



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 11 月 13 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	17
三、114 年第 2 季中醫門診總額點值結算報告案	報 3-1	49
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	92
五、115 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案。	報 5-1	111
六、115 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議時程案。	報 6-1	113
七、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 7-1	114

肆、討論事項

一、有關「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」條文修訂案	討 1-1	118
二、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 2-1	180
三、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 3-1	207
四、「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	214
五、有關「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文修訂案	討 5-1	216
六、有關「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」條文修訂案	討 6-1	225

七、有關「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」 條文修訂案	討 7-1	231
八、有關「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修 訂案	討 8-1	234
九、有關「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」條文修 訂案	討 9-1	237
十、有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標 準第四部中醫條文修正訂案	討 10-1	242
十一、有關「照護機構中醫醫療照護方案」條文修訂 案	討 11-1	258
十二、有關 115 年度「全民健康保險中醫門診總額品 質保證保留款實施方案」應如何修正訂案	討 12-1	273
十三、有關「115 年度總額地區預算分配方式」修訂 案	討 13-1	303

伍、臨時動議：

一、有關建議將中醫納入「全民健康保險週日及國定 假日輕急症中心（UCC）試辦計畫」，以分散急診 壅塞，提升輕急症病人照護效能案	臨 1-1	318
---	-------	-----

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、主席致詞：(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：確認。

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。

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。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」

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。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 3 時 38 分

114 年第 1 季中醫各區點值確認

本署於 114 年 8 月 14 日召開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，因楊柳颱風來襲，前揭會議是日已有縣市政府公布停止上班、上課，故該會議停開，114 年第 1 季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」業函請代表確認後公布於本署全球資訊網。

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。

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		萬巒鄉	1		海端鄉	3
苗栗縣	卓蘭鎮	1	屏東縣	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
	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	臺東縣	琉球鄉	
	壯圍鄉		土庫鎮		澎湖縣	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	苗栗縣	東勢鄉	臺東縣	成功鎮		
芎林鄉		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	嘉義縣	口湖鄉	金門縣	鹿野鄉	
	外埔區		布袋鎮		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			
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，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。	<p>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」。</p> <p>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。</p>	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。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>■ <input type="checkbox"/> 繼續列管 <input checked="" type="checkbox"/> 解除列管</p>

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	<p>本案修訂通過，重點如下：</p> <p>一、本會議代表不得具有民意代表身分（修正第三點）。</p> <p>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）。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 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	<p>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。</p>	<p>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。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 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	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>本案已於114年7月23日健保會第5次委員會報告通過。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 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11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3季點值預估
- 114年第3季醫療供給及利用概況
- 114年第3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11月3日。

二、總額邏輯說明：

1. 總額醫療費用含部分負擔。

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

占率分配如下。

2-1. 113年分區預算調整指標共計有6項，預估實際採用之校正資料為實際預算占率(71%)、戶籍人口占率(16%)、同期就醫次數權值占率(9%)、人數利用及醫療點數成長率(4%)。

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

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

六、週日及工作日回攤當年得出每季各月之費用占率。

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

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

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

2. 其中40百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

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

3



114年第3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3季	臺北	2,501	983	1,575	0.9639	0.9778	0	0
	北區	1,090	489	713	0.9000	0.9407	0	39.5
	中區	2,113	803	1,385	0.9451	0.9653	10	0
	南區	1,170	501	720	0.9296	0.9585	0	0
	高屏	1,326	546	831	0.9385	0.9629	0	0
	東區	187	59	111	1.1472	1.0962	0	0
	合計	8,387	3,381	5,335	0.9457	0.9668	10	39.5

註：

1. 113Q3結算全區平均點值0.9441

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3季 醫療供給及利用概況

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

5



特約醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
110年9月	1,129	472	1,053	529	557	71	3,811
111年9月	1,153	476	1,064	534	565	68	3,860
112年9月	1,187	495	1,085	542	571	70	3,950
113年9月(A)	1,208	495	1,096	554	583	71	4,007
114年9月(B)	1,229	508	1,098	561	583	69	4,048
成長率(B/A)-1	1.7%	2.6%	0.2%	1.3%	0.0%	-2.8%	1.0%
增減數B-A	21	13	2	7	0	-2	41

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9月(A)	27	15	37	25	23	12	139
114年9月(B)	27	17	38	25	25	13	145
成長率(B/A)-1	0.0%	13.3%	2.7%	0.0%	8.7%	8.3%	4.3%
增減數B-A	0	2	1	0	2	1	6

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9月較去年同期家數增減名單：

北區(2)：增加2家：新竹市立馬偕兒童醫院、聯新國際醫院桃新分院

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、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9月	2,146	891	1,911	903	1,018	159	7,028
111年9月	2,198	931	1,959	930	1,052	152	7,222
112年9月	2,285	993	2,045	981	1,111	163	7,578
113年9月(A)	2,351	1,036	2,106	1,016	1,157	167	7,833
114年9月(B)	2,413	1,068	2,156	1,055	1,170	165	8,027
成長率(B/A)-1	2.6%	3.1%	2.4%	3.8%	1.1%	-1.2%	2.5%
增減數B-A	62	32	50	39	13	-2	194

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9月	232	112	234	139	122	58	897
111年9月	241	120	241	148	119	55	924
112年9月	252	125	264	157	115	64	977
113年9月(A)	259	130	285	177	127	65	1,043
114年9月(B)	270	135	306	187	133	57	1,088
成長率 (B/A)-1	4.2%	3.8%	7.4%	5.6%	4.7%	-12.3%	4.3%
增減數B-A	11	5	21	10	6	-8	45

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	114Q3
臺北	2.92	3.00	3.06	3.12	3.24
北區	2.42	2.48	2.57	2.64	2.71
中區	4.33	4.44	4.55	4.66	4.74
南區	2.84	2.93	3.00	3.13	3.25
高屏	2.88	2.99	3.07	3.19	3.24
東區	2.99	2.95	3.04	3.03	3.16
總計	3.10	3.18	3.26	3.35	3.44

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	114Q3
臺北/全區	0.94	0.94	0.94	0.93	0.94
北區/全區	0.78	0.78	0.79	0.79	0.79
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	0.92
全區	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

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

11



114年第3季各縣市每萬人口中醫師數(一)

分區別	縣市別	中醫師 數	人口數	每萬人口 中醫師數	醫人比
臺北區	宜蘭縣	87	449,999	1.93	5,172
	基隆市	90	360,429	2.50	4,005
	臺北市	1,099	2,442,991	4.50	2,223
	新北市	1,128	4,046,037	2.79	3,587
	金門縣	9	139,689	0.64	15,521
	連江縣	0	13,635	0.00	0
		2,413	7,452,780	3.24	3,089
北區	桃園市	671	2,352,683	2.85	3,506
	新竹市	137	455,275	3.01	3,323
	新竹縣	137	597,193	2.29	4,359
	苗栗縣	123	532,053	2.31	4,326
			1,068	3,937,204	2.71
中區	臺中市	1,605	2,867,537	5.60	1,787
	南投縣	140	468,657	2.99	3,348
	彰化縣	411	1,213,351	3.39	2,952
			2,156	4,549,545	4.74



114年第3季各縣市每萬人口中醫師數(二)

分區別	縣市別	中醫師數	人口數	每萬人口 中醫師數	醫人比
南區	雲林縣	164	652,874	2.51	3,981
	嘉義市	125	260,749	4.79	2,086
	嘉義縣	95	474,796	2.00	4,998
	臺南市	671	1,854,682	3.62	2,764
		1,055	3,243,101	3.25	3,074
高屏	高雄市	990	2,721,500	3.64	2,749
	屏東縣	175	783,931	2.23	4,480
	澎湖縣	5	106,768	0.47	21,354
		1,170	3,612,199	3.24	3,087
東區	花蓮縣	106	313,433	3.38	2,957
	臺東縣	59	208,769	2.83	3,538
		165	522,202	3.16	3,165
	總計	8,027	23,317,031	3.44	2,905



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9月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	13	11	5	11	23	15	78	21.2%
	0<X<1	17	11	13	23	19	4	87	23.6%
	1≤X<2	13	12	11	20	14	4	74	20.1%
	2≤X<3	10	6	8	7	6	2	39	10.6%
	3≤X	17	7	31	16	15	4	90	24.5%
	合計		70	47	68	77	77	29	368
114年9月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	13	12	5	10	23	15	78	21.2%
	0<X<1	16	9	14	24	18	4	85	23.1%
	1≤X<2	14	10	12	20	14	4	74	20.1%
	2≤X<3	9	9	6	6	9	1	40	10.9%
	3≤X	18	7	31	17	13	5	91	24.7%
	合計		70	47	68	77	77	29	368
較去年同期 增減鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	0	1	0	-1	0	0	0	0
	0<X<1	-1	-2	1	1	-1	0	-2	
	1≤X<2	1	-2	1	0	0	0	0	
	2≤X<3	-1	3	-2	-1	3	-1	1	
	3≤X	1	0	0	1	-2	1	1	
	合計		0	0	0	0	0	0	0

註：無中醫師鄉鎮：北區(+1)：(+3)桃園市復興區、苗栗縣西湖鄉、造橋鄉；
 (-2) 新竹縣寶山鄉、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】

年季	項目	申報件數		申報醫療點數		平均每件醫療點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
114Q3	臺北	3,206.0	1.6%	2,628.4	5.5%	819.8	3.9%
	北區	1,501.2	1.3%	1,254.2	5.7%	835.5	4.4%
	中區	2,831.3	-0.5%	2,328.9	2.3%	822.6	2.8%
	南區	1,511.0	-0.7%	1,293.7	3.1%	856.2	3.8%
	高屏	1,722.1	1.2%	1,452.5	4.6%	843.4	3.3%
	東區	200.0	2.6%	207.0	7.4%	1035.2	4.7%
	全區	10,971.6	0.6%	9,164.7	4.3%	835.3	3.6%

註1：資料來源：截至114年10月30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	
		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
114Q3	臺北	987.8	6.7%	12.8	-2.9%	1,014.7	2.4%	613.0	9.4%	2,628.4	5.5%
	北區	496.4	8.0%	4.9	0.1%	477.0	1.8%	275.9	9.0%	1,254.2	5.7%
	中區	810.9	5.2%	13.6	1.8%	882.9	-0.6%	621.5	2.7%	2,328.9	2.3%
	南區	507.1	6.2%	6.7	2.0%	472.9	-0.1%	307.0	3.2%	1,293.7	3.1%
	高屏	552.4	6.4%	8.7	2.5%	544.7	1.5%	346.7	6.7%	1,452.5	4.6%
	東區	63.1	9.2%	1.3	11.5%	62.5	1.8%	80.1	10.7%	207.0	7.4%
	合計	3,417.8	6.4%	48.0	0.7%	3,454.7	1.0%	2,244.2	6.2%	9,164.7	4.25%

註1：資料來源：截至114年10月30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	分區/ 案件分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫 其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無 中醫鄉巡迴醫 療服務	
		值 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率
114Q3	臺北	1,111.2	0.5%	59.6	31.8%	615.4	9.6%	8.1	17.2%
	北區	524.7	-0.7%	32.3	16.3%	335.6	12.4%	18.5	18.1%
	中區	1,039.2	-0.6%	127.6	23.0%	429.0	8.8%	11.4	18.0%
	南區	508.8	-2.4%	58.2	18.2%	346.4	11.2%	13.4	-11.0%
	高屏	617.7	0.2%	55.4	21.0%	312.6	9.7%	16.4	3.3%
	東區	52.2	-0.9%	15.5	58.3%	36.6	15.2%	13.3	-2.7%
	全區	3,853.8	-0.4%	348.5	23.8%	2,075.5	10.3%	81.2	5.6%

註1：資料來源：截至114年10月30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	分區/ 案件分類	28. 中醫慢性病 連續處方調劑		29. 中醫針灸、 傷科及脫臼整 復		30. 中醫特定 疾病門診加強 照護		31. 中醫居家 (108.6新增)		合計	
		值 (萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率
114Q3	臺北	239.2	19.7%	816.8	7.8%	5.7	27.6%	9.21	31.0%	2,628.4	5.5%
	北區	383.9	76.5%	326.4	7.6%	5.0	25.5%	7.94	30.0%	1,254.2	5.7%
	中區	107.2	25.1%	690.3	-0.9%	8.2	11.5%	22.10	14.9%	2,328.9	2.3%
	南區	30.2	-3.5%	346.3	1.8%	8.8	6.5%	11.67	27.3%	1,293.7	3.1%
	高屏	53.3	27.1%	428.3	4.3%	11.0	18.6%	10.44	83.8%	1,452.5	4.6%
	東區	9.5	68.4%	73.7	4.0%	2.0	78.5%	13.55	6.5%	207.0	7.4%
	全區	823.3	41.5%	2,681.8	4.0%	40.8	18.1%	74.92	25.0%	9,164.7	4.25%

註1：資料來源：截至114年10月30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	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
114Q3	臺北	298.4	4.9%	367.0	10.2%	1,230.0	5.1%
	北區	129.8	10.1%	170.4	14.9%	1,313.2	4.3%
	中區	324.4	6.7%	369.4	8.5%	1,138.7	1.7%
	南區	193.1	7.3%	243.9	10.2%	1,263.0	2.7%
	高屏	149.7	16.1%	175.6	20.1%	1,172.5	3.4%
	東區	42.5	13.8%	57.8	18.0%	1,359.5	3.7%
	全區	1,137.9	8.1%	1,384.0	11.8%	1,216.3	3.4%

註1：資料來源：截至114年10月30日多模型健保資料平台。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。

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

19



醫院中醫科申報醫療 費用點數【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率
114Q3	臺北	154.5	9.0%	6.4	3.8%	91.3	6.1%	114.9	16.0%	367.0	10.2%
	北區	77.2	16.8%	2.6	12.3%	37.7	10.5%	52.9	15.4%	170.4	14.9%
	中區	120.0	10.9%	6.8	6.9%	95.6	5.7%	147.0	8.5%	369.4	8.5%
	南區	86.7	10.4%	3.9	8.7%	56.7	7.9%	96.6	11.4%	243.9	10.2%
	高屏	61.5	20.1%	3.1	21.1%	47.8	16.5%	63.2	22.8%	175.6	20.1%
	東區	16.4	16.9%	1.0	10.8%	13.0	10.6%	27.4	22.8%	57.8	18.0%
	合計	516.4	12.3%	23.7	8.7%	341.9	8.3%	502.1	13.9%	1,384.0	11.8%

註1：資料來源：截至114年10月30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
alth Insurance

20



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(1)

年季	分區	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114Q3	臺北	35.5	-4.8%	49.3	28.1%	171.8	8.0%	1.9	19.8%
	北區	11.3	5.2%	24.8	10.7%	91.8	15.6%	1.4	-10.8%
	中區	55.6	15.4%	96.7	16.4%	107.5	5.5%	2.2	27.4%
	南區	23.4	5.0%	50.6	20.4%	85.1	7.9%	6.4	2.1%
	高屏	20.6	7.0%	41.3	28.9%	63.7	19.4%	2.0	19.9%
	東區	5.7	10.4%	12.0	65.3%	15.1	17.6%	1.0	-18.2%
	全區	152.1	6.4%	274.6	21.9%	535.0	10.2%	14.9	6.1%

註1：資料來源：截至114年10月30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
114Q3	臺北	145.6	28.1%	98.9	11.8%	4.5	25.5%	3.67	9.9%	367.0	10.2%
	北區	323.7	99.9%	34.7	17.0%	2.1	7.1%	1.22	2.4%	170.4	14.9%
	中區	45.2	49.0%	93.7	1.4%	6.8	11.2%	6.43	-4.4%	369.4	8.5%
	南區	7.8	-13.1%	65.0	10.0%	7.5	3.4%	5.77	6.1%	243.9	10.2%
	高屏	10.6	16.4%	38.6	19.0%	6.5	21.4%	2.85	35.0%	175.6	20.1%
	東區	3.5	0.0%	19.4	1.9%	1.6	88.6%	2.90	16.1%	57.8	18.0%
	全區	536.3	64.5%	350.3	9.1%	28.9	15.4%	22.84	7.2%	1,384.0	11.8%

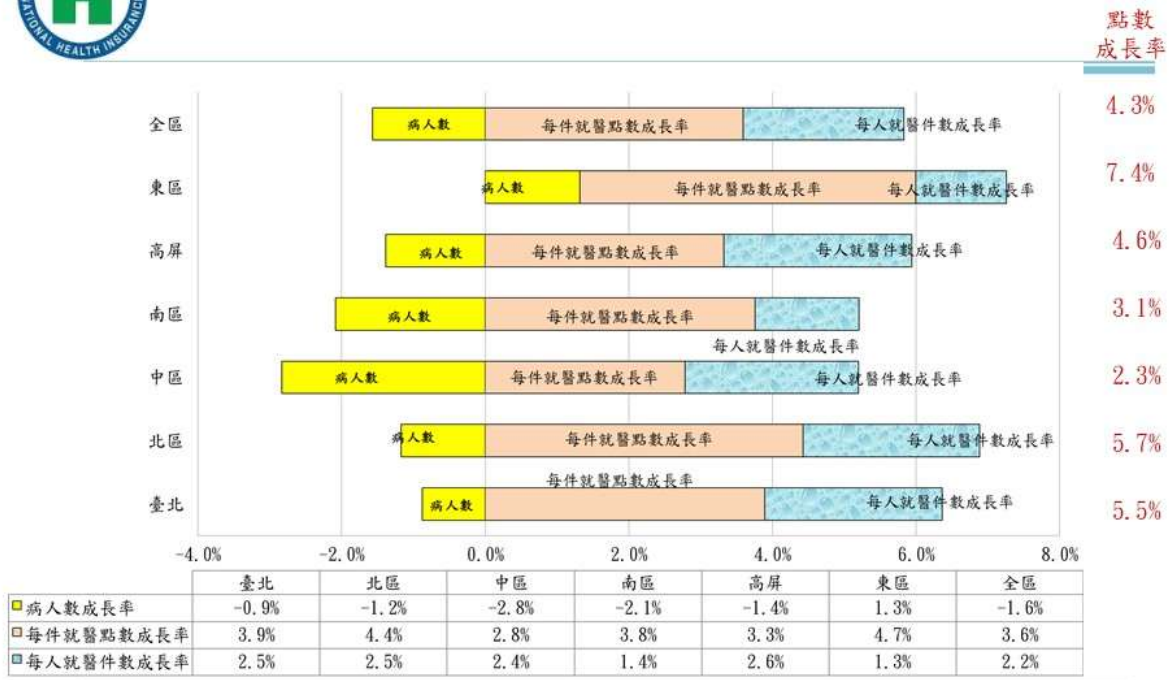
註1：資料來源：截至114年10月30日多模型健保資料平台。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。
 註4：自112年7月起部分負擔調整申報方式，於門診一次領取慢性病連續處方箋總用藥量，應分開列報為24案件及28案件。

Bureau of National Health Insurance

22



114年第3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1-3季支用337.5百萬點，**預算執行率72.4%**

114Q3

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	3,058	33.8	36.0
區域醫院	45	3,837	44.1	49.9
地區醫院	52	1,822	26.1	30.6
總計	112	7,763	104.1	116.5

註：114年全年預算465.9百萬點，第1季支用104.0百萬點，第2季支用117.0百萬點，累計至第3季預算執行率72.4%。

資料來源：截至114年10月30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1-3季支用301.8百萬點，**預算執行率85.7%**

114Q3

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	5,274	28.9	42.1
區域醫院	44	4,449	29.3	46.9
地區醫院	30	999	7.0	8.8
基層院所	163	1,900	10.4	12.8
總計	253	12,527	75.5	110.7

註：114年全年預算352.3百萬點，第1季支用90.0百萬點，第2季支用101.1百萬點，累計至第3季預算執行率85.7%。

資料來源：截至114年10月30日多模型健保資料平台。

健康保險署
Health Insurance

26



中醫提升孕產照護品質計畫

第1-3季支用57.8百萬點，預算執行率70.5%

114Q3

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	9	404	1.7	1.8
區域醫院	13	650	4.3	4.9
地區醫院	13	136	0.7	0.7
基層院所	138	2,253	12.4	13.3
總計	173	3,426	19.1	20.8

註：114年全年預算82.0百萬點，第1季支用17.3百萬點，第2季支用19.7百萬點，累計至第3季預算執行率70.5%。

資料來源：截至114年10月30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1-3季支用10.959百萬點，預算執行率109.6%

114Q3

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	970	1036	354.9
區域醫院	3	31	31	3.5
總計	7	1001	1067	358.4

註1：114年全年預算10.0百萬點，第1季支用3.733百萬點，第2季支用3.642百萬點，累計至第3季預算執行率109.6%。

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、部立台北醫院、基隆長庚醫院、部立彰化醫院

地區醫院：關山慈濟醫院

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、部立台北醫院、部立彰化醫院、嘉義基督教醫院

地區醫院：關山慈濟醫院

114Q3：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、部立台北醫院、部立彰化醫院

資料來源：截至114年10月30日多模型健保資料平台。

Bureau of National Health Insurance

28



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

第1-3季支用127.5百萬點，預算執行率83.7%

114Q3

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	1,650	5,271	9.6
區域醫院	24	1,140	4,722	7.5
地區醫院	23	692	3,096	5.1
基層院所	192	4,039	18,215	25.8
總計	250	7,495	31,304	48.0

資註：114年全年預算152.4百萬點，第1季支用36.6百萬點，第2季支用42.9百萬點，累計至第3季預算執行率83.7%。
料來源：截至114年10月30日多模態健保資料平台。

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

29



照護機構中醫醫療照護方案(論次)

第1-3季支用6.317百萬點，預算執行率79.0%

114Q3

院所層級	院所家數	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	8	18.0
區域醫院	22	45.0
地區醫院	26	41.1
基層院所	82	143.3
總計	138	247.4

註：114年全年預算8.0百萬點，第1季支用1.694百萬點，第2季支用2.194百萬點，累計至第3季預算執行率79.0%。
資料來源：截至114年11月7日多模態健保資料平台。

30



單位:百萬點

114Q3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)	合計	占率
臺北	24.6	16.7	2.3	3.4	7.1	0.4	51.2	16.9%
北區	6.3	12.7	1.7	0.3	6.2	0.3	27.2	9.0%
中區	47.8	34.0	8.6	11.0	18.2	0.9	109.7	36.3%
南區	18.2	22.4	4.8	.	5.1	0.4	50.9	16.9%
高屏	16.8	21.6	3.1	.	8.4	0.3	50.3	16.7%
東區	2.8	3.2	0.3	343.7	3.0	0.2	12.8	4.2%
全署	116.5	110.7	20.8	358.4	48.0	2.5	302.1	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



其他參考資料(114第2季)

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

32



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



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算占率(71%)、戶籍人口占率(16%)、同期就醫次數權值占率(9%)、人數利用及醫療點數成長率(4%)。

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

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

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

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

2. 其中40百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。



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：

- 113Q2結算全區平均點值0.9290
- 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

35



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

36



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。



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。



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

39



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

40



各分區每萬人口中醫醫師數

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

41



各分區每萬人口中醫醫師數 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

42



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

43



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

44



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：無中醫師鄉鎮：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

45



整體申報概況 【分區別】

年季	分區	申報件數		申報醫療點數		平均每件 醫療點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
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

46



整體申報醫療費用點數 【費用分類+分區別】

年季	項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	點數 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率
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)。

47



整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(1)

年季	案件分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務	
		值 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率	值 (百萬)	成長 率
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日多模型健保資料平台。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。0係今年及前一年皆無申報。

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

48



申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	案件分類	28. 中醫慢性病 連續處方調劑		29. 中醫針灸、 傷科及脫臼整復		30. 中醫特定疾 病門診加強照護		31. 中醫居家 (108.6新增)		合計	
		值 (萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
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。

49



醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	項目	申報件數		申報醫療點數		平均每件 醫療點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
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日多模態健保資料平台。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。

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

50



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
alth Insurance

51



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。

52



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

53



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

54



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

56



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

Department of Health Insurance

57



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

58



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、部立台北醫院、基隆長庚醫院、部立彰化醫院

地區醫院：關山慈濟醫院

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、部立台北醫院、部立彰化醫院、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。



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

資註：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。



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。

61



114Q2分區申報專案費用點數

單位：百萬點

分區別	住院輔助	癌症整合	孕產	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

62

案由：114年第2季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

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

二、有關114年第2季結算結果說明如下(附件報3-4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2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、中區、高屏區當季浮動點值未達0.9，分別移撥該等分區各約30.9、0.8、8.7百萬元，風險調整移撥款未尚支用金額66.9百萬元(頁次：報3-34頁)。

(二)114年第2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	0.98260122	0.98921127	0.98996562
北區	0.90000000	0.94029857	0.94276912
中區	0.90716902	0.94093649	0.94366745
南區	0.90078209	0.94114242	0.94344237
高屏	0.90000000	0.93912760	0.94128338
東區	1.12020576	1.07901089	1.05942024
全區	0.93025205	0.95702438	0.95859726

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2：114年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、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、品質保證保留款之預算及點數。其中114年每季品質保證保留款係以全年實際核發數除以4估算。

(三) 113年第2季各區點值(下表)供參

分區	浮動點值	平均點值	平均點值 (含專款)
台北	0.92847717	0.95537711	0.95724801
北區	0.82281101	0.89250988	0.89731781
中區	0.85815317	0.90811171	0.91196345
南區	0.86938461	0.92080711	0.92390667
高屏	0.88535356	0.92946254	0.93193815
東區	1.20803898	1.13858971	1.11438053
全區	0.88631521	0.92898782	0.93189130

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2：113年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114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	114Q2			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)	59,161	37,135	22,025
2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	128,929	116,962	11,967	1.00000000
3. 中醫提升孕產照護品質計畫	23,694	19,748	3,946	1.00000000
4. 癌症患者加強照護整合方案	88,075	101,147	-13,072	0.86595815
5. 中醫急症處置計畫	2,500	3,642	-1,142	0.68611853
6. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	39,592	42,889	-3,297	0.92312250
7. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	2,351	2,194	157	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 114Q2 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：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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁 次： 1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)114年第2季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$= 114\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G114\text{合計}) \times \text{各季預算占率}(h_q2)$$

$$= 32,885,746,511 \times 25.146337\%(h_q2)$$

$$= 8,269,560,643 (D1)$$

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

$$= 114\text{年全年預算} - 114\text{年第1季調整後預算} - 114\text{年第2季調整後預算} - 114\text{年第3季調整後預算}$$

$$= 32,885,746,511\text{元} - 7,722,280,653\text{元} - 8,269,560,643\text{元} - 8,489,405,475\text{元}$$

$$= 8,404,499,740\text{元。}$$

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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

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 (Q112)	111年各季校正 投保人口預估 成長率差額 (PEOP111)	112年 違反特管辦法 之扣款(註1) (B2)	113年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q113) =(Q112+PEOP111 +B2)×(1+4.979%)	112年各季校正 投保人口預估 成長率差值 (PEOP112)	113年 違反特管辦法 之扣款(註2) (B3)	114年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額 (Q114) =(Q113+PEOP112 +B3)×(1+5.468%)	106年 品質保證 保留款(註3) (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 (OPD_114) =(Q114- C106)	醫療資源不足 地區之論量計 酬結算金額 (B4)
第1季	8,005,293,479	51,887,901
第2季	8,197,672,804	72,409,761
第3季	8,090,756,349	0
第4季	8,592,023,879	0
合 計	32,885,746,511	124,297,662

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

=====

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： 8

(1)獎勵開業已支用點數	:	5,842,640(K1)	(浮動點數 : 4,063,602 ; 非浮動點數 : 1,779,038)
(2)獎勵開業保障給付收入	:	7,362,760(K2)	
(3)獎勵開業論次費用	:	0(K3)	
(4)小計已支用點數(K1+K3)	:	5,842,640(K4)	暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 7,362,760(K5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數	:	2,953,344(K6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	:	26,819,300(K7)	
(3)小計已支用點數	:	29,772,644(K8)	暫結金額= 1元/點× 29,772,644(K8)= 29,772,644(K9)

3. 合計:

已支用點數： 35,615,284(K4+K8)

暫結金額： 37,135,404(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 59,160,767 - 37,135,404= 22,025,363

=====
 第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=183,000,000/4+ 22,025,363= 67,775,363

