



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 114 年第 3 次研商議事會議

114 年 8 月 14 日（星期四）下午 2 時
本署 9 樓第 1 會議室

**「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」
114 年第 3 次會議議程**

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

PDF 頁碼

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1	13
二、中醫門診總額執行概況報告	報 2-1	16
三、114 年第 1 季中醫門診總額點值結算報告案	報 3-1	33
四、113 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案	報 4-1	69
五、調整「114 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域一覽表案	報 5-1	86

肆、討論事項

一、中華民國藥師公會全國聯合會建議中醫門診總額研商議事會議增列該會代表案	討 1-1	90
二、中醫支付標準中有關「整合醫療照護費加計 A91」條文是否修正案	討 2-1	113
三、有關南區中醫院所於 114 年 7 月 7 日至 7 月 11 日間，因丹娜絲風災造成停電停班之損害補償方案	討 3-1	120
四、檢送「中醫針傷科不同複雜度療程之配套管理措施及審查機制」(草案)案	討 4-1	121

伍、臨時動議：

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 114 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 5 月 15 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：陳副署長亮好

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列) (*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
何代表紹彰	何紹彰	陳代表俊良	陳俊良
吳代表清源	吳清源	陳代表冠仁	陳冠仁
李代表元齡	李元齡	陳代表建輝	陳建輝
卓代表青峰	黃景宏代	陳代表博淵	陳博淵
林代表狄昇	請假	陳代表節如	馬海霞代
邱代表國華	彭德桂代	黃代表頌儼	黃頌儼
姜代表智文	姜智文	楊代表志中	楊志中
柯代表富揚	柯富揚	楊代表啟聖	楊啟聖
胡代表文龍	胡文龍	詹代表永兆	詹永兆
孫代表茂峰	孫茂峰	廖代表奎鈞	廖奎鈞
張代表田黨	張田黨	蔡代表素玲	涂瑜君代
張代表廷堅	請假	羅代表永達	羅永達
張代表禹斌	張禹斌	蘇代表守毅	蘇守毅
陳代表仲豪	沈瑞斌代	蘇代表芸蒂	蘇芸蒂

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

陳淑華

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、林偉翔

中華民國中醫師公會全國聯合會

李敬、王逸年、賴宛而、李如英

台灣醫院協會

董家琪、楊智涵

中華民國藥師公會全國聯合會

溫致群、蕭力揚、陳暘

本署醫務管理組

劉林義、黃珮珊、林右鈞、

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

賴彥壯、陳依婕、洪于淇、
王智廣、黃瓊萱、陳怡蓓、
陳聿萱、李柏諺、廖慈珊、
李珮芳、許洋騰

張淑雅、賴秋伶、陳亞其

宋兆喻*、黃奕瑄*、張翊暄*

楊淑娟*、謝明珠*、黃毓棠*、
張舒函*

楊惠真*、王奕晴*、戴秀容*、
柯依鳳*、林育辰*、潘佳鈴*、
謝佩璇*、賴大年*

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

謝明雪*、李金秀*、黃皓綱*、
李昀融*

黃兆杰*、羅亦珍*、鄭翠君*、
吳乙亭*

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

貳、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：全部解除列管，無繼續列管事項。

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113年第4季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、有關 113 年度總額協定事項，就「中醫利用新增人口」本案經 114 年 3 月 26 日全民健康保險會第 7 屆 114 年第 1 次委員會議決議同意不扣減。衛生福利部並於 114 年 5 月 5 日衛部保字第 1141260200 號函同意不扣減。
- 二、「照護機構中醫醫療照護方案」依 113 年度預算執行結果，扣減當年度未執行及重複部分費用，應扣減金額 2,407,176 元，依前次會議決議及 114 年 4 月 23 日全民健康保險會第 7 屆 114 年第 2 次委員會議報告，於本季一般服務扣減。

決定：

- 一、中醫門診總額 113 年第 4 季點值確認如下表，將辦理點值公布、結算事宜：

部門	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
中醫總額	浮動	0.9853	0.8682	0.9061	0.9341	0.9572	1.1815	0.9412
	平均	0.9908	0.9212	0.9395	0.9603	0.9738	1.1200	0.9635

- 二、本季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

- 三、餘洽悉。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：調整「114 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域一覽表案。

說明：修訂「114 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域一覽表案：

- 一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1)：刪除「雲林縣口湖鄉」；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-2)：新增「雲林縣口湖鄉」。
- 二、施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 81 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 76 個鄉鎮區。

決定：洽悉。

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關擬訂各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則案 113 年第 3 季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、配合衛生福利部公告修正審查辦法第六條、第十條，刪除該兩條文第三項有關「藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算」之規定，各交付機構每點暫付及核定金額之訂定，回歸審查辦法與相關團體擬定。
- 二、本案於 114 年 5 月 6 日與各交付機構召開會議討論決議如下：藥局每點暫付及核付金額，以其收入除以其申報點數所計算出之點值(每點支付金額)進行暫付、核付；而病理中心、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構，維持現行作法，比照西醫基層總額部門計算。
- 三、藥局每點暫付、核付金額計算方式，修正如下：
 - (一) 藥局醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額，以最近一季藥局結算每點支付金額 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。
 - (二) 藥局平均點值=加總當季各藥局一般服務之收入/加總當季各藥局一般服務之點數。
 - (三) 藥局浮動點值=(加總當季各藥局一般服務之收入-加總當季各藥局一般服務藥費等非浮動點數)/加總當季各藥局一般服務之浮動點數。
- 四、本案經各總額研商議事會議報告後，依程序提報衛生福利部核定後辦理公告。

決定：洽悉。

參、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案，提請討論。

決議：本案修訂通過，重點如下：

- 一、本會議代表不得具有民意代表身分（修正第三點）。
- 二、本會議代表任期屆滿而未能完成聘任之處理方式（新增第四點之二）。
- 三、有關中華民國藥師公會全國聯合會建議中醫門診總額研商議事會議增列該會代表名額一節，未達共識，請雙方蒐集資料後於下次會議再議。

討論事項第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂 114 年度「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案（下稱品保方案）」之專業醫療服務品質指標案，提請討論。

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

討論事項第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關 114 年 1 月 1 日於「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」新增申報費用檢核邏輯，核扣申報院所未完成後測但申報點數案，提請討論。

決議：病人住院期間死亡而無法完成後測，不符合支付標準規定；惟其實際提供之服務（如診察、針傷治療等）仍得依規定申報。

討論事項第四案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

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

決議：

- 一、「提升用藥品質」案：請中全會提供中藥用藥品質管理策略評估指標目標值，供本署憑辦後續事宜。
- 二、於一般服務扣減與「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」重複部分之費用案：中全會建議因該項專款執行率超過 100%，與一般服務重複部分建議不予扣減，本署配合提供相關數據，請中全會於健保會中說明。

肆、散會：下午 3 時 38 分

114 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

施行區域一覽表-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區

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

註 1：本一覽表統計截止日期：114 年 4 月 28 日，共 81 個鄉鎮(區)。

〔澎湖縣白沙鄉吉貝村屬澎湖縣白沙鄉，故不另計入鄉鎮(區)數〕。

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

註 3：澎湖縣白沙鄉吉貝村，考量地理及交通因素，另列分級級數為 6。

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

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

註 1：本一覽表統計截止日期：114 年 4 月 28 日，共 76 個鄉鎮(區)。

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

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：共 5 項，擬解除列管 5 項。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	114_2_報(4)：調整「114 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域一覽表案。	一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1)：刪除「雲林縣口湖鄉」；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-2)：新增「雲林縣口湖鄉」。 二、施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 81 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 76 個鄉鎮區。	業於 114 年 6 月 6 日以第 AI11400859 號請辦單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
2	114_2_報(5): 有關擬訂各交付機構每點暫付及核定金額訂定原則案 113年第3季中醫門診總額點值結算報告案	一、配合衛生福利部公告修正審查辦法第六條、第十條，刪除該兩條文第三項有關「藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算」之規定，各交付機構每點暫付及核定金額之訂定，回歸審查辦法與相關團體擬定。 二、本案於114年5月6日與各交付機構召開會議討論決議如下： 藥局每點暫付及核付金額，以其收入除以其申報點數所計算出之點值(每點支付金額)進行暫付、核付；而病理中心、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構，維持現行作法，比照西醫基層總額部門計算。 三、藥局每點暫付、核付金額計算方式，修正如下： (一)藥局醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值9成計算，並以不高於0.9元為限；每點核定金額，以最近一季藥局結算每點支付金額9成計算，並以不高於0.9元為限。 (二)藥局平均點值=加總當季各藥局一般服務之收入/加總當季各藥局一般服務之點數。 (三)藥局浮動點值=(加總當季各藥局一般服務之收入-加總當季各藥局一般服務藥費等非浮動點數)/加總當季各藥局一般服務之浮動點數。	一、本案業於114年7月9日健保醫字第1140114582號公告全民健康保險醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及核定每點金額訂定原則。 二、前開原則業已明訂藥局暫付、核定之計算方式，及藥局平均點值、浮動點值之計算方式。	☒ 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
3	114_2 討(1)：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	本案修訂通過，重點如下： 一、本會議代表不得具有民意代表身分（修正第三點）。 二、本會議代表任期屆滿而未能完成聘任之處理方式（新增第四點之二）。 三、有關中華民國藥師公會全國聯合會建議中醫門診總額研商議事會議增列該會代表名額一節，未達共識，請雙方蒐集資料後於下次會議再議。	一、本署業於114年6月26日以健保醫字第1140663143號公告，自114年6月26日起生效。 二、有關中華民國藥師公會全國聯合會建議中醫門診總額研商議事會議增列該會代表名額一節，已納入本次會議討論事項第一案，擬討論後解除列管。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
4	114_2 討(2)：修訂114年度「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案之專業醫療服務品質指標案	本案通過，並依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業。	衛生福利部業於114年7月18日衛部保字第1141260330號公告修正附表。	☒ 解除 ☐ 繼續列管
5	114_2 討(4)：有關「提升用藥品質」及「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」114年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項案	一、「提升用藥品質」案：請中全會提供中藥用藥品質管理策略評估指標目標值，供本署憑辦後續事宜。 二、於一般服務扣減與「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」重複部分之費用案：中全會建議因該項專款執行率超過100%，與一般服務重複部分建議不予扣減，本署配合提供相關數據，請中全會於健保會中說明。	本案已於114年7月23日健保會第5次委員會報告通過。	☒ 解除 ☐ 繼續列管

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件報 2-2）

決定：



(附件)

中醫門診總額執行概況

中央健康保險署
114年8月14日

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

1



大綱

- 114年第2季點值預估
- 114年第2季醫療供給及利用概況
- 114年第2季專款執行報告

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

2



點值預估說明

說明：

一、製表日期：114年7月30日。

二、總額邏輯說明：

1. 總額醫療費用含部分負擔。

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

占率分配如下。

2-1. 113年分區預算調整指標共計有6項，預估實際採用之校正資料為實際預(71%)、戶籍人口占率(16%)、同期就醫次數權值占率(9%)、人數利用及成長率(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、偏鄉人口預算分配未列入預估作業考量，且其校正占率(6%)均移至實際預算占率。

3. 預算攤月以前1年同期之中報資料分別計算過年期間、連假之週六及日、國定假日、週六、週日及工作日回攤當年得出每季各月之費用占率。

三、預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採113上半年爭審後核減率，各分區分別計之。

四、風險移撥款150百萬元，依114年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫撥補。

1. 其中110百萬元用於點值最低分區，其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.9元之差值。

2. 其中40百萬元按率均分，撥予當季就醫率最高之分區。

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

3



114年第2季 中醫門診總額各分區點值推估

季別	就醫分區	調整後總額預算(百萬)	預估點數(百萬)		預估點值		風險調整移撥款補助情形	
			非浮動	浮動	浮動點值	平均點值	就醫率最高分區(百萬)	每點支付金額最高補至0.9元之差值(百萬)
第2季	臺北	2,412	937	1,515	0.9737	0.9837	0	0
	北區	1,087	469	686	0.9000	0.9406	0	36.5
	中區	2,064	799	1,398	0.9053	0.9398	10	0
	南區	1,157	500	730	0.9000	0.9407	0	0.2
	高屏	1,312	546	850	0.9000	0.9391	0	7.7
	東區	182	58	112	1.1040	1.0684	0	0
	合計	8,214	3,311	5,290	0.9268	0.9550	10	44.4

註：

1. 113Q2結算全區平均點值0.9290

2. 調整後總額預算已加計風險調整移撥款補助情形

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

4



114年第2季 醫療供給及利用概況

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

5



特約醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
110年6月	1,128	472	1,058	529	555	71	3,813
111年6月	1,153	474	1,062	534	561	68	3,852
112年6月	1,182	491	1,085	545	573	70	3,946
113年6月(A)	1,202	491	1,094	553	580	72	3,992
114年6月(B)	1,223	503	1,104	561	586	70	4,047
成長率(B/A)-1	1.7%	2.4%	0.9%	1.4%	1.0%	-2.8%	1.4%
增減數B-A	21	12	10	8	6	-2	55

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表之特約中醫醫院及中醫診所。

註2：成長率係與前一年同期比較。

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

6



具中醫科醫院 醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
113年6月(A)	27	15	37	25	23	12	139
114年6月(B)	27	16	38	25	25	13	144
成長率(B/A)-1	0.0%	6.7%	2.7%	0.0%	8.7%	8.3%	3.6%
增減數B-A	0	1	1	0	2	1	5

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

註2：114年6月較去年同期家數增減名單：

北區(1)：增加1家：新竹市立馬偕兒童醫院

中區(1)：增加1家：新太平澄清醫院

高屏(2)：增加2家：國軍左營總醫院岡山分院附設民眾診療服務處、高雄秀傳紀念醫院

東區(1)：增加1家：台東馬偕紀念醫院

註3：資料來源為特約醫事機構管理檔。

註4：成長率為當年各月與去年同期之比較。

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

7



中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
110年6月	2,142	890	1,925	906	1,017	158	7,038
111年6月	2,200	926	1,968	942	1,046	155	7,237
112年6月	2,249	968	2,023	966	1,087	157	7,450
113年6月(A)	2,312	1,007	2,072	989	1,122	160	7,662
114年6月(B)	2,380	1,036	2,110	1,024	1,148	160	7,858
成長率 (B/A)-1	2.9%	2.9%	1.8%	3.5%	2.3%	0.0%	2.6%
增減數B-A	68	29	38	35	26	0	196

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。

註2：成長率係與前一年同期比較。

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

8



醫院執業之中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
110年6月	229	113	240	143	122	57	904
111年6月	242	118	251	154	121	56	942
112年6月	241	126	254	154	118	59	952
113年6月(A)	243	125	275	161	121	59	984
114年6月(B)	257	127	286	174	125	56	1,025
成長率 (B/A)-1	5.8%	1.6%	4.0%	8.1%	3.3%	-5.1%	4.2%
增減數B-A	14	2	11	13	4	-3	41

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。

註2：成長率係與前一年同期比較。

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

9



各分區每萬人口中醫師數

年度	110	111	112	113	114Q2
臺北	2.92	3.00	3.06	3.12	3.19
北區	2.42	2.48	2.57	2.64	2.63
中區	4.33	4.44	4.55	4.66	4.63
南區	2.84	2.93	3.00	3.13	3.15
高屏	2.88	2.99	3.07	3.19	3.17
東區	2.99	2.95	3.04	3.03	3.06
總計	3.10	3.18	3.26	3.35	3.37

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

10



各分區每萬人口中醫師數 與全國比率

年度	110	111	112	113	114Q2
臺北/全區	0.94	0.94	0.94	0.93	0.95
北區/全區	0.78	0.78	0.79	0.79	0.78
中區/全區	1.40	1.40	1.40	1.39	1.38
南區/全區	0.92	0.92	0.92	0.93	0.94
高屏/全區	0.93	0.94	0.94	0.95	0.94
東區/全區	0.97	0.93	0.93	0.90	0.91
全區	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

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

11



114年第2季各縣市每萬人口中醫師數(一)

分區別	縣市別	中醫師數	人口數	每萬人口 中醫師數	醫人比
臺北區	宜蘭縣	89	450,468	1.98	5,061
	基隆市	85	361,089	2.35	4,248
	臺北市	1,090	2,453,842	4.44	2,251
	新北市	1,107	4,048,526	2.73	3,657
	金門縣	9	139,798	0.64	15,533
	連江縣	0	13,605	0.00	0
		2,380	7,467,328	3.19	3,138
北區	桃園市	644	2,349,804	2.74	3,649
	新竹市	137	455,829	3.01	3,327
	新竹縣	131	596,849	2.19	4,556
	苗栗縣	124	532,545	2.33	4,295
		1,036	3,935,027	2.63	3,798
中區	臺中市	1,556	2,867,641	5.43	1,843
	南投縣	142	469,893	3.02	3,309
	彰化縣	412	1,216,624	3.39	2,953
		2,110	4,554,158	4.63	2,158

12



114年第2季各縣市每萬人口中醫師數(二)

分區別	縣市別	中醫師數	人口數	每萬人口 中醫師數	醫人比
南區	雲林縣	160	654,539	2.44	4,091
	嘉義市	123	261,178	4.71	2,123
	嘉義縣	89	476,106	1.87	5,350
	臺南市	652	1,856,931	3.51	2,848
		1,024	3,248,754	3.15	3,173
高屏	高雄市	972	2,725,804	3.57	2,804
	屏東縣	171	785,792	2.18	4,595
	澎湖縣	5	106,594	0.47	21,319
		1,148	3,618,190	3.17	3,152
東區	花蓮縣	101	314,053	3.22	3,109
	臺東縣	59	209,231	2.82	3,546
		160	523,284	3.06	3,271
總計		7,858	23,346,741	3.37	2,971

