全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「照護機構中醫醫療方案」專款項目下支應。	
四、施行機構 維持原條文。		四、施行機構 (一)政府立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家。 (二)各縣市至少以服務一家照護機構為原則，並以護理之家為優先。	

		(三)每家照護機構僅能接受一家中醫門診特約醫事服務機構提供服務。	
五、施行期間 113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。	五、施行期間 113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。	五、施行期間 112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日。	修正年度。
六、執行目標 (一)本年度以至少 30 家保險醫事服務機構參與，並以 <u>90</u> 家照護機構為目標。 (二)以達成 <u>20,000</u> 服務人次，服務總天數 <u>3,500</u> 天為目標。		六、執行目標 (一)本年度以至少 30 家保險醫事服務機構參與，並以 30 家照護機構為目標。 (二)以達成 15,000 服務人次，服務總天數 1,500 天為目標。	1. 依據 113 年度中醫門診醫療給付費用暫列之協定事項修訂。 2. 截至 112 年 9 月，本方案參與醫事服務機構共 81 家、服務 29,540 人次、服務總天數計 2,618 天。
七、申請資格 (一)保險醫事服務機構：須最近二年內未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨 <u>第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民</u>		七、申請資格 (一)保險醫事服務機構：須最近二年內未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險人(以下稱保險人)第一次處分函上所載停約日起算	1. 依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44、45 條規定略以，保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；經衛生主管機關廢止開業執照處分，應予終約。因停約/終約無法

<u>健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。</u>前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。		(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。 (二)中醫師資格：須執業登記於該保險醫事服務機構之專任醫師。 (三)照護機構須備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀錄。 (四)保險醫事服務機構於照護機構須建置全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將住民健保卡攜回院所。	提供照護機構住民適切完整之醫療服務，建議增列參與計畫前二年內不得有特管辦法第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分之條文。 2. 為明訂兩年內違規之日期計算，參考本署健保醫字第 1120663149 號函釋，修訂計畫違約期間認定。
八、申請與審查程序及須檢附之文件 維持原條文。		八、申請與審查程序及須檢附之文件 (一)申請與審查程序 1. 符合申請資格者，自本方案公告日起 15 個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中華民國中醫師公會全	

		國聯合會(以下稱中醫全聯會)。 2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。 3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。 4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結果函送所轄保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會及其中醫門診醫療服務審查執行會各區分會(以下稱中執會)。 5. 保險人核定發文日為執行起日。 (二)須檢附之文件 1. 保險醫事服務機構申	
--	--	--	--

		請時須檢附本方案申請表(附件 1)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書(附件 2)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表(附件 3)、醫事人員名冊(附件 4)及計畫書。 2. 前開計畫書內容應包含： (1)書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷書 14 號定型，橫式書寫。 (2)封面：包括方案名稱、執行單位、執行期間。 (3)前言：請敘述執行方案動機，包括照護機構地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。 (4)目的：分點具體列	
--	--	--	--

		述執行方案所要達成之目標。 (5)執行方案： A. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。 B. 每週診療時間。 C. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。 D. 照護機構地址及住民數。 (6)經當地衛生主管機關核准報備支援之中醫師、相關醫事人員同意函。 (7)評估預期效益：請詳述執行方案實施後預期達成之效益指標。	
九、醫療服務提供方式		九、醫療服務提供方式	

(三)若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前<u>以書面函檢附門診時段異動表或休診單</u>向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構(門診異動表如附件5、<u>休診單</u>如附件6)；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並得事後核准；<u>行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日</u>，則為休診日，	(三)若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構(門診異動表如附件5)；<u>行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日</u>，則為休診日，不須補診及報備。 <u>前項若執行院所或照護機構因時間或場地無法配合，得經雙方協調同意，報請保險人分區業務組備查不須補診。</u>	(一)保險醫事服務機構指派中醫師及必要之醫事人員，至照護機構提供中醫醫療服務，每週以一個時段為限，每時段至少須三小時。 (二)前開同一時段提供診療服務之中醫師，以一名為限。 (三)若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構(門診異動表如附件5)；因不可抗力因素(如因颱風來襲縣市政府公告停班停課等)則為休診日，不須補診及報備。	1. 因保險醫事服務機構診療服務時間之異動與休診均涉及照護機構住民權益及醫療費用支付，爰參照本保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案(下稱中醫醫不足方案)九(一)5.規定，明定應以書面函報備。 2. 依本署112年3月20日健保醫字第1120661043號書函新增休診單。 3. 參考中醫醫不足方案九(二)3.及其附件6規定，明訂臨時或突發事由之休診得事後核備等規
--	--	---	---

不須補診及報備。 (四)<u>前項若執行院所或照護機構因時間或場地無法配合，得經雙方協調同意，報請保險人分區業務組備查且不須補診。另為保障照護機構住民權益，如有常態性休診未補診情形，得作為次年度中醫全聯會及所轄保險人分區業務組審查及核定參考。</u> (五)如欲變更醫療服務時間、每週服務次數或照護機構，須先檢送變更計畫書及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更照護機構者，須俟保險人分區業務組核定後，始得執行。		(四)如欲變更醫療服務時間、每週服務次數或照護機構，須先檢送變更計畫書及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更照護機構者，須俟保險人分區業務組核定後，始得執行。	範。 4. 本署前於 112 年 8 月 8 日調查各分區承作院所如遇假期或縣市政府公布停止上班(課)日多與照護機構協商不補診，且無接獲照護機構反映影響住民權益，爰新增國定假日不須補診及報備。 5. 依中全會建議增列第四項「若執行院所或照護機構因時間或場地無法配合，得經雙方協調同意，報請保險人分區業務組備查不須補診」等規範，另為保障照護機構住民權益，建議增列如有常態性休診未補診情形，得作為次年度中醫全聯會及所轄保險人分區業務組審查及核定參考等文字。
十、給付項目及支付標準：下列		十、給付項目及支付標準：下列	

費用皆由本方案預算支應。 (二)論量支付： 2.每診次以 15 人次為上限；16 人次以上部分，則不予支付。<u>惟照護機構核定床數 50 床以上者，每診次以 25 人次為上限；25 人次以上部分，則不予支付。</u>	(二)論量支付： 2. (1)照護機構核定床數 50 床以下者，每診次以 <u>15</u> 人次為上限；<u>15</u> 人次以上部分，則不予支付。 (2)照護機構核定床數 50 床以上者，每診次以 <u>25</u> 人次為上限；<u>15</u> 人次以上部分，則不予支付。	費用皆由本方案預算支應。 (一)論次支付(支付標準編號 P6901C)：每時段(診次)支付 1,000 點，每時段(診次)至少以三小時為計支單位，未達三小時不予支付。 (二)論量支付： 1. 診察費、藥費、藥品調劑費、針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)第四部中醫所列之項目申報。 2. 每診次以 15 人次為上限；16 人次以上部分，則不予支付。 (三)支付規定： 1. 本方案申報之門診診察費不納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算。 2. 針灸、傷科及針灸合	依據 113 年度中醫門診醫療給付費用暫列之協定事項修訂。
--	---	--	--------------------------------------

		併傷科治療之診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制，以及不納入醫療服務支付標準之合計申報量計算。 (四)本方案預算按季均分，點值結算方式如下： 1. 「論次費用」每點支付金額以1元支付。 2. 各季預算扣除「論次費用」後，其餘項目採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。若有結餘，則流用至下季。 3. 若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。 (五)本方案申報點數不列入「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。	
十一、醫療費用申報與審查		十一、醫療費用申報與審查 (一)醫療費用申報	

(二)論次費用之申報，保險醫事服務機構次月 20 日前須至健保資訊網服務系統(VPN)登錄醫療服務服務費用明細，傳送資料後列印「全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表」(附件 7)，		1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。 2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段： (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。 (2)特定治療項目(一)：請填報「JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)」代碼。 (3)就醫科別：請填報「60 中醫科」。 3. 論次費用：支付標準編號 P6901C。 (二)論次費用之申報，保險醫事服務機構次月 20 日前須至健保資訊網服務系統(VPN)登錄醫療服務服務費用明細，傳送資料後列印「全民健康保險中醫門診總額專款專用醫	配合新增附件 6，修訂附件編號。
--	--	---	-------------------------

蓋上院所印信，信封上請註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」，寄至所屬保險人分區業務組，由保險人各分區業務組依執行結果核定。 (五)執行本方案之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件8)，並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區		療報酬申請表」(附件6)，蓋上院所印信，信封上請註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」，寄至所屬保險人分區業務組，由保險人各分區業務組依執行結果核定。 (三)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。 (四)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。 (五)執行本方案之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件7)，並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備	配合新增附件6，修訂附件編號。
--	--	---	------------------------

分會。		查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。	
十二、評核指標 照護機構接受本方案之中醫醫療照護後， <u>其住民外出中醫就醫比率較 112 年減少。</u>		十二、評核指標 照護機構接受本方案之中醫醫療照護後，其住民外出就診中醫件數較 108 年減少。	依據 113 年度中醫門診醫療給付費用暫列之協定事項修訂。
十三、執行報告 維持原條文。		十三、執行報告 執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益。執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。	
十四、退場機制 維持原條文。		十四、退場機制 (一)參與本方案之保險醫事服務機構，如於方案執行期間有違反特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫	

		緩執行處分者),應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本方案。 (二)辦理本方案之保險醫事服務機構,若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、資料不齊全(含書面資料及電子檔案)或參與方案有待改善事項,經保險人通知限期改善而未改善者,應自保險人通知終止執行本方案日起退出本方案。 (三)保險醫事服務機構如經保險人終止參與資格,得於通知送達日起30日內,以書面向保險人申請複核,但以一次為限。	
十五、其他事項 維持原條文。		十五、其他事項 (一)報備支援規定:支援醫事人員均應依醫事相關法規向當地衛生主管機	

		關辦理報備支援，並請中醫師考量醫療負擔能力提供支援服務。 (二)本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料。	
十六、 維持原條文。		十六、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正。	
附件 1、維持原表格。		附件 1、全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案申請表	
附件 2、維持原表格。		附件 2、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書	
附件 3、維持原表格。		附件 3、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表	

附件 4、維持原表格。		附件 4、全民健康保險中醫門診 總額照護機構中醫醫療 照護方案醫事人員名冊	
附件 5、維持原表格。		附件 5、全民健康保險中醫門診 總額照護機構中醫醫療 照護方案門診異動表	
<u>附件 6、全民健康保險中醫門診 總額照護機構中醫醫療 照護方案休診單</u>			依本署 112 年 3 月 20 日健 保醫字第 1120661043 號書 函，增加休診單。
<u>附件 7、全民健康保險中醫門診 總額專款專用醫療報酬 申請表中醫門診總額照 護機構中醫醫療照護方 案論次費用</u>		附件 6、全民健康保險中醫門診 總額專款專用醫療報酬 申請表中醫門診總額照 護機構中醫醫療照護方 案論次費用	配合新增附件 6，修訂附件 編號。
<u>附件 8、全民健康保險中醫門診 總額照護機構中醫醫療 照護方案門診日報表</u>		附件 7、全民健康保險中醫門診 總額照護機構中醫醫療 照護方案門診日報表	1. 配合新增附件 6，修訂附 件編號。 2. 本方案日報表前係沿用 中醫醫不足方案之日報 表，為使其契合本方案 之需求及避免填報上之 疑惑，建議刪除住址、 當地住民欄位，另新增 照護機構代碼填寫欄位 及修正備註欄位資訊。