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=	67,775,363 - 0 = 67,775,363

=====
 第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=183,000,000/4+ 67,775,363= 113,525,363

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=	113,525,363 - 0=113,525,363

=====

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： 9

(1)獎勵開業已支用點數 : 9,823,627(N1) (浮動點數 : 6,684,067 ; 非浮動點數 : 3,139,560)

(2)獎勵開業保障給付收入 : 13,310,884(N2)

(3)獎勵開業論次費用 : 0(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3) : 9,823,627(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 13,310,884(N5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數 : 5,368,553(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 50,795,200(N7)

(3)小計已支用點數 : 56,163,753(N8) 結算金額= 56,163,753(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： 65,987,380(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+ 37,135,404+ 0+ 0= 69,474,637

未支用金額= 全年預算 - 全年暫結金額=183,000,000- 69,474,637=113,525,363

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：	86,795,889(W01)	83,680,827(WF01)	3,115,062(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	12,638,238(W02)	12,187,040(WF02)	451,198(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,488,785(W03)	5,251,084(WF03)	237,701(WN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,591,752(W04)	8,103,469(WF04)	488,283(WN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,447,439(W05)	3,166,349(WF05)	281,090(WN05)
(6)小計：	116,962,103(W06)	112,388,769(WF06)	4,573,334(WN06)
已支用點數=	116,962,103		
暫結金額= 1元/點× 已支用點數=	116,962,103		
未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數=	128,928,737 - 116,962,103=	11,966,634	

=====
 第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 465,900,000/4+ 11,966,634= 128,441,634

	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=	128,441,634 -	0=	128,441,634

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 465,900,000/4+ 128,441,634= 244,916,634

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y01)	0(YF01)	0(YN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y02)	0(YF02)	0(YN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y03)	0(YF03)	0(YN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	0(Y05)	0(YF05)	0(YN05)
(6)小計：	0(Y06)	0(YF06)	0(YN06)
已支用點數=	0		
暫結金額= 1元/點× 已支用點數=	0		
未支用金額= 第4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數=	244,916,634 -	0=	244,916,634

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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

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：	163,907,890(Z01)	157,976,760(ZF01)	5,931,130(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	23,257,313(Z02)	22,415,259(ZF02)	842,054(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,408,140(Z03)	9,934,228(ZF03)	473,912(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	16,882,535(Z04)	15,958,798(ZF04)	923,737(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	6,527,488(Z05)	5,949,815(ZF05)	577,673(ZN05)
(6)小計：	220,983,366(Z06)	212,234,860(ZF06)	8,748,506(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+ 116,962,103+ 0+ 0= 220,983,366

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 465,900,000 - 220,983,366= 244,916,634

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= 19,748,199

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 19,748,199

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 23,694,164 - 19,748,199= 3,945,965

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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁 次： 12

第3季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,500,000 + 3,945,965 = 24,445,965 \\ \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 24,445,965 - 0 = 24,445,965 \end{aligned}$$

第4季:

$$\begin{aligned} \text{預算} &= \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 20,500,000 + 24,445,965 = 44,945,965 \\ \text{已支用點數} &= 0 \\ \text{暫結金額} &= 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 0 \\ \text{未支用金額} &= \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 44,945,965 - 0 = 44,945,965 \end{aligned}$$

全年合計:

$$\begin{aligned} \text{全年預算} &= 82,000,000 \\ \text{已支用點數} &= 37,054,035 \\ \text{暫結金額} &= \text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} \\ &= 17,305,836 + 19,748,199 + 0 + 0 = 37,054,035 \\ \text{未支用金額} &= \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 82,000,000 - 37,054,035 = 44,945,965 \end{aligned}$$

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

=====

(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：	24,179,499	20,717,405	3,462,094
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	37,505,306	37,505,306	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,258,203	3,258,203	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	10,640,771	10,640,771	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	9,086,214	9,086,214	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	7,081,904	6,917,941	163,963
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,310,700	1,310,700	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,788,550	2,788,550	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,302,127	2,302,127	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	482,864	482,864	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,342,421	1,342,421	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,168,311	1,168,311	0
(13)小計：	101,146,870	97,520,813	3,626,057

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 101,146,870

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 88,075,000 - 101,146,870= -13,071,870

浮動點值= (第2季預算 - 非浮動點數) / (浮動點數)= (88,075,000 - 3,626,057) / 97,520,813= 0.86595815

第3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3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 88,075,000 - 0= 88,075,000

第4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4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 176,150,000 - 0= 176,150,000

=====

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：	47,409,595	40,543,442	6,866,153
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	70,976,633	70,976,633	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	6,195,738	6,195,738	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	20,261,994	20,261,994	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	17,289,827	17,289,827	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	13,021,063	12,681,774	339,289
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,433,556	2,433,556	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	5,270,938	5,270,938	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	4,381,750	4,381,750	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	613,018	613,018	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,568,478	1,568,478	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,499,441	1,499,441	0
(13)小計：	190,922,031	183,716,589	7,205,442

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 + 88,075,000 + 0 + 0 = 176,150,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 352,300,000 - 176,150,000 = 176,150,000

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:

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

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

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

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

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

第2季:

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

$$\text{已支用點數} = 3,641,666 \quad (\text{浮動點數}: 3,637,252 \quad \text{非浮動點數}: 4,414)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 3,641,666$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 2,500,000 - 3,641,666 = -1,141,666$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (2,500,000 - 4,414) / 3,637,252 = 0.68611853$$

第3季:

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

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 2,500,000 - 0 = 2,500,000$$

第4季:

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

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 5,000,000 - 0 = 5,000,000$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 7,374,618 \quad (\text{浮動點數}: 7,368,547 \quad \text{非浮動點數}: 6,071)$$

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

$$= 2,500,000 + 2,500,000 + 0 + 0 = 5,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 10,000,000 - 5,000,000 = 5,000,000$$

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:

$$\text{預算} = 152,400,000 / 4 = 38,100,000$$

$$\text{已支用點數} = 36,607,995 \quad (\text{浮動點數}: 36,607,995 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 36,607,995$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第1季已支用點數} = 38,100,000 - 36,607,995 = 1,492,005$$

第2季:

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

$$\text{已支用點數} = 42,889,221 \quad (\text{浮動點數}: 42,889,221 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 42,889,221$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第2季已支用點數} = 39,592,005 - 42,889,221 = -3,297,216$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (39,592,005 - 0) / 42,889,221 = 0.92312250$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 38,100,000 + 0 = 38,100,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 38,100,000 - 0 = 38,100,000$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 38,100,000 + 38,100,000 = 76,200,000$$

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 76,200,000 - 0 = 76,200,000$$

全年合計：

全年預算 = 152,400,000
 已支用點數 = 79,497,216 (浮動點數：79,497,216 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 + 39,592,005 + 0 + 0 = 76,200,000
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 152,400,000 - 76,200,000 = 76,200,000

註：依據「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。
 當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(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：2,194,000 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 2,194,000
 未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 2,351,000 - 2,194,000 = 157,000

第3季：

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 2,000,000 + 157,000 = 2,157,000
 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 = 2,157,000 - 0 = 2,157,000

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 2,000,000 + 2,157,000 = 4,157,000

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 = 4,157,000 - 0 = 4,157,000

全年合計:

全年預算 = 8,000,000

已支用點數 = 3,843,000

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 + 2,194,000 + 0 + 0 = 3,843,000

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 8,000,000 - 3,843,000 = 4,157,000

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。

(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 8,269,560,643 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 72,409,761 (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 8,197,150,882 (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	5,072,479	1,747,993	6,820,472	6,820,472
北區	10,442,534	5,396,186	15,838,720	15,838,720
中區	7,175,625	2,997,584	10,173,209	10,173,209
南區	7,851,743	3,486,672	11,338,415	11,338,415
高屏	10,873,699	4,067,779	14,941,478	14,941,478
東區	9,760,440	3,537,027	13,297,467	13,297,467
合計	51,176,520	21,233,241	72,409,761(B2)	72,409,761(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% = 8,197,150,882 × 2.22% = 181,976,750 (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 = 7,977,674,132 (加總後四捨五入至整數位) (註3)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 65% = 7,977,674,132 × 65% = 5,185,488,186 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 16% = 7,977,674,132 × 16% = 1,276,427,861 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 9% = 7,977,674,132 × 9% = 717,990,672 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 4% = 7,977,674,132 × 4% = 319,106,965 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 7,977,674,132 × 5% = 398,883,707 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 7,977,674,132 - 5,185,488,186 - 1,276,427,861 - 717,990,672 - 319,106,965 - 398,883,707 = 79,776,741

(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	96Q2+97Q2+98Q2		113年5月		113年4~6月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 =(Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	各區就醫 次數比率加總 (a)	全區 就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後 指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	4,045,672,564	29.6315%	7,520,047	32.8580%	985,046.183337		30.0366%	30.5975%
北區	1,656,701,975	12.1341%	3,906,922	17.0709%	478,067.648241		14.5775%	14.8497%
中區	3,696,250,352	27.0722%	4,559,572	19.9225%	808,494.903037		24.6531%	25.1135%
南區	1,992,139,000	14.5909%	3,264,448	14.2636%	455,308.758296		13.8835%	14.1428%
高屏 東區	2,262,525,558	16.5713%	3,635,502	15.8850%	492,454.368825 60,112.138087		15.0162%	15.2965%
小計	13,653,289,449	100.0000%	22,886,491	100.0000%	3,279,483.999823	3,279,484	98.1669%	100.0000%

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								
113年4~6月								
指標	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	-0.091853	-0.051628	-0.040225	1	0.00	4,045,672,564	4,045,672,564	29.6315%
北區	-0.121225	-0.070719	-0.050506	2	0.00	1,656,701,975	1,656,701,975	12.1341%
中區	-0.108651	-0.053985	-0.054666	3	0.00	3,696,250,352	3,696,250,352	27.0722%
南區	-0.117035	-0.058003	-0.059032	4	0.00	1,992,139,000	1,992,139,000	14.5909%
高屏	-0.113135	-0.052857	-0.060278	5	0.00	2,262,525,558	2,262,525,558	16.5713%
小計						13,653,289,449	13,653,289,449	100.0000%

指標5(註8)(S5)				
當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率				
114年2月				
指標	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	0.002603	4,045,672,564	4,056,203,450	29.6816%
北區	0.005019	1,656,701,975	1,665,016,962	12.1839%
中區	-0.004328	3,696,250,352	3,680,252,980	26.9305%
南區	0.006693	1,992,139,000	2,005,472,386	14.6752%
高屏	-0.001654	2,262,525,558	2,258,783,341	16.5288%
小計		13,653,289,449	13,665,729,119	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	29.6315%	32.8580%	30.5975%	29.6315%	29.6816%
北區	12.1341%	17.0709%	14.8497%	12.1341%	12.1839%
中區	27.0722%	19.9225%	25.1135%	27.0722%	26.9305%
南區	14.5909%	14.2636%	14.1428%	14.5909%	14.6752%
高屏	16.5713%	15.8850%	15.2965%	16.5713%	16.5288%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第2季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 79,776,741 - 6,502,320 \\
 &= 73,274,421
 \end{aligned}$$

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	1.00074069	0	0
北區	0.90000000	18,870,189	1,887,023
中區	0.95344019	24,470,480	1,139,340
南區	0.96598379	37,418,194	1,272,816
高屏	0.93174182	32,276,543	2,203,141
小計		113,035,406	6,502,320(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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄：114/04-114/06

核付截止日期：114/09/30

頁 次： 27

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

分區	預算(Ga) =GAx指標1占率	預算(Gb) =GBx指標2占率	預算(Gc) =GCx指標3占率	預算(Gd) =GDx指標4占率	預算(Ge) =GEx指標5占率	第2季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,536,537,932	419,408,667	219,687,196	94,556,180	118,395,066	21,712,310	2,410,297,351
北區	629,212,322	217,897,724	106,619,461	38,720,758	48,599,592	8,891,192	1,049,941,049
中區	1,403,825,733	254,296,341	180,312,587	86,389,276	107,421,377	19,836,998	2,052,082,312
南區	756,609,396	182,064,564	101,543,985	46,560,578	58,536,982	10,691,397	1,156,006,902
高屏	859,302,803	202,760,565	109,827,443	52,880,173	65,930,690	12,142,524	1,302,844,198
小計	5,185,488,186	1,276,427,861	717,990,672	319,106,965	398,883,707	73,274,421	7,971,171,812

(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	8,197,150,882 (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	6,502,320 (M1)
調整後分區一般服務預算總額	8,153,148,562 (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/∑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：∑各分區各季總預算加總(∑Ai1)
 - (2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
6. 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
 - (1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：∑各分區去年同期戶籍人口數加總(∑Ai2)。
 - (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。
7. 指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率
 - (1)分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)；分母：∑各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(∑Ai3)。
 - (2)條件說明：保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人；資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害案件(案件分類B6)】、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。
 - (3)計算步驟：計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，計算每位病患於各區就醫次數(a)，計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)=每位病患於各區就醫次數(a)/∑每位病患於各區就醫次數(a)，各區每位病患之就醫次數比率(T)=各區∑每位病患於各區就醫次數比率(∑a%)，計算各區每人就醫次數之權值(K1)=各區每位病患之就醫次數比率(T)/全國就醫人數(p)，扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值(∑K1)。
8. 指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)
 - (1)保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
 - (2)人數利用率成長率(p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為(112年該季/111年同期)-1。
 - (3)醫療費用點數成長率(r)：(112年該季申報醫療費用點數/111年同期申報醫療費用點數)-1。
 - (4)各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類B6)、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。
 - (5)本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。(p-r)產生的最大值中，其值大於0且p值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且r值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。
9. 指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率
 - (1)分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母：∑各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。

- (2)條件說明：「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」，採用季中數值。
「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計，採用季中數值。
- (3)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)。
- (4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值
- a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：
※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 ≥ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)
= -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)
※該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。
※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。
- b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 ≤ 全國平均值：
※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 ≥ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)
= +5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)
※該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。
※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。
- c. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和(Σ dr_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 $T_y = \sum$ 該區各季 $T_s + \sum$ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。
b. 成長率 $= (114\text{年該區}yT / 113\text{年該區}yT) - 1$ 。
c. 各分區撥補比例 $= (\text{分母各區}T_y) / \sum (\text{成長率大於0之分區}T_y)$ 。

(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 T_y 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	1,510,890,457(BF)	925,627,027(BG)	67,523(BJ)
2-北區分區	686,258,124(BF)	463,193,401(BG)	32,047(BJ)
3-中區分區	1,394,891,154(BF)	797,432,722(BG)	47,050(BJ)
4-南區分區	728,647,426(BF)	499,627,020(BG)	27,329(BJ)
5-高屏分區	850,149,414(BF)	546,450,585(BG)	8,947(BJ)
6-東區分區	110,854,098(BF)	57,788,103(BG)	9,248(BJ)
7-合計	5,281,690,673(GF)	3,290,118,858(GG)	192,144(GJ)

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

— 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)

— 各分區自墊核退點數(BJ)]

／ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [2,410,297,351	— 925,627,027	— 67,523]	／ 1,510,890,457	= 0.98260122(點值排序：1)
北區分區	= [1,049,941,049	— 463,193,401	— 32,047]	／ 686,258,124	= 0.85494886(點值排序：5)
中區分區	= [2,052,082,312	— 797,432,722	— 47,050]	／ 1,394,891,154	= 0.89942684(點值排序：3)
南區分區	= [1,156,006,902	— 499,627,020	— 27,329]	／ 728,647,426	= 0.90078209(點值排序：2)
高屏分區	= [1,302,844,198	— 546,450,585	— 8,947]	／ 850,149,414	= 0.88970792(點值排序：4)
東區分區	= [181,976,750	— 57,788,103	— 9,248]	／ 110,854,098	= 1.12020576

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)= 66,916,117+ 20,000,000= 86,916,117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= 2,617,866 未支用金額=本季風險調整移撥款(用於補助點值之預算)= 66,916,117元(I)

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)	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2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 款撥補後一般 服務預算
							風險調整 移撥款(用 於補助點 值)之剩餘款	撥補後 五分區估算 浮動點值	
	(BD2)	(BD3)	(G)	(Z)	(F)	(J)	(I)= (G)-(F)	(Z1)	(BD4)= (BD2)+(F)+(J)
臺北	2,410,297,351	2,410,297,351	0.98260122	0	0	0	0	0.98260122	2,410,297,351
北區	1,049,941,049	1,049,941,049	0.85494886	30,916,711	0	0	0	0.90000000	1,080,857,760
中區	2,052,082,312	2,052,082,312	0.89942684	799,499	10,000,000	0	0	0.90716902	2,062,881,811
南區	1,156,006,902	1,156,006,902	0.90078209	0	0	0	0	0.90078209	1,156,006,902
高屏	1,302,844,198	1,302,844,198	0.88970792	8,749,807	0	0	0	0.90000000	1,311,594,005
東區	181,976,750	-	-	-	0	0	-	-	181,976,750
合計	8,153,148,562	7,971,171,812	107,382,134	40,466,017	10,000,000	66,916,117	8,203,614,579		

(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= 20,000,000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：

- 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。
- 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/當季中戶籍人口數。
- 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)
- 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	= [2,410,297,351	-	925,627,027	-	67,523] /	1,510,890,457 =	0.98260122
北區分區	= [1,080,857,760	-	463,193,401	-	32,047] /	686,258,124 =	0.90000000
中區分區	= [2,062,881,811	-	797,432,722	-	47,050] /	1,394,891,154 =	0.90716902
南區分區	= [1,156,006,902	-	499,627,020	-	27,329] /	728,647,426 =	0.90078209
高屏分區	= [1,311,594,005	-	546,450,585	-	8,947] /	850,149,414 =	0.90000000
東區分區	= [181,976,750	-	57,788,103	-	9,248] /	110,854,098 =	1.12020576

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)

= [8,203,614,579 - 3,290,118,858 - 192,144] / 5,281,690,673 = 0.93025205

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	= [2,410,297,351] / [1,510,890,457 + 925,627,027 + 67,523] =	0.98921127
北區分區	= [1,080,857,760] / [686,258,124 + 463,193,401 + 32,047] =	0.94029857
中區分區	= [2,062,881,811] / [1,394,891,154 + 797,432,722 + 47,050] =	0.94093649
南區分區	= [1,156,006,902] / [728,647,426 + 499,627,020 + 27,329] =	0.94114242
高屏分區	= [1,311,594,005] / [850,149,414 + 546,450,585 + 8,947] =	0.93912760
東區分區	= [181,976,750] / [110,854,098 + 57,788,103 + 9,248] =	1.07901089

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)

= [8,203,614,579] / [5,281,690,673 + 3,290,118,858 + 192,144] = 0.95702438

5. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD4)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B4)}] / [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(GG)} + \text{加總分區自墊核退點數(GJ)} + \text{專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)}]$$

臺北分區	= [2,410,297,351 + 52,629,204 + 6,820,472]				
	/[1,510,890,457 + 925,627,027 +	67,523 +	51,375,118 +	6,820,472]	= 0.98996562
北區分區	= [1,080,857,760 + 31,212,813 + 15,838,720]				
	/[686,258,124 + 463,193,401 +	32,047 +	31,056,825 +	15,838,720]	= 0.94276912
中區分區	= [2,062,881,811 + 109,556,128 + 10,173,209]				
	/[1,394,891,154 + 797,432,722 +	47,050 +	110,358,733 +	10,173,209]	= 0.94366745
南區分區	= [1,156,006,902 + 52,223,789 + 11,338,415]				
	/[728,647,426 + 499,627,020 +	27,329 +	53,039,830 +	11,338,415]	= 0.94344237
高屏分區	= [1,311,594,005 + 56,344,609 + 14,941,478]				
	/[850,149,414 + 546,450,585 +	8,947 +	57,592,792 +	14,941,478]	= 0.94128338
東區分區	= [181,976,750 + 17,375,751 + 13,297,467]				
	/[110,854,098 + 57,788,103 +	9,248 +	18,774,045 +	13,297,467]	= 1.05942024
全 區	= [8,203,614,579 + 319,342,294 + 72,409,761]				
	/[5,281,690,673 + 3,290,118,858 +	192,144 +	322,197,343 +	72,409,761]	= 0.95859726

註：

- 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 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
- 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
*當季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114/03(含)以前:於114/07/01~114/09/30期間核付者。

費用年月114/04~114/06:於114/04/01~114/09/30期間核付者。

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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

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	2,265,454,693	988,310,330	1,944,272,549	1,091,394,038	1,229,948,432	7,519,380,042
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_113)	4,315,656,728	1,910,964,435	3,739,886,670	2,130,140,195	2,382,321,311	14,478,969,339
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	2,410,297,351	1,080,857,760	2,062,881,811	1,156,006,902	1,311,594,005	8,021,637,829
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_114)	4,618,688,977	2,051,481,163	3,999,483,840	2,269,230,349	2,548,941,181	15,487,825,510
預算成長率	7.02%	7.35%	6.94%	6.53%	6.99%	6.97%

※預算成長率 = $\left[\frac{114\text{年全年分區預算(BD}_{114})}{113\text{年全年分區預算(BD}_{113})} - 1 \right] \times 100\%$ 。

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。

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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

頁 次： 35

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	1,357,912,514(BF)	1.00074069	-----	822,457,866
	2-北區分區	140,413,473	1.00074069	140,517,476	109,627,798
	3-中區分區	129,140,406	1.00074069	129,236,059	80,270,260
	4-南區分區	60,164,947	1.00074069	60,209,511	42,806,117
	5-高屏分區	81,835,623	1.00074069	81,896,238	54,755,119
	6-東區分區	13,083,100	1.00074069	13,092,791	7,024,683
	7-合計	1,782,550,063(GF)		424,952,075(AF)	1,116,941,843(BG)
2-北區分區	1-臺北分區	85,311,400	0.90000000	76,780,260	59,213,989
	2-北區分區	510,189,147(BF)	0.90000000	-----	328,505,709
	3-中區分區	54,482,481	0.90000000	49,034,233	36,616,733
	4-南區分區	25,633,701	0.90000000	23,070,331	18,956,498
	5-高屏分區	17,117,138	0.90000000	15,405,424	11,847,479
	6-東區分區	2,879,571	0.90000000	2,591,614	1,488,918
	7-合計	695,613,438(GF)		166,881,862(AF)	456,629,326(BG)
3-中區分區	1-臺北分區	26,590,336	0.95344019	25,352,295	17,299,259
	2-北區分區	17,718,875	0.95344019	16,893,888	12,700,246
	3-中區分區	1,153,224,662(BF)	0.95344019	-----	643,295,084
	4-南區分區	25,617,555	0.95344019	24,424,807	19,477,899
	5-高屏分區	13,711,177	0.95344019	13,072,787	9,568,511
	6-東區分區	1,960,364	0.95344019	1,869,090	996,209
	7-合計	1,238,822,969(GF)		81,612,867(AF)	703,337,208(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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

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	21,458,318	0.96598379	20,728,387	13,171,386
	2-北區分區	9,599,478	0.96598379	9,272,940	6,822,454
	3-中區分區	36,325,199	0.96598379	35,089,553	23,689,342
	4-南區分區	581,194,597(BF)	0.96598379	-----	390,062,050
	5-高屏分區	31,968,591	0.96598379	30,881,141	22,975,344
	6-東區分區	1,551,720	0.96598379	1,498,936	879,187
	7-合計	682,097,903(GF)		97,470,957(AF)	457,599,763(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	15,017,386	0.93174182	13,992,327	10,180,865
	2-北區分區	6,778,726	0.93174182	6,316,023	4,504,182
	3-中區分區	18,835,683	0.93174182	17,549,994	11,857,250
	4-南區分區	34,515,924	0.93174182	32,159,930	27,216,930
	5-高屏分區	702,845,260(BF)	0.93174182	-----	445,299,427
	6-東區分區	2,620,031	0.93174182	2,441,192	1,528,761
	7-合計	780,613,010(GF)		72,459,466(AF)	500,587,415(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	4,600,503	1.19864035	5,514,349	3,303,662
	2-北區分區	1,558,425	1.19864035	1,867,991	1,033,012
	3-中區分區	2,882,723	1.19864035	3,455,348	1,704,053
	4-南區分區	1,520,702	1.19864035	1,822,775	1,107,526
	5-高屏分區	2,671,625	1.19864035	3,202,318	2,004,705
	6-東區分區	88,759,312(BF)	1.19864035	-----	45,870,345
	7-合計	101,993,290(GF)		15,862,781(AF)	55,023,303(BG)

(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	4,622,801(BF)	1.00074069	-----	1,560,149
	2-北區分區	824,614	1.00074069	825,225	465,168
	3-中區分區	375,092	1.00074069	375,370	179,146
	4-南區分區	302,530	1.00074069	302,754	127,377
	5-高屏分區	374,005	1.00074069	374,282	150,868
	6-東區分區	1,280,102	1.00074069	1,281,050	407,025
	7-合計	7,779,144(GF)		3,158,681(AF)	2,889,733(BG)
2-北區分區	1-臺北分區	173,855	0.90000000	156,470	52,643
	2-北區分區	9,228,463(BF)	0.90000000	-----	4,718,168
	3-中區分區	470,273	0.90000000	423,246	246,434
	4-南區分區	118,543	0.90000000	106,689	54,202
	5-高屏分區	145,409	0.90000000	130,868	52,821
	6-東區分區	237,595	0.90000000	213,836	81,869
	7-合計	10,374,138(GF)		1,031,109(AF)	5,206,137(BG)
3-中區分區	1-臺北分區	57,113	0.95344019	54,454	22,818
	2-北區分區	217,470	0.95344019	207,345	119,455
	3-中區分區	6,123,510(BF)	0.95344019	-----	2,498,096
	4-南區分區	150,835	0.95344019	143,812	65,754
	5-高屏分區	192,846	0.95344019	183,867	78,405
	6-東區分區	177,890	0.95344019	169,607	83,956
	7-合計	6,919,664(GF)		759,085(AF)	2,868,484(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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

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	155,632	0.96598379	150,338	89,581
	2-北區分區	74,691	0.96598379	72,150	43,865
	3-中區分區	126,088	0.96598379	121,799	40,884
	4-南區分區	7,127,328(BF)	0.96598379	-----	3,151,835
	5-高屏分區	163,173	0.96598379	157,622	70,175
	6-東區分區	47,176	0.96598379	45,571	22,702
	7-合計	7,694,088(GF)		547,480(AF)	3,419,042(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	27,587	0.93174182	25,704	13,696
	2-北區分區	57,144	0.93174182	53,243	31,864
	3-中區分區	72,445	0.93174182	67,500	29,259
	4-南區分區	145,693	0.93174182	135,748	79,357
	5-高屏分區	9,966,879(BF)	0.93174182	-----	3,705,787
	6-東區分區	151,815	0.93174182	141,452	67,497
	7-合計	10,421,563(GF)		423,647(AF)	3,927,460(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	35,491	1.19864035	42,541	9,106
	2-北區分區	40,152	1.19864035	48,128	17,666
	3-中區分區	8,217	1.19864035	9,849	3,765
	4-南區分區	6,814	1.19864035	8,168	8,147
	5-高屏分區	31,387	1.19864035	37,622	9,723
	6-東區分區	7,865,862(BF)	1.19864035	-----	2,873,978
	7-合計	7,987,923(GF)		146,308(AF)	2,922,385(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	1,362,535,315(BF)	1.00074069	-----	824,018,015	67,523
	2-北區分區	141,238,087	1.00074069	141,342,701	110,092,966	
	3-中區分區	129,515,498	1.00074069	129,611,429	80,449,406	
	4-南區分區	60,467,477	1.00074069	60,512,265	42,933,494	
	5-高屏分區	82,209,628	1.00074069	82,270,520	54,905,987	
	6-東區分區	14,363,202	1.00074069	14,373,841	7,431,708	
	7-合計	1,790,329,207(GF)		428,110,756(AF)	1,119,831,576(BG)	67,523(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	85,485,255	0.90000000	76,936,730	59,266,632	32,047
	2-北區分區	519,417,610(BF)	0.90000000	-----	333,223,877	
	3-中區分區	54,952,754	0.90000000	49,457,479	36,863,167	
	4-南區分區	25,752,244	0.90000000	23,177,020	19,010,700	
	5-高屏分區	17,262,547	0.90000000	15,536,292	11,900,300	
	6-東區分區	3,117,166	0.90000000	2,805,449	1,570,787	
	7-合計	705,987,576(GF)		167,912,970(AF)	461,835,463(BG)	32,047(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	26,647,449	0.95344019	25,406,749	17,322,077	47,050
	2-北區分區	17,936,345	0.95344019	17,101,232	12,819,701	
	3-中區分區	1,159,348,172(BF)	0.95344019	-----	645,793,180	
	4-南區分區	25,768,390	0.95344019	24,568,619	19,543,653	
	5-高屏分區	13,904,023	0.95344019	13,256,654	9,646,916	
	6-東區分區	2,138,254	0.95344019	2,038,697	1,080,165	
	7-合計	1,245,742,633(GF)		82,371,951(AF)	706,205,692(BG)	47,050(BJ)