Bureau of National Health Insurance

13



每萬人口中醫師數組距各區鄉鎮數

年月	每萬人口 中醫師組距	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	合計%
113年6月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	13	11	5	11	23	15	78	21.2%
	0<X<1	18	10	13	23	19	4	87	23.6%
	1≤X<2	12	13	10	20	15	4	74	20.1%
	2≤X<3	10	6	10	7	5	2	40	10.9%
	3≤X	17	7	30	16	15	4	89	24.2%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
114年6月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	13	13	5	10	23	15	79	21.5%
	0<X<1	17	8	14	24	18	4	85	23.1%
	1≤X<2	12	11	10	20	15	4	72	19.6%
	2≤X<3	10	8	10	7	6	2	43	11.7%
	3≤X	18	7	29	16	15	4	89	24.2%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
較去年同期 增減鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	0	2	0	-1	0	0	1	
	0<X<1	1	2	-1	-1	1	0	2	
	1≤X<2	0	2	0	0	0	0	2	
	2≤X<3	0	-2	0	0	-1	0	-3	
	3≤X	-1	0	1	0	0	0	0	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

註：無中醫鄉鎮：北區(+2)：(+3)桃園市復興區、苗栗縣西湖鄉、造橋鄉；(-1) 苗栗縣卓蘭鎮
南區(-1)：(+1)雲林縣褒忠鄉；(-2)雲林縣口湖鄉、嘉義縣溪口鄉

14



整體申報概況

【分區別】

項目		申報件數		申報醫療點數		平均每件醫療點數	
年季	分區	值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
114Q2	臺北	3,104.6	0.9%	2,515.7	3.7%	810.3	2.7%
	北區	1,472.2	2.1%	1,205.2	4.5%	818.7	2.3%
	中區	2,886.2	2.5%	2,333.2	4.0%	808.4	1.5%
	南區	1,546.7	1.3%	1,299.8	3.8%	840.4	2.4%
	高屏	1,760.0	3.7%	1,468.5	5.9%	834.3	2.2%
	東區	201.3	8.9%	206.5	12.9%	1025.5	3.7%
	全區	10,971.0	2.1%	9,028.8	4.4%	823.0	2.3%

註1：資料來源：截至114年8月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

15



整體申報醫療費用點數

【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
	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
114Q2	臺北	941.2	5.0%	12.8	-3.0%	981.6	1.5%	580.1	5.7%	2,515.7	3.7%
	北區	476.7	7.0%	4.8	-7.6%	466.7	2.1%	257.0	4.4%	1,205.2	4.5%
	中區	806.1	6.4%	13.6	1.2%	897.9	2.0%	615.6	3.9%	2,333.2	4.0%
	南區	506.1	6.8%	6.6	-0.2%	481.1	1.4%	306.0	2.9%	1,299.8	3.8%
	高屏	552.5	7.1%	8.5	1.3%	554.0	3.5%	353.5	8.2%	1,468.5	5.9%
	東區	62.3	13.7%	1.2	10.7%	62.9	7.8%	79.9	16.6%	206.5	12.9%
	合計	3,345.0	6.4%	47.5	-0.9%	3,444.3	2.1%	2,192.1	5.4%	9,028.8	4.45%

註1：資料來源：截至114年8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；調高針灸、傷科、針傷科支付標準；112年3月調高針傷合併處置費調高為「針灸+傷科治療點數」；114年5月每日藥費調升1點(37點到38點)。

16



整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(1)

年季	案件分類 分區	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114Q2	臺北	1,079.3	0.2%	54.3	21.7%	583.6	8.1%	7.3	10.8%
	北區	520.6	0.8%	29.9	12.4%	319.8	10.9%	17.6	25.4%
	中區	1,062.8	1.9%	123.9	27.8%	420.6	11.5%	10.7	7.0%
	南區	526.8	-0.2%	56.8	15.5%	339.8	12.0%	12.9	-8.2%
	高屏	631.1	2.6%	51.9	18.3%	305.8	9.0%	16.7	5.3%
	東區	53.7	10.2%	15.2	52.5%	35.5	16.5%	13.4	-1.4%
	全區	3,874.2	1.2%	332.0	22.4%	2,005.0	10.2%	78.6	6.0%

註1：資料來源：截至114年8月2日多模態健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。0係今年及前一年皆無申報。

註4：照護機構中醫醫療照護方案專款之論量計酬費用自114年起移列一般服務

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

17



申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	案件分類 分區	28. 中醫慢性病連續處方調劑		29. 中醫針灸、傷科及脫臼整復		30. 中醫特定疾病門診加強照護		31. 中醫居家(108.6新增)		合計	
		值 (萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114Q2	臺北	234.0	31.3%	774.7	4.1%	5.4	25.6%	8.82	35.8%	2,515.7	3.7%
	北區	351.0	125.9%	301.9	1.8%	4.6	17.2%	7.36	20.3%	1,205.2	4.5%
	中區	98.5	32.0%	684.5	-0.8%	7.6	9.8%	22.09	23.8%	2,333.2	4.0%
	南區	30.3	4.6%	343.8	0.7%	8.6	11.1%	10.79	26.6%	1,299.8	3.8%
	高屏	49.8	6.6%	442.0	6.2%	10.9	19.5%	9.51	79.3%	1,468.5	5.9%
	東區	7.2	16.0%	73.2	9.0%	1.8	56.4%	13.61	15.5%	206.5	12.9%
	全區	770.8	57.3%	2,620.3	2.5%	38.9	17.3%	72.18	28.7%	9,028.8	4.4%

註1：資料來源：截至114年8月2日多模態健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

18



醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	項目 分區	申報件數		申報醫療點數		平均每件 醫療點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
114Q2	臺北	286.1	4.6%	348.6	9.3%	1,218.5	4.5%
	北區	121.7	7.3%	158.6	11.2%	1,303.1	3.6%
	中區	320.2	8.5%	361.0	9.8%	1,127.5	1.2%
	南區	187.5	6.7%	235.9	9.6%	1,258.0	2.7%
	高屏	143.5	15.7%	167.1	18.1%	1,164.5	2.2%
	東區	40.7	10.3%	56.6	14.1%	1,391.3	3.5%
	全區	1,099.6	7.9%	1,327.7	11.0%	1,207.4	2.8%

註1：資料來源：截至114年8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

19



醫院中醫科申報醫療 費用點數【費用分類+分區別】

年季	項目 分區	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114Q2	臺北	146.1	8.1%	6.1	3.1%	87.5	5.7%	108.9	14.6%	348.6	9.3%
	北區	71.4	13.7%	2.5	10.4%	35.2	5.5%	49.5	12.1%	158.6	11.2%
	中區	114.2	9.5%	6.6	8.6%	94.9	6.8%	145.2	12.1%	361.0	9.8%
	南區	83.6	9.5%	3.7	7.7%	54.7	7.2%	93.8	11.2%	235.9	9.6%
	高屏	58.4	18.4%	2.9	20.0%	45.6	15.2%	60.1	20.2%	167.1	18.1%
	東區	15.8	9.5%	0.9	7.0%	12.6	6.7%	27.3	21.2%	56.6	14.1%
	合計	489.6	10.7%	22.8	8.4%	330.5	7.5%	484.8	13.9%	1,327.7	11.0%

註1：資料來源：截至114年8月2日多模型健保資料平台。
註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
註3：成長率為與前一年同期比較。
註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年調高針灸、傷科、針傷科支付標準；112年3月調高針傷合併處置費調高為「針灸+傷科治療點數」；114年5月每日藥費調升1點(37點到38點)。

康保險署
Health Insurance

20



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(1)

年季	分區	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114Q2	臺北	35.6	-0.6%	46.4	20.0%	163.0	8.2%	1.7	17.1%
	北區	11.2	6.1%	23.5	9.7%	84.6	11.1%	1.5	28.7%
	中區	55.0	14.6%	97.4	23.7%	101.6	3.7%	1.9	0.8%
	南區	22.7	5.6%	49.2	16.4%	82.2	6.2%	6.4	13.9%
	高屏	20.1	9.7%	37.9	21.2%	60.2	17.6%	2.0	19.5%
	東區	5.8	34.1%	11.3	51.1%	14.3	7.4%	1.1	0.3%
	全區	150.4	8.6%	265.6	20.8%	506.0	8.4%	14.6	13.2%

註1：資料來源：截至114年8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：照護機構中醫醫療照護方案專款之論量計酬費用移列一般服務。

21



醫院中醫科申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	分區	28. 中醫慢性病連續處方調劑		29. 中醫針灸、傷科及脫臼整復		30. 中醫特定疾病門診加強照護		31. 中醫居家(108.6新增)		合計	
		值 (萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114Q2	臺北	155.8	36.9%	92.3	9.3%	4.4	24.0%	3.58	14.1%	348.6	9.3%
	北區	302.0	161.0%	31.6	9.3%	2.0	1.3%	1.18	-2.1%	158.6	11.2%
	中區	40.4	46.9%	91.9	2.5%	6.4	12.3%	6.41	-2.6%	361.0	9.8%
	南區	8.9	-23.2%	62.6	10.1%	7.4	10.7%	5.38	10.0%	235.9	9.6%
	高屏	12.6	-32.2%	37.7	19.5%	6.3	22.3%	2.76	31.9%	167.1	18.1%
	東區	3.9	0.0%	19.7	-1.0%	1.4	60.7%	3.01	14.9%	56.6	14.1%
	全區	523.6	81.1%	335.7	7.9%	27.9	16.6%	22.32	8.7%	1,327.7	11.0%

註1：資料來源：截至114年8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：自112年7月起部分負擔調整申報方式，於門診一次領取慢性病連續處方箋總用藥量，應分開列報為24案件及28案件。

Bureau of National Health Insurance

22



114年第2季整體費用分析解構圖



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

23



中醫專案計畫

- 推動內容：
 - 西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫(112年新增術後疼痛)
 - 中醫提升孕產照護品質計畫(104年新增)
 - 癌症病人加強照護整合方案(114年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)
 - 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4月1日生效)
 - 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(111年新增)
 - *照護機構中醫醫療照護方案專款之論量計酬費用114年移列一般服務)
 - 114年停辦兒童過敏性鼻炎照護計畫

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

24



西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

第1-2季支用222.3百萬點，**預算執行率47.7%**

114Q2

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	15	3,036	33.5	35.8
區域醫院	45	3,963	47.2	53.2
地區醫院	51	1,770	24.9	28.9
總計	111	7,808	105.6	118.0

註：114年全年預算465.9百萬點，第1季支用104.3百萬點，累計至第2季預算執行率47.7%。
資料來源：截至114年8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

25



中醫癌症病人加強照護整合方案

第1-2季支用191.7百萬點，**預算執行率54.4%**

114Q2

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	16	4,989	26.4	38.7
區域醫院	44	4,162	27.2	43.8
地區醫院	29	921	5.9	7.5
基層院所	150	1,802	9.6	11.7
總計	239	11,777	69.1	101.7

註：114年全年預算352.3百萬點，第1季支用90.0百萬點，累計至第2季預算執行率54.4%。
資料來源：截至114年8月2日多模型健保資料平台。

健康保險署
BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE

26



中醫提升孕產照護品質計畫

第1-2季支用37.1百萬點，**預算執行率45.3%**

114Q2

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	9	397	1.8	1.9
區域醫院	14	679	4.2	4.9
地區醫院	12	130	0.6	0.6
基層院所	131	2,245	11.6	12.4
總計	166	3,438	18.2	19.8

註：114年全年預算82.0百萬點，第1季支用17.34百萬點，累計至第2季預算執行率45.3%。
資料來源：截至114年8月2日多模型健保資料平台。

健康保險署
Health Insurance

27



中醫急症處置計畫

第1-2季支用7.432百萬點，**預算執行率74.3%**

114Q2

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	1025	1100	364.9
區域醫院	4	39	41	4.5
地區醫院	1	1	1	0.2
總計	9	1,065	1,142	369.6

註1：114年全年預算10.0百萬點，第1季支用3.736百萬點，累計至第2季預算執行率74.3%。

註2：申報院所數：

114Q1：醫學中心：台北馬偕醫院、台北慈濟醫院、林口長庚醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院

區域醫院：基隆長庚紀念醫院、都立台北醫院、基隆長庚醫院、都立彰化醫院

地區醫院：關山慈濟醫院

114Q2：醫學中心：台北馬偕醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院、林口長庚醫院

區域醫院：基隆長庚紀念醫院、都立台北醫院、都立彰化醫院、嘉義基督教醫院

地區醫院：關山慈濟醫院

資料來源：截至114年8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



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

第1-2季支用79.7百萬點，**預算執行率52.3%**

114Q2

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	11	1,557	4,991	9.1
區域醫院	27	844	3,411	5.7
地區醫院	22	638	2,597	4.3
基層院所	185	3,815	16,765	24.0
總計	245	6,825	27,764	43.1

註：114年全年預算152.4百萬點，第1季支用36.3百萬點，累計至第2季預算執行率52.3%。

料來源：截至114年8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

29



照護機構中醫醫療照護方案(論次)

第1-2季支用3.898百萬點，**預算執行率48.7%**

114Q2

院所層級	院所家數	醫療點數(萬點)
醫學中心	8	15.7
區域醫院	21	43.6
地區醫院	24	38.5
基層院所	78	122.6
總計	131	220.4

註：114年全年預算8.0百萬點，第1季支用1.694百萬點，累計至第2季預算執行率48.7%。

資料來源：截至114年8月2日多模型健保資料平台。

HEALTH DATA AND ANALYTICS DIVISION, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE

30



單位：百萬點

114Q2分區申報專案費用點數

分區別	住院輔助	癌症整合	孕產	急症 (萬點)	腎臟 病	中醫照護 (論次萬點)	合計	占率
臺北	24.0	14.8	2.0	9.3	6.1	32.1	47.4	16.4%
北區	6.2	11.5	1.6	0.6	5.8	28.7	25.4	8.8%
中區	51.8	31.2	7.9	10.6	15.4	81.7	107.2	37.2%
南區	17.7	21.1	4.7	0.6	5.1	35.9	49.0	17.0%
高屏	15.6	20.2	3.4	.	7.6	24.7	47.0	16.3%
東區	2.7	2.8	0.2	348.6	3.0	17.3	12.4	4.3%
全署	118.0	101.7	19.8	369.6	43.1	220.4	288.4	100.0%

註：本表中醫照護含論次點數

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

31

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114年第1季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

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

二、有關114年第1季結算結果說明如下(附件報3-3頁)：

(一)依衛生福利部113年12月11日衛部保字第1131260716號公告

「114年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」略以，增列風險調整移撥款1.5億元，由每季提撥3,750萬元，其中1.1億元用於逐季補助當季浮動點值低於0.9者則補至0.9；另4,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。經統計114年第1季風險調整移撥款撥補就醫率最高分區(中區)1,000萬元；其中北區當季浮動點值未達0.9，移撥該區約2.6百萬元，風險調整移撥款未支用金額1.37億元(頁次:報3-33頁)。

(二)114年第1季各區點值如下表：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
台北	1.00074069	1.00044989	1.00191784
北區	0.90000000	0.94157757	0.94571930
中區	0.95344019	0.97071321	0.97401663
南區	0.96598379	0.98006169	0.98269857
高屏	0.93174182	0.95901857	0.96196394
東區	1.19864035	1.12821585	1.10297225
全區	0.96329406	0.97774345	0.98013698

註：平均點值(含專款)=(一般服務預算+專款結算金額)/(一般服務點數+專款點數)。其中專款點數不含品質保證保留款及獎勵金點數。

(三) 113年第1季各區點值供參(下表)

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
台北	0.87547831	0.92393185	0.92542889
北區	0.80000000	0.88199127	0.88628409
中區	0.82745382	0.89059496	0.89478777
南區	0.84810627	0.90986238	0.91346104
高屏	0.83077676	0.89774416	0.90112693
東區	1.15855914	1.10315679	1.08624815
全區	0.84739423	0.90673270	0.90993371

註1：平均點值(含專款)=(一般服務預算+專款結算金額)/(一般服務點數+專款點數)。其中專款點數不含品質保證保留款及獎勵金點數。

註2：專款包含醫療資源不足地區改善方案、西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫提升孕產照護品質計畫、癌症患者加強照護整合方案、兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、中醫急症處置計畫、中醫提升慢性腎臟病門診加強照護計畫、中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案、網路頻寬補助費用、品質保證保留款之預算及點數。其中113年每季品質保證保留款係以全年實際核發數除以4估算。

(四) 中醫專款計畫：

各專案項目執行情形如下表：

專款項目	114Q1			單位:千元
	當季預算 數 A (註1)	當季暫結金額 D	未支用金 額 (A)-(D)	當季浮動 點值
1. 醫療資源不足地區改善方案(註2)	45,750	32,339	13,411	1.00000000
2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	116,475	104,021	12,454	1.00000000
3. 中醫提升孕產照護品質計畫	20,500	17,306	3,194	1.00000000
4. 癌症患者加強照護整合方案	88,075	89,775	-1,700	0.98027559
5. 中醫急症處置計畫	2,500	3,733	-1,233	0.66956459
6. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	38,100	36,608	1,492	1.00000000
7. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	2,000	1,649	351	1.00000000
8. 品質保證保留款(另行結算)	52,606			

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 114Q1 為 8 家。

註3. 當季暫結金額=1 點/元*當季支用點數。

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：RGBI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次：1

=====

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)114年第1季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

=114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_G114合計) × 各季預算占率(h_q1)

= 32,885,746,511 × 23.482151%(h_q1)

= 7,722,280,653 (D1)

註：

1. 依據113年11月14日「中醫門診總額研商議事會議」113年第4次會議決定，以106-109年及112年之各季核定點數平均占率做為114年各季預算重分配之依據。

114年各季預算占率分別為:第1季：23.482151%，第2季：25.146337%，第3季：25.814848%，第4季：25.556664%。

2. 114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_G114合計)為32,885,746,511元，各季調整後預算如下：