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

申請表

申請日期： 年 月 日

基本資料	醫事服務機構名稱		醫事服務機構代碼		電話	
	中醫師姓名		身分證統一編號		中醫師證書字號	台中字第 號
	中醫師學經歷					
	聯絡地址					
服務地區及時間	照護機構名稱				服務時間	每週 1 次星期__
	服務時段	上午 __ : __ - __ : __		下午 __ : __ - __ : __		晚上 __ : __ - __ : __
	電話					
	地址					
評估情形	中醫全聯會評估意見	☐ 同意， ☐ 不同意		原因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院(所)自 年 月 日起以支援方式派中醫師至_____ (照護機構名稱) _____ (照護機構代號) 支援中醫一般門診，前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用，如有經通知改善未改善事項者，依健保相關法規辦理，並同意配合下列作業事項：

- 一、每月 20 日(併費用申報作業辦理)前，至健保資訊網服務系統(VPN)「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院住民名冊。
- 二、醫事人員執行相關診療服務後，於醫療院所病歷及照護機構診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章。
- 三、申請支援核備檢送之相關文件資料正確無誤，檢附下列資料，☐1. 前往支援醫療作業說明表、☐2. 衛生主管機關核定公文影本或醫事人員報備支援申請書、☐3. 支援照護機構之門診時程表、☐4. 照護機構立案證明影本。☐5. 照護機構平面圖(標示診療室位置)、☐6. 照護機構診察室照片數張(須清晰可見整體空間及內部配置)。
- 四、於照護機構建置健保卡讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將院民健保卡攜回院所。刷卡方式說明：_____
- 五、照護機構必須配合保險人因業務需要所為之訪查或調閱相關資料。

特約醫事服務機構及 負責醫師大、小印章	照護機構印章及負責人印章

中華民國 年 月 日

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表

服務機構代號：_____ 服務機構名稱：_____

照護機構代號：_____ 照護機構名稱：_____

作業項目	服務內容或作業方式	
病歷及診療紀錄製作及保存方式	-服務機構 ☐ 手寫 ☐ 電腦 住民病歷 ☐ 存放地點，請說明：_____ -照護機構 ☐ 手寫 ☐ 電腦 診療紀錄 ☐ 存放地點，請說明：_____ -醫事人員執行相關診療服務後，於病歷及診療紀錄內記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章： ☐ 是 ☐ 否 否者，請說明實情：_____	
處方作業方式	☐ 交付 ☐ 專人領藥 ☐ 其他，請說明：_____	
備註事項		
特約醫事服務機構及負責醫師之印信及印鑑	醫事服務機構印信	負責醫師印

※注意事項：

- 特約醫事服務機構第一次申請該照護機構支援或原填寫事項有異動時填報。
- 依支援之照護機構分別填報醫療作業內容。

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案醫事人員名冊

照護機構地點： 縣(市) 鄉(鎮、區) 村(里) 路(街) 段 號 樓 室			
醫療期間：民國 年 月 日到民國 年 月 日			
時間：每星期 上午(下午/晚上) 時 分至 時 分共 小時			
醫事服務 機構名稱			
醫事服務 機構地址			
醫事人力			
中醫師	藥事人員	護理人員	行政人員
位	位	位	位
中醫師姓名		中醫師姓名	
身分證統一編號		身分證統一編號	
證書字號		證書字號	
藥事人員姓名		護理人員姓名	
身分證統一編號		身分證統一編號	
證書字號		證書字號	

註：參與本方案醫事人員，應依相關規定向當地衛生主管機關報備支援(藥事人員應向保險人分區業務組報備)。

院所印章：

負責醫師簽章：

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

年 月門診異動表

一、申請單位資料：

1. 醫療院所名稱：
2. 負責醫師：
3. 聯絡電話：()
4. 聯絡地址：□□□

二、照護機構資料：

1. 照護機構名稱：
2. 電話：
3. 地址：

三、支援照護機構時段異動表：

(一)原支援照護機構時段：

星期	日	一	二	三	四	五	六
日期							
時段							
中醫師							

(二)異動後時段：

星期	日	一	二	三	四	五	六
日期							
時段							
中醫師							

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 休診單

本人： (姓名) 因 (事由)

將於 年 月 日 時起至 年 月 日 時止休診

合計 月 天 小時

☐ 補診，於 ☐ 月 日 時起至 月 日 時

☐ 月 日 時起至 月 日 時

☐ 月 日 時起至 月 日 時

☐ 月 日 時起至 月 日 時

合計 天 小時。

支援照護機構名稱：

支援照護機構代號：

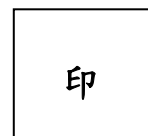
執業地點： 縣市 鄉鎮區

院所名稱：

健保代號：

支援醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



休診及補診規範：

1. 依「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」之第九項醫療服務提供方式辦理。
2. 本休診單應於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。

全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表

中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案論次費用

受理日期：		受理編號：							
醫事服務機構名稱：		醫事服務機構代號：		醫事類別：			費用年月：		
編號	醫事人員姓名	醫事人員身分證字號	支付別	日期	服務地點	服務時段	服務時數	診療人次	申請金額
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
小計									
總表	項目支付表	申請次數	服務時數	診療人次		每次申請金額	申請金額總數		
	P6901C								
	總計								
負責醫師姓名：				一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。 二、支付別：P6901C，每診次支付 1,000 點，每診次至少三小時，未達三小時不予支付。 三、診療人次：填寫當次診療之人次。 四、填寫時同一請領人姓名應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」。 填表日期： 年 月 日					
醫事服務機構地址：									
電話：									
印信：									

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：修訂「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」條文案，提請討論。

說明：

一、依本會 112 年 10 月 15 日中醫門診醫療服務審查執行會第 51 次會議決議事項辦理。

二、修訂條文說明如下：

(一) 修改年度。

(二) 調高各級地區別之巡迴診次費用，皆提高 1,000 點：

地區別	申報代碼	原申報點數	調升後點數
中醫資源不足	P23064	2,000	3,000
一級偏遠	P23007	3,000	4,000
二級偏遠	P23063	5,000	6,000
山地	P23008	8,800	9,800
一級離島	P23009	11,000	12,000
二級離島	P23010	12,100	13,100
三級離島	P23011	13,200	14,200

(三) 調整巡迴門診診察費加計成數，由加計 1 成調升為加計 2 成。

(四) 附表 1-2 (一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區)之施行地區，開放增加計畫數，由 2 個調整為 3 個。

三、方案條文第十條支付方式，第(二)項巡迴醫療服務計畫，第 2 款本計畫之論次支付方式，新增註 3.吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、高雄市杉林區大愛里、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地，以 P23063 申報。

健保署說明(詳修正對照表)：

一、本署推估本方案 113 年執行數(以自然成長率推估)約 164.0 百萬點，針對中全會建議進行試算，約需新增 32.8 百萬點，合計 113 年執行數達 196.8 百萬點，已超過 113 年度預算 180 百萬點，說明如下：(頁數:討 4-24 至討 4-28)

- (一)調高各級地區別之巡迴診次費用，每診次提高 1,000 點，預計增加 15.6 百萬點。
 - (二)調整巡迴門診診察費由加計 1 成調升為加計 2 成，預計增加 10.9 百萬點。
 - (三)附件 1-2 施行地區巡迴計畫數由 2 個調整為 3 個，預計增加 5.0 百萬點。
 - (四)飛地以二級偏遠(P23063)論次費用計算，預計增加 1.3 百萬點。
- 二、本署依據 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議決議，優先改善極偏遠地區之醫療服務，爰建議提高山地離島巡迴醫療論次費用，其餘地區則微幅提高，推估增加 11.9 百萬點，加總 113 年原推估執行數(164.0 百萬)後，推估需 175.9 百萬點，尚未超過年度預算，說明如下：(頁數:討 4-24 至討 4-28)
- (一)調高巡迴論次費用，山地離島地區每診次調高 1,000 點，其餘地區調高 300 點，預計增加 8.5 百萬點及 2.1 百萬點。
 - (二)附件 1-2(僅有一家中醫醫事服務機構開業鄉鎮區)所列屬施行區域如為山地及離島地區(原 2,000 點，調高 300 點後為 2,300 點)，比照二級偏遠論次費用(原 5,000 點，調高 300 點後為 5,300 點)，每診次增加 3,000 點，預計增加 1.3 百萬點。
- 三、考量本方案施行地區有行動不便者無法至巡迴點接受中醫服務，且提升巡迴服務成本效益，建議開放執行中醫巡迴醫療服務亦可提供到宅醫療。(頁數:討 4-5、18、32、52)
- 四、查本方案施行地區有飛地之情況，為求公平性，建議前開區域巡迴點申報費用以座落行政區域之支付點數為原則。(頁數:討 4-24)
- 五、餘酌修文字內容。

決議：

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修正彙整表

112.11.07

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
一、依據： 維持原條文	一、依據： 維持原條文	一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	
二、目的： 維持原條文	二、目的： 維持原條文	二、目的： 鼓勵中醫師至中醫醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分布，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護。	
三、預算來源： 112 113年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 172 180百萬元。	三、預算來源： 112 113年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 172 180百萬元。	三、預算來源： 112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為172百萬元。	修改年度及全年經費。
四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以 111 112年10月25日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務	四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以 111 112年10月25日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務	四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以111年10月25日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。	【中全會建議】 附件1-2(施行區域-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區)，因原開業於「彰化縣線西鄉」之中醫診所搬遷，建議「彰化縣線西鄉」將由附件1-2移列至附件1-1(本次報告案已修訂112年計畫)。 【健保署說明】

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
機構申請。 (二)巡迴醫療服務計畫：以111 112年10月25日調查時，為附件1-1所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件1-2所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。 <u>(三)維持原條文</u>	機構申請。 (二)巡迴醫療服務計畫：以111 112年10月25日調查時，為附件1-1所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件1-2所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。 (三)附件1-2之施行地區以<u>三</u>個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。特殊情況者，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。	(二)巡迴醫療服務計畫：以111年10月25日調查時，為附件1-1所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件1-2所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。 (三)附件1-2之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。特殊情況者，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。	1. 修改年度。 2. 查「彰化縣線西鄉」原有一家「品豪中醫診所」，列於附件1-2(一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區)，該中醫診所於112年9月26日搬至彰化縣和美鎮，「彰化縣線西鄉」已無中醫診所，故附件1-1(無中醫醫事服務機構之鄉鎮區)增列「彰化縣線西鄉」，附件1-2(一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區)刪除「彰化縣線西鄉」。 【中全會建議】 附件1-2(一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區)之施行地區，開放增加計畫數，由2個調整3個。 【健保署說明】 本項因涉及財務估算，併同本方案十、支付方式(頁數:討4-24至討4-28)說明及討論。考量113年預算僅增加8百萬元(112年預算172百萬元)，增加預算優先調整巡迴醫療論次費用，故本項建議維持原條文。