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：114/11/06

114年第 2季

結算主要費用年月起迄:114/04-114/06

核付截止日期:114/09/30

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	21,613,950	0.96598379	20,878,725	13,260,967	
	2-北區分區	9,674,169	0.96598379	9,345,090	6,866,319	
	3-中區分區	36,451,287	0.96598379	35,211,352	23,730,226	
	4-南區分區	588,321,925(BF)	0.96598379	-----	393,213,885	27,329
	5-高屏分區	32,131,764	0.96598379	31,038,763	23,045,519	
	6-東區分區	1,598,896	0.96598379	1,544,508	901,889	
	7-合計	689,791,991(GF)		98,018,438(AF)	461,018,805(BG)	27,329(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	15,044,973	0.93174182	14,018,031	10,194,561	
	2-北區分區	6,835,870	0.93174182	6,369,266	4,536,046	
	3-中區分區	18,908,128	0.93174182	17,617,494	11,886,509	
	4-南區分區	34,661,617	0.93174182	32,295,678	27,296,287	
	5-高屏分區	712,812,139(BF)	0.93174182	-----	449,005,214	8,947
	6-東區分區	2,771,846	0.93174182	2,582,645	1,596,258	
	7-合計	791,034,573(GF)		72,883,114(AF)	504,514,875(BG)	8,947(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	4,635,994	1.19864035	5,556,889	3,312,768	
	2-北區分區	1,598,577	1.19864035	1,916,119	1,050,678	
	3-中區分區	2,890,940	1.19864035	3,465,197	1,707,818	
	4-南區分區	1,527,516	1.19864035	1,830,942	1,115,673	
	5-高屏分區	2,703,012	1.19864035	3,239,939	2,014,428	
	6-東區分區	96,625,174(BF)	1.19864035	-----	48,744,323	9,248
	7-合計	109,981,213(GF)		16,009,086(AF)	57,945,688(BG)	9,248(BJ)

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。
- 六、另中全會 114 年 9 月 18 日來函(附件 2，報 4-18 頁)修正「中醫醫療資訊公開醫療費用明細標示」審查認證新增名單共 10 家中醫診所(皆屬臺北業務組)。經計算後再補付該等診所，將依方案規定，由次年度(114 年)預算支應。

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)

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

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」	<ol style="list-style-type: none"> 分母：全年同一院所、同月看診總人數加總。 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。 指標計算(S)：分子總和 / 分母總和。 全年計算平均比率，進行百分位排序。 所有資料排除符合以下任一條件者： <ol style="list-style-type: none"> 診察費=0 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」	<ol style="list-style-type: none"> 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件。 公式說明： <p>分子：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶，計算就診2次(含)以上之筆數。</p> <p>分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。</p> 指標計算：分子總和 / 分母總和。 指標進行百分位排序。 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」	<ol style="list-style-type: none"> 資料範圍：所有屬中醫門診給藥天數小於等於7日案件。 公式說明： <p>分子：按同一院所及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為1日之重複日數。</p> <p>分母：同一院所給藥案件之給藥日份加總。</p> <p>※給藥案件係藥費不為0，或給藥天數不為0。</p> 指標計算：分子 / 分母。 指標進行百分位排序。 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」	<ol style="list-style-type: none"> 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
	<p>之案件。</p> <p>2. 說明：慢性病給藥7天以上之件數占率</p> <p>A. 分子：分母院所當年度申報下列案件分類，給藥7天以上之件數總計。 案件分類：22(中醫其他專案)之特定治療項目為(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。</p> <p>B. 分母：院所當年度申報下列案件分類之件數總計。 案件分類：21(中醫一般案件)、22(中醫其他專案)之特定治療項目(一)為 JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。</p> <p>C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】</p> <p>3. 資料排除診察費為0或補報原因註記為「2：補報部分醫令或醫令差額」之案件。</p>
【核發費用計算範例】	<p>1. 該院所核算基礎(A)=(該院所申報當年醫療服務點數-當年申報藥費)×該院所平均核付率(含部分負擔)</p> <p>2. 各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=60%×各院所核算基礎(A)±第捌點及第玖點增減點數</p> <p>3. 各院所品質保證保留款核算基礎合計=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</p> <p>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。</p> <p>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)</p>

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

全民健康保險中醫門診總額 中藥用藥安全管理及品質提升作業要點

一、目的：

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

二、申請方式：

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

三、評核方式：

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

四、本要點之評核作業由中醫全聯會研訂後公告實施。

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點
申請書

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼		
	負責醫師姓名		院所醫師數		名
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	上課日期	
			台號	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		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	中藥用藥安全管理及品質提升作業要點查檢表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
保險醫事服務機構	機構章戳	中 醫 全 聯 會 審 核 意 見 欄		1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 核符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 未合格		
考評標準：1、總分 81 分以上(含)及格 2、總分 70 至 80 分得於一個月後申請複查 3、總分 69 分以下得於二個月後申請複查 4、*為必要合格項目				

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

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	36,922
5	0602030026	高雄榮總	20231201	14	250	21,973
						58,895

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	不符合比率
1	55	16	42	20	17	1	151	3.5%
2	131	53	117	60	62	9	432	10.1%
3	3	3	6	3	1	0	16	0.4%
4	117	34	26	71	30	3	281	6.6%
5	98	3	2	7	3	0	113	2.6%
6	91	56	94	47	13	5	306	7.1%
7	79	37	188	56	38	11	409	9.5%
8	5	1	9	7	4	6	32	0.7%
9	260	93	217	127	128	29	854	19.9%
10	362	134	337	105	114	17	1069	24.9%
11	10	1	4	4	0	0	19	0.4%
12	169	39	42	48	41	5	344	8.0%
13	47	17	75	21	18	2	180	4.2%

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，新設立中醫門診特約醫事服務機構。
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違規情事之一並經處分者。
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」之規定
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
14. 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	9	260	93	217	127	29	854	19.9%
10	362	134	337	105	114	17	1,069	24.9%
加計	1	0	0	1	1	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資源不足地區改善方案無健保特約中醫院所之鄉鎮地區，依核算基礎加計100%。

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%；超過45天以上者，依核算基礎加計20%。

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%

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


檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國¹¹⁴113年9月18日
發文字號：(113)全聯醫總北字第2299號
速 別：¹¹⁴
附 件：增補名單。

主 旨：檢陳「113年度中醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」增補名單資料乙份，敦請貴業務組協助補發113年度中醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款，請鑒察。


正本：衛生福利部中央健康保險署臺北業務組
副本：衛生福利部中央健康保險署

理事長 詹永兆



附件

113 年度「中醫醫療資訊公開醫療費用明細標示」審查認證增補名單：

區別	代碼	縣市	院所名稱
臺北業務組	3801024825	台北市	雲濤中醫診所
臺北業務組	3801112151	台北市	詠樂中醫診所
臺北業務組	3801202007	台北市	至善醫坊中醫診所
臺北業務組	3831015012	新北市	回春中醫診所
臺北業務組	3831028902	新北市	仰德中醫診所
臺北業務組	3831063063	新北市	行懿堂中醫診所
臺北業務組	3831091352	新北市	黃麟峰中醫診所
臺北業務組	3831091361	新北市	北大風澤中醫診所
臺北業務組	3831132198	新北市	土城建宏中醫診所
臺北業務組	3831043749	新北市	逸心堂中醫診所

報告事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：115 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障
項目案。

說明：

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

二、106-113 年各季核定點數占率如下表：

年 季	106 占率	107 占率	108 占率	109 占率
Q1	23.306425%	23.079281%	22.956712%	24.511582%
Q2	25.180556%	25.277378%	25.050915%	24.511582%
Q3	26.236596%	25.431687%	25.805750%	26.042402%
Q4	25.276423%	26.211654%	26.186623%	24.934434%
合 計	100%	100%	100%	100%

年 季	110 占率	111 占率	112 占率	113 占率
Q1	24.895359%	21.221738%	23.556757%	23.654445%
Q2	23.239410%	23.580954%	25.711255%	25.495919%
Q3	24.943505%	27.225312%	25.557803%	25.699787%
Q4	26.921725%	27.971996%	25.174185%	25.149848%
合 計	100%	100%	100%	100%

註 1：109Q1-Q2 因受 COVID-19 疫情影響，報部後核定採合併結算。因中醫門診總額一般服務預算採四季重分配，故將 109Q1-Q2 核定點數除 2，以利計算 107-111 年各季占率。

註 2：實際運算採小數點以下 8 位，限於版面，本表 106-113 年度僅呈現小數點以下 6 位。

三、最近三年預算四季重分配所採用之年度及占率情形(如下)：

年度	採用年度之平均占率	Q1	Q2	Q3	Q4
112年	105-109年	23.209366%	25.148925%	25.846146%	25.795563%
113年	105-109年	23.209366%	25.148925%	25.846146%	25.795563%
114年	106-109年及112年	23.482151%	25.146337%	25.814848%	25.556664%

四、查114年預算四季重分配之計算方式，因考量疫情而採106-109年及112年之5年之各季核定點數平均占率計算，115年預算四季重分配後之占率如接近五年(109-113年)平均占率為第1季23.567976%、第2季24.507824%、第3季25.893762%、第4季26.030438%。惟中全會114年11月7日以電子郵件表示，為使第2~4季之預算占率相近，建議採107-109年及112-113年之各季核定點數平均占率計算：第1季23.551755%、第2季25.209410%、第3季25.707486%、第4季25.531349%。

五、109-113年及112-113年、109-113年之5年平均占率(如下)供參：

年季	109-113年平均占率	107-109年及112-113年平均占率
Q1	23.567976%	23.551755%
Q2	24.507824%	25.209410%
Q3	25.893762%	25.707486%
Q4	26.030438%	25.531349%
合計	100%	100%

六、另115年中醫門診一般服務之保障項目擬比照114年保障項目，除藥費依藥物給付項目，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點1元支付(保障醫不足地區民眾就醫可近性及就醫權益)，並報健保會同意後實施。

七、考量部分分區浮動點值大於1，為免保障項目之點值低於當區一般服務浮動點值，建議增列「若當季當區一般服務浮動點值大於1元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於1元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業。」之規定。

決定：

報告事項第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議時程案。

說明：

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

二、115 年會議時間，擬訂如下表，請代表預留時間：

會議次別	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
會議日期	2/12 星期四 (下午)	5/21 星期四 (下午)	8/20 星期四 (下午)	11/19 星期四 (下午)	12/3 星期四 (下午)

2/16(除夕)-2/21(初五)

決定：

報告事項第七案

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					東石鄉	1
宜蘭縣	大同鄉	3	嘉義縣	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
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
	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	蘭嶼鄉	6	
	西湖鄉	1		枋山鄉	1	金門縣	烈嶼鄉	6
	造橋鄉	1	三地門鄉	3	烏坵鄉		6	
	獅潭鄉	1	霧臺鄉	3	連江縣	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	澎湖縣			
	信義鄉	3	獅子鄉	3				
	仁愛鄉	3	牡丹鄉	3				
臺南市	後壁區	1	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	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		嘉義縣	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：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」條文修訂案，提請討論。

說明：

一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 59 次會議決議辦理。

二、修訂年度數字簡化計畫申請文件，刪除申請表，調整醫事人員名冊格式。修正條文詳附件。

(一)修改方案年度，由「114」改為「115」。(見討 1-4、討 1-6、討 1-47~1-55、討 1-57~1-58、討 1-60、討 1-62)。

(二)簡化相關文件：

1. 巡迴醫療服務計畫申請文件，刪除附件 3 申請表；後續附件序號併同調整。(見討 1-12、討 1-18、討 1-22、討 1-35、討 1-37、討 1-40、討 1-43、討 1-52~1-55、討 1--58~1-60、討 1-62)。

2. 調整附件 4 醫事人員名冊部分文字，如「駐點」改為「巡迴」、「時間」改為「巡迴時段」、刪除「巡迴醫療期間整段文字」。(見討 1-12、討 1-47、討 1-52)。

(三)配合同質性內容規範，移動條文文字序列，如九/(二)/3.

如因故休診……，得事後核准。，調整至九/(二)/4. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，如因故休診……，得事後核准。……。(見討 1-20~1-21)。

(四)為避免巡迴醫療計畫執行中因鄉鎮區別反覆異動，產生繁複的行政通知，以及院所申報上的困擾，修訂十/(二)2/(1)條文，由「執行期間，如巡迴醫療服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域者，經中醫總額研商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報 P23064，支付 2,300 點。」，調整為「於方案執行期間，若巡迴醫療服務計畫施行地區有中醫保險醫事服務機構新設立或移除，致該地區之施行區域異動，原提供巡迴醫療服務

計畫之中醫保險醫事服務機構可持續依申請時之核定內容，申報論次費用點數至當年度年底。」。(見討 1-30~1-31)
(五)調整附件 1-1 及 1-2 一覽表統計截止日期，由「114 年 2 月 4 日」，調整為「114 年 10 月 25 日」。(見討 1-46~1-47)

健保署意見：

- 一、於七/(一)條文末段，增列「……；執行方案期間，若有因違反特管辦法而停止執行本方案 2 次，五年內不得再申請執行本方案。」(見討 1-7)；分區業務組有發現，少數執行中醫巡迴醫療院所，有免除民眾藥品部分負擔或讓就診民眾刷卡換物之違規情事，且經行政處分後又再犯，故建議增列該文字，以確保申請巡迴中醫院所之醫療品質。
- 二、於九/(二)/1 條文中，有關「……，需增加每天或每週之巡迴次數或醫師數之巡迴點，得由巡迴院所向所轄保險人分區業務組提出申請，由該分區業務組會同該區中執會分會專案核定同意並副知中醫全聯會後，始得執行。」調整為「……，得由巡迴院所向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定；保險人分區業務組於 10 個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會該會中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會，始得執行。」(見討 1-19~1-20)；為使審查程序作業一致性，擬同方案八/(一)文字，建議增列該文字。
- 三、於十一/(三)/2/(2)/A. 條文中，有關「應依據論次費用申請表格式……上傳至健保資訊服務網系統(VPN)『及』郵寄紙本……。」，調整為「應依據論次費用申請表格式……上傳至健保資訊服務網系統(VPN)『或』郵寄紙本……。」(見討 1-41)；建議同意修改該文字，以配合論次費用申請表電子化，簡化執行院所作業。
- 四、114 年中醫不足方案施行地區一覽表異動：因應中醫院所開、歇業修正中醫不足方案施行區域：附件 1-1 無中醫新

增「金寧鄉」，附件 1-2 一家中醫新增「苗栗縣卓蘭鎮」、「南投縣鹿谷鄉」。(見討 1-46~1-47)。

- 五、有關中醫師全聯會建議修訂 5 項部分，本署建請均同意參採；惟第 4 項「或移除」一節(見討 1-30~1-31)，因涉及移除以致異動增加施行區域，是否仍需待公告修正，欲新加入之醫療院所才能進行申請？如何得知該鄉鎮當下之適用地區(0. 中醫資源不足、一級偏遠等)及支付點數？等事宜，建議中醫師全聯會另行評估配套措施或增訂文字規範，以避免爭議。

擬辦：依討論結論，辦理後續公告作業。

決議：

115 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案修正彙整表

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>		<p>一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	
<p>二、目的： 鼓勵中醫師至中醫醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分布，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護。</p>		<p>二、目的： 鼓勵中醫師至中醫醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分布，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護。</p>	
<p>三、預算來源： <u>115</u>年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項下支應，全年經費為183百萬元。</p>	<p>三、預算來源： 114<u>115</u>年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項下支應，全年經費為183百萬元。</p>	<p>三、預算來源： 114年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項下支應，全年經費為183百萬元。</p>	<p>【中全會建議】 修改年度，全年經費為183百萬元。</p>
<p>四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以<u>114</u>年10月25日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。 (二)巡迴醫療服務計畫：以<u>114</u>年10月25日調查時，為附件1-1所列屬無中醫醫事服務機構</p>	<p>四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以113<u>114</u>年10月25日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。 (二)巡迴醫療服務計畫：以113<u>114</u>年10月25日調查時，為附件1-1所列屬無中醫醫事服務機</p>	<p>四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以113年10月25日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。 (二)巡迴醫療服務計畫：以113年10月25日調查時，為附件1-1所列屬無中醫醫事服務機構</p>	<p>【中全會建議】 修改年度。</p>

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>之鄉鎮區及附件1-2所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。</p> <p>(三)附件1-2之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為原則，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。如有特殊情況者(如需新增第三個巡迴醫療服務計畫)，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。</p> <p>(四)於本方案執行期間，經保險人及中醫全聯會評估並報經全民健康保險中醫門診總額研商議事會議(以下稱中醫總額研商會議)報告同意，確屬適用本方案之地區，自該會</p>	<p>構之鄉鎮區及附件1-2所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。</p>	<p>之鄉鎮區及附件1-2所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。</p> <p>(三)附件1-2之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為原則，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。如有特殊情況者(如需新增第三個巡迴醫療服務計畫)，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。</p> <p>(四)於本方案執行期間，經保險人及中醫全聯會評估並報經全民健康保險中醫門診總額研商議事會議(以下稱中醫總額研商會議)報告同意，確屬適用本方案之地區，自該會</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>議紀錄發文日起,始開放符合本方案申請資格之中醫師申請。</p>		<p>議紀錄發文日起,始開放符合本方案申請資格之中醫師申請。</p>	
<p>五、施行期間： 自公告日起至 115年12月31日。</p>	<p>五、施行期間： 自公告日起至 114115年12月31日。</p>	<p>五、施行期間： 自公告日起至 114年12月31日。</p>	<p>【中全會建議】 修改年度。</p>
<p>六、年度目標： (一)獎勵開業服務計畫：以當年度新增5個計畫數為目標，若目標數滿額後才提出申請者，將優先列為下一年度計畫申請。 (二)巡迴醫療服務計畫： 1.鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務(可提供行動不便者到宅醫療)，本年度以至少執行100個鄉鎮(區)數為目標。 2.本計畫以達成服務人次260,000人次，服務總天數11,000天為執行目標。</p>		<p>六、年度目標： (一)獎勵開業服務計畫：以當年度新增5個計畫數為目標，若目標數滿額後才提出申請者，將優先列為下一年度計畫申請。 (二)巡迴醫療服務計畫： 1.鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務(可提供行動不便者到宅醫療)，本年度以至少執行100個鄉鎮(區)數為目標。 2.本計畫以達成服務人次260,000人次，服務總天數11,000天為執行目標。</p>	
<p>七、申請資格： (一)申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約</p>	<p>(一)申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約</p>	<p>七、申請資格： (一)申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算；執行方案期間，若有因違反特約管理辦法而停止執行本方案2次，五年內不得再申請執行本方案。</p> <p>(二)保險醫事服務機構須具備全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡設備，並確實刷卡、上傳及登錄資料。</p> <p>(三)獎勵開業服務計畫：</p> <p>1.須為中醫全聯會所屬縣市公會會員並符合開</p>	<p>管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算；執行方案期間，若有因違反特約管理辦法而停止執行本方案2次，五年內不得再申請執行本方案。</p>	<p>管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</p> <p>(二)保險醫事服務機構須具備全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡設備，並確實刷卡、上傳及登錄資料。</p> <p>(三)獎勵開業服務計畫：</p> <p>1.須為中醫全聯會所屬縣市公會</p>	<p>本署建議： 增列「執行方案期間若有因違反特管辦法而停止執行本方案2次，不得再申請執行本方案。」，以確保申請巡迴中醫院所之醫療品質。</p>

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>業資格之中醫師，其最近十二個月全民健康保險(以下稱本保險)平均每月申報點數(含部分負擔)須大於十五萬點，但符合中醫負責醫師訓練計畫之院所醫師且受訓滿兩年者(檢具相關證明文件)不受此。</p> <p>2.無最近十二個月申報資料者，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計十二個月為計算基準。</p> <p>(四)巡迴醫療服務計畫：須為中醫保險醫事服務機構，且實際參與巡迴服務之中醫保險醫事服務機構均應申請辦理本計畫，其他中醫師不得以支援方式辦理。</p>		<p>會員並符合開業資格之中醫師，其最近十二個月全民健康保險(以下稱本保險)平均每月申報點數(含部分負擔)須大於十五萬點，但符合中醫負責醫師訓練計畫之院所醫師且受訓滿兩年者(檢具相關證明文件)不受此。</p> <p>2.無最近十二個月申報資料者，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計十二個月為計算基準。</p> <p>(四)巡迴醫療服務計畫：須為中醫保險醫事服務機構，且實際參與巡迴服務之中醫保險醫事服務機構均應申請辦理本計畫，其他中醫師不得以支援方式辦理。</p>	
<p>八、申請與審查程序及須檢附之文件：</p> <p>(一)申請與審查程序：</p> <p>1.符合申請資格者，須自方案公告日起15個工作日內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公</p>		<p>八、申請與審查程序及須檢附之文件：</p> <p>(一)申請與審查程序：</p> <p>1.符合申請資格者，須自方案公告日起15個工作日內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>文掛號郵寄至中醫全聯會受理收件(工作日係以行政院人事行政總處所核定政府行政機關辦公日曆表為準)。</p> <p>2.申請資料不足須補件者,以最後補件日為受理日(以郵戳為憑)。</p> <p>3.逾期申請者,保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。</p> <p>4.中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內,將評估後之彙整結果送請所轄區保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者,並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會。</p> <p>5.獎勵開業服務計畫:申請中醫師自保險人分區業務組審查結果通知函寄達</p>		<p>文掛號郵寄至中醫全聯會受理收件(工作日係以行政院人事行政總處所核定政府行政機關辦公日曆表為準)。</p> <p>2.申請資料不足須補件者,以最後補件日為受理日(以郵戳為憑)。</p> <p>3.逾期申請者,保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。</p> <p>4.中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內,將評估後之彙整結果送請所轄區保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者,並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會。</p> <p>5.獎勵開業服務計畫:申請中醫師自保險人分區業務組審查結果通知函寄達</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署 建議條文	114 年度原條文	說明
<p>日起，應於三個月內完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，並回報中醫全聯會確定之開業時間、地址及門診時間表。</p> <p>6.巡迴醫療服務計畫：</p> <p>(1)相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援；前一年度通過本方案考核要點(80分以上)之院所，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同且符合本年度之規定，可具函敘明前述事項，並檢附本年度衛生主管機關核定報備支援同意函及醫事人員名冊，向中醫全聯會及保險人分區業務組備查。</p> <p>(2)自核定日或發文日起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執行之延續性，前一年度原有計畫延續至本年</p>		<p>日起，應於三個月內完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，並回報中醫全聯會確定之開業時間、地址及門診時間表。</p> <p>6.巡迴醫療服務計畫：</p> <p>(1)相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援；前一年度通過本方案考核要點(80分以上)之院所，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同且符合本年度之規定，可具函敘明前述事項，並檢附本年度衛生主管機關核定報備支援同意函及醫事人員名冊，向中醫全聯會及保險人分區業務組備查。</p> <p>(2)自核定日或發文日起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執行之延續性，前一年度原有計畫延續至本年</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署 建議條文	114 年度原條文	說明
<p>度執行，且符合本年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至本年計畫公告實施日當月底止，本年度應重新提出申請。</p> <p>(二)須檢附之文件：</p> <p>1.獎勵開業服務計畫</p> <p>(1)本年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請表(附件2)。</p> <p>(2)獎勵開業服務計畫書，其內容應包含：</p> <p>A.書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號定型，橫式書寫。</p> <p>B.前言。</p> <p>C.開業服務地區之現況分析(含當地人口分布狀況、地理環境概況、交通情況、醫療資源分析)。</p> <p>D.預定開業之詳細地址，</p>		<p>度執行，且符合本年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至本年計畫公告實施日當月底止，本年度應重新提出申請。</p> <p>(二)須檢附之文件：</p> <p>1.獎勵開業服務計畫</p> <p>(1)本年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請表(附件2)。</p> <p>(2)獎勵開業服務計畫書，其內容應包含：</p> <p>A.書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號定型，橫式書寫。</p> <p>B.前言。</p> <p>C.開業服務地區之現況分析(含當地人口分布狀況、地理環境概況、交通情況、醫療資源分析)。</p> <p>D.預定開業之詳細地址，</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>並檢附診間空間規劃分配圖。</p> <p>E.醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資、中醫醫療機構負責醫師訓練合格證明)並檢具相關證明文件。</p> <p>F.預定醫療門診時間表。</p> <p>2.巡迴醫療服務計畫：</p> <p>(1)本年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊(附件3)。</p> <p>(2)巡迴醫療服務計畫書，其內容應包含：</p> <p>A.書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號定</p>	<p>2.巡迴醫療服務計畫：</p> <p>(1)本年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫書(附件3)。</p>	<p>並檢附診間空間規劃分配圖。</p> <p>E.醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資、中醫醫療機構負責醫師訓練合格證明)並檢具相關證明文件。</p> <p>F.預定醫療門診時間表。</p> <p>2.巡迴醫療服務計畫：</p> <p>(1)本年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請表(附件3)、醫事人員名冊(附件4)。</p> <p>(2)巡迴醫療服務計畫書，其內容應包含：</p> <p>A.書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號定型，橫式書</p>	<p>【中全會建議】簡化計畫申請文件，刪除申請表，調整醫事人員名冊格式及附件序號。</p>