114年第1季預算8,005,293,479元，調整後預算為7,722,280,653元= 32,885,746,511元× 23.482151%(h_q1)。

114年第2季預算8,197,672,804元，調整後預算為8,269,560,643元= 32,885,746,511元× 25.146337%(h_q2)。

114年第3季預算8,090,756,349元，調整後預算為8,489,405,475元= 32,885,746,511元× 25.814848%(h_q3)。

114年第4季預算8,592,023,879元，調整後預算為8,404,499,740元

= 114年全年預算－ 114年第1季調整後預算－ 114年第2季調整後預算－ 114年第3季調整後預算

= 32,885,746,511元－ 7,722,280,653元－ 8,269,560,643元－ 8,489,405,475元

= 8,404,499,740元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 2

(二)114年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G114合計)

項目	112年各季 一般服務醫療 給付費用總額	111年各季校正 投保人口預估 成長率差額	112年 違反特管辦法 之扣款(註1)	113年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	112年各季校正 投保人口預估 成長率差值	113年 違反特管辦法 之扣款(註2)	114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)
	(Q112)	(PEOP111)	(B2)	(Q113) =(Q112+PEOP111 +B2)×(1+4.979%)	(PEOP112)	(B3)	(Q114) =(Q113+PEOP112 +B3)×(1+5.468%)	(C106)
第1季	7,268,440,549	-61,258,146	8,636,931	7,575,094,979	19,427,754	996,976	8,010,842,727	5,549,248
第2季	7,423,342,949	-78,723,909	8,636,931	7,719,374,586	57,682,813	996,976	8,203,358,388	5,685,584
第3季	7,317,059,010	-66,964,220	8,636,931	7,620,143,973	55,467,952	996,976	8,096,365,876	5,609,527
第4季	7,751,275,119	-47,241,356	8,636,932	8,096,684,569	54,540,082	996,976	8,597,985,106	5,961,227
合 計	29,760,117,627	-254,187,631	34,547,725	31,011,298,107	187,118,601	3,987,904	32,908,552,097	22,805,586

項目	114年調整後各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算	醫療資源不足 地區之論量計 酬結算金額
	(OPD_114) =(Q114- C106)	(B4)
第1季	8,005,293,479	51,887,901
第2季	8,197,672,804	0
第3季	8,090,756,349	0
第4季	8,592,023,879	0
合 計	32,885,746,511	51,887,901

=====

註：

1. 113年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q113)
 = (112年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q112)+111年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP111) +112年總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款) × (1+4.979%)。
 ※112年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 34,547,725元，按季均分。
2. 114年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q114)
 = (113年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q113)+112年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP112) +113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+5.468%)。
 ※一般服務成長率為5.468%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.588%，協商因素成長率1.880%。
 ※依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」略以，校正後113年度中醫一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部113.9.3衛部保字第1130139528號交議總額範圍函確認，以前1年度(113年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前1年度(113年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。
 ※114年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 3,987,904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「114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 = 183,000,000

第1季:預算=183,000,000/4= 45,750,000

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： 3,980,987(J1) (浮動點數： 2,620,465；非浮動點數： 1,360,522)

(2)獎勵開業保障給付收入： 5,948,124(J2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3)： 3,980,987(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 5,948,124(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： 2,415,209(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 23,975,900(J7)

(3)小計已支用點數： 26,391,109(J8) 暫結金額= 1元/點× 26,391,109(J8)= 26,391,109(J9)

3. 合計：

已支用點數： 30,372,096(J4+J8)

暫結金額： 32,339,233(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 — 第1季暫結金額= 45,750,000 — 32,339,233= 13,410,767

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 5

=====

第2季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝183,000,000/4＋ 13,410,767＝ 59,160,767

1. 中醫獎勵開業服務計畫：

結算家數： 0

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

(2)獎勵開業保障給付收入： 0(K2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(K3)

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

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 0(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 0(K7)

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

3. 合計：

已支用點數： 0(K4+K8)

暫結金額： 0(K10＝K5+K9)

未支用金額＝ 第2季預算－ 第2季暫結金額＝ 59,160,767－ 0＝ 59,160,767

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 6

第3季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝183,000,000/4＋ 59,160,767＝ 104,910,767

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＝104,910,767－ 0＝104,910,767

=====
 第4季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝183,000,000/4＋104,910,767＝150,660,767

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＝150,660,767－0＝150,660,767

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 8

全年合計:全年預算=183,000,000

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	:	3,980,987(N1)	(浮動點數 : 2,620,465 ; 非浮動點數 : 1,360,522)
(2)獎勵開業保障給付收入	:	5,948,124(N2)	
(3)獎勵開業論次費用	:	0(N3)	
(4)小計已支用點數(N1+N3)	:	3,980,987(N4)	結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 5,948,124(N5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數	:	2,415,209(N6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	:	23,975,900(N7)	
(3)小計已支用點數	:	26,391,109(N8)	結算金額= 26,391,109(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： 30,372,096(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)

= 32,339,233+ 0+ 0+ 0= 32,339,233

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=183,000,000- 32,339,233=150,660,767

註：依據「114年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，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。

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=465,900,000

第1季:預算= 465,900,000/4= 116,475,000

	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：	77,112,001(V01)	74,295,933(VF01)	2,816,068(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,619,075(V02)	10,228,219(VF02)	390,856(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,919,355(V03)	4,683,144(VF03)	236,211(VN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,290,783(V04)	7,855,329(VF04)	435,454(VN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,080,049(V05)	2,783,466(VF05)	296,583(VN05)
(6)小計：	104,021,263(V06)	99,846,091(VF06)	4,175,172(VN06)

已支用點數= 104,021,263

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 104,021,263

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 116,475,000 - 104,021,263= 12,453,737

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 465,900,000/4+ 12,453,737= 128,928,737

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

已支用點數= 0

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 0

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 128,928,737 - 0= 128,928,737

=====

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 465,900,000/4+ 128,928,737= 245,403,737

	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=	245,403,737 -	0=	245,403,737

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 465,900,000/4+ 245,403,737= 361,878,737

	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=	361,878,737 -	0=	361,878,737

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁次：11

全年合計:全年預算＝ 465,900,000

	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：	77,112,001(Z01)	74,295,933(ZF01)	2,816,068(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,619,075(Z02)	10,228,219(ZF02)	390,856(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,919,355(Z03)	4,683,144(ZF03)	236,211(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,290,783(Z04)	7,855,329(ZF04)	435,454(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,080,049(Z05)	2,783,466(ZF05)	296,583(ZN05)
(6)小計：	104,021,263(Z06)	99,846,091(ZF06)	4,175,172(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)

＝ 104,021,263＋ 0＋ 0＋ 0＝ 104,021,263

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 465,900,000 － 104,021,263＝ 361,878,737

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＝ 82,000,000

第1季：

預算＝ 82,000,000/4＝ 20,500,000

已支用點數＝ 17,305,836

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 17,305,836

未支用金額＝ 第1季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數＝ 20,500,000 － 17,305,836＝ 3,194,164

第2季：

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 20,500,000＋ 3,194,164＝ 23,694,164

已支用點數＝ 0

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第2季預算 － 1元/點× 第2季已支用點數＝ 23,694,164 － 0＝ 23,694,164

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 12

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 20,500,000+ 23,694,164= 44,194,164

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= 44,194,164 - 0= 44,194,164

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 20,500,000+ 44,194,164= 64,694,164

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= 64,694,164 - 0= 64,694,164

全年合計:

全年預算= 82,000,000

已支用點數= 17,305,836

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

= 17,305,836+ 0+ 0+ 0= 17,305,836

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 82,000,000 - 17,305,836= 64,694,164

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

=====

(四)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=352,300,000

第1季:預算= 352,300,000/4= 88,075,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：	23,230,096	19,826,037	3,404,059
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	33,471,327	33,471,327	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,937,535	2,937,535	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	9,621,223	9,621,223	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	8,203,613	8,203,613	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	5,939,159	5,763,833	175,326
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,122,856	1,122,856	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,482,388	2,482,388	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,079,623	2,079,623	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	130,154	130,154	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	226,057	226,057	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	331,130	331,130	0
(13)小計：	89,775,161	86,195,776	3,579,385

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 89,775,161

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 88,075,000 - 89,775,161= -1,700,161

浮動點值= (第1季預算- 非浮動點數)/ (浮動點數)= (88,075,000- 3,579,385)/ 86,195,776= 0.98027559

=====

第2季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 88,075,000＋

0＝ 88,075,000

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

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 0

未支用金額＝ 第2季預算 － 1元/點× 第2季已支用點數＝ 88,075,000 －

0＝ 88,075,000

=====

第3季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 88,075,000＋ 88,075,000＝ 176,150,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	0	0	0
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(13)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＝ 176,150,000 － 0＝ 176,150,000

=====

第4季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 88,075,000＋ 176,150,000＝ 264,225,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	0	0	0
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(13)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＝ 264,225,000 －	0＝	264,225,000	

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 17

全年合計：全年預算＝ 352,300,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：	23,230,096	19,826,037	3,404,059
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	33,471,327	33,471,327	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,937,535	2,937,535	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	9,621,223	9,621,223	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	8,203,613	8,203,613	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	5,939,159	5,763,833	175,326
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,122,856	1,122,856	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,482,388	2,482,388	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,079,623	2,079,623	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	130,154	130,154	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	226,057	226,057	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	331,130	331,130	0
(13)小計：	89,775,161	86,195,776	3,579,385

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)

＝88,075,000＋0＋0＋0＝88,075,000

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝352,300,000－88,075,000＝264,225,000

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

=====

(五)中醫急症處置計畫 全年預算＝10,000,000

第1季:

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

$$\text{已支用點數} = 3,732,952 \quad (\text{浮動點數}: 3,731,295 \quad \text{非浮動點數}: 1,657)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 3,732,952$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 2,500,000 - 3,732,952 = -1,232,952$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (2,500,000 - 1,657) / 3,731,295 = 0.66956459$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 0 + 0 = 2,500,000$$

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

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

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

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 0 + 2,500,000 = 5,000,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 5,000,000 - 0 = 5,000,000$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 0 + 5,000,000 = 7,500,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 7,500,000 - 0 = 7,500,000$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 3,732,952 \quad (\text{浮動點數}: 3,731,295 \quad \text{非浮動點數}: 1,657)$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 10,000,000 - 2,500,000 = 7,500,000$$

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。

(六)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 全年預算=152,400,000

第1季:

預算= 152,400,000/4= 38,100,000

已支用點數 = 36,607,995 (浮動點數: 36,607,995 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 36,607,995

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 38,100,000 - 36,607,995 = 1,492,005

第2季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 38,100,000 + 1,492,005 = 39,592,005

已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數 = 39,592,005 - 0 = 39,592,005

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 38,100,000 + 39,592,005 = 77,692,005

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 = 77,692,005 - 0 = 77,692,005

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 38,100,000 + 77,692,005 = 115,792,005

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 = 115,792,005 - 0 = 115,792,005

=====

全年合計：

全年預算 = 152,400,000

已支用點數 = 36,607,995 (浮動點數：36,607,995 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)

= 36,607,995 + 0 + 0 + 0 = 36,607,995

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 152,400,000 - 36,607,995 = 115,792,005

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。

(七)中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 全年預算 = 8,000,000

第1季：

預算 = 8,000,000/4 = 2,000,000

已支用點數：1,649,000 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,649,000

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 2,000,000 - 1,649,000 = 351,000

第2季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 2,000,000 + 351,000 = 2,351,000

已支用點數：0 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點×第2季已支用點數 = 2,351,000 - 0 = 2,351,000

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 2,000,000 + 2,351,000 = 4,351,000

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 = 4,351,000 - 0 = 4,351,000

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 21

=====
第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 2,000,000 + 4,351,000 = 6,351,000

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 = 6,351,000 - 0 = 6,351,000

全年合計:

全年預算 = 8,000,000

已支用點數 = 1,649,000

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)

= 1,649,000+ 0+ 0+ 0= 1,649,000

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 8,000,000 - 1,649,000= 6,351,000

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，各季預算採浮動點值支付，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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 22

(八)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+114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%)+29,800,000

= (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%+29,800,000

= 5,549,248+ 5,685,584+ 5,609,527+ 5,961,227+29,800,000

=52,605,586

	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
1. 106年編列之品質保證保留款預算	5,549,248	5,685,584	5,609,527	5,961,227	22,805,586
2. 114年編列之品質保證保留款預算	7,450,000	7,450,000	7,450,000	7,450,000	29,800,000
3. 合計	12,999,248	13,135,584	13,059,527	13,411,227	52,605,586

註:為利計算各季含專款之平均點值，爰將品質保證保留款之預算四季均分。

※依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第113360008號公告「114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114年度之品質保證保留款(29.8百萬元)合併運用(計52.6百萬元)。

三、各分區一般服務費用總額(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 7,722,280,653 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 51,887,901 (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 7,670,392,752 (E)

各分區醫療資源不足地區改善方案_論量計酬：

就醫分區	浮動點數	非浮動點數	合 計	論量計酬結算金額
臺北	3,672,314	1,442,431	5,114,745	5,114,745
北區	8,089,196	4,486,923	12,576,119	12,576,119
中區	5,581,668	2,450,127	8,031,795	8,031,795
南區	6,481,080	3,126,685	9,607,765	9,607,765
高屏	9,299,402	-3,834,263	5,465,139	5,465,139
東區	7,993,024	3,099,314	11,092,338	11,092,338
合計	41,116,684	10,771,217	51,887,901(B2)	51,887,901(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% = 7,670,392,752 × 2.22% = 170,282,719 (加總後四捨五入至整數位)

(三)扣除風險調整移撥款(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D2_5) = (E) × 97.78% - 37,500,000 = 7,462,610,033 (加總後四捨五入至整數位)(註3)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 65% = 7,462,610,033 × 65% = 4,850,696,521 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 16% = 7,462,610,033 × 16% = 1,194,017,605 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 9% = 7,462,610,033 × 9% = 671,634,903 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 4% = 7,462,610,033 × 4% = 298,504,401 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 7,462,610,033 × 5% = 373,130,502 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 7,462,610,033 - 4,850,696,521 - 1,194,017,605 - 671,634,903 - 298,504,401 - 373,130,502 = 74,626,101

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次：24

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q1+97Q1+98Q1		113年2月		113年1~3月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 =(Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	各區就醫 次數比率加總 (a)	全區 就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後 指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	3,748,499,441	28.8812%	7,522,694	32.8649%	951,055.436048		29.4368%	29.9806%
北區	1,545,478,864	11.9075%	3,901,143	17.0432%	467,378.944972		14.4662%	14.7335%
中區	3,528,900,120	27.1892%	4,561,159	19.9266%	802,534.792509		24.8398%	25.2987%
南區	1,966,439,444	15.1509%	3,266,068	14.2687%	456,042.450199		14.1153%	14.3761%
高屏	2,189,713,132	16.8712%	3,638,698	15.8966%	495,222.804684		15.3280%	15.6111%
東區					58,601.571396			
小計	12,979,031,001	100.0000%	22,889,762	100.0000%	3,230,835.999808	3,230,836	98.1861%	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 25

指標4(註7)(S4)								
去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差								
指標								
計算期間	113年1~3月							
分區	人數利用 率成長率 (p)	醫療費 用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註4)	各分區各季經指 標4加權後之預算 (Ai4) =(Ai1)×(1+指標4權值)	指標4占率 =(Ai4/ΣAi4)
臺北	-0.051467	-0.044212	-0.007255	2	0.00	3,748,499,441	3,748,499,441	28.8812%
北區	-0.036915	-0.045123	0.008208	1	0.00	1,545,478,864	1,545,478,864	11.9075%
中區	-0.043503	-0.023805	-0.019698	4	0.00	3,528,900,120	3,528,900,120	27.1892%
南區	-0.049990	-0.033479	-0.016511	3	0.00	1,966,439,444	1,966,439,444	15.1509%
高屏	-0.060750	-0.023402	-0.037348	5	0.00	2,189,713,132	2,189,713,132	16.8712%
小計						12,979,031,001	12,979,031,001	100.0000%
指標5(註8)(S5)								
當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率								
指標								
計算期間	113年11月							
分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指 標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)		指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)			
臺北	0.000462	3,748,499,441	3,750,231,248		29.0852%			
北區	-0.002753	1,545,478,864	1,541,224,161		11.9531%			
中區	-0.011944	3,528,900,120	3,486,750,937		27.0418%			
南區	-0.012213	1,966,439,444	1,942,423,319		15.0646%			
高屏	-0.007489	2,189,713,132	2,173,314,370		16.8553%			
小計		12,979,031,001	12,893,944,035		100.0000%			

(五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	28.8812%	32.8649%	29.9806%	28.8812%	29.0852%
北區	11.9075%	17.0432%	14.7335%	11.9075%	11.9531%
中區	27.1892%	19.9266%	25.2987%	27.1892%	27.0418%
南區	15.1509%	14.2687%	14.3761%	15.1509%	15.0646%
高屏	16.8712%	15.8966%	15.6111%	16.8712%	16.8553%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註9)：

$$\begin{aligned}
 \text{第1季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 74,626,101 - 9,040,218 \\
 &= 65,585,883
 \end{aligned}$$

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	0.98526209	34,994,410	515,746
北區	0.86819460	19,595,089	2,582,741
中區	0.90612821	23,302,735	2,187,473
南區	0.93411299	36,275,110	2,390,055
高屏	0.95721764	31,887,123	1,364,203
小計		146,054,467	9,040,218(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁次：27

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

分區	預算(Ga) =GAx指標1占率	預算(Gb) =GBx指標2占率	預算(Gc) =GCx指標3占率	預算(Gd) =GDx指標4占率	預算(Ge) =GEx指標5占率	第1季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,400,939,364	392,412,692	201,360,174	86,211,653	108,525,753	18,941,990	2,208,391,626
北區	577,596,688	203,498,808	98,955,328	35,544,412	44,600,662	7,809,639	968,005,537
中區	1,318,865,578	237,927,112	169,914,899	81,160,959	100,901,204	17,832,277	1,926,602,029
南區	734,924,179	170,370,790	96,554,905	45,226,103	56,210,618	9,936,852	1,113,223,447
高屏	818,370,712	189,808,203	104,849,597	50,361,274	62,892,265	11,065,125	1,237,347,176
小計	4,850,696,521	1,194,017,605	671,634,903	298,504,401	373,130,502	65,585,883	7,453,569,815