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
(四)維持原條文	(四)維持原條文	(四)於本方案執行期間，經保險人及中醫全聯會評估並報經全民健康保險中醫門診總額研商議事會議(以下稱中醫總額研商會議)報告同意，確屬適用本方案之地區，自該會議紀錄發文日起，始開放符合本方案申請資格之中醫師申請。	
五、施行期間： 自公告日起至 112 113年12月31日。	五、施行期間： 自公告日起至 112 113年12月31日。	五、施行期間： 自公告日起至112年12月31日。	修改年度。
六、年度目標： (一)獎勵開業服務計畫： 維持原條文 (二)巡迴醫療服務計畫： 1.鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務(可提供行動不便者到宅醫療)，本年度以至少執行100個鄉鎮(區)數為目標。	六、年度目標： 維持原條文	六、年度目標： (一)獎勵開業服務計畫：以當年度新增5個計畫數為目標，若目標數滿額後才提出申請者，將優先列為下一年度計畫申請。 (二)巡迴醫療服務計畫： 1.鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務，本年度以至少執行100個鄉鎮(區)數為目標。 2.本計畫以達成服務人次260,000人次，服務總天數11,000天為執行目標。	【健保署說明】 考量本方案施行區域有行動不便者無法至巡迴點接受中醫服務，且提升巡迴服務成本效益，參考「西醫醫療資源不足地區改善方案」，開放執行中醫巡迴醫療服務亦可提供到宅醫療，故新增「(可提供行動不便者到宅醫療)」等文字，以提升中醫醫療利用情況及就醫可近性。
七、申請資格： (一)申請參與本方案之中	七、申請資格： 維持原條文	七、申請資格： (一)申請參與本方案之中醫保險	【健保署說明】 1.依據全民健康保險醫事服務機構特

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。；前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次處分核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。 (二)維持原條文		醫事服務機構及醫事人員，須最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。 (二)保險醫事服務機構須具備全民健康保險憑證(以下稱健保	約及管理辦法第44、45條規定略以，保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；經衛生主管機關廢止開業執照處分，應予終約。因停約/終約無法提供本計畫收案對象適切完整之醫療服務，建議增列參與計畫前二年內不得有特約管理辦法第四十四至四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分之條文。 2. 為明訂兩年內違規之日期計算，參考本署健保醫字第1120663149號函釋，修訂計畫違約期間認定(函釋詳如參考附件1，頁數:討4-57)。

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
(三)維持原條文 (四)維持原條文		卡)讀卡設備，並確實刷卡、上傳及登錄資料。 (三)獎勵開業服務計畫： 1.須為中醫全聯會所屬縣市公會會員並符合開業資格之中醫師，其最近十二個月全民健康保險(以下稱本保險)平均每月申報點數(含部分負擔)須大於十五萬點，但符合中醫負責醫師訓練計畫之院所醫師且受訓滿兩年者(檢具相關證明文件)不受此限。 2.無最近十二個月申報資料者，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計十二個月為計算基準。 (四)巡迴醫療服務計畫：須為中醫保險醫事服務機構，且實際參與巡迴服務之中醫保險醫事服務機構均應申請辦理本計畫，其他中醫師不得以支援方式辦理。	
八、申請與審查程序及須檢附之文件： (一)申請與審查程序：	八、申請與審查程序及須檢附之文件： (一)申請與審查程序：	八、申請與審查程序及須檢附之文件： (一)申請與審查程序： 1.符合申請資格者，須自方案公告日起15個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
2.申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日<u>(以郵戳為憑)</u>。 6.巡迴醫療服務計畫：自核定日(發文日)起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執	6.巡迴醫療服務計畫：自核定日(發文日)起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執	以公文掛號郵寄至中醫全聯會受理收件。 2.申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。 3.逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。 4.中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結果送請所轄區保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會。 5.獎勵開業服務計畫：申請中醫師自保險人分區業務組審查結果通知函寄達日起，應於三個月內完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，並回報中醫全聯會確定之開業時間、地址及門診時間表。 6.巡迴醫療服務計畫：自核定日(發文日)起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執行之延續	【健保署說明】 按照實際作業經驗，增訂「(以郵戳為憑)」等文字敘述。 【健保署說明】 1.修改年度。 2.按照分區實際作業經驗，核定日期為

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
行之延續性，111 112年度原有計畫延續至112 113年度執行，且符合112 113年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至112 113年計畫公告實施日當月底止，112 113年度應重新提出申請。 (二)維持原條文	行之延續性，111 112年度原有計畫延續至112 113年度執行，且符合112 113年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至112 113年計畫公告實施日當月底止，112 113年度應重新提出申請。 (二)維持原條文	性，111年度原有計畫延續至112年度執行，且符合112年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至112年計畫公告實施日當月底止，112年度應重新提出申請。 (二)須檢附之文件： 1.獎勵開業服務計畫 (1)112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請表(附件2)。 (2)獎勵開業服務計畫書，其內容應包含： - A.書寫格式：以 word 形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號定型，橫式書寫。 - B.前言。 - C.開業服務地區之現況分析(含當地人口分布狀況、地理環境概況、交通情況、醫療資源分析)。 - D.預定開業之詳細地址，並檢附診間空間規劃分配圖。	「核定日或發文日」，故修訂文字敘述。