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>型，橫式書寫。</p> <p>B.封面：包括計畫名稱、執行單位、巡迴醫療服務點所屬縣市、鄉鎮(區)、執行期間。</p> <p>C.前言：請敘述巡迴醫療服務動機，包括巡迴醫療服務地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。</p> <p>D.目的：分點具體列述巡迴醫療服務所要達成之目標。</p> <p>E.巡迴醫療服務地點現況分析，請依下列項目分別具體列述相關內容：</p> <p>a.巡迴醫療服務點所屬地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務點所屬地區分布情形及面積、當地戶籍人口數及其性別年齡別</p>	<p>3)醫事人員名冊(附件43)。</p>	<p>寫。</p> <p>B.封面：包括計畫名稱、執行單位、巡迴醫療服務點所屬縣市、鄉鎮(區)、執行期間。</p> <p>C.前言：請敘述巡迴醫療服務動機，包括巡迴醫療服務地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。</p> <p>D.目的：分點具體列述巡迴醫療服務所要達成之目標。</p> <p>E.巡迴醫療服務地點現況分析，請依下列項目分別具體列述相關內容：</p> <p>a.巡迴醫療服務點所屬地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務點所屬地區分布情形及面積、當地戶籍人口數及其性別年齡別分布情形</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>分布情形等相關資料。</p> <p>b.地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴醫療服務點地理環境概況(檢附簡要地圖更佳)、當地對外交通情形、當地距最近中醫特約醫事服務機構所需車程時間等。</p> <p>c.醫療需求情形：請詳述巡迴醫療服務點所屬地區之醫療服務使用狀況、現存各類醫事人員及各類醫事服務機構情形。</p> <p>F.執行計畫：</p> <p>a.醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。</p> <p>b.每週診療時</p>		<p>等相關資料。</p> <p>b.地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴醫療服務點地理環境概況(檢附簡要地圖更佳)、當地對外交通情形、當地距最近中醫特約醫事服務機構所需車程時間等。</p> <p>c.醫療需求情形：請詳述巡迴醫療服務點所屬地區之醫療服務使用狀況、現存各類醫事人員及各類醫事服務機構情形。</p> <p>F.執行計畫：</p> <p>a.醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。</p> <p>b.每週診療時間。</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>間。</p> <p>c.經費評估： 請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。</p> <p>d.巡迴醫療服務設置點地址及空間配置圖。</p> <p>G.經當地衛生主管機關報備核准之中醫師、相關醫事人員及巡迴地點同意函。</p> <p>H.評估預期效益：請詳述巡迴醫療服務實施後預期達成之效益指標。</p>		<p>c.經費評估： 請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。</p> <p>d.巡迴醫療服務設置點地址及空間配置圖。</p> <p>G.經當地衛生主管機關報備核准之中醫師、相關醫事人員及巡迴地點同意函。</p> <p>H.評估預期效益：請詳述巡迴醫療服務實施後預期達成之效益指標。</p>	
<p>九、開診規範：</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫：</p> <p>1.經中醫全聯會評估通過之申請案件，於分區業務組評估結果通知函寄達三個月內未完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，該案件視同作廢，不予支付任何保障額度，且不再</p>		<p>九、開診規範：</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫：</p> <p>1.經中醫全聯會評估通過之申請案件，於分區業務組評估結果通知函寄達三個月內未完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，該案件視同作廢，不予支付任何保障額度，且不再</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署 建議條文	114 年度原條文	說明
<p>接受同一申請人之申請案件。</p> <p>2.門診服務時數：</p> <p>(1)每週至少提供五天35小時(每週至少須含2次夜診)，每診次至少2(含)小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時；兩門診時段間至少間隔半小時；該保險醫事服務機構負責醫師之門診服務時數須至少三天24小時。</p> <p>(2)門診天數、時段、地點依申請計畫書為依據，若逢行政院人事行政總處公布之假期，可為休診日。</p> <p>(3)當月未達上述工作天數及門診時間者，則依實際比例扣款(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)，因天災、事故等特殊因素，經向保險人分區業務組報備者，不在此限。</p> <p>(4)請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」</p>		<p>接受同一申請人之申請案件。</p> <p>2.門診服務時數：</p> <p>(1)每週至少提供五天35小時(每週至少須含2次夜診)，每診次至少2(含)小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時；兩門診時段間至少間隔半小時；該保險醫事服務機構負責醫師之門診服務時數須至少三天24小時。</p> <p>(2)門診天數、時段、地點依申請計畫書為依據，若逢行政院人事行政總處公布之假期，可為休診日。</p> <p>(3)當月未達上述工作天數及門診時間者，則依實際比例扣款(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)，因天災、事故等特殊因素，經向保險人分區業務組報備者，不在此限。</p> <p>(4)請產假之負責醫師，其產假期間(比照「公務人員請假規則」</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署 建議條文	114 年度原條文	說明
<p>之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理；若產假期間無支援醫師代理者，保險人得不予支付保障額度。</p> <p>(5)執行本計畫特約醫事服務機構之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於10個工作日前以書面函知中醫全聯會，並由中醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查，惟臨時有特殊狀況者，不在此限。</p> <p>3.執行本計畫之保險醫事服務機構可同時申請巡迴醫療服務計畫，但巡迴看診時數不列入上述門診服務時數計算。</p> <p>4.自核定參與開業獎勵服務計畫後第一次申報費用年月之首日起至月底未滿一個月者，則按實際門診日數發給保障額度(計算方式：分子為實際看診天數，分母為</p>		<p>之娩假日數)之門診服務時數可全數由支援醫師代理；若產假期間無支援醫師代理者，保險人得不予支付保障額度。</p> <p>(5)執行本計畫特約醫事服務機構之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於10個工作日前以書面函知中醫全聯會，並由中醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查，惟臨時有特殊狀況者，不在此限。</p> <p>3.執行本計畫之保險醫事服務機構可同時申請巡迴醫療服務計畫，但巡迴看診時數不列入上述門診服務時數計算。</p> <p>4.自核定參與開業獎勵服務計畫後第一次申報費用年月之首日起至月底未滿一個月者，則按實際門診日數發給保障額度(計算方式：分子為實際看診天數，分母為</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>當月應提供之開診天數)。</p> <p>5.門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單(附件4、5)於前月25日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。</p> <p>6.中醫全聯會及保險人分區業務組將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段，以電話抽查有無依所訂門診時段提供服務。</p> <p>7.經中醫全聯會及保險人分區業務組查證保險醫事服務機構無故休診同一年累計達二週或同一年連續請假休診二個月者(不含請產假之負責醫師)，即終止該醫事服務機構執行本計畫。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p> <p>1.以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天</p>	<p>5.門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單(附件54、65)於前月25日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p> <p>1.以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天</p>	<p>當月應提供之開診天數)。</p> <p>5.門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單(附件5、6)於前月25日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。</p> <p>6.中醫全聯會及保險人分區業務組將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段，以電話抽查有無依所訂門診時段提供服務。</p> <p>7.經中醫全聯會及保險人分區業務組查證保險醫事服務機構無故休診同一年累計達二週或同一年連續請假休診二個月者(不含請產假之負責醫師)，即終止該醫事服務機構執行本計畫。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p> <p>1.以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天</p>	<p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序號。</p>

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>至多1次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，每週至多3次定點定時中醫巡迴醫療服務。若有特殊情況，需增加每天或每週之巡迴次數或醫師數之巡迴點，得由巡迴院所向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定；保險人分區業務組於 10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會（以下稱中執會）各區分會，始得執行。</p> <p>2.每次巡迴醫療服務時間不得少於3小時(其服務時間以實際醫療時間計算，不包含車程、用膳及休息時間)。</p> <p>3.執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同意之每週診療時間提供</p>	<p>至多1次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，每週至多3次定點定時中醫巡迴醫療服務。若有特殊情況，需增加每天或每週之巡迴次數或醫師數之巡迴點，得由巡迴院所向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定；保險人分區業務組於 10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會（以下稱中執會）各區分會，始得執行。</p> <p>3.執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同意之每週診療時間提供</p>	<p>至多1次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，每週至多3次定點定時中醫巡迴醫療服務。若有特殊情況，需增加每天或每週之巡迴次數或醫師數之巡迴點，得由巡迴院所向所轄保險人分區業務組提出申請，由該分區業務組會同該區中執會分會專案核定同意並副知中醫全聯會後，始得執行。</p> <p>2.每次巡迴醫療服務時間不得少於3小時(其服務時間以實際醫療時間計算，不包含車程、用膳及休息時間)。</p> <p>3.執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同意之每週</p>	<p>本署建議： 有關新增巡迴次數或醫師數之巡迴點，建議同方案八/(一)文字審查程序，由中全會先行評估後，再送分區業務組核定。</p> <p>【中全會建議】 基於同質性內容規範，建議移動條文文字序列。</p>

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>醫療服務，並於所轄保險人分區業務組核定日或發文日30個工作日內開始執行，超過30個工作日仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本計畫之辦理。</p> <p>4.原訂提供巡迴醫療服務之日期如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流等，得事後核准。若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為</p>	<p>醫療服務，並於所轄保險人分區業務組核定日或發文日30個工作日內開始執行，超過30個工作日仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本計畫之辦理。如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流等，得事後核准。</p> <p>4.原訂提供巡迴醫療服務之日期，<u>如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流等，得事後核准。</u>若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)</p>	<p>診療時間提供醫療服務，並於所轄保險人分區業務組核定日或發文日30個工作日內開始執行，超過30個工作日仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本計畫之辦理。如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流等，得事後核准。</p> <p>4.原訂提供巡迴醫療服務之日期，若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。</p>	<p>【中全會建議】 基於同質性內容規範，建議移動條文文字序列。</p>

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>休診日，不須補診及報備。</p> <p>5.至離島地區執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構，若因天候狀況導致交通受阻，巡迴醫療服務得增加服務天數1天(限申報1診次)。當次執行完畢後，應檢具當地衛生主管機關報備函、交通延誤證明(由航空公司、船公司或警察機關等單位開立)等資料，向所轄保險人分區業務組申請備查且副知中醫全聯會，並依規定申報當日產生之醫療費用及論次費用。</p> <p>6.執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務時間、每週服務次數或地點、核備醫事人員等，須先將變更計畫及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業</p>	<p>日，則為休診日，不須補診及報備。</p>	<p>5.至離島地區執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構，若因天候狀況導致交通受阻，巡迴醫療服務得增加服務天數1天(限申報1診次)。當次執行完畢後，應檢具當地衛生主管機關報備函、交通延誤證明(由航空公司、船公司或警察機關等單位開立)等資料，向所轄保險人分區業務組申請備查且副知中醫全聯會，並依規定申報當日產生之醫療費用及論次費用。</p> <p>6.執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務時間、每週服務次數或地點、核備醫事人員等，須先將變更計畫及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>務組核定。變更巡迴醫療服務者應俟保險人分區業務組核定後，始得變更計畫。</p> <p>7.申請巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件6辦理)。</p> <p>8.保險人應將本年度巡迴醫療服務相關訊息(含執行之保險醫事服務機構名稱、時間及地點)建置於保險人全球資訊網網站，以供查詢。</p> <p>9.巡迴時間、時段、地點，依執行本計畫之保險醫事服務機構申請書所列時間表為依據，惟保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮西醫、牙醫及中醫之巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。</p> <p>10.巡迴地點設置應以媒合當地</p>	<p>務組核定。變更巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件76辦理)。</p>	<p>務組核定。變更巡迴醫療服務者應俟保險人分區業務組核定後，始得變更計畫。</p> <p>7.申請巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件7辦理)。</p> <p>8.保險人應將本年度巡迴醫療服務相關訊息(含執行之保險醫事服務機構名稱、時間及地點)建置於保險人全球資訊網網站，以供查詢。</p> <p>9.巡迴時間、時段、地點，依執行本計畫之保險醫事服務機構申請書所列時間表為依據，惟保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮西醫、牙醫及中醫之巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。</p> <p>10.巡迴地點設置應以媒合當地</p>	<p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序號。</p>

115 年度建議條文	中全會或本署 建議條文	114 年度原條文	說明
<p>政府單位或長照據點為優先。</p> <p>11.到宅服務個案可由村/里長或長期照顧管理中心等單位轉介。</p>		<p>政府單位或長照據點為優先。</p> <p>11.到宅服務個案可由村/里長或長期照顧管理中心等單位轉介。</p>	
<p>十、支付方式</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫：</p> <p>1.獎勵標準：</p> <p>(1)第一級：除第二級、第三級以外之醫療資源不足地區，每月保障額度30萬點。</p> <p>(2)第二級：醫療資源不足之山地地區，每月保障額度35萬點。</p> <p>(3)第三級：醫療資源不足之離島地區，每月保障額度40萬點。</p> <p>2.醫療費用計算：</p> <p>(1)按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)申報醫療費用。</p> <p>(2)管理原則(年限計算：自核定參與獎勵開業服務計畫後第一次申報之費用年月起，開始</p>		<p>十、支付方式</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫：</p> <p>1.獎勵標準：</p> <p>(1)第一級：除第二級、第三級以外之醫療資源不足地區，每月保障額度30萬點。</p> <p>(2)第二級：醫療資源不足之山地地區，每月保障額度35萬點。</p> <p>(3)第三級：醫療資源不足之離島地區，每月保障額度40萬點。</p> <p>2.醫療費用計算：</p> <p>(1)按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)申報醫療費用。</p> <p>(2)管理原則(年限計算：自核定參與獎勵開業服務計畫後第一次申報之費用年月起，開始</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>累進計算服務年限；每月總服務量以「核定點數(含部分負擔)」計算：包含門診、巡迴醫療、中醫門診總額其他中醫專案服務量及其他預算案件，不含代辦案件)：</p> <p>A.承辦本計畫後第七個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，以80%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度35%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度20%者，以70%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度20%者，須自次月起於該</p>		<p>累進計算服務年限；每月總服務量以「核定點數(含部分負擔)」計算：包含門診、巡迴醫療、中醫門診總額其他中醫專案服務量及其他預算案件，不含代辦案件)：</p> <p>A.承辦本計畫後第七個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度35%者，以80%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度35%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度20%者，以70%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度20%者，須自次月起於該</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署 建議條文	114 年度原條文	說明
<p>開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。</p> <p>B.滿一年者，自第十三個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度45%者，以75%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度45%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度30%者，以65%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度30%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。</p> <p>C.滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達</p>		<p>開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。</p> <p>B.滿一年者，自第十三個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度45%者，以75%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度45%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度30%者，以65%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度30%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。</p> <p>C.滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定點數(含部分負擔)未達</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署 建議條文	114 年度原條文	說明
<p>保障額度 50%者，以 60%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度50%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度40%者，以 50%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度40%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度10%者，以當月核定點數計算之費用支付。</p> <p>D.獎勵開業之醫事服務機構依上述 A 至 C 點規定提供巡迴醫療服務後，須依其最高巡迴點之數</p>		<p>保障額度 50%者，以 60%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度50%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度40%者，以 50%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度40%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。若當月核定點數(含部分負擔)未達保障額度10%者，以當月核定點數計算之費用支付。</p> <p>D.獎勵開業之醫事服務機構依上述 A 至 C 點規定提供巡迴醫療服務後，須依其最高巡迴點之數</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署 建議條文	114 年度原條文	說明
<p>量持續提供巡迴醫療服務至當年度12月底。</p> <p>E.若獎勵開業之醫事服務機構未依上述A至C點規定於該開業鄉鎮承辦巡迴醫療服務計畫，經所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案評估後，由保險人分區業務組終止本方案之辦理。惟若屬特殊情況者，得專案向保險人分區業務組申請至鄰近本方案施行地區提供巡迴醫療服務計畫。</p> <p>註：依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。</p> <p>(3)自辦理本計畫之年度開始起算，第三年年底終止計畫補助(延續</p>		<p>量持續提供巡迴醫療服務至當年度12月底。</p> <p>E.若獎勵開業之醫事服務機構未依上述A至C點規定於該開業鄉鎮承辦巡迴醫療服務計畫，經所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案評估後，由保險人分區業務組終止本方案之辦理。惟若屬特殊情況者，得專案向保險人分區業務組申請至鄰近本方案施行地區提供巡迴醫療服務計畫。</p> <p>註：依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。</p> <p>(3)自辦理本計畫之年度開始起算，第三年年底終止計畫補助(延續</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>辦理期間不須另提出申請)，且不再接受同一申請人申請本計畫；又延續辦理計畫者，其起迄日期應依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理。</p> <p>(4)本計畫中醫師參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)併入保障額度計算，每月核定點數(含部分負擔)未達保障額度者，不予支付當月巡迴醫療服務之論次費用。</p> <p>(5)本計畫申報之門診診察費納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算；針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置納入該支付標準之合計申報量計算。</p> <p>3.每點支付金額之結算：</p> <p>(1)每月核定點數</p>		<p>辦理期間不須另提出申請)，且不再接受同一申請人申請本計畫；又延續辦理計畫者，其起迄日期應依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理。</p> <p>(4)本計畫中醫師參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)併入保障額度計算，每月核定點數(含部分負擔)未達保障額度者，不予支付當月巡迴醫療服務之論次費用。</p> <p>(5)本計畫申報之門診診察費納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算；針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置納入該支付標準之合計申報量計算。</p> <p>3.每點支付金額之結算：</p> <p>(1)每月核定點數</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>(含部分負擔) 超過保障額度者：以核定點數計算之費用支付，屬浮動點數者依該區當季之浮動點值計算，每點支付金額不低於1元。</p> <p>(2)每月核定點數(含部分負擔)低於保障額度者：依本方案第十項第一款第二目醫療費用計算之管理原則核付，其保障額度之點數依該區當季之浮動點值計算，惟每點支付金額不低於1元。</p> <p>4.承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件7)，並於次月20日前費用申報時以電子檔案，報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫： 1.本計畫論量計酬費用，由中醫門</p>	<p>4.承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件87)，並於次月20日前費用申報時以電子檔案，報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p>	<p>(含部分負擔) 超過保障額度者：以核定點數計算之費用支付，屬浮動點數者依該區當季之浮動點值計算，每點支付金額不低於1元。</p> <p>(2)每月核定點數(含部分負擔)低於保障額度者：依本方案第十項第一款第二目醫療費用計算之管理原則核付，其保障額度之點數依該區當季之浮動點值計算，惟每點支付金額不低於1元。</p> <p>4.承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件8)，並於次月20日前費用申報時以電子檔案，報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫： 1.本計畫論量計酬費用，由中醫門</p>	<p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序號。</p>

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明																																													
<p>診總額一般服務預算支應。每點支付金額以1元計算，於一般服務預算分區預算分配前先行結算。</p> <p>2.本計畫之論次支付方式：各地區別論次支付點數及申報代碼如下，偏遠及山地離島地區分類詳附件1-1，中醫資源不足地區詳附件1-2。</p>		<p>診總額一般服務預算支應。每點支付金額以1元計算，於一般服務預算分區預算分配前先行結算。</p> <p>2.本計畫之論次支付方式：各地區別論次支付點數及申報代碼如下，偏遠及山地離島地區分類詳附件1-1，中醫資源不足地區詳附件1-2。</p>																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>地區</th> <th>支付點數</th> <th>申報代碼</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0. 中醫資源不足</td> <td>2,300</td> <td>P23064</td> </tr> <tr> <td>1. 一級偏遠</td> <td>3,300</td> <td>P23007</td> </tr> <tr> <td>2. 二級偏遠</td> <td>5,300</td> <td>P23063</td> </tr> <tr> <td>3. 山地</td> <td>9,800</td> <td>P23008</td> </tr> <tr> <td>4. 一級離島</td> <td>12,000</td> <td>P23009</td> </tr> <tr> <td>5. 二級離島</td> <td>13,100</td> <td>P23010</td> </tr> </tbody> </table>	地區	支付點數	申報代碼	0. 中醫資源不足	2,300	P23064	1. 一級偏遠	3,300	P23007	2. 二級偏遠	5,300	P23063	3. 山地	9,800	P23008	4. 一級離島	12,000	P23009	5. 二級離島	13,100	P23010		<table border="1"> <thead> <tr> <th>地區</th> <th>支付點數</th> <th>申報代碼</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0. 中醫資源不足</td> <td>2,300</td> <td>P23064</td> </tr> <tr> <td>1. 一級偏遠</td> <td>3,300</td> <td>P23007</td> </tr> <tr> <td>2. 二級偏遠</td> <td>5,300</td> <td>P23063</td> </tr> <tr> <td>3. 山地</td> <td>9,800</td> <td>P23008</td> </tr> <tr> <td>4. 一級離島</td> <td>12,000</td> <td>P23009</td> </tr> <tr> <td>5. 二級離島</td> <td>13,100</td> <td>P23010</td> </tr> <tr> <td>6. 三級離島</td> <td>14,200</td> <td>P23011</td> </tr> </tbody> </table>	地區	支付點數	申報代碼	0. 中醫資源不足	2,300	P23064	1. 一級偏遠	3,300	P23007	2. 二級偏遠	5,300	P23063	3. 山地	9,800	P23008	4. 一級離島	12,000	P23009	5. 二級離島	13,100	P23010	6. 三級離島	14,200	P23011	
地區	支付點數	申報代碼																																														
0. 中醫資源不足	2,300	P23064																																														
1. 一級偏遠	3,300	P23007																																														
2. 二級偏遠	5,300	P23063																																														
3. 山地	9,800	P23008																																														
4. 一級離島	12,000	P23009																																														
5. 二級離島	13,100	P23010																																														
地區	支付點數	申報代碼																																														
0. 中醫資源不足	2,300	P23064																																														
1. 一級偏遠	3,300	P23007																																														
2. 二級偏遠	5,300	P23063																																														
3. 山地	9,800	P23008																																														
4. 一級離島	12,000	P23009																																														
5. 二級離島	13,100	P23010																																														
6. 三級離島	14,200	P23011																																														
<p>(1)於方案執行期間，巡迴醫療服務計畫施行地區有中醫保險醫事服務機構新設立或移除，致該地區之施行區域(附件1-1、1-2)異動，原提供巡迴醫療服務計畫之中醫保險醫事服務機構可持續依原申請時之核定內容，申報論次費用點數至當年度年底。</p>	<p>(1)於方案執行期間，<u>如若</u>巡迴醫療服務計畫施行地區有中醫保險醫事服務機構新設立中醫診所或移除，致該地區<u>不適用本方案施行之</u>施行區域(附件1-1、1-2)<u>者異動</u>，<u>原提供巡迴醫療服務計畫之中醫保險醫事服務機構可持續依原申請時之核定內容，申報論次費用點數至當年度年底。經中醫總額研</u></p>	<p>(1)執行期間，如巡迴醫療服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域(附件1-1、1-2)者，經中醫總額研商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報 P23064，支付2,300點。</p>	<p>【中全會建議】 為避免計畫執行中因鄉鎮區別反覆異動，產生繁複的行政通知，以及院所申報上的困擾，建議修訂計畫條文。</p>																																													

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>(2)本方案施行區域附件1-2： A.如臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至附件1-2之離島地區(如屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉)，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報P23065，支付11,000點。</p> <p>B.如中醫保險醫事服務機構至附件1-2之山地及離島地區(如桃園市復興區、屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉)，辦理巡迴</p>	<p>商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報P23064，支付2,300點。</p>	<p>(2)本方案施行區域附件1-2： A.如臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至附件1-2之離島地區(如屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉)，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報P23065，支付11,000點。</p> <p>B.如中醫保險醫事服務機構至附件1-2之山地及離島地區(如桃園市復興區、屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉)，辦理巡迴</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>醫療服務計畫者，得申報 P23063，支付5,300點。</p> <p>(3)如中醫保險醫事服務機構至本方案施行區域(附件1-1、1-2)因天災、政策或歷史等因素遷移他處者(如吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地)，執行巡迴醫療服務，得申報 P23063，支付5,300點。若年度執行期間，符合前述條件者，由執行巡迴醫療服務院所主動函報所轄保險人分區業務組及中醫全聯會同意後，自次月1日起，始得申報本項支付點數。</p> <p>3.本計畫之門診診察費加成支付：保險人於結</p>		<p>醫療服務計畫者，得申報 P23063，支付5,300點。</p> <p>(3)如中醫保險醫事服務機構至本方案施行區域(附件1-1、1-2)因天災、政策或歷史等因素遷移他處者(如吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地)，執行巡迴醫療服務，得申報 P23063，支付5,300點。若年度執行期間，符合前述條件者，由執行巡迴醫療服務院所主動函報所轄保險人分區業務組及中醫全聯會同意後，自次月1日起，始得申報本項支付點數。</p> <p>3.本計畫之門診診察費加成支付：保險人於結</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署 建議條文	114 年度原條文	說明
<p>算時，門診診察費按本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數加計1成支付；院所申報該項費用時，無須申報加計之成數。</p> <p>4.本計畫醫療服務支付標準申報規定：</p> <p>(1)本計畫申報之門診診察費不納入門診合理量計算。</p> <p>(2)針灸、傷科及針灸合併傷科治療每次診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。</p> <p>(3)本計畫之針灸、傷科及針灸合併傷科治療不併入該院所之合計申報量計算，且不受醫療服務支付標準第四部中醫通則五至通則六針灸、傷科及針灸合併傷科治療申報量打折支付之規定。</p> <p>(4)若因特殊情形，經保險人分區業務組</p>		<p>算時，門診診察費按本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數加計1成支付；院所申報該項費用時，無須申報加計之成數。</p> <p>4.本計畫醫療服務支付標準申報規定：</p> <p>(1)本計畫申報之門診診察費不納入門診合理量計算。</p> <p>(2)針灸、傷科及針灸合併傷科治療每次診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。</p> <p>(3)本計畫之針灸、傷科及針灸合併傷科治療不併入該院所之合計申報量計算，且不受醫療服務支付標準第四部中醫通則五至通則六針灸、傷科及針灸合併傷科治療申報量打折支付之規定。</p> <p>(4)若因特殊情形，經保險人分區業務組</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>核定同意，同一醫師同一日得至不同地點提供2診次巡迴醫療，其費用申報依本計畫執行之看診診次計算。</p> <p>(5)本計畫未明定者，則按醫療服務支付標準第四部中醫規範辦理。</p> <p>5.依本計畫所申請之專款專用支付項目費用不列入本年度「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。</p> <p>6.執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件7)，並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p> <p>7.本計畫巡迴醫療服務不得申報中醫門診總額其他中醫專案(含醫療服務支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加</p>	<p>6.執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件87)，並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p>	<p>核定同意，同一醫師同一日得至不同地點提供2診次巡迴醫療，其費用申報依本計畫執行之看診診次計算。</p> <p>(5)本計畫未明定者，則按醫療服務支付標準第四部中醫規範辦理。</p> <p>5.依本計畫所申請之專款專用支付項目費用不列入本年度「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。</p> <p>6.執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件8)，並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p> <p>7.本計畫巡迴醫療服務不得申報中醫門診總額其他中醫專案(含醫療服務支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加</p>	<p>【中全會建議】配合修訂建議，調整附件序號。</p>

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>強照護)及其他預算案件。</p> <p>(三)本方案點值結算方式： 本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。</p>		<p>強照護)及其他預算案件。</p> <p>(三)本方案點值結算方式： 本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。</p>	
<p>十一、醫療服務申報、審查與管理原則：</p> <p>(一)執行本方案之保險醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查</p>		<p>十一、醫療服務申報、審查與管理原則：</p> <p>(一)執行本方案之保險醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。</p> <p>(二)本方案須配合健保卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，須填具健保卡例外就醫名冊(如附件8)。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付；另巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴醫療服務之巡迴點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴服務。</p> <p>(三)醫療費用申報與審查： 1.門診醫療費用點數申報格式與填報作業 (1)總表段：本計畫申報之醫療費用列為</p>	<p>(二)本方案須配合健保卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，須填具健保卡例外就醫名冊(如附件98)。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付；另巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴醫療服務之巡迴點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴服務。</p>	<p>及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。</p> <p>(二)本方案須配合健保卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，須填具健保卡例外就醫名冊(如附件9)。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付；另巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴醫療服務之巡迴點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴服務。</p> <p>(三)醫療費用申報與審查： 1.門診醫療費用點數申報格式與填報作業 (1)總表段：本計畫申報之醫療費用列為</p>	<p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序號。</p>

115 年度建議條文	中全會或本署 建議條文	114 年度原條文	說明
<p>專案案件。 (2)點數清單段 A. 案件分類： 請填報 「25(中醫 門診總額醫 療資源不足 地區改善方 案)」。</p> <p>B. 特定治療項 目代號(一) a. 獎勵開業服 務計畫請 填報 「C7(醫療 資源不足 地區獎勵 開業服務 計畫) 含 代辦案 件」，申報 中醫門診 總額其他 中醫專案 或其他預 算案件，則 於特定治 療項目代 號(二)至 (四)任一欄 位填報 C7。</p> <p>b. 巡迴醫療服 務計畫請 填報 「C6(醫療 資源不足 地區巡迴 醫療服務 計畫)」，若 同時提供 到宅醫 療，於最末 特定治療</p>		<p>專案案件。 (2)點數清單段 A. 案件分類： 請填報 「25(中醫 門診總額醫 療資源不足 地區改善方 案)」。</p> <p>B. 特定治療項 目代號(一) a. 獎勵開業服 務計畫請 填報 「C7(醫療 資源不足 地區獎勵 開業服務 計畫) 含 代辦案 件」，申報 中醫門診 總額其他 中醫專案 或其他預 算案件，則 於特定治 療項目代 號(二)至 (四)任一欄 位填報 C7。</p> <p>b. 巡迴醫療服 務計畫請 填報 「C6(醫療 資源不足 地區巡迴 醫療服務 計畫)」，若 同時提供 到宅醫 療，於最末 特定治療</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署 建議條文	114 年度原條文	說明
<p>項目代號 欄位依序 填報 「JZ(醫療 資源不足 地區巡迴 到宅服 務)」。</p> <p>C.部分負擔代 號及部分負 擔點數</p> <p>a.山地離島地 區：請填報 免收部分 負擔規定 山地離島 地區之就 醫代碼 「007」，部 分負擔點 數請填0。</p> <p>b.非山地離島 地區：依現 行全民健 康保險法 第四十 三、四十八 條規定辦 理，若屬全 民健康保 險法第四 十三條第 四項所訂 醫療資源 缺乏地區 條件之施 行地區，依 全民健康 保險法施 行細則第 六十條規 定，部分負 擔得予減</p>		<p>項目代號 欄位依序 填報 「JZ(醫療 資源不足 地區巡迴 到宅服 務)」。</p> <p>C.部分負擔代 號及部分負 擔點數</p> <p>a.山地離島地 區：請填報 免收部分 負擔規定 山地離島 地區之就 醫代碼 「007」，部 分負擔點 數請填0。</p> <p>b.非山地離島 地區：依現 行全民健 康保險法 第四十 三、四十八 條規定辦 理，若屬全 民健康保 險法第四 十三條第 四項所訂 醫療資源 缺乏地區 條件之施 行地區，依 全民健康 保險法施 行細則第 六十條規 定，部分負 擔得予減</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>免20%。</p> <p>2.巡迴醫療服務計畫：</p> <p>(1)保險醫事服務機構依本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數申報門診診察費，申報時不須加計成數。</p> <p>(2)本計畫採「論次加論量」支付方式：</p> <p>A.應依據論次費用申請表格式(附件9)於次月20日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)或郵寄紙本至保險人分區業務組。</p> <p>B.執行本計畫時，適用醫療服務支付標準第四部中醫部門之第一階段門診診察費(支付標準編號：A01、A11、A02、A12)。</p> <p>C.該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為0人者)，應於</p>	<p>(2)本計畫採「論次加論量」支付方式：</p> <p>A.應依據論次費用申請表格式(附件109)於次月20日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)及或郵寄紙本至保險人分區業務組。</p>	<p>免20%。</p> <p>2.巡迴醫療服務計畫：</p> <p>(1)保險醫事服務機構依本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數申報門診診察費，申報時不須加計成數。</p> <p>(2)本計畫採「論次加論量」支付方式：</p> <p>A.應依據論次費用申請表格式(附件10)於次月20日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)及郵寄紙本至保險人分區業務組。</p> <p>B.執行本計畫時，適用醫療服務支付標準第四部中醫部門之第一階段門診診察費(支付標準編號：A01、A11、A02、A12)。</p> <p>C.該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為0人者)，應於</p>	<p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序號。</p> <p>本署建議： 配合論次費用申請表電子化，修改文字</p>