(八)調整後分區一般服務預算總額(加總BD2)

	扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算	7,670,392,752 (E)
—	當季風險調整移撥款(含撥補當季浮動點值<0.9之預算及撥予當季就醫率最高之分區)	37,500,000 (D7+G)
—	偏鄉人口預算分配調升機制補至1元所需預算	9,040,218 (M1)
調整後分區一般服務預算總額		7,623,852,534 (加總BD2)

註：

1. 依據「114年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」辦理。
2. 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
3. 風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥150百萬元。由每季提撥37.5百萬元。分配方式：
 - (1)其中110百萬元用於補助點值，補助方式自114年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。(2)其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.9元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各分區補助金額)。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依114年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
 - (2)其中40百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。
4. 為避免東區分區及其他5分區一般服務預算總額加總後與調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = 調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1) - 東區分區一般服務預算總額 (D6)。
5. 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
 - (1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
 - (2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
6. 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
 - (1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：Σ各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣAi2)。
 - (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。
7. 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率
 - (1)分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)；分母：Σ各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣAi3)。
 - (2)條件說明：保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人；資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害案件(案件分類B6)」、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。
 - (3)計算步驟：計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，計算每位病患於各區就醫次數(a)，計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)=每位病患於各區就醫次數(a)/Σ每位病患於各區就醫次數(a)，各區每位病患之就醫次數比率(T)=各區Σ每位病患於各區就醫次數比率(Σa%)，計算各區每人就醫次數之權值(K1)=各區每位病患之就醫次數比率(T)/全國就醫人數(p)，扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值(ΣK1)。
8. 指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)
 - (1)保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
 - (2)人數利用率成長率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(112年該季/111年同期)-1。
 - (3)醫療費用點數成長率(r)：(112年該季申報醫療費用點數/111年同期申報醫療費用點數)-1。
 - (4)各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類B6)」、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。
 - (5)本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。(p-r)產生的最大值中，其值大於0且p值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且r值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。
9. 指標5：當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率
 - (1)分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母：Σ各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。

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

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

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

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

= -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 ≤ 全國平均值：

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

= +5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

c. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和(Σdr_peop)

= 各分區 Σ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

※成長率之計算係與前季季中比較。

10. 指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

(3)條件說明：

a. 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地離島地區

(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之院所須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)113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 $Ty = \Sigma$ 該區各季 $Ts + \Sigma$ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

b. 成長率=(114年該區 $yT / 113$ 年該區 $yT) - 1$ 。

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

(2)撥補程序

a. 於114年第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算 Ty 負成長之分區補至零成長。

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

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

=====

四、估算東區以外五分區一般服務各分區浮動點值之計算

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

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1,340,768,750(BF)	866,562,575(BG)	67,213(BJ)
2-北區分區	602,246,508(BF)	428,558,260(BG)	43,286(BJ)
3-中區分區	1,254,902,484(BF)	740,079,204(BG)	48,358(BJ)
4-南區分區	665,780,907(BF)	470,074,826(BG)	15,058(BJ)
5-高屏分區	774,634,645(BF)	515,581,967(BG)	5,716(BJ)
6-東區分區	97,421,012(BF)	53,501,422(BG)	8,541(BJ)
7-合計	4,735,754,306(GF)	3,074,358,254(GG)	188,172(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁次：31

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

— 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)

— 各分區自墊核退點數(BJ)]

／ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區 = [2,208,391,626 — 866,562,575 — 67,213]／ 1,340,768,750 = 1.00074069(點值排序：1)

北區分區 = [968,005,537 — 428,558,260 — 43,286]／ 602,246,508 = 0.89565316(點值排序：5)

中區分區 = [1,926,602,029 — 740,079,204 — 48,358]／ 1,254,902,484 = 0.94547145(點值排序：3)

南區分區 = [1,113,223,447 — 470,074,826 — 15,058]／ 665,780,907 = 0.96598379(點值排序：2)

高屏分區 = [1,237,347,176 — 515,581,967 — 5,716]／ 774,634,645 = 0.93174182(點值排序：4)

東區分區 = [170,282,719 — 53,501,422 — 8,541]／ 97,421,012 = 1.19864035

3. 風險調整移撥款(含撥補當季浮動點值<0.9之分區及撥予就醫最高分區)全年預算150,000,000元

未支用金額=補助點值剩餘款(I)+移撥就醫率最高剩餘款(H)= 107,382,904+30,000,000= 137,382,904元

(1)風險移撥款(用於補助點值)：全年110,000,000元 累計至前一季已支用金額= 0 未支用金額=本季風險調整移撥款(用於補助點值之預算)=110,000,000元(G)

分區	分區 一般服務 預算總額	分區 一般服務 預算總額 (不含東區)	本季未支用 風險調整 撥款(用 於補助點 值)之預算	撥補前 五分區估算 浮動點值	風險調整移撥 款撥補當季浮 動點值至0.9 之差額	114年第1季風 險調整移撥款 (用於就醫率最 高分區)之金額	累計至本季 風險調整 移撥款(用 於補助點 值)之剩餘款	撥補後 五分區估算 浮動點值	風險調整移撥 款撥補後一般 服務預算
	(BD2)	(BD3)	(G)	(Z)	(F)	(J)	(I)= (G)-(F)	(Z1)	(BD4)= (BD2)+(F)+(J)
臺北	2,208,391,626	2,208,391,626		1.00074069	0	0	0	1.00074069	2,208,391,626
北區	968,005,537	968,005,537		0.89565316	2,617,866	0	0	0.90000000	970,623,403
中區	1,926,602,029	1,926,602,029		0.94547145	0	10,000,000	0	0.95344019	1,936,602,029
南區	1,113,223,447	1,113,223,447		0.96598379	0	0	0	0.96598379	1,113,223,447
高屏	1,237,347,176	1,237,347,176		0.93174182	0	0	0	0.93174182	1,237,347,176
東區	170,282,719	-		-	0	0	-	-	170,282,719
合計	7,623,852,534	7,453,569,815	110,000,000		2,617,866	10,000,000	107,382,134		7,636,470,400

(2)風險調整移撥款(按季均分,撥予當季就醫率最高之分區)全年預算：40,000,000元 未支用金額=全年預算-累計至本季之支用金額=30,000,000元(H)

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150百萬元。由每季提撥37.5百萬元。分配方式：

1. 其中110百萬元用於補助點值,補助方式自114年第1季開始執行,逐季使用至預算使用完畢為止。其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.9元之差值(但最高不大於點值第二低的分區),當季經費若有結餘,則流用至下季;若當季經費不足時,實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各分區補助金額)。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額,並依114年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

2. 其中40百萬元按季均分,撥予當季就醫率最高之分區。註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。

3. 風險調整移撥款撥補當季浮動點值至0.9之差額(F)=0.9×各分區一般服務核定浮動點數(BF)-撥補前五分區估算浮動點值(Z)×各分區一般服務核定浮動點數(BF)

4. 撥補後五分區估算浮動點值(Z1)= [風險調整移撥款撥補後一般服務預算(BD4)－各分區一般服務核定非浮動點數(BG)－各分區自墊核退點數(BJ)]／各分區一般服務核定浮動點數(BF)

=====

五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD4)

— 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)

— 各分區自墊核退點數(BJ)]

／ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [2,208,391,626	—	866,562,575	—	67,213]	／ 1,340,768,750 = 1.00074069
北區分區	= [970,623,403	—	428,558,260	—	43,286]	／ 602,246,508 = 0.90000000
中區分區	= [1,936,602,029	—	740,079,204	—	48,358]	／ 1,254,902,484 = 0.95344019
南區分區	= [1,113,223,447	—	470,074,826	—	15,058]	／ 665,780,907 = 0.96598379
高屏分區	= [1,237,347,176	—	515,581,967	—	5,716]	／ 774,634,645 = 0.93174182
東區分區	= [170,282,719	—	53,501,422	—	8,541]	／ 97,421,012 = 1.19864035

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(BD4)

— 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)

= [7,636,470,400 — 3,074,358,254 — 188,172] / 4,735,754,306 = 0.96329406

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(BD4))

／ [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	= [2,208,391,626	]	／ [1,340,768,750 + 866,562,575	+	67,213]	= 1.00044989
北區分區	= [970,623,403	]	／ [602,246,508 + 428,558,260	+	43,286]	= 0.94157757
中區分區	= [1,936,602,029	]	／ [1,254,902,484 + 740,079,204	+	48,358]	= 0.97071321
南區分區	= [1,113,223,447	]	／ [665,780,907 + 470,074,826	+	15,058]	= 0.98006169
高屏分區	= [1,237,347,176	]	／ [774,634,645 + 515,581,967	+	5,716]	= 0.95901857
東區分區	= [170,282,719	]	／ [97,421,012 + 53,501,422	+	8,541]	= 1.12821585

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)

= [7,636,470,400] / [4,735,754,306 + 3,074,358,254 + 188,172] = 0.97774345

5. 中醫門診總額平均點值

=[加總風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD4)+ 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(不含品質保證保留款及獎勵金)+ 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)]

臺北分區	= [2,208,391,626 + 48,189,681 + 5,114,745]			
	／ [1,340,768,750 + 866,562,575 + 67,213 + 44,853,498 + 5,114,745]			= 1.00191784
北區分區	= [970,623,403 + 28,130,882 + 12,576,119]			
	／ [602,246,508 + 428,558,260 + 43,286 + 25,952,758 + 12,576,119]			= 0.94571930
中區分區	= [1,936,602,029 + 100,447,837 + 8,031,795]			
	／ [1,254,902,484 + 740,079,204 + 48,358 + 96,575,483 + 8,031,795]			= 0.97401663
南區分區	= [1,113,223,447 + 49,335,471 + 9,607,765]			
	／ [665,780,907 + 470,074,826 + 15,058 + 47,325,335 + 9,607,765]			= 0.98269857
高屏分區	= [1,237,347,176 + 53,859,127 + 5,465,139]			
	／ [774,634,645 + 515,581,967 + 5,716 + 52,254,369 + 5,465,139]			= 0.96196394
東區分區	= [170,282,719 + 15,534,576 + 11,092,338]			
	／ [97,421,012 + 53,501,422 + 8,541 + 16,503,058 + 11,092,338]			= 1.10297225
全 區	= [7,636,470,400 + 295,497,574 + 51,887,901]			
	／ [4,735,754,306 + 3,074,358,254 + 188,172 + 283,464,501 + 51,887,901]			= 0.98013698

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 + 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(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) + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 品質保證保留款預算

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 114年品質保證保留款預算 / 4

*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算 = (106年各季預算 + 114年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

六、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月113/12(含)以前:於114/04/01～114/06/30期間核付者。

費用年月114/01～114/03:於114/01/01～114/06/30期間核付者。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 34

七、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
113年 第1季	2,050,202,035	922,654,105	1,795,614,121	1,038,746,157	1,152,372,879	6,959,589,297
第2季	0	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_113)	2,050,202,035	922,654,105	1,795,614,121	1,038,746,157	1,152,372,879	6,959,589,297
114年 第1季	2,208,391,626	970,623,403	1,936,602,029	1,113,223,447	1,237,347,176	7,466,187,681
第2季	0	0	0	0	0	0
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_114)	2,208,391,626	970,623,403	1,936,602,029	1,113,223,447	1,237,347,176	7,466,187,681
預算成長率	7.72%	5.20%	7.85%	7.17%	7.37%	7.28%

※預算成長率＝〔114年全年分區預算(BD_114)/113年全年分區預算(BD_113)－1〕×100%。

第4季時呈現:若成長率皆未小於0，則加下列文字：※各分區預算全年成長率皆未小於0，各分區預算不須撥補。

八、補充資料：本資料呈現若未採「中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」，一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

(一) 扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	1,204,302,438(BF)	0.98526209	-----	769,721,628
	2-北區分區	125,189,158	0.98526209	123,344,131	102,853,801
	3-中區分區	115,758,270	0.98526209	114,052,235	73,881,058
	4-南區分區	55,971,423	0.98526209	55,146,521	40,968,999
	5-高屏分區	74,634,545	0.98526209	73,534,588	51,525,143
	6-東區分區	11,808,742	0.98526209	11,634,706	6,650,999
	7-合計	1,587,664,576(GF)		377,712,181(AF)	1,045,601,628(BG)
2-北區分區	1-臺北分區	75,885,405	0.86819460	65,883,299	55,622,517
	2-北區分區	446,193,241(BF)	0.86819460	-----	302,528,719
	3-中區分區	48,807,919	0.86819460	42,374,772	33,559,456
	4-南區分區	23,039,433	0.86819460	20,002,711	17,531,755
	5-高屏分區	15,460,174	0.86819460	13,422,440	10,936,982
	6-東區分區	2,254,211	0.86819460	1,957,094	1,269,270
	7-合計	611,640,383(GF)		143,640,316(AF)	421,448,699(BG)
3-中區分區	1-臺北分區	23,754,386	0.90612821	21,524,519	16,180,797
	2-北區分區	15,250,005	0.90612821	13,818,460	11,631,180
	3-中區分區	1,038,393,042(BF)	0.90612821	-----	598,264,764
	4-南區分區	22,771,303	0.90612821	20,633,720	17,748,150
	5-高屏分區	12,341,660	0.90612821	11,183,126	8,852,149
	6-東區分區	1,746,699	0.90612821	1,582,733	926,031
	7-合計	1,114,257,095(GF)		68,742,558(AF)	653,603,071(BG)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 36

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	18,903,078	0.93411299	17,657,611	12,378,771
	2-北區分區	8,364,300	0.93411299	7,813,201	6,348,338
	3-中區分區	32,778,004	0.93411299	30,618,359	22,083,681
	4-南區分區	531,508,951(BF)	0.93411299	-----	367,608,546
	5-高屏分區	29,150,164	0.93411299	27,229,547	21,614,285
	6-東區分區	1,457,600	0.93411299	1,361,563	804,918
7-合計		622,162,097(GF)		84,680,281(AF)	430,838,539(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	13,719,891	0.95721764	13,132,922	9,569,501
	2-北區分區	5,865,701	0.95721764	5,614,752	4,202,782
	3-中區分區	16,648,247	0.95721764	15,935,996	10,755,631
	4-南區分區	31,236,957	0.95721764	29,900,566	25,226,436
	5-高屏分區	640,648,366(BF)	0.95721764	-----	420,782,702
	6-東區分區	2,221,600	0.95721764	2,126,555	1,352,737
7-合計		710,340,762(GF)		66,710,791(AF)	471,889,789(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	4,203,552	1.18146644	4,966,356	3,089,361
	2-北區分區	1,384,103	1.18146644	1,635,271	993,440
	3-中區分區	2,517,002	1.18146644	2,973,753	1,534,614
	4-南區分區	1,252,840	1.18146644	1,480,188	990,940
	5-高屏分區	2,399,736	1.18146644	2,835,208	1,870,706
	6-東區分區	77,932,160(BF)	1.18146644	-----	42,497,467
7-合計		89,689,393(GF)		13,890,776(AF)	50,976,528(BG)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 37

(二)醫療資源不足地區之論量計酬一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	3,362,401(BF)	0.98526209	-----	1,332,506
	2-北區分區	669,325	0.98526209	659,461	392,619
	3-中區分區	294,979	0.98526209	290,632	140,699
	4-南區分區	235,901	0.98526209	232,424	120,825
	5-高屏分區	305,318	0.98526209	300,818	-294,521
	6-東區分區	1,023,400	0.98526209	1,008,317	364,690
	7-合計	5,891,324(GF)		2,491,652(AF)	2,056,818(BG)
2-北區分區	1-臺北分區	177,833	0.86819460	154,394	55,864
	2-北區分區	7,130,715(BF)	0.86819460	-----	3,922,838
	3-中區分區	321,354	0.86819460	278,998	204,428
	4-南區分區	87,936	0.86819460	76,346	44,014
	5-高屏分區	92,012	0.86819460	79,884	35,314
	6-東區分區	215,650	0.86819460	187,226	86,495
	7-合計	8,025,500(GF)		776,848(AF)	4,348,953(BG)
3-中區分區	1-臺北分區	38,736	0.90612821	35,100	12,911
	2-北區分區	156,143	0.90612821	141,486	96,171
	3-中區分區	4,807,601(BF)	0.90612821	-----	2,046,973
	4-南區分區	143,867	0.90612821	130,362	60,651
	5-高屏分區	157,719	0.90612821	142,914	-145,969
	6-東區分區	113,971	0.90612821	103,272	62,131
	7-合計	5,418,037(GF)		553,134(AF)	2,132,868(BG)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 38

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
4-南區分區	1-臺北分區	44,096	0.93411299	41,191	22,010
	2-北區分區	53,448	0.93411299	49,926	32,782
	3-中區分區	97,850	0.93411299	91,403	35,901
	4-南區分區	5,884,867(BF)	0.93411299	-----	2,822,666
	5-高屏分區	144,274	0.93411299	134,768	70,915
	6-東區分區	52,507	0.93411299	49,047	29,526
7-合計		6,277,042(GF)		366,335(AF)	3,013,800(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	22,838	0.95721764	21,861	10,089
	2-北區分區	57,941	0.95721764	55,462	32,172
	3-中區分區	51,933	0.95721764	49,711	19,869
	4-南區分區	121,876	0.95721764	116,662	71,797
	5-高屏分區	8,574,339(BF)	0.95721764	-----	-3,507,624
	6-東區分區	113,113	0.95721764	108,274	55,334
7-合計		8,942,040(GF)		351,970(AF)	-3,318,363(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	26,410	1.18146644	31,203	9,051
	2-北區分區	21,624	1.18146644	25,548	10,341
	3-中區分區	7,951	1.18146644	9,394	2,257
	4-南區分區	6,633	1.18146644	7,837	6,732
	5-高屏分區	25,740	1.18146644	30,411	7,622
	6-東區分區	6,474,383(BF)	1.18146644	-----	2,501,138
7-合計		6,562,741(GF)		104,393(AF)	2,537,141(BG)