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		E.醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資、中醫醫療機構負責醫師訓練合格證明)並檢具相關證明文件。 F.預定醫療門診時間表。 2.巡迴醫療服務計畫： (1)112年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請表(附件3)、醫事人員名冊(附件4)。 (2)巡迴醫療服務計畫書，其內容應包含： A.書寫格式：以 word 形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號定型，橫式書寫。 B.封面：包括計畫名稱、執行單位、巡迴醫療服務點所屬縣市、鄉鎮(區)、執行期間。 C.前言：請敘述巡迴醫療服務動機，包括巡迴醫療服務地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		D.目的：分點具體列述巡迴醫療服務所要達成之目標。 E.巡迴醫療服務地點現況分析，請依下列項目分別具體列述相關內容： a.巡迴醫療服務點所屬地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務點所屬地區分布情形及面積、當地戶籍人口數及其性別年齡別分布情形等相關資料。 b.地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴醫療服務點地理環境概況(檢附簡要地圖更佳)、當地對外交通情形、當地距最近中醫特約醫事服務機構所需車程時間等。 c.醫療需求情形：請詳述巡迴醫療服務點所屬地區之醫療服務使用狀況、現存各類醫事人員及各類醫事服務機構情形。 F.執行計畫： a.醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。 b.每週診療時間。 c.經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。 d.巡迴醫療服務設置點地址及空間配置圖。 G.經當地衛生主管機關報備核准之中醫師、相關醫事人員及巡迴地點同意函。 H.評估預期效益：請詳述巡迴醫療服務實施後預期達成之效益指標。	
九、開診規範： (一)獎勵開業服務計畫：維持原條文	九、開診規範： 維持原條文	九、開診規範： (一)獎勵開業服務計畫： 1.經中醫全聯會評估通過之申請案件，於分區業務組評估結果通知函寄達三個月內未完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，該案件視同作廢，不予支付任何保障額度，且不再接受同一申請人之申請案件。 2.門診服務時數： (1)每週至少提供五天35小時(每週至少須含2次夜診)，每	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		診次至少2(含)小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時；兩門診時段間至少間隔半小時；該保險醫事服務機構負責醫師之門診服務時數須至少三天24小時。 (2)門診天數、時段、地點依申請計畫書為依據，若逢行政院人事行政總處公布之假期，可為休診日。 (3)當月未達上述工作天數及門診時間者，則依實際比例扣款(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)，因天災、事故等特殊因素，經向保險人分區業務組報備者，不在此限。 (4)請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理；若產假期間無支援醫師代理者，保險人得不予支付保障額度。 (5)執行本計畫特約醫事服務機構之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於10個工作日前以書面	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		函知中醫全聯會，並由中醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查，惟臨時有特殊狀況者，不在此限。 3.執行本計畫之保險醫事服務機構可同時申請巡迴醫療服務計畫，但巡迴看診時數不列入上述門診服務時數計算。 4.開業登記日起至月底未滿一個月者，則按實際門診日數發給保障額度(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)。 5.門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單（附件5、6）於前月25日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。 6.中醫全聯會及保險人分區業務組將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段，以電話抽查有無依所訂門診時段提供服務。 7.經中醫全聯會及保險人分區業務組查證保險醫事服務機構無故休診同一年累計達二	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
7. 維持原條文 8. 維持原條文 9. 維持原條文		服務時間、每週服務次數或地點、核備醫事人員等，須先將變更計畫及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更巡迴醫療服務者應俟保險人分區業務組核定後，始得變更計畫。 7.申請巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件7辦理)。 8.保險人應將本年度巡迴醫療服務相關訊息(含執行之保險醫事服務機構名稱、時間及地點)建置於保險人全球資訊網網站，以供查詢。 9.巡迴時間、時段、地點，依執行本計畫之保險醫事服務機構申請書所列時間表為依據，惟保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮西醫、牙醫及中醫之巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
10. 維持原條文 <u>11.到宅服務個案可由村/里長或長期照顧管理中心等單位轉介。</u>		10.巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。	【健保署說明】 考量本方案施行區域有行動不便者無法至巡迴點接受中醫服務，且提升巡迴服務成本效益，參考「西醫醫療資源不足地區改善方案」，開放執行中醫巡迴醫療服務亦可提供到宅醫療，增訂個案轉介方式。
十、支付方式 (一)獎勵開業服務計畫：維持原條文	十、支付方式 (一)獎勵開業服務計畫：維持原條文	十、支付方式 (一)獎勵開業服務計畫： 1.獎勵標準： (1)第一級：除第二級、第三級以外之醫療資源不足地區，每月保障額度30萬點。 (2)第二級：醫療資源不足之山地地區，每月保障額度35萬點。 (3)第三級：醫療資源不足之離島地區，每月保障額度40萬點。 2.醫療費用計算： (1)按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)申報醫療費用。 (2)管理原則(年限計算：自醫	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		事服務機構簽約日開始累進計算服務年限；每月總服務量以「核定點數(含部分負擔)」計算：包含門診、巡迴醫療、中醫門診總額其他中醫專案服務量及其他預算案件，不含代辦案件)： A.承辦本計畫後第七個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，以80%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度35%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度20%者，以70%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度20%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。 B.滿一年者，自第十三個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度45%者，以75%核付保障	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		額度，若連續2個月未達保障額度45%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度30%者，以65%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度30%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。 C.滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度50%者，以60%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度50%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度40%者，以50%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度40%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。若當月核定點數(含部	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		分負擔)未達保障額度10%者，以當月核定點數計算之費用支付。 D.獎勵開業之醫事服務機構依上述A至C點規定提供巡迴醫療服務後，須依其最高巡迴點之數量持續提供巡迴醫療服務至當年度12月底。 E.若獎勵開業之醫事服務機構未依上述A至C點規定於該開業鄉鎮承辦巡迴醫療服務計畫，經所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案評估後，由保險人分區業務組終止本方案之辦理。惟若屬特殊情況者，得專案向保險人分區業務組申請至鄰近本方案施行地區提供巡迴醫療服務計畫。 註：依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。 (3)自辦理本計畫之年度開始起算，第三年年底終止計畫補助(延續辦理期間不	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		須另提出申請)，且不再接受同一申請人申請本計畫；又延續辦理計畫者，其起迄日期應依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理。 (4)本計畫中醫師參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)併入保障額度計算，每月核定點數(含部分負擔)未達保障額度者，不予支付當月巡迴醫療服務之論次費用。 (5)本計畫申報之門診診察費納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算；針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置納入該支付標準之合計申報量計算。 3.每點支付金額之結算: (1)每月核定點數(含部分負擔)超過保障額度者：以核定點數計算之費用支付，屬浮動點數者依該區當季之浮動點值計算，每點支付金額不低於1元。 (2)每月核定點數(含部分負擔)	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明																																																																								
<table><tr><th>地區</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th></tr><tr><td>0.中醫資源不足</td><td><u>2,300</u></td><td>P23064</td></tr><tr><td>1.一級偏遠</td><td><u>3,300</u></td><td>P23007</td></tr><tr><td>2.二級偏遠</td><td><u>5,300</u></td><td>P23063</td></tr><tr><td>3.山地</td><td><u>9,800</u></td><td>P23008</td></tr><tr><td>4.一級離島</td><td><u>12,000</u></td><td>P23009</td></tr><tr><td>5.二級離島</td><td><u>13,100</u></td><td>P23010</td></tr><tr><td>6.三級離島</td><td><u>14,200</u></td><td>P23011</td></tr></table> 註： 1.如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數 <u>11,000 點</u>。 2.執行期間，如巡迴服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域(附件 1-1、1-2)者，經中醫總額研商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報 P23064，支付 <u>2,300 點</u>。 3.本方案附件 1-2(僅有一家中醫醫事服務機構開業鄉鎮區)所列屬施行區域如為山地及離島地區(如桃園市復興鄉、屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉)，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23063，支付 5,300 點。 4.本方案附件 1-1、1-2 所列屬施行地區，自 112 年 12 月 31 日前已因天災或歷史沿革等因素，致在地理區境內有一塊隸屬其他行政區之區域(稱飛地)，該區域巡迴點申報論次費用以座落行政區域之支付點數為原則。若執行期間，發生飛地之情，由執行巡迴服務院所主動函知所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查，院所執行至計畫結束前可維持申報原鄉區域論次費用支付點數，次年起依座落行政區域之論次費用點數為原則。	地區	支付點數	申報代碼	0.中醫資源不足	<u>2,300</u>	P23064	1.一級偏遠	<u>3,300</u>	P23007	2.二級偏遠	<u>5,300</u>	P23063	3.山地	<u>9,800</u>	P23008	4.一級離島	<u>12,000</u>	P23009	5.二級離島	<u>13,100</u>	P23010	6.三級離島	<u>14,200</u>	P23011	<table><tr><th>地區</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th></tr><tr><td>0.中醫資源不足</td><td><u>3,000</u></td><td>P23064</td></tr><tr><td>1.一級偏遠</td><td><u>4,000</u></td><td>P23007</td></tr><tr><td>2.二級偏遠</td><td><u>6,000</u></td><td>P23063</td></tr><tr><td>3.山地</td><td><u>9,800</u></td><td>P23008</td></tr><tr><td>4.一級離島</td><td><u>12,000</u></td><td>P23009</td></tr><tr><td>5.二級離島</td><td><u>13,100</u></td><td>P23010</td></tr><tr><td>6.三級離島</td><td><u>14,200</u></td><td>P23011</td></tr></table> 註： 1.如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數 <u>11,000 點</u>。 2.執行期間，如巡迴服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域(附件 1-1、1-2)者，經中醫總額研商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報 P23064，支付 <u>3,000 點</u>。 3.<u>吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、高雄市杉林區大愛里、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地，以二級偏遠 P23063(6,000 點)申報。</u>	地區	支付點數	申報代碼	0.中醫資源不足	<u>3,000</u>	P23064	1.一級偏遠	<u>4,000</u>	P23007	2.二級偏遠	<u>6,000</u>	P23063	3.山地	<u>9,800</u>	P23008	4.一級離島	<u>12,000</u>	P23009	5.二級離島	<u>13,100</u>	P23010	6.三級離島	<u>14,200</u>	P23011	<table><tr><th>地區</th><th>支付點數</th><th>申報代碼</th></tr><tr><td>0.中醫資源不足</td><td>2,000</td><td>P23064</td></tr><tr><td>1.一級偏遠</td><td>3,000</td><td>P23007</td></tr><tr><td>2.二級偏遠</td><td>5,000</td><td>P23063</td></tr><tr><td>3.山地</td><td>8,800</td><td>P23008</td></tr><tr><td>4.一級離島</td><td>11,000</td><td>P23009</td></tr><tr><td>5.二級離島</td><td>12,100</td><td>P23010</td></tr><tr><td>6.三級離島</td><td>13,200</td><td>P23011</td></tr></table> 註： 1.如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數 10,000 點。 2.執行期間，如巡迴服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域(附件 1-1、1-2)者，經中醫總額研商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報 P23064，支付 2,000 點。	地區	支付點數	申報代碼	0.中醫資源不足	2,000	P23064	1.一級偏遠	3,000	P23007	2.二級偏遠	5,000	P23063	3.山地	8,800	P23008	4.一級離島	11,000	P23009	5.二級離島	12,100	P23010	6.三級離島	13,200	P23011	【中全會建議】 1. 附表1-2(一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區)之施行地區，開放增加計畫數，由2個調整為3個。 2. 調高各級地區別之巡迴診次費用，皆提高1,000點。 3. 調整巡迴門診診察費加計成數，由加計1成調升為加計2成。 4. 新增註3.吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、高雄市杉林區大愛里、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地，以 P23063 申報。 【健保署說明】 財務估算詳參考附件2，頁數:討4-58至討4-59。 1. 推估113年本方案執行數為<u>164.0百萬點</u>(執行率91.1%)，說明如下： (1) 「獎勵開業」：以113年新開業5家及111至112年開業10家計算，推估113年全年<u>54.6百萬點</u>。 (2) 「巡迴論次費用」：以112年1-6月巡迴醫療診次推估112全年13,826診次，考量近五年巡迴診次數起伏較大，爰以近五年(107-111年)之巡迴診次平均成長率13%計
地區	支付點數	申報代碼																																																																									
0.中醫資源不足	<u>2,300</u>	P23064																																																																									
1.一級偏遠	<u>3,300</u>	P23007																																																																									
2.二級偏遠	<u>5,300</u>	P23063																																																																									
3.山地	<u>9,800</u>	P23008																																																																									
4.一級離島	<u>12,000</u>	P23009																																																																									
5.二級離島	<u>13,100</u>	P23010																																																																									
6.三級離島	<u>14,200</u>	P23011																																																																									
地區	支付點數	申報代碼																																																																									
0.中醫資源不足	<u>3,000</u>	P23064																																																																									
1.一級偏遠	<u>4,000</u>	P23007																																																																									
2.二級偏遠	<u>6,000</u>	P23063																																																																									
3.山地	<u>9,800</u>	P23008																																																																									
4.一級離島	<u>12,000</u>	P23009																																																																									
5.二級離島	<u>13,100</u>	P23010																																																																									
6.三級離島	<u>14,200</u>	P23011																																																																									
地區	支付點數	申報代碼																																																																									
0.中醫資源不足	2,000	P23064																																																																									
1.一級偏遠	3,000	P23007																																																																									
2.二級偏遠	5,000	P23063																																																																									
3.山地	8,800	P23008																																																																									
4.一級離島	11,000	P23009																																																																									
5.二級離島	12,100	P23010																																																																									
6.三級離島	13,200	P23011																																																																									

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
<u>3.維持原條文</u>	3.本計畫之門診診察費加成支付：保險人於結算時，門診診察費按本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數加計<u>2成</u>支付；院所申報該項費用時，無須申報加計之成數。	3.本計畫之門診診察費加成支付：保險人於結算時，門診診察費按本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數加計1成支付；院所申報該項費用時，無須申報加計之成數。	算，推估113年巡迴醫療診次15,623診次，全年論次費用<u>98.5百萬點</u>。 (3) 「巡迴診察費加一成」：以112年1-6月門診診察費推估112全年門診診察費約98.2百萬點，亦考量近五年就醫人次數據起伏較大，爰以近五年(107-111年)之門診診察費平均成長率11%計算，推估113年全年門診診察費約109.0百萬，全年診察費一成約<u>10.9百萬</u>。 2. 針對中全會建議及試算，推估<u>增加32.8百萬點</u>，說明如下： (1) 「附件1-2施行地區巡迴計畫數由2個調整為3個」：查近三年(110-112年)執行地區平均數42個，以巡迴診次平均成長率13%估算，推估113年執行地區為48個，若執行地區增加一個申請計畫，推估全年<u>5.0百萬點</u>。 (2) 「調高各分級地區別之巡迴診次費用，每診次提高1,000點」：推估113年巡迴醫療診次15,623診次，每診次提高1,000點後推估113年全年<u>15.6百萬點</u>。

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
			(3) 「調整巡迴門診診察費由加計1成調升為加計2成」：推估113年門診診察費約109.0百萬，113年診察費一成約為<u>10.9百萬</u>。 (4) 「飛地以二級偏遠 P23063申報」：查吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、高雄市杉林區大愛里、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地，於112年1-6月巡迴醫療診次推估112全年共418診次，以巡迴診次平均成長率13%計算，推估113年巡迴醫療診次為約473診次，原依各飛地座實際落地區點數改為 P23063進行計算，推估全年<u>1.3百萬點</u>。 (5) 綜上，依中全會建議及試算後，推估<u>增加32.8百萬點</u>，加總113年原推估執行數(<u>164.0百萬點</u>)後，推估需<u>196.8百萬點</u>，已超過年度預算。 3. 依據113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議決議，優先改善極偏遠地區之醫療服務，爰建議提高極偏遠地區巡迴醫療論次費

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
			用，其餘地區則微幅提高，健保署建議及試算，推估<u>增加11.9百萬點</u>，說明如下： (1) 「調高巡迴論次費用：山地離島地區每診次調高1,000點，其餘地區調高300點」，共需10.6百萬點： A. 查山地離島地區推估113年巡迴醫療診次為約8,495診次，每診次提高1,000點後推估全年<u>8.5百萬點</u>。 B. 查其餘地區推估113年巡迴醫療診次為約7,128診次，每診次提高300點後推估全年<u>2.1百萬點</u>。 (2) 「附件1-2(僅有一家中醫醫事服務機構開業鄉鎮區)所列屬施行區域如為山地及離島地區(原2,000點，調高300點後為2300點)，比照二級偏遠論次費用(原5,000點，調高300點後為5,300點)」： 附件1-2所列屬施行地區依中醫資源不足地區之山地離島地區支付點數申報(調高後5,300點)。查112年前開情況之地區有桃園市復興鄉、屏東琉球鄉、澎湖縣湖

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
4.維持原條文	4.維持原條文	4.本計畫醫療服務支付標準申報規定： (1)本計畫申報之門診診察費	西鄉等3地區共8個巡迴點，推估113年巡迴醫療診次為438診次，每診次提高3,000點後推估全年<u>1.3百萬點</u>。 (3) 綜上，依健保署建議及試算後，推估<u>增加11.9百萬點</u>，加總113年原推估執行數(<u>164.0百萬點</u>)後，推估需<u>175.9百萬點</u>，尚未超過年度預算。 4. 有關飛地以二級偏遠申報，健保署補充說明： 考量飛地與其座落行政區之巡迴點相近，為求公平性，建議飛地巡迴點論次費用以座落行政區域之支付點數為原則。如飛地吾拉魯滋隸屬泰武鄉(山地)現有一個巡迴點，其座落行政區為萬巒鄉(一級偏遠)本地有3個巡迴點，飛地及座落行政區之巡迴點最近距離僅2.3公里(車程3分鐘)，建議吾拉魯滋以座落行政區萬巒鄉論次費用支付。故新增註4：飛地申報論次費用之說明。