115 年度建議條文	中全會或本署 建議條文	114 年度原條文	說明
<p>申報論次支 付點數時檢 附彩色照片 三張(可彩 色列印，不 限相片 紙)，須有服 務醫師入鏡 或可辨識巡 迴地點、時 間之照片為 佳。繳交照 片如有不符 合規定或無 法辨識者， 則核減該診 次論次支付 點數。</p> <p>(3)管理原則：執 行巡迴醫療 服務者，若連 續5個月每月 每診平均就 醫人次少於 10人(不含10 人)，由中醫 全聯會函請 執行者，於次 月更換巡迴 醫療服務 點；若經更換 巡迴醫療服 務點後，再連 續3個月，每 月每診平均 就醫人次少 於10人(不含 10人)，由中 醫全聯會評 估後，轉請保 險人分區業 務組通知該 院所終止執</p>		<p>申報論次支 付點數時檢 附彩色照片 三張(可彩 色列印，不 限相片 紙)，須有服 務醫師入鏡 或可辨識巡 迴地點、時 間之照片為 佳。繳交照 片如有不符 合規定或無 法辨識者， 則核減該診 次論次支付 點數。</p> <p>(3)管理原則：執 行巡迴醫療 服務者，若連 續5個月每月 每診平均就 醫人次少於 10人(不含10 人)，由中醫 全聯會函請 執行者，於次 月更換巡迴 醫療服務 點；若經更換 巡迴醫療服 務點後，再連 續3個月，每 月每診平均 就醫人次少 於10人(不含 10人)，由中 醫全聯會評 估後，轉請保 險人分區業 務組通知該 院所終止執</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>行本計畫。但執行巡迴醫療服務點為離島地區或山地地區者，不在此限。</p>		<p>行本計畫。但執行巡迴醫療服務點為離島地區或山地地區者，不在此限。</p>	
<p>十二、執行報告： 執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告予中醫全聯會；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益；巡迴醫療服務計畫執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。</p>		<p>十二、執行報告： 執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告予中醫全聯會；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益；巡迴醫療服務計畫執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。</p>	
<p>十三、考核事項： (一)考核程序：參與本方案之保險醫事服務機構，1年至少考核1次。 1.參與本方案之保險醫事服務機構，於本方案結束或年度結束前，應填報考核要點(附件10-1、10-2)予中醫全聯會，中醫全聯會於年度結束日起15個工作日內，將彙整考核要點送所轄保險人分區業務組。考核成績將作為下年度審核之參</p>	<p>1.參與本方案之保險醫事服務機構，於本方案結束或年度結束前，應填報考核要點(附件11-1、11-2)予中醫全聯會，中醫全聯會於年度結束日起15個工作日內，將彙整考核要點送所轄保險人分區業務組。考核成績將作為下年度審</p>	<p>十三、考核事項： (一)考核程序：參與本方案之保險醫事服務機構，1年至少考核1次。 1.參與本方案之保險醫事服務機構，於本方案結束或年度結束前，應填報考核要點(附件11-1、11-2)予中醫全聯會，中醫全聯會於年度結束日起15個工作日內，將彙整考核要點送所轄保險人分區業務組。考核成績將作為下年度審核之參</p>	<p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序號。</p>

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
<p>考。</p> <p>2.另保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。</p> <p>(二)考核方式與項目：</p> <p>1.實地考核或電話抽查評核(由保險人分區業務組依實際情況，自行評估選用評核方式)。</p> <p>2.院所考核表評核(附件10-1)。</p> <p>3.民眾滿意度調查表評核(附件10-2)。</p> <p>4.綜合討論及評分。</p> <p>(三)考核結果：</p> <p>1.評分結果為96分(含)以上者，列入優等。</p> <p>2.評分結果為80~95分者，列入良等。</p> <p>3.評分結果為71~79分者，列入觀察等級，由保險人分區業務組予以觀察一季要求改善，次年度未達80分者，則不予執行本方案。</p> <p>4.評分結果為70分(含)以下者，列入輔導等級，由保險人分區業務組予以輔導一季要求改善，經複核未改</p>	<p>核之參考。</p> <p>2.院所考核表評核(附件4410-1)。</p> <p>3.民眾滿意度調查表評核(附件4410-2)。</p>	<p>考。</p> <p>2.另保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。</p> <p>(二)考核方式與項目：</p> <p>1.實地考核或電話抽查評核(由保險人分區業務組依實際情況，自行評估選用評核方式)。</p> <p>2.院所考核表評核(附件11-1)。</p> <p>3.民眾滿意度調查表評核(附件11-2)。</p> <p>4.綜合討論及評分。</p> <p>(三)考核結果：</p> <p>1.評分結果為96分(含)以上者，列入優等。</p> <p>2.評分結果為80~95分者，列入良等。</p> <p>3.評分結果為71~79分者，列入觀察等級，由保險人分區業務組予以觀察一季要求改善，次年度未達80分者，則不予執行本方案。</p> <p>4.評分結果為70分(含)以下者，列入輔導等級，由保險人分區業務組予以輔導一季要求改善，經複核未改</p>	<p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序號。</p>

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
善者，終止執行本方案。		善者，終止執行本方案。	
<p>十四、注意事項：</p> <p>(一)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、日報表資料不齊全(含書面資料及電子檔案)、未依本方案規定事項辦理者，經保險人分區業務組及中醫全聯會重新評估後，由保險人分區業務組同意更換、裁撤或終止本方案之辦理。</p> <p>(二)於方案執行期間，若巡迴醫療服務計畫施行地區有新設立之中醫保險醫事服務機構，原提供巡迴醫療服務計畫之中醫保險醫事服務機構可持續執行原核定內容至當年度年底。</p>		<p>十四、注意事項：</p> <p>(一)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、日報表資料不齊全(含書面資料及電子檔案)、未依本方案規定事項辦理者，經保險人分區業務組及中醫全聯會重新評估後，由保險人分區業務組同意更換、裁撤或終止本方案之辦理。</p> <p>(二)於方案執行期間，若巡迴醫療服務計畫施行地區有新設立之中醫保險醫事服務機構，原提供巡迴醫療服務計畫之中醫保險醫事服務機構可持續執行原核定內容至當年度年底。</p>	
<p>十五、違規處理</p> <p>(一)辦理本方案之保險醫事服務機構或醫事人員，如因涉及違反特約管理辦法第三十八條</p>		<p>十五、違規處理</p> <p>(一)辦理本方案之保險醫事服務機構或醫事人員，如因涉及違反特約管理辦法第三十八條</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署 建議條文	114 年度原條文	說明
<p>至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，自保險人第一次核定違規函所載核定之停約或終約日起即停止執行本方案，另獎勵開業服務計畫費用支付方式自當年度執行本計畫起至本計畫終止日，以保障額度總額九折支付。</p> <p>(二)因違反前項規定而停止執行本方案者，得於收到該函正本日起30日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組提起申復。</p>		<p>至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，自保險人第一次核定違規函所載核定之停約或終約日起即停止執行本方案，另獎勵開業服務計畫費用支付方式自當年度執行本計畫起至本計畫終止日，以保障額度總額九折支付。</p> <p>(二)因違反前項規定而停止執行本方案者，得於收到該函正本日起30日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組提起申復。</p>	
<p>十六、本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，於實施半年後進行期中檢討，並於年終向健保會提</p>		<p>十六、本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，於實施半年後進行期中檢討，並於年終向健保會提</p>	

115 年度建議條文	中全會或本署建議條文	114 年度原條文	說明
送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況、本地就醫率等資料。		送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況、本地就醫率等資料。	
十七、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。		十七、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	
<p>(附件 1-1、1-2) 一覽表統計截止日期：114 年 10 月 25 日，「無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」共 79 個鄉鎮(區)、「一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」共 79 個鄉鎮(區)。</p> <p>(附件 3) 115 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊</p>	<p>(附件 1-1、1-2) 一覽表統計截止日期：114 年 <u>10 月 25 日</u>，「無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」共 <u>79</u> 個鄉鎮(區)、「一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」共 <u>79</u> 80 個鄉鎮(區)。</p> <p>(附件 3) 刪除</p> <p>(附件 4) 調整醫事人員名冊格式如後。</p>	<p>(附件 1-1、1-2) 一覽表統計截止日期：114 年 2 月 4 日，「無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」共 82 個鄉鎮(區)、「一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」共 75 個鄉鎮(區)。</p> <p>(附件 3) 114 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-巡迴醫療服務計畫申請表</p> <p>(附件 4) 114 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊</p>	<p>【中全會建議】 施行區域統計至 114 年 10 月 25 日，更新一覽表。</p> <p>本署建議： 無中醫新增「金寧鄉」，一家中醫新增「苗栗縣卓蘭鎮」、「南投縣鹿谷鄉」</p> <p>【中全會建議】 簡化計畫申請文件，刪除申請表</p> <p>【中全會建議】 調整醫事人員名冊格式及附件序號。</p>

114115 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	後壁區	1	澎湖縣	西嶼鄉	5
	石門區	1		東山區	1		望安鄉	6
	平溪區	1		大內區	1		七美鄉	6
	雙溪區	1		北門區	1	花蓮縣	光復鄉	1
	烏來區	3		左鎮區	1		豐濱鄉	2
宜蘭縣	大同鄉	3	龍崎區	1	富里鄉		1	
	南澳鄉	3	高雄市	田寮區	1		秀林鄉	3
桃園市	復興區	3		內門區	1		萬榮鄉	3
	新竹縣	橫山鄉		1	茂林區	3	卓溪鄉	3
北埔鄉		1		桃源區	3	臺東縣	大武鄉	2
峨眉鄉		1		那瑪夏區	3		東河鄉	1
尖石鄉		3	屏東縣	萬巒鄉	1		長濱鄉	2
五峰鄉		3		竹田鄉	1		綠島鄉	5
苗栗縣	南庄鄉	1		新埤鄉	1		延平鄉	3
	頭屋鄉	1		車城鄉	1	海端鄉	3	
	西湖鄉	1		滿州鄉	2	達仁鄉	3	
	造橋鄉	1	枋山鄉	1	金峰鄉	3		
	獅潭鄉	1	三地門鄉	3	蘭嶼鄉	6		
	泰安鄉	3	霧臺鄉	3	金門縣	烈嶼鄉	6	
臺中市	大安區	1	瑪家鄉	3		烏坵鄉	6	
	和平區	3	泰武鄉	3		金寧鄉	6	
南投縣	信義鄉	3	來義鄉	3	連江縣	南竿鄉	4	
	仁愛鄉	3	春日鄉	3		北竿鄉	4	
雲林縣	褒忠鄉	1	獅子鄉	3		莒光鄉	6	
	東石鄉	1	牡丹鄉	3		東引鄉	6	
嘉義縣	番路鄉	1	澎湖縣	白沙鄉	5			
	阿里山鄉	3		吉貝村	6			

註 1：本一覽表統計截止日期：1134 年 10 月 25 日，共 79 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。

114115 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	雲林縣	土庫鎮	高雄市	彌陀區
	三芝區		古坑鄉		六龜區
	八里區		二崙鄉		甲仙區
	貢寮區		東勢鄉	屏東縣	杉林區
	金山區		臺西鄉		長治鄉
	萬里區		元長鄉		麟洛鄉
宜蘭縣	蘇澳鎮	<u>口湖鄉</u>	九如鄉		
	壯圍鄉	<u>林內鄉</u>	鹽埔鄉		
	冬山鄉	布袋鎮	高樹鄉		
	三星鄉	六腳鄉	新園鄉		
新竹縣	芎林鄉	嘉義縣	義竹鄉		崁頂鄉
	<u>寶山鄉</u>		鹿草鄉		林邊鄉
苗栗縣	大湖鄉		中埔鄉		南州鄉
	<u>卓蘭鎮</u>		梅山鄉		琉球鄉
	三灣鄉		大埔鄉	花蓮縣	鳳林鎮
臺中市	石岡區		<u>溪口鄉</u>		瑞穗鄉
	外埔區	臺南市	柳營區	臺東縣	成功鎮
彰化縣	線西鄉		六甲區		卑南鄉
	埔鹽鄉		官田區		太麻里鄉
	二水鄉		西港區		鹿野鄉
	田尾鄉		七股區	澎湖縣	湖西鄉
	芳苑鄉		將軍區	金門縣	金沙鎮
	大城鄉		安定區		
南投縣	竹塘鄉		山上區	高雄市	
	集集鎮		玉井區		
	中寮鄉		楠西區		
	魚池鄉		南化區		
	國姓鄉	湖內區			
	<u>鹿谷鄉</u>	永安區			

註 1：本一覽表統計截止日期：1134 年 10 月 25 日，共 80 個鄉鎮(區)。

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

114115 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基本資料	醫事服務機構名稱		醫事服務機構代碼		電話	
	醫師姓名		身分證統一編號		中醫師證書字號	台中字第 號
	醫師學經歷					
	聯絡地址					
開業地區及時間	開業地區	區分會 縣市				
	地區別	<input type="checkbox"/> 偏遠	<input type="checkbox"/> 山地	<input type="checkbox"/> 離島		
	電話					
	地址					
評估情形	中醫全聯會評估意見	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		原因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				

~~114 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
巡迴醫療服務計畫申請表~~

申請日期：——年——月——日

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

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

114115 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

申請日期： 年 月 日

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

註：1.參與本方案中醫師及相關醫事人員，應依各該醫事人員法相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援。

2.本表以巡迴點為單位，申請地點為2者，則須填寫2份，若醫師人力眾多，可另行檢附名冊。

院所印章：

負責醫師簽章：

114115 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案**獎勵開業服務計畫門診時段異動表**

(一) 原門診時段： 年 月

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

合計 天 小時/週

(二) 新門診時段： 年 月起

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

合計 天 小時/週

執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



門診時段異動表辦法：

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

114115 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

獎勵開業服務計畫休診單

本人： (姓名) 因 (事由)

將於 年 月 日 時起至 年 月 日 時止休診
 合計 月 天 小時

門診補班，於 月 日 時起至 月 日 時
 月 日 時起至 月 日 時
 月 日 時起至 月 日 時
 月 日 時起至 月 日 時
 合計 天 小時

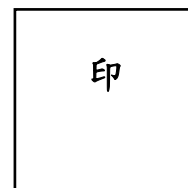
執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



休診及補班規範：

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

114年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務之標示製作作業說明

一、預算來源

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

二、標示應包含下列內容

- (一) 全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務
- (二) 全民健保標誌
- (三) 巡迴地點及時間
- (四) 主辦單位衛生福利部中央健康保險署
- (五) 承作醫療院所名稱

三、標示製作內容及規格

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

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

- (二) 各總額標示物 (不含布條) 之底色及字體顏色

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

四、支付原則及核銷方式

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

114115 年全民健康保險巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報

立牌

直立旗

布條

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

原始支出憑證黏貼處

114115 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區醫療服務門診日報表

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

日期	月 日		時間	時 分~ 時 分																				
	編號	姓名		身分證 統一編號	出生 年月日	性別	住址	電話	診察 費	藥費 (天)	調劑費	治療處置					當地 住民		醫 療 費 用	部 分 負 擔	申 請 費 用	身 份 別	到 宅 服 務	備 註
																	是	否						

註：1.依本方案規定填具本表。2.核實申報均須同時填報本表，並於次月 20 日前合併EXCEL電子檔或紙本送保險人分區業務組備查，並副知全聯會及所轄中執會各區分會。3.性別欄：男填 1、女填 0。4.診察費欄：請依申報之診察費支付標準代碼填入。5.藥費欄請填入天數 (例如給藥 7 天，填入"7")。6.治療處置欄：依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫治療處置規範填報。7.當地住民欄：請在是否處擇一打" "。8.申請費用=醫療費用-部分負擔。9.身份別：山地離島地區一律填入"007"；非山地離島地區：重大傷病填入"001"，低收入戶填入"003"，榮民 (眷) 填入"004"，一般民眾免填。10.到宅服務欄：如屬到宅服務個案請打" "。11.若當日無人看診仍應檢送當次門診日報表。

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

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

註：1.本表由醫療院所自存備查，不須再寄送至保險人分區業務組。

106.10.05 版

2.本表請院所自行印製使用。

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

**114115 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫
論次費用申請表**

年 月
第 頁 共 頁

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

- 註：1.執行期間，如巡迴醫療服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域（附件 1-1、1-2）者，經中醫總額研商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報 P23064，支付 2,300 點。
- 2.本方案施行區域附件 1-2：
- (1)如臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至附件 1-2 之離島地區（如屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉），辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付 11,000 點。
 - (2)如中醫保險醫事服務機構至附件 1-2 之山地及離島地區（如桃園市復興區、屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉），辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23063，支付 5,300 點。
- 3.如中醫保險醫事服務機構至本方案施行區域（附件 1-1、1-2）因天災、政策或歷史等因素遷移他處者（如吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地），執行巡迴醫療服務，得申報 P23063，支付 5,300 點。若年度執行期間，符合前述條件者，由執行巡迴醫療服務院所主動函報所轄保險人分區業務組及中醫全聯會同意後，自次月 1 日起，始得申報本項支付點數。
- 四、填寫時請依同一醫事人員姓名、同一「支付別」集中申報。
- 五、本申請表應於次月 20 日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明中醫門診巡迴醫療服務計畫（論次費用）。

114115 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 院所考核表

開業 巡迴

填報日期： 年 月 日

一、考核院所名稱：

院所代號：

二、巡迴地點：

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

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

三、考核項目：

(一) 診療服務評核 (20 分)

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？

是 (5 分) 否 (0 分)

2、是否有中低收入戶減免掛號費或免收掛號費？

是 (5 分) 否 (0 分)

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

明顯 (5 分) 不明顯 (3 分) 無 (0 分)

4、開業診所或巡迴地點是否有全民健保之標誌或海報？

是 (5 分) 否 (0 分)

(二) 實際開業或巡迴服務內容評核 (48 分)

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

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

3、空間及環境清潔衛生 (附 1 張照片)。

非常乾淨 (6 分) 尚可 (3 分) 待改進 (0 分)

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

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

5、平均每診看診人次。

15 人次以上 (6 分) 不足 15 人次 (3 分)

6、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料。

是 (10 分) 否 (0 分)

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

後計分》

四、依考核項目提供並註明符合主題且可辨別為本年度之照片（照片請加上日期）

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

討論事項第二案

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 2-3 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 2-7 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 2-16 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 2-18 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。

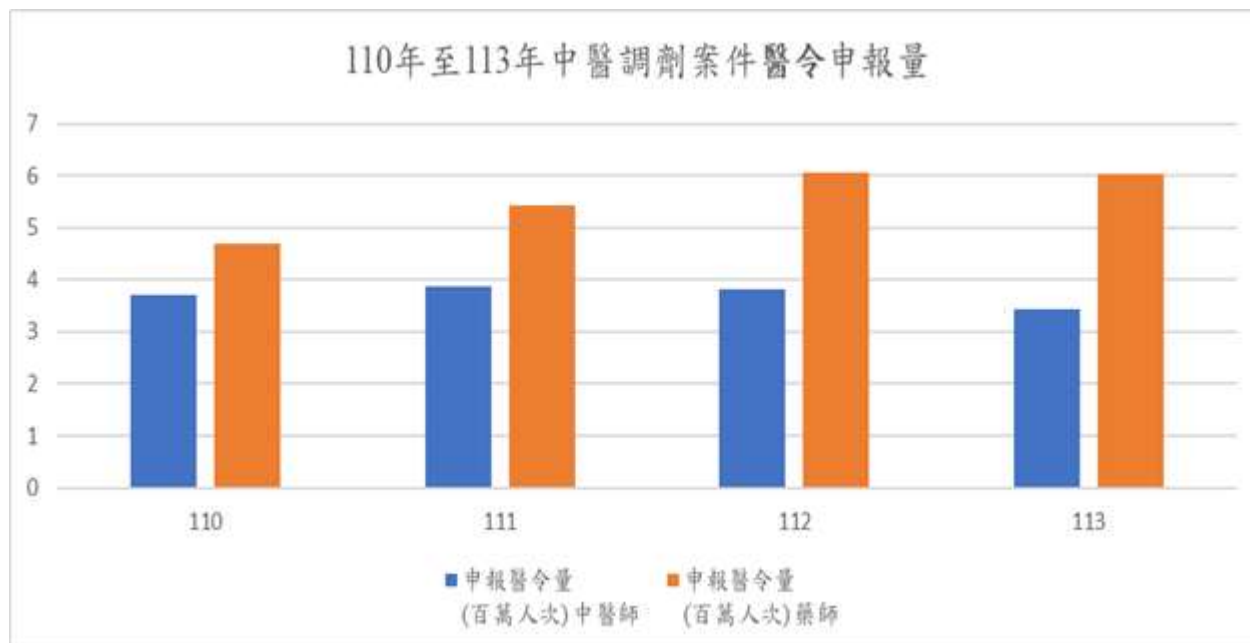
隨著中醫師執業人數增加，可以預見未來與之合作的藥師也會越來越多，將一同成為守護國人健康及中藥用藥安全的後盾。凸顯醫藥合作，為中醫藥發展之趨勢相關總額納入藥界代表協助相關事項，應為國家、人民之福。

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。

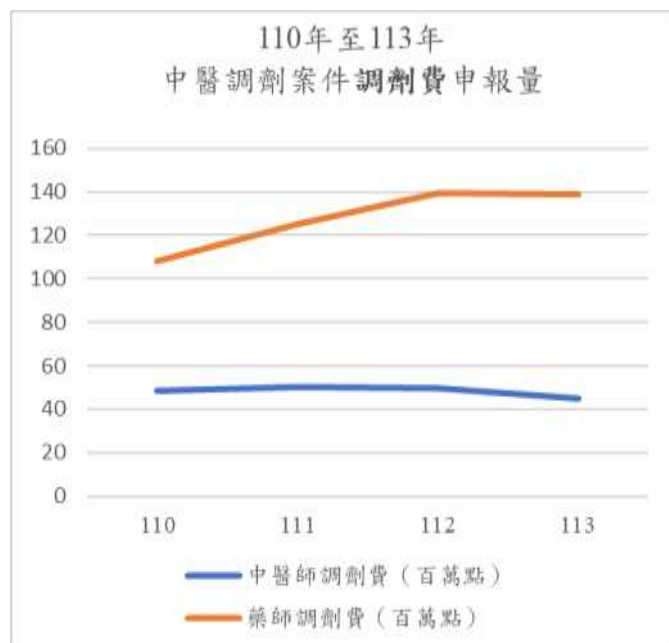
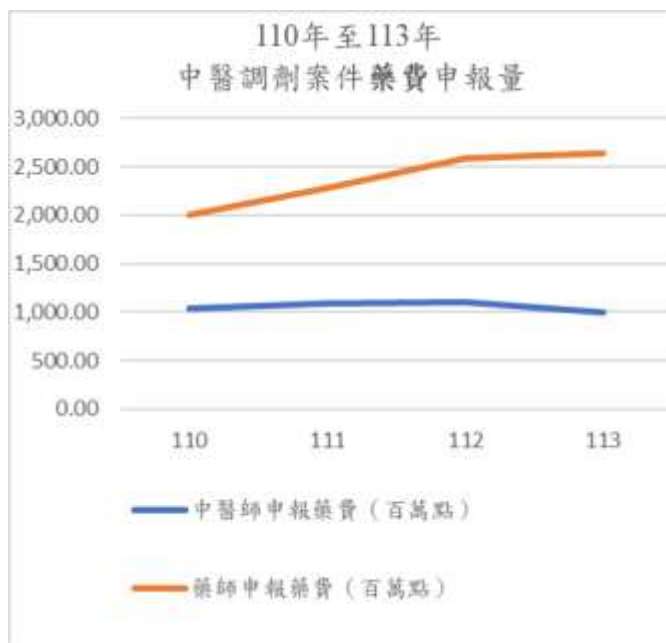
另外，醫藥分業為我國重要藥政方向，《全民健康保險法》第61條第3項，也有醫藥分帳制度的規定，因此在法規上也沒有窒礙難行之處，目前在醫院、西醫基層及牙醫總額，藥界都持續與不同醫事職類人員共同努力，促進國人健康福祉，希望各位代表能夠認同讓藥界在中醫總額中有至少一名代表，讓藥界為國人健康盡一份力，共創健康臺灣的政策目標。

表 1，110 年至 113 年中醫調劑案件醫令申報量



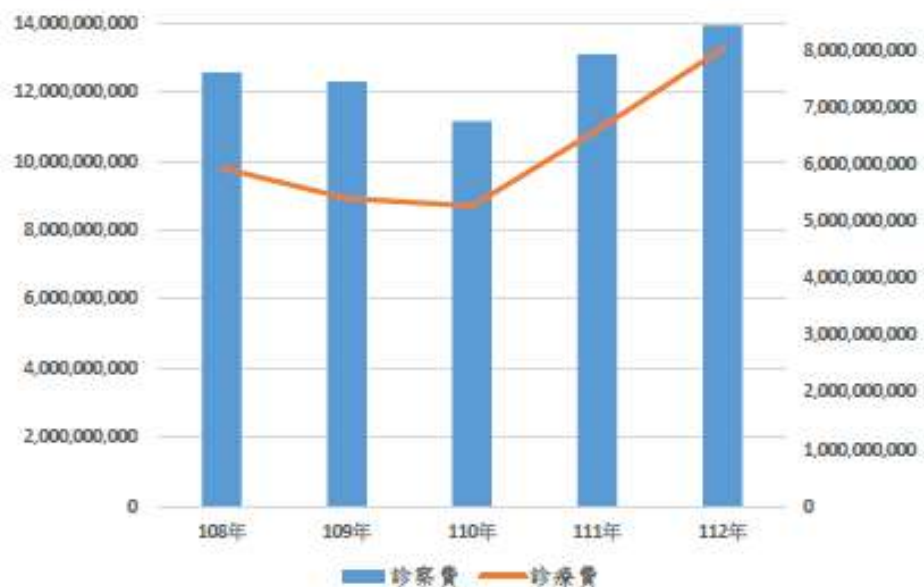
年份	申報醫令量 (百萬人次)	
	中醫師	藥師
110	3.71	4.7
111	3.88	5.44
112	3.82	6.07
113	3.44	6.04