(三)一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數合計

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1-臺北分區	1,207,664,839(BF)	0.98526209	-----	771,054,134	67,213
	2-北區分區	125,858,483	0.98526209	124,003,592	103,246,420	
	3-中區分區	116,053,249	0.98526209	114,342,867	74,021,757	
	4-南區分區	56,207,324	0.98526209	55,378,946	41,089,824	
	5-高屏分區	74,939,863	0.98526209	73,835,406	51,230,622	
	6-東區分區	12,832,142	0.98526209	12,643,023	7,015,689	
	7-合計	1,593,555,900(GF)		380,203,834(AF)	1,047,658,446(BG)	67,213(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	76,063,238	0.86819460	66,037,692	55,678,381	43,286
	2-北區分區	453,323,956(BF)	0.86819460	-----	306,451,557	
	3-中區分區	49,129,273	0.86819460	42,653,770	33,763,884	
	4-南區分區	23,127,369	0.86819460	20,079,057	17,575,769	
	5-高屏分區	15,552,186	0.86819460	13,502,324	10,972,296	
	6-東區分區	2,469,861	0.86819460	2,144,320	1,355,765	
	7-合計	619,665,883(GF)		144,417,163(AF)	425,797,652(BG)	43,286(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	23,793,122	0.90612821	21,559,619	16,193,708	48,358
	2-北區分區	15,406,148	0.90612821	13,959,945	11,727,351	
	3-中區分區	1,043,200,643(BF)	0.90612821	-----	600,311,737	
	4-南區分區	22,915,170	0.90612821	20,764,082	17,808,801	
	5-高屏分區	12,499,379	0.90612821	11,326,040	8,706,180	
	6-東區分區	1,860,670	0.90612821	1,686,006	988,162	
	7-合計	1,119,675,132(GF)		69,295,692(AF)	655,735,939(BG)	48,358(BJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3408R02

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：114/08/20

114年第 1季

結算主要費用年月起迄:114/01—114/03

核付截止日期:114/06/30

頁 次： 40

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數	自墊核退點數
4-南區分區	1-臺北分區	18,947,174	0.93411299	17,698,801	12,400,781	
	2-北區分區	8,417,748	0.93411299	7,863,128	6,381,120	
	3-中區分區	32,875,854	0.93411299	30,709,762	22,119,582	
	4-南區分區	537,393,818(BF)	0.93411299	-----	370,431,212	15,058
	5-高屏分區	29,294,438	0.93411299	27,364,315	21,685,200	
	6-東區分區	1,510,107	0.93411299	1,410,611	834,444	
	7-合計	628,439,139(GF)		85,046,617(AF)	433,852,339(BG)	15,058(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	13,742,729	0.95721764	13,154,783	9,579,590	
	2-北區分區	5,923,642	0.95721764	5,670,215	4,234,954	
	3-中區分區	16,700,180	0.95721764	15,985,707	10,775,500	
	4-南區分區	31,358,833	0.95721764	30,017,228	25,298,233	
	5-高屏分區	649,222,705(BF)	0.95721764	-----	417,275,078	5,716
	6-東區分區	2,334,713	0.95721764	2,234,828	1,408,071	
	7-合計	719,282,802(GF)		67,062,761(AF)	468,571,426(BG)	5,716(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	4,229,962	1.18146644	4,997,558	3,098,412	
	2-北區分區	1,405,727	1.18146644	1,660,819	1,003,781	
	3-中區分區	2,524,953	1.18146644	2,983,147	1,536,871	
	4-南區分區	1,259,473	1.18146644	1,488,025	997,672	
	5-高屏分區	2,425,476	1.18146644	2,865,618	1,878,328	
	6-東區分區	84,406,543(BF)	1.18146644	-----	44,998,605	8,541
	7-合計	96,252,134(GF)		13,995,167(AF)	53,513,669(BG)	8,541(BJ)

報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案。

說明：

- 一、依據本署 112 年 12 月 21 日健保醫字第 1120665398 號公告之「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」(附件 1，頁次 4-2 頁)辦理。
- 二、113 年原預算計有 80,205,586 元，扣除 112 年申復核定補付 58,895 元，可支用預算為 80,146,691 (表 1，報 4-13 頁)。
- 三、特約中醫家數共計 4,290 家，其中 3,190 家中醫院所領取品保款(約占全區中醫院所 74.4%)，每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算數與實際核發數有差距，實際核發 80,146,703 元，與預算數相較差距 12 元(表 2，報 4-14 頁)，其差額由健保基金支應。
- 四、符合各項指標之分區院所分布(表 3，報 4-15 頁及表 4，報 4-16 頁)，各層級符合分配條件之家數(表 5，報 4-16 頁)及領取金額(表 6，報 4-17 頁)。
- 五、本署已於 114 年 7 月 25 日前完成品質保證保留款撥款作業，並請院所自 VPN 下載「中醫總額核發品質保證保留款」收入金額(含不核發)明細表；院所若提出申復等行政救濟事宜並經審核同意列入核發者，將依方案規定，自次年度中醫門診總額品質保留款項下支應。

決定：

全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案

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

壹、依據：

依據全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、預算來源：

全民健康保險年度中醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、支用條件：

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

伍、預算分配方式：

一、核算基礎：

（一）該院所之核算基礎(A)

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

說明：當年申報醫療服務點數及年平均核付率以次年1月底為截止點。

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

各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=

60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數

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

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

陸、核發資格：

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

二、符合核發品質保證保留款資格核定分數計算：

1. 符合本方案第捌點第一項者，給予核定分數20分。
2. 符合本方案第捌點第二項者，給予核定分數15分。
3. 符合第捌點第三至六項者，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、未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。(註4)

七、未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」(詳附件)之院所。

捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則：

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

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

三、為鼓勵中醫師提供假日看診服務減少民眾就診不便，中醫門診特約醫事服務機構當年度於週日看診超過30天(含)以上者，依核算基礎(A)加計10%；超過45天(含)以上者，依核算基礎(A)加計20%(註5)。

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

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%(註6)。

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)。

玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：

- 一、保險醫事服務機構之中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定修滿繼續教育點數(每年20點)者，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎(A)。
 - 二、「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」超過80百分位者，核算基礎(A)減計20% (註8)。
 - 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)。
 - 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)。
 - 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)。
- 拾、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，並報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

中醫門診總額品質保證保留款實施方案各項指標操作定義

-適用範圍含醫院附設中醫部門

指標項目	操作型定義
註1：年平均核付率	$(\text{全年初核核定點數})/(\text{全年申請點數}+\text{部分負擔})$
註2：當年度在前一年12月每萬人口中醫師數3.0(含)以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。	資料範圍：以前一年12月「內政部戶政司戶籍人口數」及「醫事人員公務統計檔」計算之。
註3：年平均核減率	$(\text{全年複核核減點數})/(\text{全年申請點數}+\text{部分負擔})$ [註]未完成複核月份以初核核減率計算，截取時間點為次年2月底(傳票日期)前。
註4：未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。	保險人未曾撥付當年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」「補助網路月租費」之中醫院所。
註5：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)及中醫慢性病連續處方調劑(案件分類28)

指標項目	操作型定義
	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=Σ(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(無本方案第柒、捌、玖點之情事)者 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算×(A)×60%/Σ(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×(A)×(60%+10%) / Σ (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× A×(60%+100%+10%-10%) / Σ 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	中醫醫師證書字號	上課日期	
			台號	中	字第
			台號	中	字第
			台號	中	字第
			台號	中	字第
			台號	中	字第
			台號	中	字第
			台號	中	字第
			台號	中	字第
			台號	中	字第
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	1 ☐ 審核通過 2 ☐ 核符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 審核不資 審核委員： 日期 章戳：	

(本欄由審查單位填寫)

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

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點

查檢表

醫療院所名稱：

醫療院所代碼：

地址：

電話：

填表日期：

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

表 1：113年度中醫門診總額品質保證保留款預算

年季	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
預算數	19,899,248	20,035,584	19,959,527	20,311,227	80,205,586

製表日期：114年7月1日

預算：80,205,586
 申復：58,895
 實際預算：80,146,691

核減明細(SQL100)

BRANCH_CODE	HOSP_ID	HOSP_ABBR	FEE_YM	HOSP_DATA_TYPE	REASON_TYPE	中醫品保申復金額
2	1135130014	慈濟中醫醫	20231201	14	250	36922
5	0602030026	高雄榮總	20231201	14	250	21973
						58895

表2、113年中醫門診總額品質保證保留款符合分配條件及領取品保款之家數統計

分區	各分區院所家數 (A) = (B)+(C)+(D)	符合分配條件		核發金額	不符分配條件		領取品保款金額 之院所家數占率 (E) = (B) / (A)	不符核發資格 之院所家數占率 (F) = (D) / (A)	核算基礎減計至 100%之院所家數 占率 (G)=(C)/(A)
		領取品保 款之院所 家數 (B)【註 2】	核算基礎減計 至100%之院所 家數(C)【註 3】		因方案第柒點不 符核發資格院所 家數 (D)【註4】	核算基礎減計 至100%之院所 家數(C)【註 3】			
臺北	1,304	916	51	20,668,664	337	51	70.2%	25.8%	3.9%
北區	525	398	20	11,117,045	107	20	75.8%	20.4%	3.8%
中區	1,163	901	80	24,190,495	182	80	77.5%	15.6%	6.9%
南區	594	418	26	9,521,143	150	26	70.4%	25.3%	4.4%
高屏	620	489	19	12,828,795	112	19	78.9%	18.1%	3.1%
東區	84	68	2	1,820,561	14	2	81.0%	16.7%	2.4%
總計	4,290	3,190	198	80,146,703	902	198	74.4%	21.0%	4.6%

註1：113年預算係合計106年於一般服務之額度及113年編列之品質保證保留款額度共80,205,586元，扣減申復金額58,895元，實際預算80,146,691元。

註2：每家醫療院所計算核發金額採四捨五入方式，因此預算與實際核發有差距。

註3：沒有本方案第柒點規定所列情形(含部分核算基礎減計之院所)。

註4：第玖點核算基礎減計100%：中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定修滿繼續教育點數(每年20點)，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎。

註5：本方案第柒點，中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

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

製表日期:114年7月1日

表3. 未領取品保款各分區各項指標不符合院所數

原因別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
1	55	16	42	20	17	1	151
2	131	53	117	60	62	9	432
3	3	3	6	3	1	0	16
4	117	34	26	71	30	3	281
5	98	3	2	7	3	0	113
6	91	56	94	47	13	5	306
7	79	37	188	56	38	11	409
8	5	1	9	7	4	6	32
9	260	93	217	127	128	29	854
10	362	134	337	105	114	17	1,069
11	10	1	4	4	0	0	19
12	169	39	42	48	41	5	344
13	47	17	75	21	18	2	180

註:本表原因別如下:

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

*因各院所可能有多種不予核發註記項目，本表統計院所家數總和不等同實際院所家數。

表4 符合指標減計/加計院所數

原因別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	占總家
7	79	37	188	56	38	11	409	9.5%
8	5	1	9	7	4	6	32	0.7%
減計	260	93	217	127	128	29	854	19.9%
10	362	134	337	105	114	17	1,069	24.9%
加計	0	0	1	1	0	0	2	0.0%
4	41	29	35	13	18	5	141	3.3%
D-0	125	102	174	83	60	11	555	12.9%
D-10%	12	26	27	11	7	2	85	2.0%
D-20%	63	72	124	34	19	4	316	7.4%
E-0	222	60	200	80	77	5	644	15.0%
E-5%	1,078	464	961	514	543	79	3,639	84.8%
F	1,294	524	1,159	590	620	84	4,271	99.6%
G	395	122	289	178	179	13	1,176	27.4%

註.

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

8. 同日重複就診率超過全國80百分位者，減計10%。

9. 7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過全國80百分位者，減計10%。

10. 慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者。

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

4-從事教學研究且績效卓著

D-醫療機構當年度於週日看診超過30天以上者，依核算基礎加計10%(D10%);超過45天以上者，依核算基礎加計20%(D20%)。

E-鼓勵中醫門診特約醫事服務機構查詢健保雲端藥歷系統，查詢率>20%者，依核算基礎(A)加計5%(E5%)

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

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

表5、符合分配條件之院所層級與領取金額分布

	院所家數	領取金額	領取家數比例	領取金額比例
醫學中心	16	3,337,269	0.5%	4.2%
區域醫院	31	3,498,584	1.0%	4.4%
地區醫院	33	1,711,609	1.0%	2.1%
基層院所	3,110	71,599,241	97.5%	89.3%
小計	3,190	80,146,703	100%	100%

註. 符合分配條件之院所包括3,190家領取金額不為0之院所

表6、113年中醫品保款依核發金額級距分級之家數及核發金額

核發金額 百分位	院所家數			核發金額(單位:千元)		
	醫院	基層	小計	醫院	基層	小計
核發金額為0	60	1,040	1,100			
0-10百分位	0	318	318		929	929
10-20百分位	1	319	320	5	2,066	2,071
20-30百分位	0	318	318		2,985	2,985
30-40百分位	2	316	318	24	3,802	3,826
40-50百分位	3	318	321	44	4,737	4,781
50-60百分位	7	311	318	132	5,646	5,778
60-70百分位	7	312	319	149	6,889	7,038
70-80百分位	6	313	319	162	8,624	8,785
80-90百分位	7	311	318	258	11,693	11,950
90百分位以上	47	274	321	7,774	24,228	32,002
總計	140	4,150	4,290	8,547	71,599	80,147

報告事項第五案

報告單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：調整「114 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域一覽表案。

說明：「嘉義縣溪口鄉」原列於「醫療資源不足地區改善方案」附件 1-1（報 5-2）「施行區域-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」，因麗菊中醫診所已於 114 年 7 月 9 日通過獎勵開業申請，故該鄉鎮應變更至 1-2（報 5-3）「施行區域-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」。

健保署說明：

一、統計截至 114 年 8 月 4 日與本署特約之中醫醫事機構各鄉鎮分布，同意中醫全聯會建議如下：

（一）無中醫醫事服務機構之鄉鎮區（方案附件 1-1）：刪除「嘉義縣溪口鄉」（麗菊中醫診所於 114 年 6 月 3 日開業）。

（二）一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區（方案附件 1-2）：新增「嘉義縣溪口鄉」。

二、另查「苗栗縣卓蘭鎮」、「臺東縣成功鎮」中醫醫事機構異動，爰施行區域調整如下：

（一）無中醫醫事服務機構之鄉鎮區（方案附件 1-1）：刪除「苗栗縣卓蘭鎮」（永德中醫診所於 114 年 3 月 19 日開業）。

（二）一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區（方案附件 1-2）：新增「苗栗縣卓蘭鎮」、刪除「臺東縣成功鎮」（禾安中醫診所於 114 年 7 月 22 日開業）。

三、綜上，施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 79 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 77 個鄉鎮區。

決定：

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

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

註 1：本一覽表統計截止日期：~~114 年 4 月 28 日~~114 年 8 月 4 日，共 ~~8179~~ 個鄉鎮（區）。

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

註 3：澎湖縣白沙鄉吉貝村，考量地理及交通因素，另列分級級數為 6。

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

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

註 1：本一覽表統計截止日期：~~114 年 4 月 28 日~~ 114 年 8 月 4 日，共 7677 個鄉鎮（區）。

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

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：中華民國藥師公會全國聯合會建議中醫門診總額研商議事會議增列該會代表案，提請討論。

說明：

- 一、依據本會議 114 年 5 月 15 日前次(114 年第 2 次)會議決議、全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(下稱研商議事作業要點，附件 1，頁次討 1-3 頁)、中華民國藥師公會全國聯合會(下稱藥師公會) 114 年 7 月 21 日及同年 8 月 11 日電子郵件(附件 2，頁次討 1-7 頁)暨中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中醫師公會) 114 年 7 月 28 日電子郵件(附件 3，頁次討 1-16 頁)辦理。
- 二、立法委員林憶君國會辦公室函轉藥師公會陳情建議中醫門診總額會議涉及中藥調劑等藥事及藥師權益，建議本會議增列藥師公會代表。本案經提前次會議討論未達共識，決議請雙方蒐集資料後於本次會議再議。
- 三、查藥師公會曾於 109 年 12 月 25 日提供旨揭建議案，業已於 110 年 2 月 25 日本會議 110 年第 1 次會議討論，並決議現階段仍維持現行運作模式，不增加代表(附件 4，頁次討 1-18 頁)
- 四、藥師公會提供意見重點如下(同附件 2)：
 - (一)藥費及藥事服務費占中醫門診總額費用比例高，顯見其重要性。
 - (二)藥師投入中藥調劑及相關服務意願持續提升。
 - (三)法規並無窒礙之處，藥界期待為國人健康福祉盡一份力。
- 五、中醫師公會提供意見重點如下(附件 3)：
 - (一)不同意藥師團體加入會議代表：本會議主要為研議中醫總額支付制度執行細節，如地區預算分配、專案計畫修正、支付標準調整、點值確認等，主要落實中醫醫療服務體系制度與資源分配，與藥師團體關聯性較低。另與

藥品給付政策或支付標準相關的議題，則由健保署另設之「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」進行專責處理，職責劃分已有明確制度界線。

- (二) 中醫醫療體系與藥師職責屬性不同，實際參與程度有限：中醫總額中的藥事服務費平均佔比僅約 0.06%，藥師於中醫體系中參與人力基礎及實務連結皆相對有限。
- (三) 會議聚焦政策執行，避免變為職業團體協商平台：本會議為中醫總額制度之行政與技術協商平台，不涉及職類代表權益或制度設計改革等政策層面。若針對個別職類訴求調整會議架構，將可能產生比照效應，稀釋會議焦點，影響專業協商與政策落實功能。