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		不納入門診合理量計算。 (2)針灸、傷科及針灸合併傷科治療每次診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。 (3)本計畫之針灸、傷科及針灸合併傷科治療不併入該院所之合計申報量計算，且不受醫療服務支付標準第四部中醫通則五至通則六針灸、傷科及針灸合併傷科治療申報量打折支付之規定。 (4)若因特殊情形，經保險人分區業務組核定同意，同一醫師同一日得至不同地點提供2診次巡迴醫療，其費用申報依本計畫執行之看診診次計算。 (5)本計畫未明定者，則按醫療服務支付標準第四部中醫規範辦理。	
5.維持原條文	5.維持原條文	5.依本計畫所申請之專款專用支付項目費用不列入「112年度中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。	
6.維持原條文	6.維持原條文	6.執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
7.維持原條文 (三)本方案點值結算方式： 維持原條文	7.維持原條文 (三)本方案點值結算方式： 維持原條文	日報表(附件8)，並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。 7.本計畫巡迴醫療服務不得申報中醫門診總額其他中醫專案(含醫療服務支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護)及其他預算案件。 (三)本方案點值結算方式： 本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
b.巡迴醫療服務計畫請填報「C6(醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫)」，<u>若同時提供到宅醫療，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「XX(醫療資源不足地區巡迴到宅服務)」。</u>		費用列為專案案件。 (2)點數清單段 A.案件分類：請填報「25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。 B.特定治療項目代號(一) a.獎勵開業服務計畫請填報「C7(醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫)含代辦案件」，申報中醫門診總額其他中醫專案或其他預算案件，則於特定治療項目代號(二)至(四)任一欄位填報C7。 b.巡迴醫療服務計畫請填報「C6(醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫)」。 C.部分負擔代號及部分負擔點數 a.山地離島地區：請填報免收部分負擔規定山地離島地區之就醫代碼「007」，部分負擔點數請填0。 b.非山地離島地區：依現行全民健康保險法第四十三、四十八條規定辦理，若屬全民健康保險法第	【健保署說明】 考量本方案施行區域有行動不便者無法至巡迴點接受中醫服務，且評估巡迴服務計畫每診次成本效益，參考「西醫醫療資源不足地區改善方案」，開放執行中醫巡迴醫療服務亦可提供到宅醫療，故修改填報特定治療項目代號之規定：若有提供到宅服務，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「XX(醫療資源不足地區巡迴到宅服務)」。

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，部分負擔得予減免20%。 2.巡迴醫療服務計畫： (1)保險醫事服務機構依本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數申報門診診察費，申報時不須加計成數。 (2)本計畫採「論次加論量」支付方式： A.應依據論次費用申請表格式(附件10)於次月20日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)及郵寄紙本至保險人分區業務組。 B.並應就保險對象逐案併每月其他醫療費用向保險人申報，每位中醫師每月巡迴看診診次平均門診量限定70人次，超過70人次之部分，其門診診察費及針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，自申請	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		金額最少之案件計算起，不予支付，如巡迴醫療服務點屬山地、離島或由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查核定之特殊情形者，該巡迴醫療服務點每位中醫師每診次平均門診量不受70人次限制。 C.執行本計畫時，平均門診量前70人次之門診診察費，適用醫療服務支付標準第四部中醫部門之第一階段門診診察費(支付標準編號：A01、A11、A02、A12)。 D.該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為0人者)，應於申報論次支付點數時檢附彩色照片三張(可彩色列印，不限相片紙)，須有服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點、時間之照片為佳。繳交照片如有不符合規定或無法辨識者，則核減該診次論次支付點數。 (3)管理原則：執行巡迴醫療服	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		務者，若連續5個月每月每診平均就醫人次少於10人(不含10人)，由中醫全聯會函請執行者，於次月更換巡迴醫療服務點；若經更換巡迴醫療服務點後，再連續3個月，每月每診平均就醫人次少於10人(不含10人)，由中醫全聯會評估後，轉請保險人分區業務組通知該院所終止執行本計畫。但執行巡迴醫療服務點為離島地區或山地地區者，不在此限。	
十二、執行報告： 維持原條文	十二、執行報告： 維持原條文	十二、執行報告： 執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告予中醫全聯會；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益；巡迴醫療服務計畫執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。	
十三、考核事項： (一)考核程序：參與本方案之保險醫事服務機構，1年至至少考核1次。	十三、考核事項： 維持原條文	十三、考核事項： (一)考核程序：參與本方案之保險醫事服務機構，1年至至少考核1次。	【健保署說明】 按照分區業務組實際作業經驗，簡化作業流程，統一保險醫事服務機構填報考核要點繳交時間，於當年度12月底前填

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
<u>1.於1月1日至6月30日期間開始執行方案者：應於7月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點(附件11-1、11-2)。</u> <u>2.自7月1日後始執行本方案者：應於12月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點(附件11-1、11-2)。</u> <u>1.參與本方案之保險醫事服務機構，1年至少考核1次，應於12月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點(附件11-1、11-2)。</u> <u>3.2.考核成績將作為下年度審核之參考。另保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。</u> (二)考核方式與項目： 維持原條文		1.於1月1日至6月30日期間開始執行方案者：應於7月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點(附件11-1、11-2)。 2.自7月1日後始執行本方案者：應於12月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點(附件11-1、11-2)。 3.考核成績將作為下年度審核之參考。另保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。 (二)考核方式與項目： 1.實地考核或電話抽查評核(由保險人分區業務組依實際情況，自行評估選用評核方式)。 2.院所考核表評核 (附件11-1)。	報，爰修改文字敘述。

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
(三)考核結果： 維持原條文		3.民眾滿意度調查表評核（附件11-2）。 4.綜合討論及評分。 (三)考核結果： 1.評分結果為96分(含)以上者，列入優等。 2.評分結果為80~95分者，列入良等。 3.評分結果為71~79分者，列入觀察等級，由保險人分區業務組予以觀察一季要求改善，次年度未達80分者，則不予執行本方案。 4.評分結果為70分(含)以下者，列入輔導等級，由保險人分區業務組予以輔導一季要求改善，經複核未改善者，終止執行本方案。	
十四、注意事項： 維持原條文	十四、注意事項： 維持原條文	十四、注意事項： (一)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、日報表資料不齊全(含書面資料及電子檔案)、未依本方案規定事項辦理者，經保險人分區業務組及中醫全聯會重新評估後，由保險人分區業務組同意更換、裁	

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
		撤或終止本方案之辦理。 (二)於方案執行期間，若巡迴醫療服務計畫施行地區有新設立之中醫保險醫事服務機構，原提供巡迴醫療服務計畫之中醫保險醫事服務機構可持續執行原核定內容至當年度年底。	
十五、違規處理 (一)辦理本方案之保險醫事服務機構或醫事人員，如因涉及違反特<u>約管理</u>辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨<u>第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)</u>，自保險人第一次<u>處分核定違規</u>函所載核定之停約結束日之次日起或終約得再申請特約之日起即停止執行本方案(含行政救濟程序進行	十五、違規處理 維持原條文	十五、違規處理 (一)辦理本方案之保險醫事服務機構或醫事人員，如因涉及違反特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一，自保險人第一次發函處分所載之停約日起即停止執行本方案(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，另獎勵開業服務計畫費用支付方式自當年度執行本計畫起至本計畫終止日，以保障額度總額九折支付。	【健保署說明】 1. 依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第44、45條規定略以，保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；經衛生主管機關廢止開業執照處分，應予終約。因停約/終約無法提供本計畫收案對象適切完整之醫療服務，建議增列參與計畫前二年內不得有特約管理辦法第四十四至四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分之條文。 2. 為明訂兩年內違規之日期計算，參考本署健保醫字第1120663149號函釋，修訂計畫違約期間認定(函釋詳如參考附件1，頁數:討4-57)。

113年度建議條文	中全會建議	112年度原條文	健保署說明
<u>中尚未執行或申請暫緩處分者</u>），另獎勵開業服務計畫費用支付方式自當年度執行本計畫起至本計畫終止日，以保障額度總額九折支付。 (二)維持原條文		(二)因違反前項規定而停止執行本方案者，得於收到該函正本日起30日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組提起申復。	
十六、 維持原條文	十六、 維持原條文	十六、本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，於實施半年後進行期中檢討，並於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況、本地就醫率等資料。	
十七、 維持原條文	十七、 維持原條文	十七、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	

112-113 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
施行區域一覽表-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區

縣市別	鄉鎮區	分級 級數	縣市別	鄉鎮區	分級 級數	縣市別	鄉鎮區	分級 級數
新北市	坪林區	1	台南市	左鎮區	1	花蓮縣	秀林鄉	3
	石門區	1		龍崎區	1		萬榮鄉	3
	平溪區	1		北門區	1		卓溪鄉	3
	雙溪區	1		東山區	1	台東縣	大武鄉	2
	烏來區	3	高雄市	田寮區	1		東河鄉	1
宜蘭縣	大同鄉	3		茂林區	3		長濱鄉	2
	南澳鄉	3		桃源區	3		綠島鄉	5
新竹縣	橫山鄉	1		那瑪夏區	3		延平鄉	3
	寶山鄉	1	屏東縣	內門區	1		海端鄉	3
	北埔鄉	1		萬巒鄉	1		達仁鄉	3
	峨眉鄉	1		竹田鄉	1		金峰鄉	3
	尖石鄉	3		新埤鄉	1	金門縣	蘭嶼鄉	6
	五峰鄉	3		車城鄉	1		烈嶼鄉	6
苗栗縣	南庄鄉	1		滿州鄉	2	連江縣	烏坵鄉	6
	獅潭鄉	1		枋山鄉	1		北竿鄉	4
	泰安鄉	3		三地門鄉	3		莒光鄉	6
	頭屋鄉	1		霧臺鄉	3		東引鄉	6
台中市	大安區	1		泰武鄉	3		南竿鄉	4
	和平區	3		來義鄉	3			
<u>彰化縣</u>	<u>線西鄉</u>	<u>1</u>		春日鄉	3			
南投縣	信義鄉	3		獅子鄉	3			
	仁愛鄉	3		牡丹鄉	3			
	鹿谷鄉	3		瑪家鄉	3			
雲林縣	四湖鄉	1	澎湖縣	吉貝村	6			
嘉義縣	溪口鄉	1		白沙鄉	5			
	番路鄉	1		西嶼鄉	5			
	阿里山鄉	3		望安鄉	6			
	東石鄉	1		七美鄉	6			
台南市	後壁區	1	花蓮縣	豐濱鄉	2			
	大內區	1		富里鄉	1			

註1：本一覽表統計截止日期：112年8月4日112年10月25日，共76 77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。

112-113年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

施行區域一覽表-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區

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

註1：本一覽表統計截止日期：~~112年8月4日~~112年10月25日，共~~81~~80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。