表 2，110 年至 113 年中醫調劑案件藥費及調劑費申報量



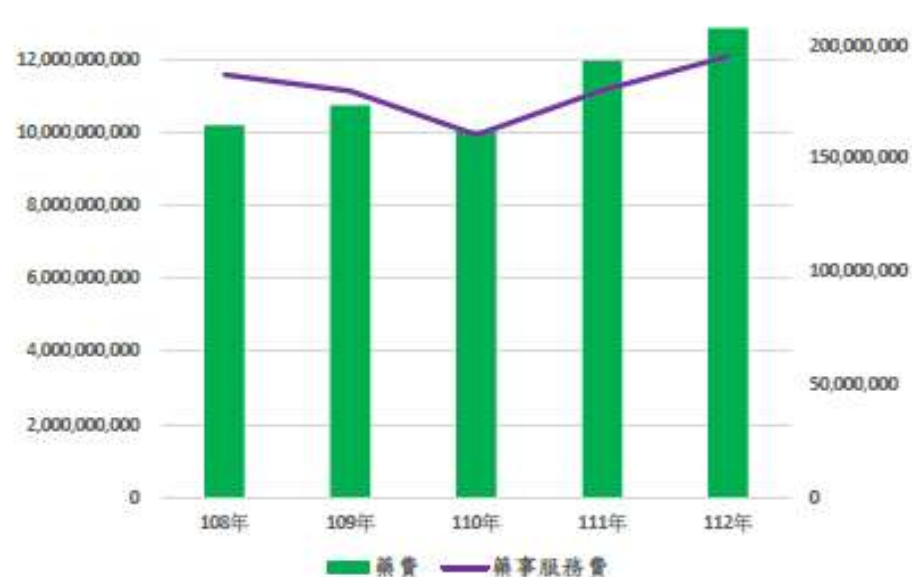
年份	申請藥費 (百萬點)		調劑費 (百萬點)	
	中醫師	藥師	中醫師	藥師
110	1,034.52	2,000.18	48.2	108.13
111	1,091.47	2,278.17	50.37	125.08
112	1,104.01	2,588.54	49.7	139.53
113	995.2	2,643.35	44.66	139.02

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	臺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	高雄市立鳳山醫院(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	林佩菡代
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

吳少庠

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

柒、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

捌、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、蕭力禔委員，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。我請我們蕭力禔委員，在這邊可以跟長官跟委員們做一個簡單的報告。

蕭力禔委員(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。

討論事項第三案 **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3-3)暨同年7月8日以健保醫字第1140663300號書函(附件2，頁次討3-4~討3-5)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3-6)。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3-7)，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3-3頁)暨健保醫字第1140663300號書函(同附件2，討3-4至討3-5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：陳幸萱
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(其中醫令代碼 <u>D01-D04</u> 、 <u>E01-E02</u> 、 <u>F01-F02</u> 、 <u>F18-F19</u> 時分欄位可補0)。
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(其中醫令代碼 <u>D01-D04</u> 、 <u>E01-E02</u> 、 <u>F01-F02</u> 、 <u>F18-F19</u> 時分欄位可補0)。

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：「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(草案)」之管理條件統計，符合案件極少(小於5件)，建議貴會再依支付標準規定評估所提之草案如何確保醫療服務合理性及品質。
- 二、另貴會可依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。

討論事項第五案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：有關「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文修訂乙案，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 59 次會議決議辦理。

二、115 年建議修正條文如下：

條文	修正條文	原條文
三、	施行期間：115年1月1日至115年12月31日。	施行期間：114年1月1日至114年12月31日。
五、適用範圍	<p>(二)呼吸困難(ICD-10-CM：J12-J18、J43-J45、J69、J70、J80、J81、J84、J90、J91、J93、J94、J96、J98、J99、P23、P24、P28、R06)之住院病人，當次住院需中醫輔助醫療協助者。</p> <p><u>1. 不適用於入住一般病房及慢性呼吸照護病房(RCW)之慢性呼吸照護階段者(因無法脫離呼吸器而需長期住院之呼吸器依賴者)。</u></p> <p><u>2. 連續使用呼吸器者，於入住ICU(最長照護日數 21 天)與RCC(最長照護日數 42 天)等急性病房期間，經醫療專業判斷具治療需求者(有助於脫離呼吸器或縮短住院天數等)，得予收案。</u></p>	<p>(二)呼吸困難 (ICD-10-CM：J12-J18、J43-J45、J69、J70、J80、J81、J84、J90、J91、J93、J94、J96、J98、J99、P23、P24、P28、R06)之住院病人，當次住院需中醫輔助醫療協助者。</p>

健保署意見：

一、查本署 112 年 3 月 30 日健保醫字第 1120052772 號函(附件 1，頁次討 5-3 至 5-4)暨 113 年 1 月 2 日健保醫字第 1120665545 號書函(附件 2，頁次討 5-5 至 5-6)，考量呼吸器依賴病人係因

無法脫離呼吸器而需長期住院，與計畫規範之呼吸困難當次需急性住院之適用範圍不符，爰本計畫不適用於入住一般病房(含經濟病房)及慢性呼吸照護病房(下稱 RCW)之慢性呼吸照護階段病人申報。

二、另查本署 113 年 4 月 22 日健保醫字第 1130661756 號書函(附件 3,頁次討 5-7 至 5-8),連續使用呼吸器之病人於入住 ICU(照護日數最長為 21 天)、RCC(照護日數最長為 42 天)等急性病房，經中醫師醫療專業判斷可藉由中醫輔助醫療介入，使病人神經學功能進步或呼吸功能恢復，並有助於脫離呼吸器及縮短住院天數等目的者，符合本計畫收案適用範圍。

三、綜上，本署前已就使用呼吸器病人得否收案於本計畫函釋，本次修訂為增列函釋說明文字以臻明確，爰不影響計畫執行內容。

擬辦：修訂後計畫如附件 4(頁次討 5-9)，擬依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告，並報衛生福利部核定後，本署公告實施。

決議：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：
聯絡電話：02-27065866 分機：
傳真：02-27069043
電子郵件：

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年3月30日
發文字號：健保醫字第1120052772號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關貴組函詢「長期使用呼吸器病人」住院期間申報「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫（下稱西醫住院中醫輔助計畫）」之合宜性案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、依全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫辦理兼復貴組112年1月7日健保高費三字第1128600295號書函。
- 二、查旨揭計畫適用範圍，係規範因呼吸困難「當次住院」需中醫輔助醫療協助者，且針對腦血管疾病等，亦限診斷日起六個月內住院病人，爰計畫係期協助急性期病人達到神經學功能進步或呼吸功能恢復之效，惟RCW呼吸器依賴病人係因無法脫離呼吸器而需長期住院，與計畫規範之呼吸困難當次需急性住院之適用範圍不符，且違背計畫為改善病人生活功能與品質之目的，爰旨揭計畫不適用長期使用呼吸器病人。

三、請貴組協助輔導轄區中醫院所依前述規範申報。

正本：本署高屏業務組

副本：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、本署東區業務組、中華民國中醫師公會全國聯合會

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：
聯絡電話：02-27065866 分機：
傳真：02-27069043
電子郵件：

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年1月2日
發文字號：健保醫字第1120665545號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關長期呼吸器依賴病人於慢性呼吸照護階段入住一般病房，得否申報「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(下稱西醫住院中醫輔助計畫)」案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫(下稱呼吸器依賴患者整合性計畫)辦理兼復貴組112年12月26日DY11201527號請辦單。
- 二、查旨揭計畫前以112年3月30日健保醫字第1120052772號函規定，該計畫不適用入住慢性呼吸呼照護病房(RCW)之長期呼吸器依賴病人申報。
- 三、另依據呼吸器依賴患者整合性計畫肆.四.(二)規定，前開病人於慢性呼吸照護階段入住一般病房(含經濟病房)，係申報慢性呼吸照護病房之醫令項目(P1011C、P1012C)。

四、綜上，考量長期呼吸器依賴病人於慢性呼吸照護階段除入住 RCW 外，亦可於一般病房接受照護，爰西醫住院中醫輔助計畫不適用於前述為慢性呼吸照護階段之病人申報。

正本：本署中區業務組

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

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：
聯絡電話：02-27065866 分機：
傳真：02-27069043
電子郵件

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年4月22日
發文字號：健保醫字第1130661756號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關入住加護病房(ICU)及亞急性呼吸照護病房(RCC)之呼吸器依賴病人，得否申報「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫(下稱西醫住院中醫輔助計畫)」案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴組113年4月11日健保北費三字第1138206520號書函。
- 二、查西醫住院中醫輔助計畫，相關規範如下：
 - (一)適用範圍為「呼吸困難之病人，當次住院須中醫輔助醫療協助者」且其目的為「協助急性期病人達到神經學功能進步或呼吸功能恢復之效」。
 - (二)另查本署前於112年3月30日健保醫字第1120052772號函及113年1月2日健保醫字第1120665545號函釋，考量呼吸器依賴病人係因無法脫離呼吸器而需長期住院，與計畫規範之呼吸困難當次需急性住院之適用範圍不符，爰本計畫不

適用於入住一般病房(含經濟病房)及慢性呼吸照護病房
(下稱RCW)之慢性呼吸照護階段病人申報。

三、次查「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，依病人連續使用呼吸器天數區分如下：

(一)ICU(急性呼吸衰竭期)：21天內。

(二)RCC(呼吸器長期病人，積極嘗試脫離呼吸器病人)：22
至63天。

(三)RCW(呼吸器依賴病人，經判斷不易脫離呼吸器者)：第
64天起。

四、承上，連續使用呼吸器之病人於入住ICU(照護日數最長為21
天)、RCC(照護日數最長為42天)等急性病房，經中醫師醫療
專業判斷可藉由中醫輔助醫療介入，使病人神經學功能進步
或呼吸功能恢復，並有助於脫離呼吸器及縮短住院天數等目
的者，符合西醫住院中醫輔助計畫收案適用範圍。

正本：本署臺北業務組

副本：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、中華民國中醫師公會全國聯合會

全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難及術後疼痛病人，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病人神經學功能進步、呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。

三、施行期間：1145年1月1日至1145年12月31日。

四、預算來源：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款項目下支應。

五、適用範圍：

(一)符合下列任一項適應症，自診斷日起六個月內之住院病人，需中醫輔助醫療協助者：

- 1.腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I69、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829)。
- 2.顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9、S06.A0XA、S06.A0XD、S06.A0XS、S06.A1XA、S06.A1XD、S06.A1XS)。
- 3.脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)。

(二)呼吸困難(ICD-10-CM：J12-J18、J43-J45、J69、J70、J80、J81、J84、J90、J91、J93、J94、J96、J98、J99、P23、P24、P28、R06)之住院病人，當次住院需中醫輔助醫療協助者。

1. 不適用於入住一般病房(含經濟病房)及慢性呼吸照護病房(RCW)之慢性呼吸照護階段者(因無法脫離呼吸器而需長期住院之呼吸器依賴者)。
2. 連續使用呼吸器者，於入住 ICU(最長照護日數21天)與 RCC(最長照護日數42天)等急性病房期間，經醫療專業判斷具治療需求者(有助於脫離呼吸器或縮短住院天數等)，得予收案。

(三)術後疼痛(ICD-10-CM：F45、G89、M22-M26、M36、M76-M77、M79-M81、N23、R10、R14、R39、R51-R52、R68、S38-S39、S80、S82-S83、S86-S89)，當次住院開刀後需中醫輔助醫療協助者。

(以下略)

討論事項第六案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：有關「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」條文修訂乙案，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 59 次會議決議辦理。
- 二、115 年建議修正條文如下：

條文	修正條文	原條文
三、	施行期間：115年1月1日至115年12月31日。	施行期間：114年1月1日至114年12月31日。
五、適用範圍： (三)	<p><u>11.西醫確診為卵巢癌 ICD-10-CM: 主診斷碼：C56。</u></p> <p><u>12.西醫確診為鼻咽癌 ICD-10-CM: 主診斷碼：C11。</u></p> <p><u>13.西醫確診為膀胱癌 ICD-10-CM 主診斷碼：C67。</u></p> <p><u>14.符合上述第1點至第13點之診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)或其它抗癌治療期間之患者。</u></p>	<p><u>11.符合上述第1點至第10點之診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)或其它抗癌治療期間之患者。</u></p>
十二、醫療費用申報與審查 (一)醫療費用申報	<p>(2)特定治療項目(一)：請填報「J7(癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫)」、「JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)」、「JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)」、「JH(癌症病人中醫門診延長照護計畫)」、「JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)」、「JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)」、「JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)」、「JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)」及、「JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)」、「MA(子宮頸癌中醫門診加強照護計畫)」、「MB(子宮體癌中醫門診加強照護計畫)」、「MC(甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫)」、「<u>OO(卵巢癌中醫門診加強照護計畫)</u>」、「<u>OO(鼻咽癌中醫門診加強照護計畫)</u>」及「<u>OO(膀胱癌中醫門診加強照護計畫)</u>」。</p>	<p>(2)特定治療項目(一)：請填報「J7(癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫)」、「JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)」、「JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)」、「JH(癌症病人中醫門診延長照護計畫)」、「JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)」、「JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)」、「JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)」、「JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)」及、「JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)」、「MA(子宮頸癌中醫門診加強照護計畫)」、「MB(子宮體癌中醫門診加強照護計畫)」、「MC(甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫)」及「MC(甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫)」。</p>

健保署意見：

- 一、中全會配合 115 年中醫門診總額協商結果，計畫適用範圍新增「卵巢癌」、「鼻咽癌」、「膀胱癌」。
- 二、預算來源：依 115 年中醫門診總額協商結果，本計畫增加 80.2 百萬元，預算為 432.5 百萬元。
- 三、財務影響評估：

(一)原方案預算：

1. 西醫住院中醫輔助醫療計畫、中醫門診延長照護計畫：
 - (1) 113年計65,701件、1.152億點，113年1月至4月約0.349億點，占全年申報點數30.3%。
 - (2) 114年1月至4月約0.395億點，以前一年同期占率為30.3%推估，全年約1.303億點【0.395億點/30.3%】。
2. 特定癌症病人中醫門診加強照護計畫-乳癌、肝癌、肺癌、大腸癌：
 - (1) 113年計142,761件、1.938億點，113年1月至4月0.572億點，占全年申報點數29.5%。
 - (2) 114年1月至4月約0.742億點，以前一年同期占率為29.5%推估，全年約2.514億點【0.742億點/29.5%】。
3. 特定癌症病人中醫門診加強照護計畫-113年新增胃癌、攝護腺癌、口腔癌：
 - (1) 113年計14,465件、0.188億點，113年1月至4月約0.053億點，占全年申報點數28.3%。
 - (2) 114年1月至4月約0.078億點，以前一年同期占率為28.3%推估，全年約0.277億點【0.078億點/28.3%】。
4. 特定癌症病人中醫門診加強照護計畫-114年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌：以114年1-4月申報0.015億點推估114年全年為0.046億點【(0.015億點/4)*12個月】。

5. 綜上，原方案推估所需費用為4.140億點。

(二)特定癌症病人中醫門診加強照護計畫-新增三癌(卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)所需預算：

1. 卵巢癌(C56)：112年中醫符合適應症計1,724人、113年計1,872人，成長率8.6%，推估115年2,207人【 $1,872 \text{人} \times (1+8.6\%)^2$ 】，以113年門診加強各癌別平均收案率23%以及平均每人醫療費用15,373點，推估114年約增加0.078億點【 $2,207 \text{人} \times 23\% \times 15,373 \text{點}$ 】。
2. 鼻咽癌(C11)：112年中醫符合適應症計1,589人、113年計1,616人，成長率1.7%，推估115年1,671人【 $1,616 \text{人} \times (1+1.7\%)^2$ 】，以113年門診加強各癌別平均收案率23%以及平均每人醫療費用15,373點，推估114年約增加0.059億點【 $1,671 \text{人} \times 23\% \times 15,373 \text{點}$ 】。
3. 膀胱癌(C67)：112年中醫符合適應症計1,030人、113年計1,131人，成長率9.8%【 $(1,131 \text{人}/1,030 \text{人}-1)$ 】，推估115年1,364人【 $1,131 \text{人} \times (1+9.8\%)^2$ 】，以113年門診加強各癌別平均收案率23%以及平均每人醫療費用15,373點，推估114年約增加0.048億點【 $1,364 \text{人} \times 23\% \times 15,373 \text{點}$ 】。

4. 前開三癌115年預估合計新增0.185億點。

(三)綜上，推估本計畫115年約需4.325億元【4.140億點+0.185億點】。

擬辦：修訂後方案如附件（頁次討 6-4 至 6-6），擬將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決議：

全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤病人經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓病人能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期病人所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升病人的生活品質。

三、施行期間：1145年1月1日至1145年12月31日。

四、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫癌症病人加強照護整合方案」專款項目下支應。

五、適用範圍：

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

(二)癌症病人中醫門診延長照護計畫：

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

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

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

(三)特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：

1.西醫確診為乳癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C50、C79.81。

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

2.西醫確診為肝癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C22、C23、C24。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.3、C79.5、C79.7、Z94.4)+(次

診斷碼C22、C23、C24、Z85.05)。

3.西醫確診為肺癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C33、C34。

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

4.西醫確診為大腸癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C18、C19、C20、C21。

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

5.西醫確診為胃癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C16、C49.A1、C49.A2。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼C16、C49.A1、C49.A2、Z85.028)。

6.西醫確診為攝護腺癌ICD-10-CM：主診斷碼：C61。

7.西醫確診為口腔癌ICD-10-CM：主診斷碼：C01-C10。

8.西醫確診為子宮頸癌ICD-10-CM：主診斷碼：C53。

9.西醫確診為子宮體癌ICD-10-CM：主診斷碼：C54。

10.西醫確診為甲狀腺癌ICD-10-CM：主診斷碼：C73。

11.西醫確診為卵巢癌ICD-10-CM：主診斷碼：C56。

12.西醫確診為鼻咽癌ICD-10-CM：主診斷碼：C11。

13.西醫確診為膀胱癌ICD-10-CM：主診斷碼：C67。

14.符合上述第1點至第103點之診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)或其它抗癌治療期間之病人。

註1：癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症病人中醫門診延長照護計畫及特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：同一病人不得於三項計畫併行收案。

註2：癌症病人中醫門診延長照護計畫：同一病人，每月限收案兩次(含跨院)。

(以下略)

十二、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「~~J7(癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫)~~」、「~~JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~JH(癌症病人中醫門診延長照護計畫)~~」、「~~JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~MA(子宮頸癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~MB(子宮體癌中醫門診加強照護計畫)~~」及「~~MC(甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫)~~」。

代號	計畫名稱
<u>J7</u>	<u>癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫</u>
<u>JE</u>	<u>乳癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>JF</u>	<u>肝癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>JH</u>	<u>癌症病人中醫門診延長照護計畫</u>
<u>JI</u>	<u>肺癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>JJ</u>	<u>大腸癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>JY</u>	<u>口腔癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MA</u>	<u>宮頸癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MB</u>	<u>子宮體癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MC</u>	<u>甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MD</u>	<u>卵巢癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>ME</u>	<u>鼻咽癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MF</u>	<u>膀胱癌中醫門診加強照護計畫</u>

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，

除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

(以下略)

討論事項第七案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：有關「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 59 次會議決議辦理。
- 二、修正第三條施行期間年度為：115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日。

健保署意見：

- 一、本案主要係就延續型專款計畫修訂執行年度，不影響計畫內容。
- 二、查115年「中醫門診醫療給付協定事項表之核定事項」(暫定，待部公告)：請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估。
- 三、依據115年中醫門診總額協商結果，本計畫以專款支應(預算82百萬元)，為全國共用款項。

(一)統計各分區計畫執行情形如下：

表 1：113 年各分區中醫孕產照護計畫執行情形

分區	執行院所數	服務人數	服務人次
臺北	29	898	6,825
北區	19	638	4,560
中區	59	2,460	22,705
南區	20	1,399	17,825
高屏	29	1,044	12,589
東區	7	179	1,263

表 2：114 年 1-6 月各分區中醫孕產照護計畫執行情形

分區	執行院所數	服務人數	服務人次
臺北	34	573	3,548
北區	27	537	2,728
中區	65	1,826	13,320
南區	17	888	7,854
高屏	26	701	6,332
東區	6	91	428

(二)另統計113年本計畫執行成效，保胎成功率77.1%、助孕成功率17.8%。

四、俟115年「中醫門診醫療給付協定事項」核定後，建請中全會持續協助加強推動本計畫。

擬辦：修訂計畫文字如附件（頁次討 7-3），考量無涉計畫支付標準修訂，擬依程序由本署逕行修正公告。

決議：

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

鼓勵生育為國家當前重要政策，針對特定病理因素所致之原發性或繼發性不孕、有先兆流產傾向及有流產病歷者，由中醫給予適當照護，以提升受孕率及保胎率。

三、施行期間：1145年1月1日至1145年12月31日。

四、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫提升孕產照護品質計畫」專款項目下支應。

五、適用範圍：

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

(二)保胎：先兆流產、非自然受孕、經助孕受孕及易流產之女性(病歷應記載詳實)，受孕後0-20週之保胎照護(應註明孕期週數)。

六、結案條件：符合結案條件之病人當年度該院所不能再收案。

(一)助孕：

1.女性病人，自初次收案日起算六個月，基礎體溫未見高低溫雙相曲線、或雖有雙相曲線但高溫期短於10天者。(病歷應登載基礎體溫均溫、高溫期天數)。

2.男性病人，自初次收案日起算六個月，精液檢查報告異常項目無進步者。(病歷應登載各次檢驗報告，未登載驗報告即應結案)

(二)保胎：妊娠滿20週即應結案。

(以下略)

討論事項第八案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：有關「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 59 次會議決議辦理。
- 二、修正第三條施行期間年度為：115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日。

健保署意見：

- 一、本案主要係就延續型專款計畫修訂執行年度，不影響計畫內容。
- 二、查 115 年「中醫門診醫療給付協定事項表之核定事項」(暫定，待部公告)：
 - (一)會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及落實成效評估(如急診停留天數)。
 - (二)積極檢討計畫執行情形、執行成效及加強推動區域平衡，並進行客觀成效評估，若計畫效益不佳，建議規劃退場機制。
- 三、依據 115 年中醫門診總額協商結果，本計畫以專款支應(預算 20.8 百萬元)，為全國共用款項。
 - (一)統計各分區計畫執行情形如下：

表 1：113 年各分區中醫急症計畫執行情形

分區	執行院所數	服務人數	服務人次
臺北	4	38	70
北區	1	22	24
中區	3	355	365
東區	1	1,715	1,930

表 2：114 年 1-6 月各分區中醫急症計畫執行情形

分區	執行院所數	服務人數	服務人次
臺北	4	81	111
北區	1	13	13
中區	3	106	108
南區	1	3	4
東區	2	1,833	2,013

四、俟115年「中醫門診醫療給付協定事項」核定後，建請中全會持續協助推動本計畫。

擬辦：修訂計畫文字如附件（頁次討 8-3），考量無涉計畫支付標準修訂，擬依程序由本署逕行修正公告。

決議：

全民健康保險中醫急症處置計畫

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

針對急診常見病症，藉由中醫介入處置，減輕急診壅塞，減少病人反覆進出急診或滯留於急診觀察區。

三、施行期間：1145年1月1日至1145年12月31日。

四、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫急症處置」專款項目下支應。

五、執行目標：以參與院所數7家及服務人數4,000人為目標。

(以下略)

討論事項第九案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：有關「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」條文修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 59 次會議決議辦理。
- 二、115 年建議修正條文如下：

條文	修正條文	原條文
三、	施行期間：115年1月1日至115年12月31日。	施行期間：114年1月1日至114年12月31日。
註 1:	含藥費之加強照護費 (P64001-P64008)與不含藥費之加強照護費 (P64009)，需 \geq 28 天始得相互轉換， <u>但療程結束後另開療程時不在此限</u> 。	含藥費之加強照護費 (P64001-P64008)與不含藥費之加強照護費 (P64009)，需 \geq 28 天始得相互轉換。

健保署意見：

- 一、查本計畫考量含藥費之加強照護費(P64001-P64008)之給藥日數規定，爰規定含藥費及不含藥費之加強照護費費用需 \geq 28天始得相互轉換。
- 二、另查含藥費之加強照護費，其給藥日數可分為7天以下、8-14天、15-21天及22-28天，爰如增列「療程結束後另開療程時不在此限」之規範，應同時考量給藥日數，建議修訂文字為「療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限」。
- 三、財務影響評估：
 本案修訂係屬執行面作業調整，推估無財務衝擊，且本案之修訂可使醫師依據病人情形提供合適之照護模式，惟尚無法評估開放後之就醫型態改變情形。
- 四、綜上，如同意修訂，本署將持續觀察本計畫含藥費及不含藥費之加強照護費費用申報之變化。

擬辦：

- 一、修訂後計畫如附件(頁次討9-3至9-5)，擬依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告，並

報衛生福利部核定後，本署公告實施。

二、俟本計畫公告實施後，本計畫含藥費及不含藥費之加強照護費費用申報之變化。

決議：

**全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫
支付標準表**

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

編號	診療項目	支付點數
P64006	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數8-14天、針灸處置） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1, 650
P64007	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數15-21天、針灸處置） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	2, 000
P64008	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數22-28天、針灸處置） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	2, 350
P64009	中醫慢性腎臟病加強照護費（未給口服藥、針灸處置同療程第1次） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	800
P64010	中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第2~6次) 註： 同一療程「中醫慢性腎臟病加強照護費(針灸處置)」及「中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第2~6次)」合計每週限申報3次。	300
P64011	疾病管理照護費 註： 1. 中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。 2. 須檢附相關檢查數據： (1)CKD stage 2者：每6個月須重新檢附於病歷。 (2)CKD stage 3~5者：每3個月須重新檢附於病歷。 3. 限56天(含)以上申報一次。	500

編號	診療項目	支付點數
P64012	<p>中醫慢性腎臟病治療功能性評估：</p> <p>1.CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表 (附表一)</p> <p>2.生活品質量表(EQ-5D) (附表二)</p> <p>3.需於病歷及 VPN 登錄下列項目：</p> <p>(1)CKD stage 2者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、UPCR (或糖尿病病人的 UACR)、糖尿病病人必填糖化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。</p> <p>(2)CKD stage3~5者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、糖尿病病人必填糖化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。</p> <p>註1：每一個案限每6個月申報一次費用(每次須同時完成各項所列之量表)</p> <p>註2：需有病人新收案或前一次功能性評估之量表及檢驗檢查，且已於 VPN 登錄者，始得申報本項。</p> <p>註3：申報2次加強照護費及1次疾病管理照護費後，始得申報本項。</p>	700
<p>註1：含藥費之加強照護費(P64001-P64008)與不含藥費之加強照護費(P64009)，需\geq28天始得相互轉換，<u>但療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限</u>。</p> <p>註2：P64001、P64002、P64003、P64004、P64005、P64006、P64007、P64008、P64009每次診療限擇一申報。</p> <p>註3：同一療程 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009限擇一申報。</p>		

討論事項第十案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫
條文修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第59次會議決議辦理。
- 二、全民健康保險會於115年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質為432.8百萬及強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜度傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69)為50.7百萬。
- 三、另有委員提案，為鼓勵中醫健保特約院所聘請護理人員，建請修正支付標準第一章註4文字，對照表如下：

	修正條文	原條文
第一章 註4	支援醫師診察費 一律按未聘有護理人員在場服務者之 診察費支付標準代碼計算。	支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。

擬辦：

- 一、建議增加給付代碼：提升診察護理照護品質費13點(代碼 AXX)及提升針灸、傷科護理照護品質費13點(代碼 BXX)，申請資格需符合「115年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」。
- 二、增加腦中風後遺症-診斷碼 I69於附表4.4.3高度複雜性針灸適應症及附表4.5.1中度複雜性傷科適應症中。
- 三、草擬115年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案，方案重點為：
 - (一)院所申請條件：需聘護理人員調升半數(含)以上護理人員，當月投保金額須較114年12月薪資調升幅度達本保險次一投保等級，新進人員視為符合人員，且護理人員在場方能提出申報。
 - (二)年度執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪

資比率之診所家數達50%。

(三)評估指標：聘有護理師/護士之中醫健保特約院所較前一年增加1%

健保署意見：

一、中全會配合115年中醫門診總額協商結果，修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫(下稱中醫支付標準)：

(一)新增支付標準項目：「提升診察護理照護品質費」(支付點數13點)、「提升針灸、傷科護理照護品質費」(支付點數13點)。

(二)附表4.4.3高度複雜性針灸適應症及附表4.5.1中度複雜性傷科適應症，增列適應症「腦中風後遺症(I69)」。

二、提升中醫護理照護品質

(一)預算來源：依115年中醫門診總額協商結果，一般服務新增「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康-友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」項目，預算為375.1百萬元。