決議：

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告
101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告
102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告
105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告
110 年 1 月 8 日健保醫字第 1090034643 號修訂公告
112 年 7 月 3 日健保醫字第 1120662773 號修訂公告
112 年 9 月 27 日健保醫字第 1120663998 號修訂公告
113 年 2 月 1 日健保醫字第 1130660258 號修訂公告
113 年 4 月 9 日健保醫字第 1130661336 號修訂公告
114 年 6 月 26 日健保醫字第 1140663143 號修訂公告

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

民國醫師公會全國聯合會推薦。

- (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。
- (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
- (4) 藥品提供者代表 1 名。
- (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
- (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
- (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。

3. 牙醫門診總額：

- (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。
- (2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。
- (3) 台灣醫院協會代表 4 名。
- (4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
- (5) 中華牙醫學會代表 1 名。
- (6) 中華民國醫院牙科協會代表 3 名。

4. 中醫門診總額：

- (1) 中醫門診醫療服務提供者代表 18 名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。
- (2) 台灣醫院協會代表 2 名。

5. 門診透析：

- (1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。
- (2) 台灣醫院協會代表 1 名。
- (3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
- (4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。
- (5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。

(三) 專家學者 3 名。

(四) 政府機關代表：

- 1. 主管機關代表 1 名。
- 2. 保險人代表 2 名。
- 3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。

4. 牙醫門診總額:主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。

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

(一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。

(二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。

(三) 專家學者由保險人遴選。

(四) 機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退；代表(含代理人)任期內應出席研商議事會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

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

(一) 經中央主管機關吊銷、撤銷、廢止醫事人員證書。

(二) 經地方主管機關停業、廢止執業執照。

(三) 經保險人依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法不予支付。

前項規定，於行政處分執行完畢，未屆滿五年者，準用之。

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

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

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、代理人及列席單位出席規範：

(一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單

位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。
代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。

(二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。

(三) 列席單位出席人員以 2 名為限。

七、 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

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

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

(一) 會議議程。

(二) 會議內容實錄。

(三) 利益揭露聲明書。

中醫門診總額研商會議爭取納入藥界代表相關理由

說明：依據藥師公會114年8月11日電子郵件辦理

一、藥費以及藥事服務費占中醫門診總額費用比例高，顯見其重要性：

依照113年「中醫門診總額執行成果報告」，108至112年，中醫門診總額藥費加藥事服務費約已近40%，藥費及藥事服務費已為中醫總額中與診察費占比幾乎不分軒輊的費用。

二、藥師投入中藥調劑及相關服務意願持續提升：

總額代表制度設計的初衷，便是希冀藉由包含保險付費者代表、醫事服務提供者代表、專家學者及政府機關代表等共同協商，以確保健保相關資源的最大化及永續性，因此相關參與的醫事服務提供者，皆應有代表參與其中，藥師身為各類醫療行為最末端藥品交付的執行者，亦屬於中醫醫療產業之參與者及執行者。

又以健保申報量觀之，民國110年至113年，中藥調劑案件在醫令申報量，藥師之申報量皆高於中醫師（見表1），而以申報之藥費及調劑費觀之，藥師亦遠高於中醫師，並且穩定持續成長中（表2），藥師不但已成為我國中藥藥事服務主要提供者，且仍持續增長中！

復目前藥師投入中藥量持續增加，依《藥事法》第35條兼營中藥調劑、零售的藥局，由民國94年的2,339家至113年已成長至5,247家；依《藥事法》第28條依法聘請中醫師、藥事人員駐店管理的中藥販賣業同時期也自514家成長至1,417家，其中更有約90%，共1,279家是聘請藥師駐店管理。在醫療院相關規範，中醫院設立標準、以及對設有中醫部門的醫院之評鑑，亦針對中藥藥事人力有所要求；目前在相關院所執業人數，至112年底，在醫院執業登記之中醫師為1,024人，又本會今年向各中醫醫院及醫院附設中醫部門之醫療院所調查，執行中醫師處方藥品調劑之藥師人數，專責藥師為570人，若包含非專責調劑中藥之藥師，更達1,025人，與目前在各中西醫院執業之中醫師人數相去無幾。

依健保署提供之資訊，至今年7月，有註記「中藥調劑人員」之執業中藥師數更達5,597人，顯見目前藥師投入中藥產業非常踴躍，能夠與中醫同心協力提升國人中藥用藥安全，相關計畫如有涉及相關領域。

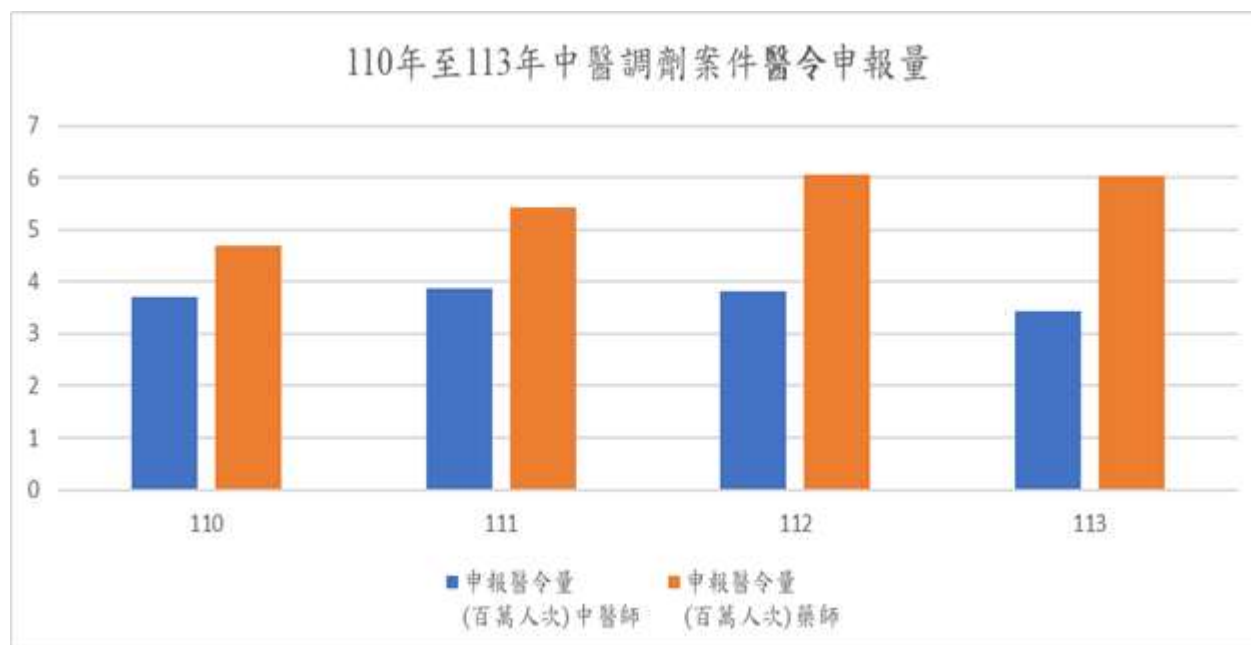
隨著中醫師執業人數增加，可以預見未來與之合作的藥師也會越來越多，將一同成為守護國人健康及中藥用藥安全的後盾。凸顯醫藥合作，為中醫藥發展之趨勢相關總額納入藥界代表協助相關事項，應為國家、人民之福。

三、法規並無窒礙之處，藥界期待為國人健康福祉盡一份力：

目前中醫門診總額代表依《全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點》29名，醫院總額為36至44名、西醫基層總額為35至36名、牙醫總額為37名，門診透析則為20至24名，中醫總額較除門診透析外其他總額之代表數少，應有增加員額的空間，納入藥界代表，在中醫總額相關事項依同來為國家、為政策努力。

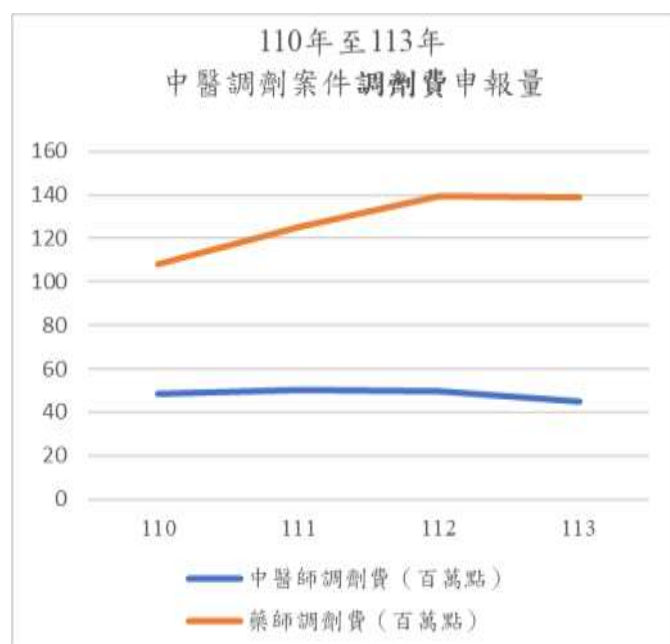
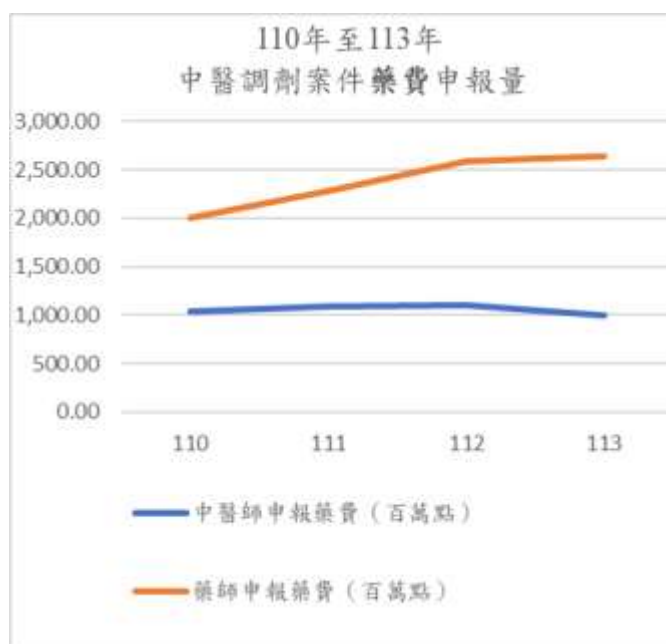
另外，醫藥分業為我國重要藥政方向，《全民健康保險法》第61條第3項，也有醫藥分帳制度的規定，因此在法規上也沒有窒礙難行之處，目前在醫院、西醫基層及牙醫總額，藥界都持續與不同醫事職類人員共同努力，促進國人健康福祉，希望各位代表能夠認同讓藥界在中醫總額中有至少一名代表，讓藥界為國人健康盡一份力，共創健康臺灣的政策目標。

表 1，110 年至 113 年中醫調劑案件醫令申報量



年份	申報醫令量 (百萬人次)	
執行調劑人員	中醫師	藥師
110	3.71	4.7
111	3.88	5.44
112	3.82	6.07
113	3.44	6.04

表 2，110 年至 113 年中醫調劑案件藥費及調劑費申報量



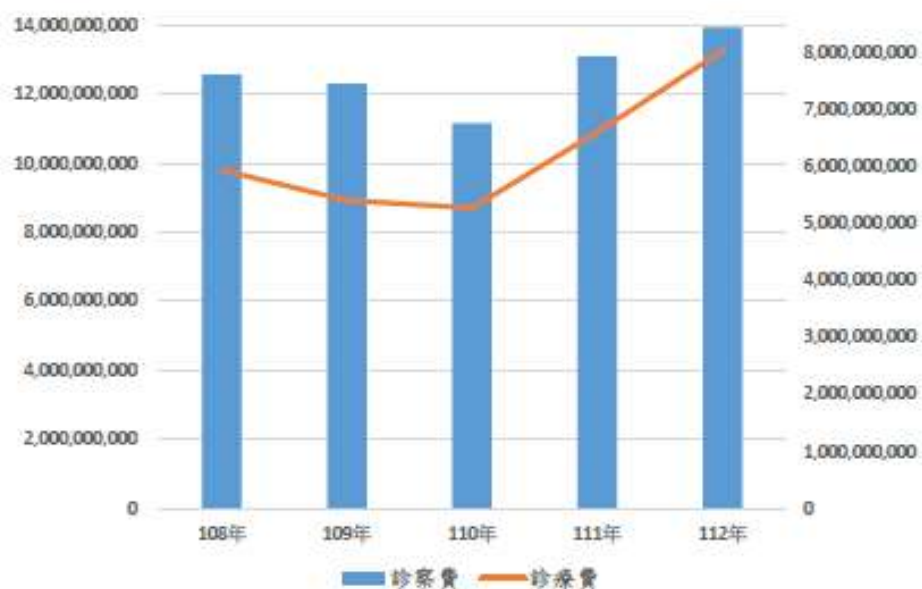
年份	申請藥費 (百萬點)		調劑費 (百萬點)	
	中醫師	藥師	中醫師	藥師
110	1,034.52	2,000.18	48.2	108.13
111	1,091.47	2,278.17	50.37	125.08
112	1,104.01	2,588.54	49.7	139.53
113	995.2	2,643.35	44.66	139.02

協商因素項目之執行情形

總額之管理與執行績效

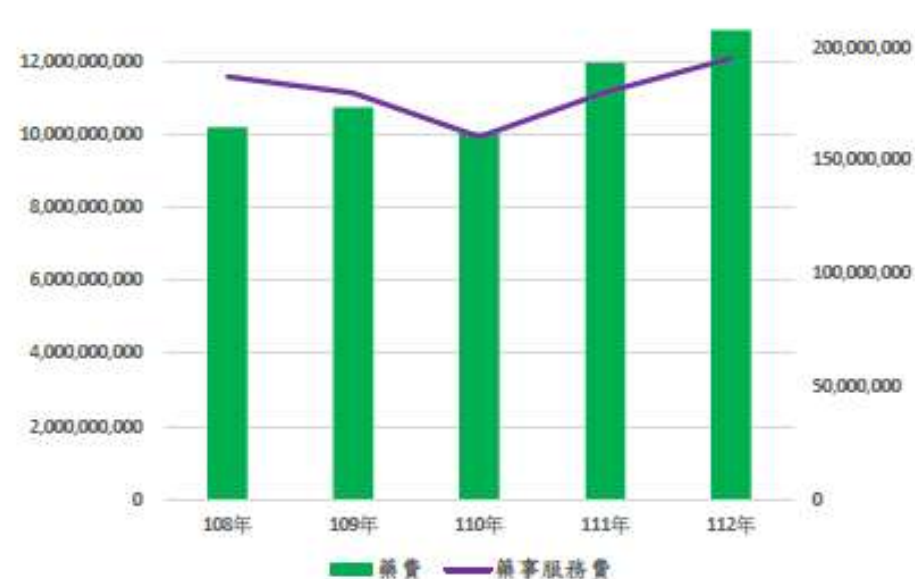
門診分項費用

中醫門診總額診察費/診療費點數歷年趨勢圖



項目	108年	109年	110年	111年	112年
診察費	12,559,433,372	12,309,227,056	11,149,363,360	13,094,095,351	13,927,533,022
診察費占率	43.46%	41.99%	40.69%	41.07%	39.75%
診療費	5,952,719,658	5,420,943,929	5,286,862,426	6,623,358,265	8,049,585,028
診療費占率	20.60%	18.49%	19.30%	20.78%	22.98%

中醫門診總額藥費/藥事服務費點數及占率歷年趨勢圖



項目	108年	109年	110年	111年	112年
藥費	10,196,755,121	10,750,895,584	10,060,599,907	11,981,766,196	12,863,536,119
藥費占率	35.29%	36.67%	36.72%	37.58%	36.72%
藥事服務費	187,200,885	180,024,649	160,576,548	180,333,447	195,347,301
藥事服務費占率	0.65%	0.61%	0.59%	0.57%	0.56%

**醫院附設中醫部門及中醫醫院
執行中醫師處方藥品調劑之藥師人數調查表**

序號	醫院名稱	藥師人數	
		專責	兼任
1	高雄榮民總醫院	4	1
2	衛福部臺南醫院	1	0
3	國軍左營總醫院	1	12
4	新竹市立馬偕兒童醫院（委託台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人興建經營）	1	1
5	慶昇醫院	1	0
6	高雄市立聯合醫院	1	6
7	台南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營	5	1
8	東華醫院	3	0
9	國立陽明交通大學附設醫院	1	2
10	臺中榮民總醫院嘉義分院	1	1
11	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	6	0
12	屏東榮民總醫院-龍泉分院	1	6
13	衛生福利部恆春旅遊醫院	7	0
14	天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院	0	24
15	國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處	4	25
16	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	1	6
17	衛生福利部桃園醫院新屋分院	1	8
18	國軍高雄總醫院	2	0
19	奇美醫療財團法人奇美醫院	6	0
20	宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院	4	0
21	臺中榮民總醫院	4	0
22	大林慈濟醫院	5	4
23	慈祐醫院	0	0
24	台東聖母醫院	2	0
25	衛生福利部南投醫院	0	22
26	同仁院醫療財團法人萬華醫院	3	0
27	三軍總醫院附設民眾診療服務處	5	3
28	中國醫藥大學新竹附設醫院	2	31
29	長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院	12	0
30	天主教若瑟寮財團法人若瑟醫院	1	0
31	衛生福利部花蓮醫院	0	11
32	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設仁濟醫院	5	0
33	為恭紀念醫院	2	0
34	衛生福利部朴子醫院	1	0
35	國軍桃園總醫院新竹分院	1	18
36	臺北榮民總醫院台東分院	0	9
37	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院	2	0
38	國軍臺中總醫院中清分院	0	10