112-113 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
獎勵開業服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基本資料	醫事服務機構名稱		醫事服務機構代碼		電話	
	醫師姓名		身分證統一編號		中醫師證書字號	台 中 字 第 號
	醫師學經歷					
	聯絡地址					
開業地區及時間	開業地區	區分會 縣市 鄉鎮區 村				
	地區別	☐ 偏遠	☐ 山地	☐ 離島		
	電話					
	地址					
評估情形	中醫全聯會評估意見	☐ 同意， ☐ 不同意	原因			
		中醫全聯會主任委員簽章：				

112-113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**巡迴醫療服務計畫申請表**

申請日期： 年 月 日

基本資料	醫事服務機構名稱		醫事服務機構代碼		電話	
	醫師姓名		身分證統一編號		中醫師證書字號	台 中 字 第 號
	醫師學經歷					
	醫事服務機構地址					
服務地區及時間	服務地區	區分會 鄉鎮區	縣市 村	服務時間	每週 次每星期	
	地點		地址			
	時段			電話		
	承作方式	一律為論次加論量				
評估情形	中醫全聯會 評估意見	☐ 同意， ☐ 不同意		原因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				

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

112-113 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
巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

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

註：參與本方案中醫師及相關醫事人員，應依各該醫事人員法相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援(藥事人員應向保險人分區業務組報備)。

院所印章：

負責醫師簽章：

112-113 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**獎勵開業服務計畫門診時段異動表**

(一) 原門診時段： 年 月

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時 間							
下午 時 間							
晚上 時 間							

合計 天 小時/週

(二) 新門診時段 年 月起

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時 間							
下午 時 間							
晚上 時 間							

合計 天 小時/週

執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日

印

印

門診時段異動表辦法：

1. 依「112 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之第九項開診規範辦理。
2. 每月門診時段異動表應於前月二十五日之前送至中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查。

**112-113 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
獎勵開業服務計畫休診單**

本人： (姓名) 因 (事由)

將於 年 月 日 時起至 年 月 日 時止休診

合計 月 天 小時

門診補班，於 ☐ 月 日 時起至 月 日 時

☐ 月 日 時起至 月 日 時

☐ 月 日 時起至 月 日 時

☐ 月 日 時起至 月 日 時

合計 天 小時

執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日

印

印

休診及補班規範：

1. 依「112 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之第九項開診規範辦理。
2. 本休診單應於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。
3. 門診補班可於休診日前、後辦理，但限於當月完成。且補班天數及時數應和請假天數及時數相同。
4. 跨月休診，應於當月個別補班；如遇臨時或突發事由於月底後三日，得於下個月前三日補班完成。

112-113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巡迴 醫療服務之標示製作作業說明

一、預算來源

112年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

二、標示應包含下列內容

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

三、標示製作內容及規格

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

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

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

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

四、支付原則及核銷方式

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

112-113年全民健康保險巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐海報

☐立牌

☐直立旗

☐布條

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

原始支出憑證黏貼處

所屬分會：_____
 承辦單位：_____
 醫事服務機構代碼：_____
 地 點：____鄉____村
 核准代碼：_____

112-113年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區醫療服務門診日報表

日期		月 日		時間:	時 分~ 時 分																		
編號	姓名	身分證 統一編號	出生 年月日	性別	住址	電話	診察 費	藥費 (天)	調劑費		治療處置						當地 居民		醫療 費用	部分 負擔	申請 費用	身份 別	備註
																	當 是	地 否					

註：1.依本方案規定填具本表。2.核實申報均須同時填報本表，並於次月20日前合併EXCEL電子檔或紙本送保險人分區業務組備查，並副知全聯會及所轄中執會各區分會。3.性別欄：男填1女填0。4.診察費欄：請依申報之診察費支付標準代碼填入。5.藥費欄請填入天數(例如給藥7天，填入"7")。6.治療處置欄：依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫治療處置規範填報。7.當地住民欄：請在是否處擇一打"√"。8.申請費用=醫療費用-部分負擔。9.身份別：山地離島地區一律填入"007"；非山地離島地區：重大傷病填入"001"，低收入戶填入"003"，榮民(眷)填入"004"，一般民眾免填。10.若當日無人看診仍應檢送當次門診日報表。

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

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

註：1.本表由醫療院所自存備查，不須再寄送至保險人分區業務組。

106.10.5版

2.本表請院所自行印製使用。

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

112-113 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫 論次費用申請表

年 月
第 頁共 頁

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

	(註:如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構，至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數 10,000 點；執行期間，如巡迴服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域(附件 1-1、1-2)者，經中醫總額研商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報 P23064，支付 2,000 點；<u>本方案附件 1-2(僅有一家中醫醫事服務機構開業鄉鎮區)所列屬施行區域如為山地及離島地區(如桃園市復興鄉、屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉)</u>，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23063，支付 5,300 點。本方案附件 1-1、1-2 所列屬施行地區，自 112 年 12 月 31 日前已因天災或歷史沿革等因素，致在地理區境內有一塊隸屬其他行政區之區域(稱飛地)，該區域巡迴點申報論次費用以座落行政區域之支付點數為原則。若執行期間，發生飛地之情，由執行巡迴服務院所主動函知所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查，院所執行至計畫結束前可維持申報原鄉區域論次費用支付點數，次年起依座落行政區域之論次費用點數為原則。 四、填寫時請依同一醫事人員姓名、同一「支付別」集中申報。 五、本申請表應於次月 20 日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明中醫門診巡迴醫療服務計畫（論次費用）。
--	---

112-113 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

院所考核表 ☐ 開業 ☐ 巡迴

填報日期： 年 月 日

一、考核對象院所名稱：

中醫診所院所代號：

二、考核巡迴地點：

鄉(區)——村(里)——

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

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

三、考核項目：

(一)診療服務評核(共20分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？

☐ 是(5分) ☐ 否(0分)

12、是否有中低收入戶減免掛號費或免收掛號費？

☐ 是(5分) ☐ 否(0分)

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

☐ 明顯(5分) ☐ 不明顯(3分) ☐ 無(0分)

34、開業診所或巡迴地點是否有全民健保之標誌或海報？

☐ 是(5分) ☐ 否(0分)

(二)實際開業或巡迴服務內容評核(48分)，上半年度開始執行方案者，請於7月底前繳交；下半年度開始執行方案者，請於12月底前繳交，一併檢寄下述照片或彩色列印(每1巡迴點(村或里)4張)至轄區業務組，做為下年度審核之參考。

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

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

3、空間及環境清潔衛生(附1張照片)。

☐ 非常乾淨(6分) ☐ 尚可(3分) ☐ 待改進(0分)

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

☐ 6種以上(6分) ☐ 5種(5分) ☐ 4種(4分) ☐ 3種以下(3分)

5、平均每診看診人次

☐ 15人次以上(6分) ☐ 不足15人次(3分)

6、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料。

☐是(10分)

☐否(0分)

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

四、依考核項目提供並註明符合主題且可辨別為本年度之照片(照片請加上日期)

(一) 開業診所招牌或巡迴告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚

(二) 推展開業或巡迴醫療活動，開業招牌或巡迴紅布條(海報)、宣傳衛教單張

(三) 解釋用藥與促進健康衛教

(四) 空間及環境清潔衛生

(五) 診療設備

(六) 行動不便者到診療給藥服務及訪視(若有提供到宅醫療必提供)

<u>推展開業或巡迴醫療活動，開業招牌或巡迴紅布條(海報)、宣傳衛教單張</u>	<u>解釋用藥與促進健康衛教</u>
<u>請黏貼符合主題之相片</u>	<u>請黏貼符合主題之相片</u>
<u>空間及環境清潔衛生</u>	<u>診療設備</u>
<u>請黏貼符合主題之相片</u>	<u>請黏貼符合主題之相片</u>

**112-113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
民眾滿意度調查表**

親愛的女士/先生：

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

1、請問您對此中醫醫療服務滿意度如何？

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

2、請問您對此中醫服務據點就醫滿意度如何？

(1)您今天花多久時間到達此中醫服務據點?(僅指去程)

☐10分鐘以內(3分) ☐11~30分鐘(2分) ☐30分鐘~1小時(1分)

(2)您到此中醫服務據點看病是否方便？

☐非常方便(3分) ☐方便(2分) ☐普通(1分) ☐不方便(0分)

(3)是否有收取不當之收費？ ☐是(0分) ☐否(3分)

(4)您接受此中醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多5個)

☐設備好(1分) ☐醫師技術好(1分) ☐環境衛生(1分)

☐候診時間短(1分) ☐服務態度親切有禮(1分)☐方便(1分)

☐重視病人意見(1分) ☐提供充足醫療常識(1分)☐藥有效(1分)

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

鄉(區)

村(里)

中醫診所

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函



9

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：蔡孟芸
聯絡電話：02-27065866 分機：3622
傳真：02-27069043
電子郵件：A111198@nhi.gov.tw

受文者：本署醫務管理組醫務行政科

發文日期：中華民國112年7月31日
發文字號：健保醫字第1120663149號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關本保險多項試辦計畫及支援扶療養機構門診業務之參與資格疑義案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴組112年1月11日健保中字第1128400284號書函。
- 二、有關本保險多項試辦計畫及支援扶療養機構門診業務所訂2年內無違規情事，以「核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算」；以院所停約112年1月1日至112年1月31日為例，院所於114年2月1日始得參與或申請計畫。

正本：本署中區業務組
副本：本署臺北業務組、本署北區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組

表1、113年中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案費用推估情形

項目	年度	111	推估112 ^{註1}	推估113 ^{註2}
醫療資源不足地區改善方案				
預算數(百萬元)		172.0	172.0	180.0
執行數(百萬元)(A)=(B+C)		131.0	140.8	164.0
預算執行率		76.1%	81.8%	91.1%
1.獎勵開業服務計畫^{註3}				
申報點數 (百萬點)(B=a+b)		29.2	43.8	54.6
--新開業(家數)		5	5	5
--執行數(百萬)(a)			18.0	18.0
--已開業(家數)		2	7	10
--執行數(百萬)(b)			25.8	36.6
2.巡迴醫療服務計畫				
申報點數 (百萬點)(C)=(c+d)		100.4	97.0	109.4
--論次費用(百萬點)(c)		90.4	87.2	98.5
--總巡迴診次(診次)		14,075	13,826	15,623
0.中醫醫療資源不足(非本島診所執行離島巡迴)(診次)-2,000點		2,805	3,042	3,437
0.中醫醫療資源不足(本島診所執行離島巡迴)(診次)-10,000點		101	100	113
1.一級偏遠(診次)-3,000點		2,940	2,902	3,279
2.二級偏遠(診次)-5,000點		417	364	411
3.山地(診次)-8,800點		6,615	6,160	6,961
4.一級離島(診次)-11,000點		253	330	373
5.二級離島(診次)-12,100點		515	494	558
6.三級離島(診次)-13,200點		429	434	490
--門診診察費加1成點數 (百萬點)(d) ^{註4}		10.0	9.8	10.9
總計(A)=(B+C)		129.7	140.8	164.0