(二)查115年「中醫門診醫療給付協定事項表之核定事項」(暫定，待部公告)：請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會研訂具體實施方案(包含執行方式、請領資格、調薪認定標準及稽核機制等)，並於115年3月前提出專案報告。中全會前於114年10月22日以(114)全聯醫總兆字第2382號函檢送「全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案(草案)」(附件1，頁次討10-6至10-8)；另中華民國護理師護士公會全國聯合會於同年11月3日以全聯護會琴字第1140200076號函提供意見(附件2，頁次討10-9至10-10)。

(三)本案建議比照西醫基層「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」訂定獎勵方案，按季依照中醫院所實際調薪情形撥付獎勵金。

(四)本署綜整中全會及護理全聯會意見擬具「115年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」(附件3，頁次討10-11~10-13)，本方案訂有執行目標、評估指標及

稽核機制摘述如下：

1. 執行目標：聘有護理人員之中醫院所，調升護理人員薪資比率之中醫院所家數達50%。
2. 評估指標：聘有護理師/護士之健保特約中醫院所增加1%。
3. 稽核機制：每月勾稽每家中醫院所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於第四投保等級。

(五)財務試算：以114年6月較113年12月調升半數以上護理人員之健保特約中醫院所試算，調升半數以上護理人員薪資之健保特約中醫院所共924家。

1. 門診診察費：

符合獎勵條件且於114年6月申報看診時聘有護理人員跟診之門診診察費共 850 家院所，申報醫令量為67.9萬件，以每件加計13點計算，推估需要8.83百萬【67.9萬件*13點】。

2. 針傷處置費：

(1) 因現行針傷處置醫令未區分是否聘有護理人員在場，故假設院所聘有護理人員，均會以此醫令申報試算。

(2) 符合獎勵條件且於114年6月申報針灸處置費、傷科處置費、針灸合併傷科處置費共875家院所，申報醫令量為81.6萬件，以每件加計13點計算，推估需要10.6百萬【81.6萬件*13點】。

3. 綜上，以計畫獎勵條件，114年6月需19.4百萬元，推估1年所需預算約233.4百萬元，預算尚足以支應。

(六)關於「支援醫師診察費」相關規範修正案：

1. 查現行看診時聘有及未聘有護理人員在場服務之診察費價差介於10至15點之間，惟因申報資料無法區分支援醫師看診當下是否有護理人員在場，爰無法推估財務衝擊。
2. 考量支援醫師診察費應與專任醫師診察費區別，另本次增編之預算係為鼓勵中醫健保特約院所聘請護理

人員或調升薪資，已規劃前開方案就「提升護理照護品質」每案件加計13點，爰暫不建議修訂。

三、中醫支付標準附表4.4.3及附表4.5.1增列適應症「腦中風後遺症(I69)」

(一)預算來源：依115年中醫門診總額協商結果，一般服務新增「保險給付項目及支付標準之改變-強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69)」項目，預算為50.7百萬元。

(二)財務影響評估：

1. 增加高度複雜性針灸適應症(附表4.4.3)：

(1) 113年1月至4月主次診斷為 I69且接受「一般針灸或電針治療」約5.1萬件，占全年28.4%；114年1月至4月約5.9萬件，以前一年同期占率28.4%推估，全年約20.7萬件【5.9萬件/28.4%】。以114年推估件數及成長率16%【20.7萬件/17.8萬件-1】，推估115年全年為24萬件【20.7萬件*(1+16%)】。

(2) 綜上，以主次診斷為 I69病人由「一般針灸或電針治療」轉換為「高度複雜性針灸」每件增加200點，推估需增加0.48億點【24萬件*200點】。

2. 增加中度複雜性傷科適應症(附表4.5.1)：

(1) 113年1月至4月主次診斷為 I69且接受「一般傷科治療」約333件，占全年47%；114年1月至4月約150件，以前一年同期占率為47%推估，全年約319件【150件/47%】。以114年推估件數及114年成長率-54.9%【319件/708件-1，負成長以零成長計算】，推估115年全年為319件【319件*(1+0%)】。

(2) 綜上，以主次診斷為 I69病人由「一般傷科治療」轉換為「中度複雜性傷科」每件增加200點，推估需增加6.38萬點【319件*200點】。

3. 增加內含高度複雜性針灸或中度複雜性傷科之針傷合併適應症：

(1) 113年1月至4月主次診斷為 I69且接受「一般針灸或電針治療或一般傷科治療之針傷合併治療」因

轉換服務之醫令點數差額為51.8萬點，占全年28.3%；114年1月至4月醫令點數差額為62.5萬點，以前一年同期占率28.3%推估，全年醫令點數差額為221萬點【62.5萬點/28.3%】。以114年推估差額及114年成長率20.9%【221萬點/183萬點-1】，推估115年全年為267萬點【221萬點*(1+20.9%)】。

(2) 綜上，以主次診斷為 I69病人由「一般針灸或電針治療或一般傷科治療之針傷合併治療」轉換為「內含高度複雜性針灸或中度複雜性傷科之針傷治療」推估需增加267萬點。

3.綜上，推估本項目約需 0.507 億元預算。

(三) 考量 I69後遺症持續時間可能長達數年，健保資源宜優先挹注於「黃金治療期」，爰研擬參考本保險審查注意事項「復健治療積極治療療程」表列，腦血管意外之輕癱，訂為「同一腦中風事件首次於中醫就醫日之6個月內」始可申報高或中度複雜性針傷處置。

擬辦：115年獎勵方案如附件3(頁次討10-11至10-13)，修正後中醫支付標準如附件4(頁次討10-14~10-16)，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

決議：

檔 號：

保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2

電話：(02)2959-4939

傳真：(02)2959-2499

E-mail：tw.tm@msa.hinet.net

承辦人：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 10 月 22 日

發文字號：(114)全聯醫總兆字第 2382 號


速 別：

附 件：附件二件。

主 旨：檢送本會草擬「全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」(草案)及「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」(草案)，請鑒察。

說 明：復大署民國 114 年 10 月 17 日健保醫字第 1140665112B 號函

暨本會 114 年 10 月 19 日召開中醫門診醫療服務審查執行會

第 59 次會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 詹永兆

總收文 114 年 10 月 23 日收到
健保醫字

中央健康保險署

署 1140057796

1

全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案(草案)

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：反映基層護理人員薪資，提升護理照護品質。

參、實施期間：115年1月1日至115年12月31日。

肆、預算來源：115年度全民健康保險中醫醫療給付費用總額一般服務「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」預算375.1百萬元。

伍、獎勵條件：聘有護理人員且有調升其薪資之中醫健保特約院所。

一、院所及護理人員資格：全民健康保險(以下稱本保險)中醫健保特約院所，不限公、私立醫療機構，且需至少一名護理人員當月執業登記於該診所；護理人員依護理人員法第2條所稱護理師及護士，且依當月所有執業登記之中醫健保特約院所為認定。

二、護理人員調薪幅度之認定標準：

(一) 薪資認定：依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。各診所調升護理人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。

(二) 須依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較114年12月薪資調升幅度達本保險次一投保等級，且符合下列標準予以獎勵：聘護理人員調升半數(含)以上護理人員薪資自生效日起算。

(三) 前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員。

陸、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵

(一) 獎勵方式：

符合獎勵條件之中醫健保特約院所，依該院所聘有護理人員在場門診診察費及針傷處置費申報加計獎勵13點，申報編號 AXX 及 BXX。

二、核發方式：

(一)符合申報之特約院所於每月需提送護理人員名單，加計點數併入一般部門申報。

(二)診所於方案公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，115年1月起至公告當月皆認定為符合本項獎勵條件。

柒、審查方式

一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給

付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、本方案每月撥付，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

捌、方案管理機制

保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

玖、年度執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達50%。

分子：調升護理人員薪資幅度達標準之診所家數。

分母：聘有護理人員之診所家數。

拾、評估指標

聘有護理師/護士之中醫健保特約院所增加1%。

拾壹、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國中醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

檔 號：
保存年限：

中華民國護理師護士公會全國聯合會 函

地址：103台北市大同區承德路一段70-1號
14樓
聯絡人：
電 話：02-25502283
傳 真：02-25502249
電子郵件：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國114年11月3日
發文字號：全聯護會琴字第1140200076號
送別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：檢送有關本會對115年「友善醫事人員環境-提升中醫護理
照護品質」分配方式之意見，請查照。

說明：

- 一、依中央健保署10月17日健保醫字第1140665112B函，請中醫師公會全聯會會同本會就「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」預算分配方式研議具體實施方案，本會內部已先行討論，提供意見供參。
- 二、本會建議如下：
 - (一)執行目標：聘有護理師/護士之中醫診所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資比率>50%。
 - (二)依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較114年12月薪資調升幅度達本保險次一投保等級，且符合下列標準予以獎勵：診所當月調升聘用護理人員達半數以上者，自生效日起算，惟投保金額不得低於第四投保等級(至少31800元)。

電子
文
時



(三)前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員，惟投保金額不得低於第四投保等級。無條件進位之意，如聘3人，半數是1.5人，無條件進位成2人均需調升薪資方為達標。

(四)聘有護理人員的診所增加1%。

三、以上意見，敬請參考。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會

副本：衛生福利部中央健康保險署



115年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案

壹、依據：全民健康保險會(下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：反映基層健保特約中醫院所護理人員薪資，提升護理照護品質。

參、實施期間：115年1月1日至115年12月31日。

肆、預算來源：115年度全民健康保險中醫醫療給付費用總額一般服務「友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」預算375.1百萬元。

伍、獎勵條件：聘有護理人員且有調升其薪資之健保特約中醫院所。

一、院所及護理人員資格：114年12月底前開業之全民健康保險(以下稱本保險)特約中醫院所(不含115年新開業診所及新開設中醫科醫院)，不限公、私立醫療機構，且需至少一名護理人員當月執業登記於該診所；護理人員依護理人員法第2條所稱護理師及護士，且依當月所有執業登記之中醫健保特約院所為認定。

二、護理人員調薪幅度之認定標準：

(一)薪資認定：

依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。各診所所調升護理人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。

(二)須依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較114年12月薪資調升幅度達本保險次一投保等級且不得低於第四投保等級(31,800元)，以及院所當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵~~且符合下列標準予以獎勵：聘護理人員調升半數(含)以上護理人員薪資自升效日起算。~~

(三)前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員，惟投保金額不得低於第四投保等級。

陸、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費及針傷處置費加計獎勵

(一) 獎勵方式：

- 1.符合獎勵條件之中醫健保特約院所，依該院所「看診時聘有護理人員在場服務者」之門診診察費及「針灸、傷科、針灸合併傷科」針傷治療處置費申報之案件，加計獎勵13點，~~申報編號 AXX 及 BXX~~。
- 2.看診時聘有護理人員在場服務者門診診察費醫令代碼範圍：
A82、A83、A41、A86、A87、A43、A01、A11、A45、A03、A13、A47、A05、A15、A49、A09、A19、A53。
- 3.針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費：針灸(D01-D08)、傷科(E01-E12)、針灸合併傷科(F01-F84)。

二、核發方式：

- (一) 本項獎勵費用由保險人每季依各院所每月申報門診診察費及針傷處置費案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點1元暫付。
 - (二) 符合申報之特約院所，應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「護理人員跟診時段」，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項每月需
提送護理人員名單，加計點數併入一般部門申報。
 - (三) 診院所於方案公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，115年1月起至公告當月皆認定為符合本項獎勵條件。
- 三、點值結算：115年預算(計375.1百萬元)按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。

柒、審查方式

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- 二、本方案每月季撥付，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

捌、方案管理機制

- 一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

玖、年度執行目標：聘有護理人員之中醫院所，調升護理人員薪資比率之中醫院所家數達50%。

分子：調升護理人員薪資幅度達標準之中醫院所家數(含新聘護理人員，且每家中醫院所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算)。

分母：聘有護理人員之診所家數。

拾、評估指標

- 一、聘有護理師/護士之健保特約中醫院所增加1%。
- 二、稽核機制：每月勾稽每家中醫院所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於第四投保等級。

拾壹、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國中醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

第四部 中 醫

附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中英文病名
A80	A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	D32	腦膜良性腫瘤
D33	D33	腦瘤併發神經功能障礙
D48	D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	F02、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	F03-F05	老年期及初老年期器質性精神病態限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號
F05	F05	亞急性譫妄
F20、F21、F25	F20、F21、F25	思覺失調症
F22、F23、F24	F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	F30-F39	情感性精神病
F84	F84	源自兒童期之精神病
F80	F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	G11、G94	脊髓小腦症
G12	G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	G20、G21	巴金森病
G35	G35	多發性硬化症
G36	G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	G40	癲癇
G45、G46、I67	G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	G70	重症肌無力症
G71	G71	肌肉特發性疾患
G80	G80	嬰兒腦性麻痺
G81	G81	偏癱
G82-G83+B91	G82-G83+B91	其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
G91	G91	水腦症
G93.0	G93.0	腦囊腫
G93.1	G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	G93.2	良性顱內高壓
G93.3	G93.31、G93.32、G93.39	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	G93.5	腦壓迫

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中英文病名
G93.6	G93.6	腦水腫
G93.7	G93.7	雷氏症候群
H30	H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	H31	其他脈絡膜疾患
H33	H33、H44.2C1、H44.2C2、 H44.2C3、H44.2C9	視網膜退化及裂孔
H34	H34	視網膜血管阻塞
H35	H35	視網膜其他疾患
H36	H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	H40	青光眼
H42	H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	H43	玻璃體疾患
H46	H46	眼球神經炎
H47	H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	H49	麻痺性斜視
H50	H50	其他斜視
H51	H51	其他雙側眼運動疾患
H53	H53	視覺障礙
H54	H54	失明及低視力
H55	H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	I65、I66、I63、P91.821、 P91.822、P91.823、P91.829	腦梗塞
I69	I69	腦血管疾病後遺症(同一腦中風事件首次 於中醫就醫日之 6 個月內)

(以下略)

附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中文病名
G45、G46	G45、G46	其他腦血管疾病
G54	G54	神經根及神經叢疾患
G61	G61	發炎性多發神經病變
G62	G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
G81	G81	偏癱
G90	G90	自主神經系統疾患
G91	G91	水腦症
G93.0	G93.0	腦囊腫
G93.1	G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	G93.2	良性顱內高壓
G93.3	G93.31、G93.32、G93.39	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	G93.5	腦壓迫
G93.6	G93.6	腦水腫
I60	I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	I65、I66、I63、 P91.821、P91.822、P91.823、 P91.829	腦梗塞
I67	I67	其他腦血管疾病
I69	I69	腦血管疾病後遺症(同一腦中風事件首次於中醫就醫日之6個月內)

(以下略)

討論事項第十一案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：有關「照護機構中醫醫療照護方案」條文修訂乙案，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 59 次會議決議辦理。

二、條文 115 年度修正如下：

項次	修正條文	原條文
五	施行期間 <u>115</u> 年1月1日至 <u>115</u> 年12月31日。	施行期間 <u>114</u> 年1月1日至 <u>114</u> 年12月31日。
六	執行目標 (一)本年度以至少 <u>200</u> 家照護機構為目標。 (二)以達成 <u>80,000</u> 服務人次，服務總天數 <u>6,000</u> 天為目標。	執行目標 (一)本年度以至少 100 家照護機構為目標。 (二)以達成 <u>30,000</u> 服務人次，服務總天數 <u>3,500</u> 天為目標。
九	醫療服務提供方式 (三) <u>若有異動或計畫性如因故</u> 休診， <u>須先</u> 應確實與照護機構協商後， <u>於7個工作天前以書面函檢附門診異動表(附件5)或休診單(附件6)向中醫全聯會及保險人分區業務組備查事先載明原因，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及該照護機構</u> ；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並得事後核准；行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。	醫療服務提供方式 (三) 若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於 7 個工作天前以書面函檢附門診異動表(附件 5)或休診單(附件 6)向中醫全聯會及保險人分區業務組備查並副知該照護機構；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並得事後核准；行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。

附件一
(合併原
附件一
及附件
四)

**全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案
申請書(含醫事人員名冊)**

申請日期： 年 月 日

醫事服務 機構名稱		醫事服務 機構代碼	
醫事服務 機構地址		醫事服務 機構電話 (聯絡人)	
照護機構 名稱		機構代碼	
照護機構 地址			
執行時段	每週 次，每星期 上午(下午) 時 分至 時 分，共 小時		
照護機構 電話			
參與照護方案醫事人力			
醫師		藥事人員	
位		位	
護理人員			
位		位	
醫事類別	醫事人員姓名	身分證統一編號	證書字號
醫師			
(藥師)			
(護理師/護士)			

註：1.參與本方案中醫師及相關醫事人員，應依各該醫事人員法相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援。

2.本表以照護機構為單位，申請地點為2者，則須填寫2份，若醫事人力眾多，可另行檢附名冊。

院所印章：

負責醫師簽章：

健保署意見：(詳附件，修正草案)

一、針對中醫全聯會建議修訂事項，本署建議及說明如下：

- (一) 同意修訂第六點施行目標及第八點申請所需檢附之申請表(附件1，頁次討11-10頁)與醫事人員名冊(附件4，頁次討11-13頁)予以整併。

(二) 第九點醫療服務提供方式第三項，同意刪除休診單。惟仍應於 7 個工作天前報備，俾分區業務組行政作業。

二、本署另建議第十一點醫療費用申報與審查增列第六項，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。

決議：

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(修正草案)

110年12月30日健保醫字第1100017739號公告

111年12月28日健保醫字第1110122970號公告修訂

112年12月19日健保醫字

第1120125466號公告修訂

114年1月23日健保醫字第1140101705號公告修訂

114年12月 0 日 0 號公告修訂

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

鼓勵中醫師至照護機構執行中醫醫療服務，提升因失能或就醫不便住民之醫療照護可近性，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，減少住民外出就診中醫人次。

三、預算來源

- (一) 本方案論次支付費用由全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「照護機構中醫醫療照護方案」專款項目下支應。
- (二) 本方案論量支付費用由中醫門診總額一般服務預算支應。

四、施行機構

- (一) 依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設立標準」、「長期照顧服務機構設立標準」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」等法規命令設置立案之護理之家、老人安養、養護機構、住宿式長照機構、身心障礙福利機構之住宿機構或榮譽國民之家。
- (二) 各縣市至少以服務一家照護機構為原則，並以護理之家為優先。
- (三) 每家照護機構僅能接受一家中醫門診特約醫事服務機構提供服務。

五、施行期間

115年1月1日至115年12月31日。

六、執行目標

- (一) 本年度以至少200家照護機構為目標。
- (二) 以達成80,000服務人次，服務總天數6,000天為目標。

七、申請資格

- (一) 保險醫事服務機構：須最近二年內未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。
- (二) 中醫師資格：須執業登記於該保險醫事服務機構之專任醫師。
- (三) 照護機構須備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀錄。
- (四) 保險醫事服務機構於照護機構須建置全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將住民健保卡攜回院所。

八、申請與審查程序及須檢附之文件

(一) 申請與審查程序

1. 符合申請資格者，自本方案公告日起15個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)。
2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。
3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。
4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結果函送所轄保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會及其中醫門診醫療服務審查執行會各區分會(以下稱中執會)。
5. 保險人核定發文日為執行起日；申請延續執行者，以本年1月1日為執行起日。

(二) 須檢附之文件

1. 保險醫事服務機構申請時須檢附本方案申請表(附件1)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書(附件2)、全民健康保險特

約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表(附件3)、~~醫事人員名冊(附件4)~~及計畫書；申請延續執行者，須檢附本方案申請表(附件1)、~~醫事人員名冊(附件4)~~及經當地衛生主管機關核准報備支援之中醫師、相關醫事人員同意函。

2. 前開計畫書內容應包含：

- (1) 書寫格式：以 word 形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，標楷書14號定型，橫式書寫。
- (2) 封面：包括方案名稱、執行單位、執行期間。
- (3) 前言：請敘述執行方案動機，包括照護機構地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。
- (4) 目的：分點具體列述執行方案所要達成之目標。
- (5) 執行方案：
 - A. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。
 - B. 每週診療時間。
 - C. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。
 - D. 照護機構地址及住民數。
- (6) 經當地衛生主管機關核准報備支援之中醫師、相關醫事人員同意函。
- (7) 評估預期效益：請詳述執行方案實施後預期達成之效益指標。

九、醫療服務提供方式

- (一) 保險醫事服務機構指派中醫師及必要之醫事人員，至照護機構提供中醫醫療服務，每週以一個時段為限，每時段至少須三小時。
- (二) 前開同一時段提供診療服務之中醫師，以一名為限。
- (三) 若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前以書面函 文檢附門診異動表(附件5)或休診單(附件6)，送保險人分區業務組備查並副知中醫全聯會及該照護機構，服務異動者，應檢附門診異動表(附件4)；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並得事後核准；行政院人事行政總

處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。

(四) 前項若執行院所或照護機構因時間或場地無法配合，得經雙方協調同意，報請保險人分區業務組備查且不須補診。另為保障照護機構住民權益，如有常態性休診未補診情形，得作為次年度中醫全聯會及所轄保險人分區業務組審查及核定參考。

(五) 如欲變更醫療服務時間、每週服務次數或照護機構，須先檢送變更計畫書及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更照護機構者，須俟保險人分區業務組核定後，始得執行。

十、給付項目及支付標準：

(一) 論次支付(支付標準編號 P6901C)：每時段(診次)支付1,000點，每時段(診次)至少以三小時為計支單位，未達三小時不予支付。

(二) 論量支付：

1. 診察費、藥費、藥品調劑費、針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)第四部中醫所列之項目申報。

2. 每診次以15人次為上限，16人次以上部分，自申報點數最少之案件計算起，不予支付；照護機構核定床數50床以上者，每診次以25人次為上限；26人次以上部分，自申報點數最少之案件計算起，不予支付。

(三) 支付規定：

1. 本方案申報之門診診察費不納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算。

2. 針灸、傷科及針灸合併傷科治療之診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制，以及不納入醫療服務支付標準之合計申報量計算。

(四) 本方案論次費用預算按季均分，結算方式如下：

1. 各季預算採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。若有結餘，則流用至下季。

2.若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(五) 本方案申報點數不列入「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。

十一、醫療費用申報與審查

(一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1) 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2) 特定治療項目(一)：請填報「JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)」代碼。

(3) 就醫科別：請填報「60中醫科」。

3. 論次費用：支付標準編號 P6901C。

(二) 論次費用之申報，保險醫事服務機構次月20日前須至健保資訊網服務系統(VPN)登錄醫療服務費用明細，傳送資料後列印「全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表」(附件5)，蓋上院所印信，信封上請註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」，寄至所屬保險人分區業務組，由保險人各分區業務組依執行結果核定。

(三) 保險醫事服務機構於每月費用申報前，應至 VPN「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院住民名冊。

(四) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

(五) 執行本方案之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件6)，並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。

(六) 本方案所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。

十二、評核指標

照護機構接受本方案之中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較114年減少。

十三、 執行報告

執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益。執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。

十四、 退場機制

- (一) 參與本方案之保險醫事服務機構，如於方案執行期間有違反特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約之日起退出執行本方案。
- (二) 辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、資料不齊全(含書面資料及電子檔案)或參與方案有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本方案日起退出本方案。
- (三) 保險醫事服務機構如經保險人終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人申請複核，但以一次為限。

十五、 其他事項

- (一) 報備支援規定：支援醫事人員均應依醫事相關法規向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請中醫師考量醫療負擔能力提供支援服務。
- (二) 本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料。

十六、 新年度方案未公告前，延用前一年度方案；新年度方案依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度方案者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十七、 本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正。

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 申請表

申請日期： 年 月 日

醫事服務 機構名稱		醫事服務 機構代碼	
醫事服務 機構地址		醫事服務 機構電話 (聯絡人)	
照護機構 名稱		機構代碼	
照護機構 地址		照護機構 電話(聯絡人)	
執行時段	每週 次，每星期 上午(下午) 時 分至 時 分，共 小時		
參與照護方案醫事人力			
醫師	藥事人員	護理人員	
位	位	位	
醫事類別	醫事人員姓名	身分證統一編號	證書字號
醫師			
(藥師)			
(護理師/護士)			
院所印章	負責醫師簽章：		
<p>註：</p> <p>1.參與本方案中醫師及相關醫事人員，應依各該醫事人員法相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援。參與照護方案醫事人力眾多，可另行檢附名冊。</p> <p>2.本表填報以單一照護機構為限。</p>			

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

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

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

特約醫事服務機構及 負責醫師大、小印章	照護機構印章及負責人印章

中華民國 年 月 日

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表

服務機構代號：_____ 服務機構名稱：_____

照護機構代號：_____ 照護機構名稱：_____

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

※注意事項：

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

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

年 月門診異動表

一、申請單位資料：

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

二、照護機構資料：

1. 照護機構名稱：
2. 電話：
3. 地址：

三、支援照護機構時段異動表：

(一)原支援照護機構時段：

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

(二)異動後時段：

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

全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表

中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案論次費用

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

討論事項第十二案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：有關 115 年度「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」修正案，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 59 次會議決議辦理。
- 二、全民健康保險會於 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過本項 115 年給付為 31.0 百萬與原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)合併運用(計 53.8 百萬元)。
- 三、115 年條文無建議修正部分。

健保署意見：

- 一、查健保會針對全民健康保險 113 年度各總額部門執行成果發表評核(下稱評核會)紀錄(附件，頁次討 12-9~10 頁)，其中精進作為之共識建議，涉品質保證保留款(下稱品保款)方案部分如下：品保款分配可考慮「增設獎勵等級制」，依表現分級，鼓勵持續優化提升整體醫療品質。
- 二、113 年中醫門診總額品質保證保留款實施方案核發情形如頁次討 12-14~討 12-18 頁。
- 三、中醫門診總額品質保證保留款實施方案指標操作定義註 10：「院所提供慢性病照護未達一定比例」之案件分類：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，因本計畫已於 114 年終止，爰刪除分子、分母「JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)」文字如頁次討 12-25~討 12-26 頁。
- 四、本署業於 114 年 10 月 3 日以健保醫字第 1140664964 號函請中全會參酌評核會委員研擬修訂品保款方案，惟本次提案並未修正，請中全會於會上說明。
- 五、另查 113 年品保款各項指標達成情形，指標 8(同日重複

就診率超過全國 80 百分位者)及指標 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」之中醫院所)符合比例偏高(頁次討 12-16)，指標呈現鈍化之情形。請中全會考量修訂指標，擬具提升品質及鑑別度的指標。

決議：

全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果評核紀錄

(本紀錄僅供年度總額協商參考)

衛生福利部全民健康保險會彙製

中華民國 114 年 8 月

全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果評核紀錄

壹、時間

公開發表會議：

114 年 7 月 14 日上午 9 時 10 分至下午 4 時 35 分

114 年 7 月 15 日上午 9 時至中午 12 時 40 分

評核內部會議：114 年 7 月 15 日下午 1 時 20 分至下午 3 時

貳、地點

公開發表會議：衛生福利部 1 樓大禮堂

評核內部會議：衛生福利部 2 樓 206 會議室

參、評核委員(依姓氏筆劃排序)

吳評核委員肖琪、周評核委員麗芳、林評核委員文德、胡評核委員峰賓、陳評核委員秀熙、黃評核委員心苑、戴評核委員桂英

肆、評核內部會議

一、主席(評核委員互相推選)：周評核委員麗芳

二、評核結果：經評核委員討論決定如下表

總額部門	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
評核等級	優	優	優	良

註：評核結果分五級：「特優」、「優」、「良」、「可」及「劣」級，評等「良」

以上之總額部門，酌給品質保證保留款獎勵。

伍、評核委員評核意見(含評核內部會議及書面意見)

紀錄：盛培珠、劉于鳳、張薏云、陳思縝、林偉翔、藍珮如

一、評核委員對中央健康保險署(下稱健保署)及各總額部門(含其他預算)精進作為之整體建議(如附件一)，請健保署及各總額部門承辦團體，作為未來規劃健保制度及總額預算執行參據，並於 115 年評核報告針對「建議改進意見」部分提出參採情形說明。

二、彙整評核委員個別書面及口頭評論(含當天評論簡報)之評核建議(如附件二~七)，提供健保署及各總額部門執行健保總額預算及未來規劃研參。

附件

一、對健保署及各總額部門(含其他預算)精進作為之

整體建議..... 第 3~23 頁

二、對健保署及其他預算之評核建議..... 第 24~34 頁

三、對醫院總額之評核建議..... 第 35~55 頁

四、對西醫基層總額之評核建議..... 第 56~70 頁

五、對牙醫門診總額之評核建議..... 第 71~79 頁

六、對中醫門診總額之評核建議..... 第 80~86 頁

七、對門診透析服務之評核建議..... 第 87~90 頁

附錄

一、「各部門總額(含門診透析)一般服務執行成果、跨部門及其他預算專案計畫執行成果之評論與意見交流」發言實錄.....