序號	醫院名稱	藥師人數	
		專責	兼任
39	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	5	2
40	臺北榮民總醫院員山分院	3	3
41	新太平澄清醫院	1	0
42	衛生福利部新營醫院	2	10
43	天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院	1	0
44	亞東紀念醫院	0	69
45	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	6	79
46	清泉醫院	0	0
47	衛生福利部嘉義醫院	2	7
48	雲林基督教醫院	2	0
49	亞洲大學附屬醫院	2	5
50	奇美醫療財團法人柳營奇美醫院	1	1
51	漢銘基督教醫院	11	0
52	醫療財團法人正德癌症醫療基金會佛教正德醫院	0	4
53	仁和醫院	1	2
54	行天宮醫療志業醫療財團法人思主公醫院	6	0
55	台東馬偕紀念醫院	1	1
56	高雄市立岡山醫院（委託秀傳醫療社團法人經營）	0	8
57	天心中醫醫院	2	0
58	常春醫院	4	0
59	衛生福利部臺北醫院	1	42
60	臺北榮民總醫院新竹分院	1	18
61	衛生福利部臺中醫院	3	0
62	民眾醫院	0	0
63	竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院	1	0
64	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院	2	4
65	台北榮民總醫院玉里分院	0	17
66	中國醫藥大學北港附設醫院	2	1
67	衛生福利部苗栗醫院	0	17
68	衛生福利部桃園醫院	4	0
69	員榮醫院	1	1
70	台北馬偕醫院	5	16
71	淡水馬偕醫院	4	0
72	振興醫療財團法人振興醫院	77	0
73	屏基醫療財團法人屏東基督教醫院	31	1
74	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	6	21
75	斗六慈濟醫院	1	1
76	義大大昌醫院	1	5
77	衛生福利部樂生療養院	1	0
78	桃園長庚紀念醫院	19	0

序號	醫院名稱	藥師人數	
		專責	兼任
79	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	2	1
80	高雄市立中醫醫院	6	1
81	衛生福利部嘉南療養院	1	9
82	財團法人高雄醫學大學附設高醫岡山醫院	0	24
83	衛生福利部彰化醫院	1	5
84	基隆長庚醫院	10	0
85	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院	0	3
86	中山醫學大學附設醫院	3	18
87	臺北市立聯合醫院仁愛院區	4	40
88	臺北市立聯合醫院忠孝院區	3	26
89	臺北市立聯合醫院和平院區	2	32
90	臺北市立聯合醫院婦幼院區	0	13
91	臺北市立聯合醫院中興院區	2	27
92	臺北市立聯合醫院陽明院區(含士林院內中醫門診)	4	24
93	臺北市立聯合醫院林中昆院區	17	12
94	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院	3	0
95	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院	10	1
96	臺中榮民總醫院埔里分院	19	0
97	彰化基督教醫院中醫部	7	0
98	臺北市立萬芳醫院	3	0
99	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院	0	8
100	聯新國際醫院	2	0
101	衛生福利部旗山醫院	1	0
102	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院	0	5
103	天主教聖功醫療財團法人聖功醫院	4	0
104	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院	1	1
105	中國醫藥大學附設醫院	33	0
106	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院	13	0
107	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	10	0
108	衛生福利部基隆醫院	3	0
109	秀傳醫療社團法人高雄秀傳紀念醫院	1	0
110	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	15	0
111	高雄市長鳳山醫院(委託長庚醫療財團法人經營)	3	0
112	臺北榮民總醫院	6	4
113	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	1	1
114	國軍左營總醫院山分院附設民眾診療處	0	2
115	義大醫療財團法人義大癌治療醫院	3	0
116	健仁醫院	3	0
117	衛生福利部豐原醫院	1	3
118	博田國際醫院	0	7
119	高雄榮民總醫院臺南分院	1	4

序號	醫院名稱	藥師人數	
		專責	兼任
120	惠和醫院	0	3
121	彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院	0	8
122	洪宗鄰醫療社團法人洪宗鄰醫院	0	3
123	彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院	1	3
124	衛生福利部台東醫院	1	9
125	臺北榮民總醫院桃園分院	1	5
126	義大醫療財團法人義大醫院	0	0
127	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	0	34
128	惠盛醫院	0	4
129	佛教慈濟醫療財團法人三義慈濟中醫醫院	2	0
130	臺北市立關渡醫院—委託臺北榮民總醫院經營	1	17
131	新北市立聯合醫院	1	20
132	東基醫療財團法人台東基督教醫院	0	2
133	衛生福利部屏東醫院	1	4
134	臺北醫學大學附設醫院	4	1
135	高雄市立旗津醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學經營）	1	3
136	衛生福利部臺南醫院新化分院	1	6
137	台南市立醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)	2	1
138	慶昇醫療社團法人慶昇醫院	1	0
139	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院	2	20
140	佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院	23	0
141	台中榮民總醫院灣橋分院	0	1
142	中國醫藥大學附設醫院臺北分院	1	5
143	中山醫學大學附設醫院中興分院	1	8
144	天成醫院	1	0
145	澄清復健醫院	1	0
146	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	3	0
147	美德中醫醫院	0	0
148	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處	1	3
149	國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處	1	0
150	中國醫藥大學附設醫院台中東區分院	0	8
151	屏東榮民總醫院	1	12
152	秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院	2	38
153	新北市立土城醫院（委託長庚醫療財團法人興建經營）	4	0
154	光田醫療社團法人光田綜合醫院	8	0
		570	1025

不同意藥師團體參與中醫門診總額研商會議之立場說明

中醫門診總額研商會議係全民健康保險制度下的重要行政協商平台，主要職責為研議中醫總額支付制度之執行細節，透過專業代表與主管機關協調分配原則，以合理管控支出，同時兼顧醫療品質與民眾權益。該會議具有例行性，討論主題包括：地區預算分配、專案計畫修正、支付標準調整、點值確認等，主要聚焦於中醫醫療服務體系之制度落實與資源分配，實務上與藥師團體關聯性較低。實務上，與藥品給付政策或支付標準相關的議題，則由健保署另設之「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」進行專責處理，職責劃分已有明確制度界線。

綜合考量，目前對藥師團體希望參與本研商會議之建議，尚有以下幾點需審慎評估：

一、法規與制度架構已具明確規範，應予以尊重

本會議依《全民健康保險法》第 61 條及相關作業要點所設，其成員涵蓋中醫醫療提供者、醫院代表、學者專家及政府機關人員，長期以來已形成穩定運作機制，具備制度代表性與實務功能。迄今運作已超過 13 年，配合中醫總額制度推行亦逾 25 年，均證明其運作成熟有效。

目前法規中並未規定藥師團體為本會議成員，若於未有充分法源依據與制度檢討前逕行納入，恐導致架構混淆，影響原有機制的穩定性與政策執行力。

二、中醫醫療體系與藥師職責屬性不同，實際參與程度有限

依近年健保資料顯示，中醫總額中的藥事服務費平均佔比僅約 0.06%，實務參與比例偏低。全國 3 萬多名藥師中，實際投入中藥業務者僅約 570 人於醫院中藥部門服務，在中醫診所擔任專職藥師者更僅約 190 人，相較於全國 147 家中醫醫院及 4270 家中醫診所而言，藥師於中醫體系中參與人力基礎及實務連結皆相對有限。在此背景下，若主張列席研商會議，恐難與實務職能對應，亦可能模糊既有分工與責任界線，對制度整體效益並無顯著助益。

三、會議聚焦政策執行，應避免轉變為職業團體協商平台

本會議定位為中醫健保總額制度之行政與技術協商平台，主要處理執行細節，

並不涉及職類代表權益或制度設計改革等政策層面。若針對個別職類訴求調整會議架構，將可能產生比照效應，引發其他醫事職類相繼提出參與要求，進一步稀釋會議焦點，影響其專業協商與政策落實功能。

綜上所述

中醫門診總額制度為多年累積的成果，目前架構經實務驗證具備穩定性與效能。藥師團體在中醫體系中的參與比例與角色定位尚不明確，在未有法規明定或制度調整前，列席會議時機恐尚未成熟。基於制度穩定、職能對應與政策聚焦等考量，建議目前階段不宜納入藥師團體作為中醫門診總額研商會議成員，以維持該會議之專業功能與協商效率。

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額

110 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：110 年 2 月 25 日下午 2 時

地點：中央健康保險署大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：張組長禹斌

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
古代表濱源	古濱源	陳代表博淵	彭德桂代
何代表紹彰	何紹彰	陳代表憲法	陳憲法
吳代表材炫	吳材炫	黃代表上邦	黃上邦
吳代表清源	吳清源	黃代表兆杰	黃兆杰
李代表麥	李麥	黃代表怡超	請假
卓代表青峰	廖奎鈞代	黃代表俊元	林佩菽代
施代表純全	施純全	黃代表建榮	陳曉鈞代
柯代表富揚	柯富揚	黃代表頌儼	張順昌代
胡代表文龍	胡文龍	詹代表永兆	詹永兆
曹代表榮穎	張瑞麟代	蔡代表三郎	蔡三郎
郭代表朝源	郭朝源	蔡代表宗憲	蔡宗憲
陳代表俞沛	陳俞沛	羅代表永達	羅永達
陳代表淑華	陳淑華	蘇代表守毅	蘇守毅

列席單位及人員：

衛生福利部社保司
 衛生福利部中醫藥司
 衛生福利部全民健康保險會
 台灣醫院協會

蘇芸蒂
 林吟霽、涂瑜君
 張嘉云
 董家琪

中華民國中醫師公會全國聯合會
中華民國藥師公會全國聯合會
本署醫務管理組

王逸年、賴宛而、李敬
黃世勳、蕭力禔、歐陽正霆
吳科屏、游慧真、韓佩軒、
劉林義、蔡翠珍、陳依婕、
洪于淇、鄭正義、王智廣、
宋宛蓁、鄭智仁、張作貞、
楊淑美

本署醫審及藥材組

高幸蓓、丁安安、邱垂昇

本署企劃組

傅炳勳、林佩萱

本署財務組

李佩耿

本署資訊組

吳少庾

本署違規查處室

陳怡蓓

本署臺北業務組

葉惠珠、黃寶玉

本署北區業務組

吳煥如

本署中區業務組

林淑惠

本署南區業務組

賴文琳

本署高屏業務組

李金秀

本署東區業務組

鄭翠君、王晶

參、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

肆、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額研商議事會議開會規則。

決定：

一、洽悉。

二、同意自 110 年起，中醫門診總額研商議事會議召開次數由 4 次修訂為 3 次，如有必要得召開臨時會。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、下列事項列入追蹤，餘解除列管。

序號 1：有關藥品檔收載及管理請於建置完成後，與衛生福利部中醫藥司中藥許可證資訊系統進行介接，因尚需與中藥許可證系統商洽談系統功能增修等事宜，尚無法及時介接，請繼續列管。

序號 2：有關中全會擬派員於「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 110 年第 3 次研商議事會議中說明「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」執行情形，請繼續列管。

序號 5：有關修訂 CIS「指標代碼 0013006-針傷同一療程一次完成者」指標操作型定義，刻正進行指標程式修改與資料驗測事宜，俟指標修改並建置完成，將另行函知中醫師公會全國聯合會及相關院所，請繼續列管。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年第 3 季點值結算報告。

決定：

一、109 年第 3 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
109年第3季	浮動點值	0.83066307	0.88588138	0.86337791	0.88940467	0.89019478	1.13561292	0.86872741
	平均點值	0.89189558	0.93124522	0.91218611	0.93380103	0.93255428	1.08900784	0.91780990

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：相關醫事團體建議修訂「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」代表名額案。

決定：

一、洽悉。

二、現階段仍維持現行運作模式，不增加代表。

參、討論事項

第一案

提案單位：中全會

案由：建議修訂「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」案。

決議：通過修訂支付項目 P64011「疾病管理照護費」由「限 49 天至 63 天申報一次」改為「限 56 天(含)以上申報一次」。

第二案

提案單位：中全會

案由：建議修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」案。

決議：通過修訂本計畫支付標準表名稱「支付標準表-腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷」刪除「腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷」文字。

肆、臨時動議

提案單位：中全會

案由：建議修正高度複雜性傷科之病名代碼案。

決議：中全會代表於會中提出，因該會就高度複雜性傷科之適應症內容仍整理中，將於會後補充，爰決議尊重中醫醫療專業，同意修訂適應症附表，並請會後提供確定版本做為全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議提案依據(附件)。

伍、散會：15 時 09 分

陸、與會人員發言摘要(詳附件)。

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議

110 年第 1 次會議與會人員發言摘要

報告事項第五案

案由：相關醫事團體建議修訂「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」代表名額案。

主席

在各位代表發言前，我們先介紹藥師公會全聯會的黃世勳主委、蕭力楊委員，接下來就針對這個案子，不知道藥師全聯會對中醫師全聯會的意見，不知道有什麼意見？

黃世勳主任委員(藥師公會全聯會中藥發展委員會)

首先謝謝長官，還有謝謝我們中醫師公會全聯會，還有在座所有的委員，讓我們藥師公會全聯會有機會在這個地方做我們的意見陳述，其實我們之所以提出這樣看法，是因為我們看到過去從 105 年到 108 年。我們看到整個藥費與藥事服務費，它所佔的比例大概將近有 35% 左右。雖然目前在整個政府的政策，對中醫的醫藥分業都還需要努力，但是實際上在醫院端來講，其實我們藥師跟醫師、中醫師在醫院的醫藥分工已是非常密切，所以藥師公會全聯會是基於這樣的立場之下，覺得說中醫總額會議中仍需要有藥界代表，目前，除了中醫總額之外，其他總額裡大部分都有藥界的代表，所以希望長官還有與會的代表們、委員們能夠給藥師公會一個機會能推派代表，在整個藥事服務跟藥費方面看有沒有什麼需要我們藥師來付出我們專業的努力，以上是我這邊先做到這樣的表達。因為我們藥師公會全聯會針對在這個健保給付方面，我們有專門成立研究的團隊。我請我們蕭力楊委員，在這邊可以跟長官跟委員們做一個簡單的報告。

蕭力楊委員(藥師公會全聯會中藥發展委員會)

謝謝大家，其實主要來這邊，本來覺得壓力很大。其實我們內部壓力更大，因為之前那個通則修訂這件事情。我們內部基層的藥師有些在揚言說要逐一檢舉，就是中醫院所有非藥事人員調劑這件事情。但是這會影響到我們往後的洽談。所以我覺得不應該如此去討論事情，我們為什麼希望說要增加這個代表的原因，主要是因為依法有據，在全民健康保險法第 61 條第 3 項就已經講到要有藥事人員這個調劑費、藥費的獨立總額，但是至今沒有成立，所以我們其他的總額會議裡面都會有代表，因為就是含括在各總額底下，它在全民健康保險法 61 條第 3 項後半段也有講到要設立一個醫藥的拆

帳制度。所以說我們希望在這邊有個代表。

除了法源的依據之外，我之前也有在查資料，就是比較過中醫總額的代表人員數跟其他的總額代表人員數相對的是比較少一點。在牙醫總額的話總共是有 32 名，在中醫總額這邊只有 29 名。我們覺得說藉此可以再增加這個組成的多元性跟代表性，依照剛剛中全會跟健保署這邊它的計算方式，是以醫療費用的占用率，那我們依據母法把這個調劑費跟藥費的占比，占中醫總額的話是 35% 左右，所以這樣換算起來，可能要增加代表到 6 名。當然我想說可能是不用到這麼多。但是我還是覺得一定要有增加這個藥師人員的代表，這樣我們也才比較能跟我們的會員做交代。不然他們到時候，他們的怒火，我們這壓力是真的蠻大，所以希望各位委員能支持我們，讓我們增加代表在與會參加這個大家的討論，謝謝大家

主席

請中醫全聯會

詹永兆代表

中醫全聯會執行長詹永兆報告，我們這個根據全民健康保險醫療給付費用研商議事作業要點，規範組成設計之初，我們就已經進行了全盤的考量，並兼顧區域醫院，醫療院所等屬性等各項必要因素，所以當前的成員已經有足夠的代表性，而且我們中醫健保總額施行 21 年來，我們整個運作很順暢，所以說實在的沒有調整必要，同時因為中醫我們沒有醫藥分業，所以我們中醫師本身就有調劑權，所以藥師公會他們提出來的，包括全國有 4 千多位販售中藥的業務，但是零售業務跟我們健保的業務是沒有關聯的。

在研商議事會議來講，我們是總額的受託單位。根據健保署研商執行後續委託的業務，所以整個來講，目前並無需要增加其他的職業人員，何況像透析來講，透析門診他也沒有藥師代表，所以整個總括來講，目前我們在我們中醫總額運作順暢的情況下，其實是不需要增加，我們是覺得其實不要增加，這樣子維持目前穩定狀態，以上

主席

接下來，我請三位專家對這個議題來發表一些看法，麻煩先請施純全專家

施純全代表

主席，我沒想到被點到發言，我想通常是專家發言完後就結束了，因為我們解決大家的爭議，其實在全民健康保險法，剛剛也有我們藥界代表提到，那裡面並沒有把中醫另外設藥費的分離，它其

實是一個中醫就是單獨一個，它其實跟西醫的分法是不太一樣的，所以本身並沒有要另外設立一個藥費總額。只是在中醫裡面是單獨的一件事情，按照這個按照藥事法裡面，有調劑這個事情，中醫師是有這個調劑權的，所以基本上在執行這個業務裡面，大部分是以中醫師為主，所以它就沒有考慮要另外請每一種醫事人員都要請他公會派一個人來，所以當初的想法就是這樣，在結構上就沒有，所以如果你要這樣派下去也會很麻煩，因為按照我們衛福部過去的解釋，有三種人可以調劑。一個是中醫師、一種是具中藥及鑑別能力的人員，再來就是藥師。如果因為這樣職業別而且要派人的話，那我們可能也要請中藥商派一個人來，因為這個確具中藥知識以及鑑別能力的人員，事實上，也有在醫院或是診所執業的人員，所以當初沒有考慮到所謂職業別來派這個人員。