註：1.推估112年巡迴醫療服務計畫之全年數據係以112年1-6月數據*2。

2.推估113年巡迴醫療服務計畫數據係以推估112年全年數據*成長率。

成長率：考量近五年(107-111年)巡迴診次及就醫人次數據起伏較大，爰以近五年平均成長率計算。

(1)巡迴診次平均之成長率13%=[(23%+14%+19%+(-8%)+15%)/5]。

(2)巡迴診察費一成之平均成長率11%=[(23%+18%+13%+(-18%)+16%)/5]。

3.獎勵開業服務計畫以當年度新增5個計畫數為限。

施行區域為第一級(中醫醫療資源不足及一二及偏遠)每月保障額度30萬點；第二級(山地)35萬點；第三級(一二三級離島)40萬點。

推估112年獎勵開業43.8百萬=[(新開業5家*12個月*第一級30萬)+(已開業6家*12個月*第一級30萬)+(已開業1家*12個月*第二級35萬)]。

推估113年獎勵開業54.6百萬=[(新開業5家*12個月*第一級30萬)+(已開業9家*12個月*第一級30萬)+(已開業1家*12個月*第二級35萬)]。

4.門診診察費加1成係以全年門診診察費*10%。

表2、113年中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案費用推估情形-中全會及健保署建議

年度 項目	推估113 (自然成長)	推估113-1 (中全會建議)	推估113-2 (健保署建議)
醫療資源不足地區改善方案			
預算數(百萬元)(A)	180.0	180.0	180.0
執行數(百萬元)(B)=(D+E)	164.0	196.8	175.9
預算執行率(C)=(B/A)	91.1%	109.3%	97.7%
調整項目總計所需點數(百萬點)(C)=a+b+c+d		32.8	
1.附件1-2(僅有一家中醫醫事服務機構開業鄉鎮區)施行地區巡迴計畫數由2個調整為3個(百萬點) ^{註1} (a)		5.0	
2.調高各分級地區別之巡迴診次費用：每診次提高1,000點(百萬點)(b)		15.6	
--總巡迴診次	15,623	15,623	
--0.中醫醫療資源不足(非本島診所執行離島巡迴)(診次)-2,000點	3,437	3,437	
--0.中醫醫療資源不足(本島診所執行離島巡迴)(診次)-10,000點	113	113	
--1.一級偏遠(診次)-原3,000點	3,279	3,279	
--2.二級偏遠(診次)-原5,000點	411	411	
--3.山地(診次)-原8,800點	6,961	6,961	
--4.一級離島(診次)-原11,000點	373	373	
--5.二級離島(診次)-原12,100點	558	558	
--6.三級離島(診次)-原13,200點	490	490	
3.調高巡迴門診診察費：由加計1成調升為加計2成(百萬點)(c)		10.9	
4.飛地以二級偏遠 P23063(原5,000點)(百萬點) ^{註2} (d)		1.3	
--總巡迴診次		473	
--0.中醫醫療資源不足(診次)-原2,000點：長治百合園區、大愛里、正興村、賓茂村		355	
--0.中醫醫療資源不足(診次)-原10,000點		-	
--1.一級偏遠(診次)-原3,000點：吾拉魯滋部落		118	
--2.二級偏遠(診次)-原5,000點		-	
--3.山地(診次)-原8,800點		-	
--4.一級離島(診次)-原11,000點		-	
--5.二級離島(診次)-原12,100點		-	
--6.三級離島(診次)-原13,200點		-	
調整項目總計所需點數(百萬點)(D)=e+f+g			11.9
1.調高巡迴論次費用：山地離島地區每診次提高1,000點(百萬點)(e)			8.5
--總巡迴診次	15,623		8,495
--0.中醫醫療資源不足(非本島診所執行離島巡迴)(診次)-原2,000點	3,437		-
--0.中醫醫療資源不足(本島診所執行離島巡迴)(診次)-原10,000點	113		113
--1.一級偏遠(診次)-原3,000點	3,279		-
--2.二級偏遠(診次)-原5,000點	411		-
--3.山地(診次)-原8,800點	6,961		6,961
--4.一級離島(診次)-原11,000點	373		373
--5.二級離島(診次)-原12,100點	558		558
--6.三級離島(診次)-原13,200點	490		490
2.調高巡迴論次費用：其餘地區每診次調高300點(百萬點)(f)			2.1
--總巡迴診次	15,623		7,128
--0.中醫醫療資源不足(非本島診所執行離島巡迴)(診次)-原2,000點	3,437		3,437
--0.中醫醫療資源不足(本島診所執行離島巡迴)(診次)-原10,000點	113		-
--1.一級偏遠(診次)-原3,000點	3,279		3,279
--2.二級偏遠(診次)-原5,000點	411		411
--3.山地(診次)-原8,800點	6,961		-
--4.一級離島(診次)-原11,000點	373		-
--5.二級離島(診次)-原12,100點	558		-
--6.三級離島(診次)-原13,200點	490		-
3.附件1-2(僅有一家中醫醫事服務機構開業鄉鎮區)所列屬施行區域如為山地及離島地區(原2,000點，調高300點後為2,300點)，比照二級偏遠論次費用(原5,000點，調高300點後為5,300點)，每診次提高3,000點(百萬點)(g)			1.3
--總巡迴診次	15,623		438
--0.中醫醫療資源不足(非山地離島)(診次)-調整後2,300點	2,999		-
--0.中醫醫療資源不足(山地及離島診所執行離島巡迴)(診次)-調整後2,300點	438		438
--0.中醫醫療資源不足(本島診所執行離島巡迴)(診次)-調整後11,000點	113		-
--1.一級偏遠(診次)-調整後3,300點	3,279		-
--2.二級偏遠(診次)-調整後5,300點	411		-
--3.山地(診次)-調整後9,800點	6,961		-
--4.一級離島(診次)-調整後12,000點	373		-
--5.二級離島(診次)-調整後13,100點	558		-
--6.三級離島(診次)-調整後14,200點	490		-

註：1.以附件1-2(僅有一家中醫醫事服務機構開業鄉鎮區)現有執行地區，每一地區增加1個計畫作計算。

查近三年(110-112年)執行地區平均數42個=[(110年40個+111年46個+112年40個)/3]。

推估113年執行地區為48個=[執行地區42個*巡迴診次平均成長率13%=47.5，以48個地區計算]

推估113年全年增加5.0百萬點=[增加48個計算*一年52週*每診次2,000點]。

2.飛地包含吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、高雄市杉林區大愛里、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地。

討論事項第五案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂 113 年「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 112 年 10 月 15 日中醫門診醫療服務審查執行會第 51 次會議決議事項辦理。
- 二、本案僅修訂年度，計畫條文未修訂。

本署意見：

- 一、依 113 年總額協定事項略以，請本署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實品保款獎勵之目的。
- 二、本案僅修訂年度，計畫條文未修訂。本署尊重中全會建議。本計畫「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」修正如附件。

決議：

全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)

中華民國107年1月8日健保醫字第1060016997號公告修訂
中華民國108年5月31日健保醫字第1080007611號公告修訂
中華民國109年2月7日健保醫字第1090001213號公告修訂
中華民國110年1月19日健保醫字第1100000291號公告修訂
中華民國111年1月5日健保醫字第1100017843號公告修訂
中華民國111年12月28日健保醫字第1110123002號公告修訂
中華民國112年0月0日健保醫字第1120000000號公告修訂

壹、依據：

依據全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、預算來源：

全民健康保險年度中醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、支用條件：

一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次。

二、提供資料及來源：本方案第柒點第四項、第五項及第捌點第二項與第玖點第一項，由中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）於次年2月底前提供名單並函請全民健康保險保險人（以下稱保險人）辦理結算。

伍、預算分配方式：

一、核算基礎：

（一）該院所之核算基礎(A)

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

說明：當年申報醫療服務點數及年平均核付率以次年1月底為截止點。

（二）以上述核算基礎，依本方案第捌點及第玖點增減原則，計算每院所參與品質保證保留款之核算基礎。

各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=

60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數

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

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

自當時結算之當季中醫門診總額一般服務項目預算中支應。

陸、核發資格：

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

二、符合核發品質保證保留款資格核定分數計算：

1. 符合本方案第捌點第一項者，給予核定分數20分。

2. 符合本方案第捌點第二項者，給予核定分數15分。

3. 符合第捌點第三至六項者，各給予核定分數10分。

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

5. 符合本方案第玖點第二至五項者，各給予扣核定分數5分。

三、符合核發品質保證保留款資格院所，依核定分數由高而低排列，取前90%之院所進行核發。

柒、中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

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

二、核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率(註3)，超過該區90百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。

三、中醫門診特約醫事服務機構當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條至第40條、第44條至第45條等所列違規情事之一，並經處分者以保險人第一次發函處分日期認定之(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩處分者)。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

四、中醫門診特約醫事服務機構非屬「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。

五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。

六、未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」(詳附件)之院所。

捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則：

一、當年度新設立之中醫門診特約醫事服務機構(屬新醫事服務機構代號者)，屬於同年之「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮開業地區，依核算基礎(A)加計100%。**加20**

二、為鼓勵提升中醫醫療服務品質，中醫門診特約醫事服務機構從事教學研究且績效卓著者，依核算基礎(A)加計10%。其適用對象為經衛生福利部中醫藥司『中醫醫療院所負責醫師二年以上醫師訓練合格』之院所。**加15分**

- 三、為鼓勵中醫師提供假日看診服務減少民眾就診不便，中醫門診特約醫事服務機構當年度於週日看診超過30天(含)以上者，依核算基礎(A)加計10%；超過45天(含)以上者，依核算基礎(A)加計20%。(註4) **加10分**
- 四、為鼓勵中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計5%。(註5) **加10分**
- 五、中醫門診特約醫事服務機構參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」者，依核算基礎(A)加計5 10% (註6)。**加10分**
- 六、為推動中醫門診特約醫事服務機構於健保資訊網服務系統(Virtual Private Network, 以下稱 VPN)公告連續假期排班等變動情形，鼓勵院所即時更新排班時間，院所「每月完成門診時間網路登錄」者，依核算基礎(A)加計10%，未全年完成門診時間網路登入者則不予加計 (註7)。**加10分**
- 玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：
- 一、保險醫事服務機構之中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定修滿繼續教育點數(每年20點)者，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎(A)。**醫師扣核定分數2分，單一院所最多扣核定分數10分。**
- 二、「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」超過80百分位者，核算基礎(A)減計20% (註8)。**扣5分**
- 三、「同日重複就診率」超過80百分位者，核算基礎(A)減計10% (註9)。**扣5分**
- 四、「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」超過80百分位者，核算基礎(A)減計10% (註10)。**扣5分**
- 五、為促使院所積極提供慢性病照護(含慢性病連續處方箋)，中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件、中醫慢性病、中醫慢性病連續處方調劑及過敏性鼻炎照護計畫中，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為3%(含)以下者，依核算基礎(A)減計10% (註11)。**扣5分**
- 拾、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