第 91~112 頁

二、「醫院總額執行成果之評論與意見交流」發言實錄.....

第 113~128 頁

三、「西醫基層總額執行成果之評論與意見交流」發言實錄.....

第 129~145 頁

四、「牙醫門診總額執行成果之評論與意見交流」發言實錄.....

第 146~161 頁

五、「中醫門診總額執行成果之評論與意見交流」發言實錄.....

第 162~176 頁

六、評核委員評論意見之簡報.....

第 177~234 頁

對中醫門診總額之評核建議

一、綜合性建議

- (一)中醫門診總額執行成果包含穩定總額支出成長、積極融入長照體系擴展高齡照護、特定疾病照護成效具體、持續推動中醫科學實證。建議中醫部門進一步透過資料分析，強化資源配置效率，並做為政策調整依據，短中期目標可朝向「提升服務涵蓋率」、「強化慢性病與整合照護介入」及「改善偏鄉資源可近性」三方向努力，持續深化中醫服務。
- (二)期望中醫未來朝中西醫整合方向努力，以中醫實體診治結合虛擬的西醫人工智慧，建議運用 AI 精準健康照護及多元支付、推動中西醫資訊系統整合及決策支持、運用 AI 輔助遠距診療改善資源不足區域就醫可近性(詳第 229 頁簡報內容)。

二、年度重點項目執行成果與未來規劃

- (一)中醫年度重點項目聚焦於醫療服務人數(次)的成長，旨在提高醫療利用率，與健保總額精神中的利用管理目標並不一致，除非有科學證據證明中醫利用愈多民眾會愈健康，否則指標適當性有很大的疑慮。
- (二)中醫醫療利用受疫情影響變動大，建議 113 年可作為「後疫情中醫常態基線」，並在未來建立「年度基準利用率區間」，與特殊政策期間區分評估。
- (三)年度重點項目—提升中醫醫療服務

1. 指標—中醫醫療服務人數、人次成長率：

113 年服務人數(次)皆未達標，主要原因可能是 COVID-19 疫情期間使用中醫治療 COVID-19 民眾遽增(亦有公費挹注因素影響)，以致 112 年度快速成長。113 年因比較基期過高，呈現疫後常態回落趨勢。請持續宣導中醫治療特定疾病及中西醫合療之成效，增加中醫能見度及接受度，以及提高就醫可近性。

2.指標—居家醫療整合照護計畫服務人數、人次成長率：
居家醫療整合照護計畫，參與的中醫師數及服務人數(次)逐年增加，值得肯定。中醫居家醫療服務對象以中風和失智個案最多，中醫可改善多重照顧問題，嘉惠民眾，請繼續努力。

3.指標—無中醫鄉服務人數、人次成長率：

無中醫鄉減少比率不符合預期，顯示資源挹注與誘因機制仍有待加強，或是反映偏鄉中醫師退出與人力老化影響。建議未來可結合跨部會資源，推動區域型服務模式，並強化績效導向補助方案。

(四)年度重點項目—特定疾病門診醫療服務

特定疾病服務人數、服務人次成長率等指標皆高於目標值，建議可透過個案管理模式與成效評估機制，以提升照護深度與療效。

(五)111~113年總額核(決)定項目 KPI 之執行檢討及指標研修

- 1.一般服務項目「中醫利用新增人口」與「多重慢性疾病中醫照護密集度」之服務人數(次)及預期效益評估指標均未達標，應予加強。此外，「提升小兒傷科照護」之照護人次及預算執行率偏低，應研擬獎勵機制及加強專業培訓。
- 2.針傷處置相關項目多數 KPI 達標，但整體結合「黃金治療期針傷科照護」的臨床介入流程尚未系統化，建議系統化流程並結合電子病歷數據進行療效監測。
- 3.近年部分 KPI 項目指標未達標，尤其針對多年皆未達標之項目，建議利用數據資料，深入分析未達標之可能原因，進而提出優化執行方式之因應策略。
- 4.建議持續調整監測標準、簡化執行流程、加強跨院所合作與分工，並透過數據回饋機制強化政策迴圈。未來建議聚焦在「資源可及性擴展」、「臨床效益追蹤」及「指標鑑別力提升」等方向精進管理成效。

三、一般服務項目執行績效

(一)就 112 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明中全會對評核委員的多項共識建議，已詳細回覆並說明可能的改進方向，值得肯定，但部分面向可進一步強化，例如「針傷合併治療給付」件數激增之合理性說明，雖具邏輯，但對於稽核機制與資料分析仍偏向概括性論述，建議可強化自主管理機制具體做法。

(二)維護保險對象就醫權益

- 1.醫療服務品質調查結果，民眾對中醫整體醫療結果滿意度 95.3%，略高於前 3 個年度，表現維持穩定。但醫護人員有進行衛教指導比例仍偏低(113 年為 42.6%)，建議優化衛教方式及技巧，加強以病人為中心，照顧病人個別需求。
- 2.有關民眾付費情形，中醫門診約有三分之一民眾需自費其他費用，約 16.5%的民眾曾因費用過高而選擇不(減少)就醫、不作(減少)治療或追蹤，此現象值得關注，建議持續檢討給付標準與支付機制，適時調整以減輕患者經濟負擔。
- 3.有關民眾就醫可近性與即時性：
 - (1)中醫部門整體表現良好，但在假日就醫與無障礙設施方面仍待提升，約 3 成民眾有假日就醫需求，但其中有一半以上在假日找不到中醫門診，超過 7 成因此感到不便，建議政策應鼓勵中醫院所提供假日或輪班門診。
 - (2)相較於西醫，在偏遠地區的中醫資源仍顯不足，導致就醫可近性不佳，應加強中醫基層醫療及資源配置，運用資源整合與誘因機制，鼓勵中醫師赴偏鄉服務，並推動遠距醫療輔助，確保即時取得醫療服務，提升區域醫療平衡。
- 4.有關轉診情形，民眾到中醫院所治療 99.1%沒有被轉診

的經驗。建議中醫部門加強跨醫療團隊協調與整合治療，如發現病人有轉診其他中醫醫院或西醫診治之需要，宜安排適當轉診。

- 5.有關民眾諮詢及抱怨處理，建議強化院所服務態度與溝通技巧訓練，建立快速回應機制，提高民眾權益保障的透明度與效能。

(三)專業醫療服務品質之確保與提升

- 1.中醫部門在醫療品質監測指標，經多年管控，呈現穩定狀態，指標達標率很高，但部分指標以就醫次數作為醫療服務品質的依據，是否合適？例如平均就診次數高低代表何種品質面向？建議定期檢視並適度調整品質指標及監測標準，以符合實務需求。
- 2.建請檢視「兩年內初診患者人數比率」指標的達成度與實務挑戰，113年監測結果為11.94%，低於參考值(12.16%~14.86%)，亦低於前5年(13.06%~14.13%)。
- 3.部分指標項目各分區數據差異大(如下)，建議深入分析原因，並加強區域醫療資源調配與教育訓練，縮小分區落差，確保醫療品質均衡發展。
 - (1)近3年中區「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」、「中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」、「中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」等項目，皆超過參考值，建議介入跨區審查機制以利控管。
 - (2)近5年東區「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」低於參考值下限；中區、南區、高屏區「兩年內初診比率」低於參考值下限。

4.品質保證保留款實施方案執行結果：

- (1)核算方式係以「醫療服務點數×平均核付率」作為基礎，排除藥費後再加減激勵條件，包含假日看診、雲端查詢、即時查詢系統參與，具公平性、鑑別度

與政策鼓勵導向。

(2)符合分配院所比率為 72.7%，尚屬合理範圍；惟台北區為 67.3%，東區高達 77.8%，呈現地區差異。

5.建議即時檢討與改善：

(1)即時辨識異常就醫行為(如重複就診或用藥異常)，加強事前管理，針對異常指標進行院所及區域回饋、追蹤與改善行動計畫。

(2)品保款分配可考慮「增設獎勵等級制」，依表現分級，鼓勵持續優化提升整體醫療品質。

(四)協商因素項目之執行情形

- 1.多數協商因素項目執行情形良好，部分項目如「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」、「提升中醫小兒傷科照護品質」等一般服務項目，均未達成目標值。經中醫部門檢討，主要為支付標準修訂內容未充份宣達，致申報量偏低，可再強化外，建議中醫部門於提出新增方案或項目之預算需求時，應加強需求面及醫療利用的精準推估。
- 2.一般服務「中醫利用新增人口」：113 年核定成長率 1.990%，預算增加 5.88 億元，但實際 113 年的就醫人口(636.8 萬人)較 112 年(674.7 萬人)反而減少，宜請落實總額核定事項。
- 3.整體而言，建議持續精進多重慢性病及特定疾病中醫照護方案，優化跨科合作與資料共享，提升服務整合性與效果。加強用藥安全管理及品質教育，確保合理用藥。亦宜完善績效監測指標，增強指標鑑別度與時效性，確保協商項目能持續反映醫療實務及民眾需求。

(五)總額之管理與執行績效

1.醫療利用及費用管控情形：

(1)中醫門診利用情形呈穩定趨勢，整體點值穩定。管控措施方面，建議持續強化用藥合理性與診療行為

監督，避免不必要醫療資源浪費，並進一步落實以數據驅動管理，透過分析診療模式與費用趨勢，提前預警異常使用狀況。

- (2)112、113 年一般服務「針傷合併治療處置費」申報費用已超出原先估計額度甚多，造成點值下降壓力，中醫部門將「平均每位專任醫師每月申報針灸合併傷科治療處置費上限」由 80 人次下修為 60 人次，其管控醫療利用的努力值得肯定，惟仍建議以「臨床的適當性」做為管控的依據，或是以「個別院所的病人比例」加以管控，而非僅考慮申報人次。

2.地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理：

- (1)六區申報與利用差距擴大，且預算沒有落實錢跟著人走的政策目標，其中北區預算分配占率低於就醫人數占率甚多、每人預算成長率以台北區最高、中區最低。建議持續召集專家學者辦理相關會議，討論與追蹤後續變化。
- (2)偏遠及資源不足地區中醫利用率偏低，顯示地區預算風險調整等配套措施，未足夠拉高高風險地區服務誘因，導致部分地區無力吸引醫師或推動新照護項目，宜請設法改善。

3.院所違規情形及醫療機構輔導：

持續舉辦中醫健保業務說明會，針對常見違規項目進行案例教學，輔導措施及時，對違規院所執行教育訓練與改善計畫。違規類型多為書面資料不全及輕微程序瑕疵，無重大醫療品質安全事件。

四、專款項目執行績效

(一)就 112 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明綜合性建議

- 1.有關部分專款項目執行情形不如預期之回應，中全會雖有說明執行困難原因與研究成效，但仍欠缺對「民眾付

費意願(willingness to pay)」的調查或策略回應。

- 2.有關部分專案申報金額過高之回應，中全會雖有提出專案內容額外投入之合理性說明，但缺乏具體資料佐證(如專案平均成本與效益比、與一般案件比較等分析)。
- 3.有關多項專款執行效益不明之回應，中全會說明目前仍處於試辦階段，並表明將以「成效為依據」納入常規制度的策略。建請持續落實成效評估，建立以實證證據為基礎之輔導及汰弱留強機制。

(二)醫療資源不足地區改善方案

113年獎勵開業服務計畫目標數5家，達成開業鄉鎮數只2家，請繼續加強推動。

(三)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

「西醫住院病患中醫輔助計畫」具政策創新價值，部分試辦區域已見正向成效，惟整體推動規模與院所參與度有限，應檢討支付設計與行政流程簡化，提升可行性與擴散力。

(四)中醫提升孕產照護品質計畫

- 1.本計畫已經試辦多年，建議健保署委辦學術單位進行客觀成效評估。
- 2.本計畫區域間之資源推動尚不均衡，在中區與南區已累積豐富實施經驗與個案數，台北與北區人口密度較高，惟實際參與個案數卻相對偏低。建議均衡發展中醫孕產照護計畫，展現中醫參與推動健康政策之價值。

(五)中醫癌症患者加強照護整合方案

- 1.本方案整合3項子計畫，建議針對成效不明顯計畫，利用數據分析，深入探討原因，以提供後續計畫精進的參考。
- 2.本方案需填寫多個評估量表作為日後成效的依據，並給予評估之給付，惟健保係用於給付因疾病而需要的治療，相關的評估應申請研究計畫加以進行，另蒐集多個

評估量表，可能會減低中醫師參與的意願。建議檢討評量表單的必要性，可與西醫部門簡併並酌減支付點數。

3. 癌症病患進行的中醫治療項目，均在原有一般服務的支付標準中，本計畫的預算具有替代性，亦即與一般服務有重複支付費用之虞，未來在編列其他癌症項目時，應注意替代性問題。

(六)中醫急症處置計畫

1. 本計畫已經試辦多年，建議進行客觀成效評估，並考量是否持續辦理。
2. 本計畫的執行區域落差大，除東區外，建議其他區應加強與急診系統之連結及教育宣導，透過設置示範院所、辦理區域性教育訓練，提升其他地區醫療機構參與意願與執行能力，並設定滾動式達成門檻，拓展中醫醫療角色與服務範疇。

(七)照護機構中醫醫療照護方案

113 年服務人數、人次比 112 年成長 63% 及 199%。114 年協商將本項分為論量部分歸一般部門，論次部分留在專案項目是合理的安排。

(「中醫門診總額執行成果之評論與意見交流」發言實錄詳附錄五，評核委員評論意見之簡報詳附錄六)

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	36,922
5	0602030026	高雄榮總	20231201	14	250	21,973
						58,895

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	符合分配條件			核發金額	不符合分配條件		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)
	各分區院所家數 (A) = (B)+(C)+(D)	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	不符合比率
1	55	16	42	20	17	1	151	3.5%
2	131	53	117	60	62	9	432	10.1%
3	3	3	6	3	1	0	16	0.4%
4	117	34	26	71	30	3	281	6.6%
5	98	3	2	7	3	0	113	2.6%
6	91	56	94	47	13	5	306	7.1%
7	79	37	188	56	38	11	409	9.5%
8	5	1	9	7	4	6	32	0.7%
9	260	93	217	127	128	29	854	19.9%
10	362	134	337	105	114	17	1069	24.9%
11	10	1	4	4	0	0	19	0.4%
12	169	39	42	48	41	5	344	8.0%
13	47	17	75	21	18	2	180	4.2%

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，新設立中醫門診特約醫事服務機構。
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違規情事之一並經處分者。
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」之規定
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
14. 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
減計	7	79	37	188	56	38	11	409	9.5%
	8	5	1	9	7	4	6	32	0.7%
	9	260	93	217	127	128	29	854	19.9%
	10	362	134	337	105	114	17	1,069	24.9%
加計	1	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資源不足地區改善方案無健保特約中醫院所之鄉鎮地區，依核算基礎加計100%。

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%；超過45天以上者，依核算基礎加計20%。

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%

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

全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)

中華民國107年1月8日健保醫字第1060016997號公告修訂
中華民國108年5月31日健保醫字第1080007611號公告修訂
中華民國109年2月7日健保醫字第1090001213號公告修訂
中華民國110年1月19日健保醫字第1100000291號公告修訂
中華民國111年1月5日健保醫字第1100017843號公告修訂
中華民國111年12月28日健保醫字第1110123002號公告修訂
中華民國112年12月21日健保醫字第1120665398號公告修訂
中華民國113年12月17日健保醫字第1130126278號公告修訂
中華民國114年00月00日健保醫字第1140000000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、第七項及第捌點第三項與第玖點第一項，由中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）於次年2月底前提供名單並函請全民健康保險保險人（以下稱保險人）辦理結算。

伍、預算分配方式：

一、核算基礎：

（一）該院所之核算基礎(A)

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

說明：當年申報醫療服務點數及年平均核付率以次年1月底為截止點。

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

各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=

$60\% \times$ 各院所核算基礎(A) \pm 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)) \times 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證款項下優先支應，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：

(一)符合本方案第捌點第二項者，給予核定分數20分。

(二)符合本方案第捌點第三項者，給予核定分數15分。

(三)符合第捌點第四至六項者，各給予核定分數10分。

(四)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。

(五)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，並經核定違規者以保險人第一次核定違規函所載處置日期認定(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者)。倘停止或終止特約期間為跨年度者，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、符合核發品質保證保留款資格前30%之院所，核算基礎(A)加計100%。
 - 二、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%。
 - 三、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。
 - 四、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)

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%。

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6)。

玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：

一、保險醫事服務機構之中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定修滿繼續教育點數(每年20點)者，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎(A)。

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

三、「同日重複就診率」超過80百分位者，核算基礎(A)減計10%(註8)。

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

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

拾、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬執行面之規定，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	(全年初核核定點數)/(全年申請點數+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	(全年複核核減點數)/(全年申請點數+部分負擔) [註]未完成複核月份以初核核減率計算，截取時間點為次年2月底(傳票日期)前。
註4：未參與「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。	保險人未曾撥付當年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」 「補助網路月租費」之中醫院所。
註5：中醫門診特約醫事服務機構於每年週日看診超過30天及45天以上者	以門診申報資料之「就醫日期」認定週日是否看診，含同一療程。
註6：「每月完成門診時間網路登錄」	院所全年每月於VPN之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。(院所可於VPN系統「上次登錄日期」判斷上個月是否完成登錄)。

指標項目	操作型定義
註7：「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」	<ol style="list-style-type: none"> 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： <ol style="list-style-type: none"> (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8：「同日重複就診率」	<ol style="list-style-type: none"> 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： <p>分子：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶，計算就診2次（含）以上之筆數。</p> <p>分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。</p> 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。

指標項目	操作型定義
註9：「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」	<ol style="list-style-type: none"> 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10：「院所提供慢性病照護未達一定比例」	<ol style="list-style-type: none"> 1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件(案件分類21)、中醫其他專案案件分類22)之特定治療項目(一)為JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、中醫慢性病(案件分類24)及中醫慢性病連續處方調劑(案件分類28)之案件。 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

指標項目	操作型定義
	<p>件數總計。</p> <p>案件分類：21(中醫一般案件)、22(中醫其他專案)之特定治療項目(一)為JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。</p> <p>C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】</p> <p>3. 資料排除診察費為0或補報原因註記為「2：補報部分醫令或醫令差額」之案件。</p>
<p>【核發費用計算範例】</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 該院所核算基礎(A) = (該院所申報當年醫療服務點數 - 當年申報藥費) × 該院所平均核付率(含部分負擔) 2. 各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B) = 60% × 各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數 3. 各院所品質保證保留款核算基礎合計 = $\Sigma(B) = (60\% \times \text{各院所核算基礎}(A) \pm \text{第捌點及第玖點增減點數})$ 之合計 4. 符合核發資格之分數計算原則，如下： <ol style="list-style-type: none"> ① 符合本方案第捌點第二項者，核予20分。 ② 符合本方案第捌點第三項者，核予15分。 ③ 符合第捌點第四至六項者，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，

指標項目	操作型定義
	<p>取前90百分位進行核發。</p> <p>5. 試算範例如下：</p> <p>(1) 僅符合基本資格(無本方案第柒、捌、玖點之情事)者 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算× (A) × 60% / Σ(B)</p> <p>(2) 僅符合基本資格及教學研究績效卓著者(+10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算×(A)×(60%+10%) / Σ(B)</p> <p>(3) 符合基本資格且於無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮地區開業者(+100%)、教學研究績效卓著者(+10%)但「同日重複就診率」超過80百分位者(-10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算× A×(60%+100%+10%-10%) / ΣB</p>

全民健康保險中醫門診總額 中藥用藥安全管理及品質提升作業要點

一、目的：

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

二、申請方式：

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

三、評核方式：

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

四、本要點之評核作業由中醫全聯會研訂後公告實施。

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點
申請書

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼		
	負責醫師姓名		院所醫師數 名		
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	上課日期	
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註
	學分證明書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	中藥用藥安全管理及品質提升作業要點查檢表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
保險醫事服務機構	機構章戳	中醫全聯會審核意見欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 未合格		
考評標準：1、總分 81 分以上(含)及格 2、總分 70 至 80 分得於一個月後申請複查 3、總分 69 分以下得於二個月後申請複查 4、*為必要合格項目				

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

討論事項第十三案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
案由：有關「115 年度總額地區預算分配方式」修訂案，提請討論。

說明：

一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 59 次會議決議辦理。

二、115 年建議修正條文如下：

條文	修正條文	原條文
參、	計畫期間：115年1月1日至115年12月31日。	計畫期間：114年1月1日至114年12月31日。
肆、 預算 分配 ：	<p>二、風險調整移撥款之提撥及分配：</p> <p>(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 <u>400 百萬元</u>，由各季提撥 <u>100 百萬元</u>。</p> <p>(二)分配方式 用於點值最低分區，運用方式如下：</p> <p>(1)自 <u>115 年</u> 第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。</p> <p>(2)其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 <u>0.93 元</u> 之差值 <u>(且補助後平均點值不得高於次低區域的平均點值)</u>，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/∑ 各院補助金額)。</p> <p>(3)移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 <u>115 年</u> 第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。</p>	<p>二、風險調整移撥款之提撥及分配：</p> <p>(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 150 百萬元，由各季提撥 37.5 百萬元。</p> <p>(二)分配方式 <u>1、其中 110 百萬元</u> 用於點值最低分區，運用方式如下：</p> <p>(1)自 <u>114 年</u> 第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。</p> <p>(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/∑ 各院補助金額)。</p> <p>(3)移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 114 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。</p> <p><u>2、其中 40 百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。</u></p>

健保署意見：

有關中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區分配預算，中華民國中醫師公會全國聯合會業提案至全民健康保險會114年11月19日第7屆114年第9次委員會議討論，本署尊重中全會意見，並依全民健康保險會決議辦理。

決議：

115年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、計畫期間：115年1月1日起至115年12月31日止。

肆、預算分配：

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

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

二、風險調整移撥款之提撥及分配：

(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥400百萬元，由各季提撥100百萬元。

(二)分配方式：用於補助點值，運用方式如下：

- 1、自115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0.93元之差值(且補助後平均點值不得高於次低區域的平均點值)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折

付比例=經費/Σ各院補助金額)。

3、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115年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

三、115年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

(一)65%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。

(二)16%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

(三)9%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。

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

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

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

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)114年全國每月申報醫療費用點數之

平均值者。

2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3. 114年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = Σ 114年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數 / Σ 114年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
4. 115年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以114年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

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

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

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

附件1：指標之操作型定義

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

指標：

指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率

分子：各分區各季總預算(Ai1)

分母： Σ 各分區各季總預算加總($\Sigma Ai1$)

條件說明：

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

指標2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總($\Sigma Ai2$)

條件說明：

- 一、資料來源採用內政部戶政司鄉鎮戶數及人口數統計資料（採季中戶籍人口數）
- 二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)

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

條件說明：

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

三、計算步驟：

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

四、舉例說明：

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

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

(三)計算各分區就醫次數之權值

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

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 ($\frac{114\text{年該季}}{113\text{年同期}}$) -1。
- 三、醫療費用點數成長率(r)：($\frac{114\text{年該季申報醫療費用點數}}{113\text{年同期申報醫療費用點數}}$)-1。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數 (申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件 (案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5% ；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

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

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 \leq 全國平均值：

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

=+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

=各分區 \sum 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

條件說明：

一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)=114年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

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

三、 114年全國每月申報醫療費用點數之平均值= \sum 114年每月申報醫療費用/ \sum 114年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點

數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

四、115年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以114年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

※五分區預算分配之計算操作型定義

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

指標1預算 GA= (T) * 97.78% * 65%

指標2預算 GB= (T) * 97.78% * 16%

指標3預算 GC= (T) * 97.78% * 9%

指標4預算 GD= (T) * 97.78% * 4%

指標5預算 GE= (T) * 97.78% * 5%

指標6預算 GF= (T) * 97.78% * 1%

二、各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

= 各季預算 GA * 指標1占率 (Ai1 / Σ Ai1)。

指標1占率 (Ai1 / Σ Ai1)
= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 (Ai1) / Σ 95年第4
季至98年第3季之各區各季預算 (Σ Ai1)。
※占率：四捨五入至小數點第6位

(二) 各分區各季預算 Gb

= 各季預算 GB * 指標2占率 (Ai2 / Σ Ai2)。
指標2占率 (Ai2 / Σ Ai2)
= 去年同期各分區戶籍人口數 (Ai2) / Σ 去年同期各分區戶籍人
口數 (Σ Ai2)。
※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

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

指標3占率 ($A_{i3} / \sum A_{i3}$)

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

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

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

※各分區各季經指標4加權後之預算 (A_{i4})

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

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

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

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

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

※各分區指標5權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 (A_{i5})

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

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

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 Gf

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

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

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

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

1. 成長率 = ($\frac{115\text{年該區各季核算 } T_y}{114\text{年該區各季核算 } T_y} - 1$)。

2. 各分區撥補比例 = (成長率大於0之分區 T_y) / Σ (成長率大於0之分區 T_y)。

(二) 撥補程序

1. 於115第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算 T_y 負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

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

	<u>114</u> 年該區	<u>115</u> 年該區全		負成長					
	全年	年	成長	分區	撥補比	撥補方式	調整	撥補後	撥補後成
	預算 Ty	預算 Ty	率	差額	例		金額	Ty	長率
	(百萬元)	(百萬元)							
	V	W	W/V-1	X	Y	X*Y=Z	Z	W+Z	
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長分									
區小計		14,178.9			100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

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

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

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

三、平均點值

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

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

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

臨時提案 第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關建議將中醫納入「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心（UCC）試辦計畫」，以分散急診壅塞，提升輕急症病人照護效能案，提請討論。

說明：

- 一、中醫在處理急性症狀（如急性落枕、閃腰、消化不良、腹脹腹瀉、急性過敏、感冒初期、骨折脫臼及針灸止痛促進行動力等）經驗豐富且療效明顯，能即時緩解疼痛及急性不適。
- 二、病人習慣急症時尋求醫師協助，導致假日期間診所停診即集中至醫院急診，加重醫院負擔。中醫急診專案多年來統計證明，中醫介入能有效改善疼痛等急症問題。
- 三、鼓勵中醫院所加入 UCC 試辦計畫，有助減少病人看診時間、降低經濟與交通負擔，達成醫病雙贏，強化社區醫療服務體系。
- 四、本案旨在促進中醫資源納入急診分流機制，緩解大醫院急診壅塞，提升整體醫療系統效能，建請審慎考量採納。

健保署說明：

- 一、我國因床位不足及醫療人力日益短缺等因素，導致急診病人無法及時轉入病房而暫留於急診，又週日僅不到兩成之西醫診所開診(114年1-9月平均假日開診率約16.9%)，致相對輕症需儘快接受照護處置之病人皆至醫院急診看診，進而造成急診壅塞之問題。本署為因應急診壅塞推動政策分別就 Input(來診)、Process(處置)及 Output(住院)提出六大策略，UCC 為 Input(來診)其中之一項策略，目的將「急但不重」之病人分流以緩解急診壓力，並將急診醫療資源優先集中於重症病人。
- 二、本署邀集台灣急診醫學會、台灣急診管理學會、醫師公會全國聯合會、護理師護士公會全國聯合會、藥師公會全國聯合會、醫事檢驗師公會全國聯合會、醫事放射師公會全國聯合會召開

5次討論會議，共同討論規劃「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(Urgent Care Center,下稱 UCC)試辦計畫」，期將輕症病人分流，以緩解連假期間急診壅塞，使急診醫療資源集中於重症病人，提升整體醫療服務效率，並能因應疫情或特殊緊急狀況，擴大醫療韌性。

擬辦：

決議：