另外其實這個研商議事會議代表的性質不太一樣，研商議事會議的性質是在解決總額，在健保會已經協定以後的事物，就是在幫忙解決它的下一位階的事情，所以上一位階要解決的事情，比如說像剛才提的醫藥分業，那些位階的事情，其實不是這個委員會的事情，這個委員會沒有辦法解決上一位階的問題，這個委員主要都是來盡義務的，幫忙解決已經協定完的事情，所以沒有什麼權利，是來這邊盡義務的，所以剛才那些什麼權力？什麼義務，那個更高位階的事情是健保會或是其他單位的事情，所以這個單位裡面沒有，這個單位是大家要來幫忙把這個總額受託單位的事情要把它做好，所以大家是來做苦工、來盡義務的，所以基本上就沒有什麼權利的問題，所以這個沒有涉及權利。

至於說藥師公會在爭取的那些事情，應該好好去跟中醫師公會談，或是看它應該歸哪一個層級的委員會去談，不在這個委員會，所以沒有必要要設，事實上從事真正專責在這個總額裡面去調劑的人，151個最新，如果你跟中醫師實際的七千多人比，那其實也很難派出人來，如果這樣子，其實更多的醫事人員還有護理師，還有物理治療師什麼都有，所以這樣會派不完，這個委員會就會失焦。所以我覺得基於全民健保法的精神，基於藥師法的精神，基於我們這個委員會的任務，我覺得這些原來運作的這麼順暢的東西就繼續維持，就沒有必要因為職業別來增設，因為這個東西其實不是為了解決職業別的問題，而是為了解決協定下的事情，我們應該把該做的那些事情做好，以上

主席

謝謝施代表，麻煩何代表。

何紹彰代表

我也沒想到會被點名，因為第一次來參加學者專家的位置，我也贊同施教授的意見，其實總額協商，我們中醫師公會是總額受託單位，其實這個會議是要解決總額內的問題，我們不要談中西醫的問題，或者是中藥西藥的問題，這個層次可能不是在這個會議可以解決。我還是建議假如有相關的爭議，還是要在衛福部位階更高的會議來解決，因為這個地方是健保署跟中醫師公會，其實是夥伴關係，就是健保署收了大家的錢，然後把這錢請中醫師公會來執行，其實是要來解決總額內的事情，不是來解決職業別的事情，我想其他的事情應該要留給比較高的位階來做討論，以上謝謝

主席

謝謝何代表，麻煩陳代表。

陳俞沛代表

各位大家好，我也是第一次參加這個會，其實是來學習的，所以剛剛兩位專家的意見應該也是差不多。因為這個剛剛講的健保法的條文，要從法規的角度應該不是法律層面的問題，應該是政策層面問題，所以我想是不是應該就像剛剛講的是不是在署裡面或是部裡面，那個層級去看要不要修訂這個委員會組織等等，而不是自己委員會在討論這個委員會的組成，這個剛剛講的健保法第 61 條，看起來應該不是法律問題，從我學法規的角度好像不是這個層次的問題，大家做參考，謝謝

主席

藥師公會代表，要不要先讓羅代表先發言

羅永達代表

我們代表醫院協會敬表同意啦，因為上次我們在我們的醫院協會的全民健保委員會裡面提出來，是說希望能夠增加這個代表。我們也知道中全會裡面也是釋出很多的善意，我們可以算一下我們的代表的層次，我們也敬表同意就是說兩件事，一個我們尊重那個中全會，不再增加這個代表的員額，另一方面，藥師公會的問題，你們說怎麼樣我們都同意這樣子。

主席

再麻煩藥師全聯會

黃世勳主任委員(藥師公會全聯會中藥發展委員會)

我剛剛看到我們理事長，跟我按個讚，我也很欣喜，我想是這樣子的，剛剛我們施教授談到，這不是職業類別的事，其實我向您報告，我們不是因藥師公會而強調以藥師的職業別而要求參與，而

是因為在目前整個申請的藥費跟藥事服務費裡面，事實上在大醫院(中醫診所是例外，因為它還沒有確實落實醫藥分業)那端已經早已很明顯的落實醫藥分業，包括義守大學附醫應該也是這樣，所以事實上藥師是不是涉及者呢？事實上是涉及了沒有錯，還有一點我想試問一句話，目前部分中醫醫療院所有調劑但是沒有申請費用，那這樣到底是誰調劑的呢？這也是個很大的問題，所以我是覺得說，如果能夠有一個藥界代表在這個總額裡面，或許他所夠爆出來的火花也是不一樣，更何況我看到我們理事長，我也是覺得他是很棒很有氣度的前輩，事實上我想在這麼多委員裡面，如果真有一席藥界代表，我想他對任何決策案能夠產生的影響力應該很小，反而大家可以趁此聽聽藥界代表的意見，應該是有益無害，而且我想要強調一點，到底醫師包不包括中醫師？事實上大家答案都是「是的」，如果是的話，在我們全民健保法裡面的意思，他就應該是要落實 61 條裡面的規定，即所謂的藥事人員藥事服務費及藥品費用，分別設立分配比例及醫藥分帳制度，更何況目前現況對於藥界獨立費用的部分，還有這個醫藥分帳制度還沒有成形，所以我建議各個場域的總額，應該都要有雅量，讓藥界的一席聲音來呈現在整個會議當中，以上是我們藥師公會的陳述。謝謝

施純全代表

主席，有人要我回應，我就回應一下，第一個是這樣子，要不要分帳，或是要不要藥費總額問題，那個位階不在這裡，那位階在全民健保會，所以我們實在沒有資格去置喙那個事情，如果在這個會議開會裡面。

第二個裡面，那個醫師到底是有沒有包括中醫師？牙醫師？因為在醫師法還是其他各種法律，師師有三種，有中醫師、牙醫師跟西醫師，但是問題，他每一個季的時候，它到底是講的是一種還是講的是三種？要前後條文跟所有內容一起來看，所以 102 條當然沒有包括中醫師，不然政府違法了幾十年，所以我們不能入政府的罪，因為如果 102 條如果有包括中醫師，那就是政府違法了，全民健保署當然就違更大的法，所以一定是沒有。因為前後我們跟所有的事情一起看，不是只有看醫師兩個字而已，不能看到一隻牛就開槍了這不行啊，所以因為它不歸我們這個委員會，這個委員會基本上就沒有解決職業別的問題，基本上要解決在費用裡面的，在等待協定費用以後交辦下來的問題，所以基本上就沒有按照這個職業別區分，不然在中醫醫療機構，應該是應該是護士比藥師多好幾十倍，不是在解決那些問題，是在解決整個運作的問題，所以這個問題，

我會建議說，就是公會如果有對這個問題有比較高度的見解，可以拿到別的地方去談，或是應該是中醫師公會好好去協商，那些問題可以共同努力，而不是在這個委員會對抗，因為這個委員會沒有管到那個事，以上謝謝。

蔡三郎代表

主席、各位代表大家午安，我是中醫全聯會的蔡三郎代表，我國醫師有分作三種，我們總額還有分五種，所以是有區別的，我們都知道中醫西醫，醫理有所不同，中藥西藥的藥理也不太相同，如果說各種醫事團體都要參加的話，應該不適合，記得我們衛福部有”師”的職類團體好像有16個是不是？如果是包括技術士或人員的可能要20幾個醫事團體，如果都參加，我想會治絲益棼，誠如剛剛幾位先進講的，這個層級討論這些，並不適宜。這個會議不是爭權利也不是爭資源的地方，是在執行、付出與努力解決總額交付的任務，所以跟那個職業類別是沒有關係的。

主席

這是報告案，我嘗試作決定，其實是沒有刻意改變，我們還是針對那個要點，以現行的要點，中醫門診總額，中醫門診服務提供代表18位，都是由中華民國中醫師全聯會推薦，所以全聯會這18位全由它推薦，它如果要推薦我們都沒意見，這是第一個。

第二個是台灣醫院協會就是代表，現在規定就是這樣，我沒辦法去推翻。

我是覺得剛才施教授講的很好，就是說其實這個會議已經是承接健保會交辦下來的的事情，我們去做專業的判斷，還有整個中醫的發展，如果藥師全聯會有對中醫有些發展有一些意見可以提案，我相信全聯會應該也歡迎提案，大家來這邊討論。到時候我們一定都會邀請你們來參加，這裡的權益其實不會真正受到損害。

第三個我現在講是衛福部中醫藥司，因為司長也沒來，除非它今年有很大的政策定調，會影響到未來中藥的發展或中醫師的發展，必須跟健保做一些見解。到時候，我們可能是不是應該要開放的代表給你，或是說相當多的提案由你們提出來到這邊討論都是可以再談，但以現階段來看，我看中醫藥師並沒有一個比較新的政策去改變什麼中藥或中醫的發展，這一點我看今年是比较難，所以我是覺得說，我們還是先維持原狀，再運作看看，如果藥師公會有些相關提案也歡迎提出來，如果大家覺得可以，我們就給藥師公會鼓勵一下，今天還是照原來遊戲規則先繼續下去，報告案的第五案，就先這樣子過，接下來進行討論案第一案。

討論事項第二案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：中醫支付標準中有關「整合醫療照護費加計 A91」條文是否修正案，提請討論。

說明：

- 一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 58 次會議決議辦理。
- 二、為能減少會員疑慮，擬明確規範「診療時間合計十分鐘以上」的方式於支付標準上，建議修正文字對照表如下：

條次	修正條文	原條文
註 2	診療時間合計十分鐘以上 (<u>依實際服務內容開始及結束時間，覈實填報醫令執行起/迄欄位至年月日時分</u>)。	註 2 診療時間合計十分鐘以上，並根據診斷結果至少提供一項中醫醫療衛教（如中醫飲食衛教、穴位經絡衛教、簡易中醫運動衛教或各類中藥使用衛教等），並於病歷記錄評估結果及所提供之中醫醫療衛教項目。
註 3	根據診斷結果至少提供一項中醫醫療衛教（如中醫飲食衛教、穴位經絡衛教、簡易中醫運動衛教或各類中藥使用衛教等），並於病歷記錄評估結果及所提供之中醫醫療衛教項目。	

健保署意見：

- 一、本署前於114年6月26日以健保醫字第1140663018號書函(附件1，頁次討2-3)暨同年7月8日以健保醫字第1140663300號書函(附件2，頁次討2-4~討2-5)說明 A91「整合醫療照護費加計」相關申報規範。
- 二、查現行「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」(下稱 XML 檔案格式)，針灸治療、傷科治療、針灸合併傷科治療之醫令執行起/迄欄位皆須以實際執行時間填報至時分(附件3，頁次討2-6)。中全會所提之修正條文內容亦屬申報規範，應比照前開規範，建議增列於 XML 檔案格式。

三、本署已將 A91申報規範納入 XML 檔案格式修訂草案(附件 4，頁次討2-7)，惟在 XML 檔案格式修訂公告前，建請依本署114年6月26日健保醫字第1140663018號書函(同附件1，討 2-3頁)暨健保醫字第1140663300號書函(同附件2，討2-4至討 2-5頁)規定申報。另請中全會協助向會員宣導，申報 A91須依實際服務內容開始及結束時間，覈實填報醫令執行起/迄欄位至年月日時分。

決議：

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：陳幸瑩
聯絡電話：02-27065866 分機：2626
傳真：02-27069043
電子郵件：A111418@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年6月26日
發文字號：健保醫字第1140663018號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫
A91「整合醫療照護費加計」申報規範，請查照。

說明：

一、依據本署114年6月20日與中華民國中醫師公會全國聯合會
(下稱中全會)溝通會議決議暨全民健康保險醫療服務給付項
目及支付標準第四部中醫(下稱中醫支付標準)辦理。

二、中醫支付標準第一章門診診療費項下A91「整合醫療照護費
加計」相關規範說明如下：

(一)自費用年月114年7月起，中醫院所申報A91應依實際服務
內容起迄時間，覈實於該醫令填報「執行時間起/迄」至
年月日時分。

(二)A91支付規範敘明「慢性病或重大傷病病人，且為多重疾
病者」，係指當次因慢性病或重大傷病就醫，其中因慢性
病整合醫療照護而申報A91之個案，開藥日數須7天以上。

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：陳韋瑩
聯絡電話：02-27065866 分機：2626
傳真：02-27069043
電子郵件：A111418@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年7月8日
發文字號：健保醫字第1140663300號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫
A91「整合醫療照護費加計」申報規範疑義，請查照。

說明：

一、依據本署114年6月26日健保醫字第1140663018號書函辦理，
兼復中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)114年6月
30日電子郵件、本署中區業務組同年月日暨同年7月1日電子
郵件。

二、綜整各單位A91「整合醫療照護費加計」申報規範疑義，說
明如下：

(一)醫令執行起/迄填報相關問題：依實際服務內容開始及結
束時間覈實填報醫令執行起/迄欄位。

(二)開藥日數相關問題：

1、因慢性病整合醫療照護而申報A91，開藥日數須超過7
天。

2、因重大傷病整合醫療照護而申報A91者，不限開藥日數，故若該次就醫未開藥仍得申報A91。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會、本署各分區業務組
副本：本署醫審及藥材組

特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及 填表說明」(XML 檔案格式)

版更日期：112.08.16

(前略)

(三)醫令清單段

符 號	欄 位 ID	資料名稱	長 度	屬 性	中文名稱/資料說明
△	p14	執行時間- 起	11	X	(前略) 七、中醫醫令代碼 <u>D01-D08、E01-E14、F01-F84</u> 等項目，本欄為必填，並以實際執行時間 填報，須填寫至時分。 (下略)
△	p15	執行時間- 迄	11	X	(前略) 七、中醫醫令代碼 <u>D01-D08、E01-E14、F01-F84</u> 等項目，本欄為必填，並以實際執行時間 填報，須填寫至時分。 (下略)

修訂特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明(草案)

項次	資料名稱	原資料說明	修訂後資料說明
p14	執行時間-起	七、中醫醫令代碼D01-D08、E01-E14、F01-F84等項目，本欄為必填，並以實際執行時間填報，須填寫至時分。	七、中醫醫令代碼 <u>A91</u> 、D01-D08、E01-E14、 <u>E90</u> 、F01-F84等項目，本欄為必填，並以實際執行時間填報，須填寫至時分(<u>其中醫令代碼D01-D04、E01-E02、F01-F02、F18-F19時分欄位可補0</u>)。
p15	執行時間-迄	七、中醫醫令代碼D01-D08、E01-E14、F01-F84等項目，本欄為必填，並以實際執行時間填報，須填寫至時分。	七、中醫醫令代碼 <u>A91</u> 、D01-D08、E01-E14、 <u>E90</u> 、F01-F84等項目，本欄為必填，並以實際執行時間填報，須填寫至時分(<u>其中醫令代碼D01-D04、E01-E02、F01-F02、F18-F19時分欄位可補0</u>)。

討論事項第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關南區中醫院所於 114 年 7 月 7 日至 7 月 11 日間，因丹娜絲風災造成停電停班之損害補償方案，提請討論。

說明：

- 一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第58次會議決議辦理。
- 二、丹娜絲風災帶來的狂風暴雨重創整個雲嘉南地區，尤以台南12區(新營、鹽水、柳營、後壁、東山、白河、北門、將軍、學甲、七股、西港、佳里)與雲嘉沿海區域特別嚴重。災區院所不僅要面對長時間的停水、停電、積水與道路中斷等問題，在清理家園之餘仍需努力堅守崗位，持續為災民提供診療服務。然因南區持續不斷的大雨且災區交通不便等因素，使得看診天數與門診量降低，影響院所生計。
- 三、秉持同舟共濟的精神，針對南區風災期間(7/7-7/11)仍看診者，建議提供獎勵與因應措施，使中醫院所得以展現在重大災害期間的韌性，並藉以保障民眾就醫權益。

擬辦：

- 一、醫師診察費加計 3 成，由 114 年 Q3 中醫總額南區地區預算支付；獎勵措施對象與期間區分如下：
 - (一) 114 年 7 月 7 日：南區停班有看診之中醫院所(醫院及診所)。
 - (二) 114 年 7 月 8 日至 11 日：南區公告停班地區與嘉義縣；前述以外之地區，由公會認定後提供名單，認定原則以實際影響看診者(如停水停電)。
- 二、南區 114 年 7 月(費用年月)門診合理量以 26 天計。

健保署意見：

本案係屬分區共管會議共識且由中醫總額南區地區預算支應，予以尊重。

決議：

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：檢送「中醫針傷科不同複雜度療程之配套管理措施及審查機制」(草案、詳附件，討 4-2 頁)案，提請討論。

說明：依全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 114 年第 1 次研商議事會議紀錄及中執會第 57 次會議決議辦理。

健保署意見：

- 一、依貴會所提「中醫針傷科不同複雜度療程之配套管理措施及審查機制」管理條件，經統計費用年月 114 年 1 月至 6 月申報資料，申報中醫針傷科共 3,437 家、316 萬件，屬針傷科療程尚未結束重啟療程共 275 家(占 8%)、2,430 件(占 0.08%)，又重啟療程件數/院所申請針傷科療程件數大於 3%情形者，共 11 家(占 0.3%)、1,146 件(占 0.04%)。
- 二、上開 11 家院所區域分布，臺北 2 家、中區 5 家以及高屏 4 家，其中重啟療程占率 10%以上院所皆集中於高屏地區，建議可由分會協助輔導；另貴會可依 114 年中醫門診醫療服務審查勞務委託契約第八條履約管理，至本署處理資料檔案分析，俾利研議管理措施。

決議：

附件

「中醫針傷科不同複雜度療程之配套管理措施及審查機制」

(草案)

- 一、依據全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額114年第1次研商議事會議紀錄辦理。
- 二、病人若因病情變化且診斷出屬新發生之疾病致原療程不適用者，得重新評估並重啟療程。
- 三、申報因病情變化重啟療程，需敘明理由及時程；審查組不得僅以療程複雜度改變做為核扣的理由。
- 四、病人若在療程尚未結束時因病情變化重啟療程次數大於該院所申請針傷科療程件數3%者，則加強審查。
【分子：重啟療程次數
分母：申請29案件的件數(有申請診察費)】
- 五、病人若在該院所療程治療前，已看診過相關特殊疾病(支付標準4.4.2所列特殊疾病者、4.4.3所列特殊疾病者)，則不得以本項理由做為變更治療的複雜度依據。