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

指標項目	操作型定義
註1：年平均核付率	$(\text{全年初核核定點數}) / (\text{全年申請點數} + \text{部分負擔})$
註2：當年度在前一年12月每萬人口中醫師數3.0(含)以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。	資料範圍：以前一年12月「內政部戶政司戶籍人口數」及「醫事人員公務統計檔」計算之。
註3：年平均核減率	$(\text{全年複核核減點數}) / (\text{全年申請點數} + \text{部分負擔})$ [註]未完成複核月份以初核核減率計算，截取時間點為次年2月底(傳票日期)前。
註4：中醫門診特約醫事服務機構於每年週日看診超過30天及45天以上者	以門診申報資料之「就醫日期」認定週日是否看診，含同一療程。
註5：健保雲端藥歷系統查詢率	1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度查詢健保雲端藥歷系統資料。 2. 公式說明： 分子：分母中健保雲端藥歷系統查詢人數 分母：中醫門診病人數 3. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】
註6：中醫門診特約醫事服務機構參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」者，依核算基礎(A)加計5%。	當年度12月31日前核付「補助網路月租費」者列入參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所名單。
註7：「每月完成門診時間網路登錄」	院所每月於VPN之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。(院所可於VPN系統「上次登錄日期」判斷上個月是否完成登錄)。

指標項目	操作型定義
註8：「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」	1. 分母：全年同一院所、同月看診總人數加總。 2. 分子：全年同一院所、同一病人、同月看診次數8次（含）以上人數加總。 3. 指標計算(S)：分子總和 / 分母總和。 4. 全年計算平均比率，進行百分位排序。 5. 所有資料排除符合以下任一條件者： (1) 診察費=0 (2) 案件類別 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)。之專款項目案件
註9：「同日重複就診率」	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件。 2. 公式說明： 分子：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶，計算就診2次（含）以上之筆數。 分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子總和 / 分母總和。 4. 指標進行百分位排序。 5. 資料排除以下任一條件者：案件分類 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)案件、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)之專款項目案件。
註10：「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」	1. 資料範圍：所有屬中醫門診給藥天數小於等於7日案件。 2. 公式說明： 分子：按同一院所及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為1日之重複日數。 分母：同一院所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。 4. 指標進行百分位排序。 5. 資料排除以下任一條件者：案件分類為 A3(預防保健)、B6(職災案件)、22(中醫其他專案)、25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)及31(中醫居家)之案件。
註11：「院所提供慢性病照護未達一定比例」	1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件(案件分類21)、中醫其他專案案件分類22)之特定治療項目(一)為 JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、中醫慢性病(案件分類24)及

指標項目	操作型定義
	中醫慢性病連續處方調劑(案件分類28)之案件。 2. 說明：慢性病給藥7天以上之件數占率 A. 分子：分母院所當年度申報下列案件分類，給藥7天以上之件數總計。 案件分類：22(中醫其他專案)之特定治療項目為(一)JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 B. 分母：院所當年度申報下列案件分類之件數總計。 案件分類：21(中醫一般案件)、22(中醫其他專案)之特定治療項目(一)為JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】 3. 資料排除診察費為0或補報原因註記為「2：補報部分醫令或醫令差額」之案件。
【核發費用計算範例】	1. 該院所核算基礎(A)=(該院所申報當年醫療服務點數-當年申報藥費)×該院所平均核付率(含部分負擔) 2. 各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B) = 60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數 3. 各院所品質保證保留款核算基礎合計= $\Sigma(B)$ = (60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數)之合計 4. 符合核發資格之分數計算原則，如下： ①符合本方案第捌點第一項者，核予20分。 ②符合本方案第捌點第二項者，核予15分。 ③符合第捌點第三至六項者，各核予10分。 ④符合本方案第玖點第一項者，當年度申報醫療費用之中醫師扣減2分，單一中醫院所最多扣減10分。 ⑤符合本方案第玖點第二至五項者，各扣減5分。 ⑥符合核發品質保證保留款資格中醫院所，依前項分數加總並由高而低排列，取前90百分位進行核發。 5. 試算範例如下： (1)僅符合基本資格(無本條文之柒、捌、玖條之情事)者 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算×(A)×60% / $\Sigma(B)$

指標項目	操作型定義
	(2)僅符合基本資格及教學研究績效卓著者(+10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算$\times(A)\times(60\%+10\%)/\Sigma(B)$ (3)符合基本資格且於無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮地區開業者(+100%)、教學研究績效卓著者(+10%)但「同日重複就診率」超過80百分位者(-10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算$\times A\times(60\%+100\%+10\%-10\%)/\Sigma B$

全民健康保險中醫門診總額 中藥用藥安全管理及品質提升作業要點

一、目的：

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

二、申請方式：

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

三、評核方式：

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

四、本要點之評核作業由中醫全聯會研訂後公告實施。

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點申請書

申請日期： 年 月 日

基本資料	院所名稱		院所代碼	
	負責醫師姓名		院所醫師數	名
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證號	上課日期
			台字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
			台中字第 號	
檢送項目	項 目		審 查 結 果	備 註
	學分證明書		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他	
	中藥用藥安全管理及品質提升作業要點查檢表		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他	
保險醫事服務機構	機構章戳	中醫全聯會審核意見欄	(本欄由審查單位填寫) 1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定，請補齊 3 ☐ 資料不全 4 ☐ 審核委員：日期章戳：	

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

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點

查檢表

醫療院所名稱：

醫療院所代碼：

地址：

電話：

填表日期：

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

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

討論事項第六案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：修訂113年度「全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫（草案）」條文案，提請討論。

說明：

一、依衛生福利部全民健康保險會 112 年 11 月 15 日第 6 屆 112 年第 10 次委員會議暨本會 112 年 10 月 15 日中醫門診醫療服務審查執行會第 51 次會議等決議事項辦理。

二、「113 年中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」本會建議「一般服務」（不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度新臺幣 22.8 百萬元）地區預算分配方式：

（一）地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

（二）分配方式：

1. 一般服務費用（不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度）2.22% 歸東區，97.78% 歸其他五分區。

2. 其他五分區預算，依下列參數占率分配：

（1）各分區實際收入預算占率：66 %。

（2）各分區戶籍人口數占率：15 %（較 112 年 14% 調升 1%）。

（3）各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%（較 112 年 10% 調降 1%）。

（4）各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

（5）各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

（6）偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則歸入依「各分區實際收入預算占率」分配。

（三）風險調整提撥款之提撥及分配：

1. 提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 6,000 萬元，由各季提撥 1,500 萬元。

2. 分配方式：

（1）4,000 萬元 用於補助點值，補助方式如下：

- A. 自 113 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。
- B. 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)。
- C. 若兩區以上浮動點值低於 0.8 元時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.8 元。
- D. 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)2,000 萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區；各分區就醫率=「當季就醫人數/當季季中戶籍人口數」。

本署意見：

有關中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區分配預算，業報全民健康保險會 112 年 11 月 15 日第 6 屆 112 年第 10 次委員會議討論，本署尊重中全會意見。

決議：

112113年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、計畫期間：112113年1月1日起至112113年12月31日止。

肆、預算分配：

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

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

二、風險調整移撥款之提撥及分配：

(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 6,000 萬元，由各季提撥 1,500 萬元。

(二)分配方式

1、其中 4,000 萬元用於補助點值，補助方式如下：

(1)自 113 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

(2)其浮動點值以該最低分區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。

(3)若兩區以上浮動點值低於 0.8 元時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.8 元。

(4)移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 113 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

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。

三、112113年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

(一)66%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。

(二)14%15%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

(三)10%9%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。

(四)4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。

(五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。

(六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)111112年

全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3. $111\text{--}112$ 年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = $\Sigma 111\text{--}112$ 年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數 / $\Sigma 111\text{--}112$ 年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
4. $112\text{--}113$ 年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以 $111\text{--}112$ 年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

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

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

三、中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。

四、中醫全聯會與保險人成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

柒、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，並報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

附件1：指標之操作型定義

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

指標：

指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率

分子：各分區各季總預算(A_{i1})

分母： Σ 各分區各季總預算加總(ΣA_{i1})

條件說明：

一、第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總

二、第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總

三、第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總

四、第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總

指標2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(A_{i2})

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣA_{i2})

條件說明：

一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）

http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346（首頁 > 人口政策及統計資料 > 人口統計資料庫 > 人口統計資料 > 各月人口資料 > 03鄉鎮戶數及人口數）

二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(A_{i3})

分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣA_{i3})

條件說明：

一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。

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

之案件。

三、計算步驟：

(一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)

(二)計算每位病患於各區就醫次數(a)

(三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)

=每位病患於各區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)

(四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)

(五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)

=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)

(六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)

=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值($\Sigma K1$)

四、舉例說明：

(一)本季全國中醫就診病患有4人(p)

(二)計算(a)、(a%)、(T)

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

(三)計算各分區就醫次數之權值

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

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 $(\frac{111112\text{年該季}}{110111\text{年同期}}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(\frac{111112\text{年該季申報醫療費用點數}}{110111\text{年同期申報醫療費用點數}}) - 1$ 。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數（申請費用點數+部分負擔點數），含交付機構，不含職業災害案件（案件分類 B6）、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

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

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數≤ 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。

(三)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。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

條件說明：

一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)~~111~~112年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

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

- 三、 $\frac{\sum \text{111112年每月申報醫療費用點數}}{\sum \text{111112年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數}}$ = $\frac{\sum \text{111112年每月申報醫療費用}}{\sum \text{111112年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數}}$ 。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
- 四、 112113年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以111112年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

※五分區預算分配之計算操作型定義

一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)

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

指標1預算 GA= (T)*97.78%* 66%

指標2預算 GB= (T)*97.78%* ~~14%~~15%

指標3預算 GC= (T)*97.78%* ~~10%~~9%

指標4預算 GD= (T)*97.78%* 4%

指標5預算 GE= (T)*97.78%* 5%

指標6預算 GF= (T)*97.78%* 1%

二、各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

=各季預算 GA*指標1占率 (Ai1/ΣAi1)。

指標1占率 (Ai1/ΣAi1)

= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 (Ai1) / Σ95年第4
季至98年第3季之各區各季預算 (ΣAi1)。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(二) 各分區各季預算 Gb

=各季預算 GB*指標2占率 (Ai2/ΣAi2)。

指標2占率 (Ai2/ΣAi2)

=去年同期各分區戶籍人口數 (Ai2) / Σ 去年同期各分區戶籍人
口數 (ΣAi2)。

※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

= 各季預算 GC * 指標3占率 ($A_{i3} / \sum A_{i3}$)。

指標3占率 ($A_{i3} / \sum A_{i3}$)

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

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

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

※各分區各季經指標4加權後之預算 (A_{i4})

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

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

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

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

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

※各分區指標5權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 (A_{i5})

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

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

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 G_f

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

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

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

(一) 操作定義：各分區全年預算 $T_y = \Sigma$ 該區各季 $T_s + \Sigma$ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

1. 成長率 = $(\text{112113年該區各季核算 } T_y / \text{111112年該區各季核算 } T_y) - 1$ 。

2. 各分區撥補比例 = $(\text{成長率大於0之分區 } T_y) / \Sigma (\text{成長率大於0之分區 } T_y)$ 。

(二) 撥補程序

1. 於112113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 T_y 負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

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

	112年該區 全年 預算 Ty (百萬元) V	113年該區全 年 預算 Ty (百萬元) W	成長 率 W/V-1	負成長 分區 差額 X	撥補比 例 Y	撥補方式 X*Y=Z	調整 金額 Z	撥補後 Ty W+Z	撥補後成 長率
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長分 區小計		14,178.9			100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

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

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

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

三、平均點值

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

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

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