



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 115 年第 1 次研商議事會議

115 年 2 月 12 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」
115 年第 1 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

PDF 頁碼

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形。	報 1-1	17
二、中醫門診總額執行概況報告	報 2-1	24
三、114 年第 3 季中醫門診總額點值結算報告案	報 3-1	57
四、「全民健康保險中醫急症處置計畫」執行經驗	報 4-1	100
五、「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」案。	報 5-1	130
六、調整「115 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域一覽表案	報 6-1	149

肆、討論事項

一、建議調升「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」附件 1-1 無中醫醫事服務機構之鄉鎮區中「嘉義縣番路鄉」部分村落之級數案	討 1-1	153
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	156
三、有關「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」條文修訂案	討 3-1	167
四、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 4-1	172
五、有關「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」115 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項案	討 5-1	176
六、新增「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」案	討 6-1	182

七、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」修訂案	討 7-1	204
---	-------	-----

伍、臨時動議

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 114年第3次研商議事會議紀錄

時間：114年11月13日下午2時

地點：本署9樓第1會議室

主席：龐副署長一鳴(張主任秘書禹斌代理)

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	請假	陳代表冠仁	陳冠仁
吳代表清源	吳清源	陳代表建輝	陳建輝
李代表元齡	李元齡	陳代表博淵	陳博淵
卓代表青峰	卓青峰	陳代表節如	請假
林代表狄昇	林狄昇	黃代表上邦	請假
邱代表國華	邱國華	楊代表志中	楊志中
姜代表智文	姜智文	楊代表啟聖	楊啟聖
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	詹永兆
胡代表文龍	胡文龍	廖代表奎鈞	廖奎鈞
孫代表茂峰	孫茂峰	蔡代表素玲	蔡素玲
張代表田黨	請假	羅代表永達	羅永達
陳代表仲豪	顏志誠(代)	蘇代表守毅	蘇守毅
陳代表俊良	陳俊良	蘇代表芸蒂	蘇芸蒂
陳代表俊龍	陳俊龍		

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

衛生福利部中醫藥司

請假

台灣醫院協會

請假

中華民國藥師公會全國聯合會

溫致群、蕭力揚、陳暘

中華民國護理師護士公會全國聯

林綉珠、余文彬、梁淑媛

合會

中華民國中醫師公會全國聯合會

本署醫務管理組

李敬

黃珮珊、賴彥壯、洪于淇、
黃怡娟、陳依婕、成庭甄、
黃瓊萱、王智廣、黃千芬、
邱雲、李柏諺、陳聿萱、
廖慈珊、鄭正義、楊淑美、
林麗智

本署醫審及藥材組

賴秋伶、陳盈如、陳力瑄

本署企劃組

楊朝圍

本署臺北業務組

宋兆喻*、黃奕瑄*、張翊暄*、
林育婷*、陳郁淇*、張景興*
楊淑娟*、方亞芸*、林孟萱*、
黃珮晴*

本署北區業務組

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

本署中區業務組

賴文琳*、林聖哲*、高宜聲*、
盧靜宜*、秦莉英*、李昕璇*、
劉乃慈*、李岳勳*、胡瓊文*

本署南區業務組

謝明雪*、黃皓綱*、李昀融*
江春桂*、馮美芳*、鄭翠君*、
吳乙亭*

本署高屏業務組

本署東區業務組

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

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：本案洽悉。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：本案洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114年第2季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、依據114年總額公告，「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。
- 二、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。

決定：

- 一、本案洽悉。
- 二、中醫門診總額一般服務114年第2季點值確認如下表，並將依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

分區	浮動點值	平均點值
台北	0.98260122	0.98921127
北區	0.90000000	0.94029857
中區	0.90716902	0.94093649
南區	0.90078209	0.94114242
高屏	0.90000000	0.93912760
東區	1.12020576	1.07901089
全區	0.93025205	0.95702438

三、本季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案。

決定：本案洽悉。

第五案

報告單位：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。

決定：

一、本案洽悉。

二、115年保障項目決議維持原114年項目，除藥費依藥物給付項目，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點1元支付，並報全民健康保險會同意後實施。

三、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，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。

四、115年中醫門診總額一般服務預算四季重分配，以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%。

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」之會議召開事宜。

決定：

一、本案洽悉。

二、會議時間如下，請各代表預留時間：

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)

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」施行區域異動情形，提請討論。

說明：

- 一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1)：新增「金門縣金寧鄉」；刪除「新竹縣寶山鄉」、「嘉義縣溪口鄉」、「苗栗縣卓蘭鎮」、「南投縣鹿谷鄉」。
- 二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-2)：新增「新竹縣寶山鄉」、「嘉義縣溪口鄉」、「苗栗縣卓蘭鎮」、「南投縣鹿谷鄉」、「雲林縣林內鄉」；刪除「金門縣金寧鄉」。
- 三、施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 78 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 80 個鄉鎮區。
- 四、以上資料係更新至 114 年 10 月 25 日之統計異動。

決定：本案洽悉。

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

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

決議：本案修訂通過(附件)，重點如下：

- 一、條文七/(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。」，以確保申請巡迴中醫院所之醫療品質。
- 二、條文九/(二)/1條文調整為「…，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。」
- 三、條文於十一/(三)/2/(2)/A.條文調整為「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…。」配合論次費用申請表電子化，簡化執行院所作業。

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、中華民國藥師公會全國聯合會提供意見重點如下：
 - (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)藥師投入中藥服務意願持續提升。
 - (三)藥師是中醫藥振興計畫中不可或缺的一員。
 - (四)藥師在長照、居家醫療及用藥安全之助益亦可適用中藥用藥安全。
 - (五)法規並無窒礙之處，藥界期待為國人健康福祉盡一份力。
- 二、中華民國中醫師公會全國聯合會提供意見重點如下：
 - (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占比僅約 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：

- 一、本案未達共識，現階段仍維持現行運作模式，不增加代表。
- 二、本會議討論提案如有涉及中華民國藥師公會全國聯合會者，將諮詢該會意見或邀請該會列席說明。

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。

決議：考量 A91 申報相關規範本署已納入申報格式修訂草案，請中醫全聯會協助向會員宣導，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。

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」案，提請討論。

決議：本案未通過，建議中醫全聯會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後再議。

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」條文修訂案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件)，增列「呼吸器病人得否收案於本計畫」相關函釋說明文字，並配合執行年度修訂計畫實施期間。

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」條文修訂案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件)，新增「卵巢癌」、「鼻咽癌」及「膀胱癌」，並配合執行年度修訂計畫實施期間。

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。

決議：本案修訂通過，配合執行年度修訂計畫實施期間，並請中醫全聯會持續協助加強推動本計畫。

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。

決議：

- 一、本案修訂通過，配合執行年度修訂計畫實施期間，並請中醫全聯會持續協助推動本計畫。
- 二、下次會議邀請花蓮慈濟醫院至本會議分享計畫執行經驗。

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」修訂案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件)，修訂重點如下：

- 一、配合執行年度修訂計畫實施期間。
- 二、原規定含藥費及不含藥費之加強照護費費用需 ≥ 28 天始得相互轉換，增列「療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限」規定，後續將持續觀察前開項目申報情形之變化。

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。

決議：本案通過(附件)，修訂重點如下：

- 一、新增「全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案(草案)」，依照中醫院所實際調薪情形按季撥付獎勵金，另依據中醫支付標準規定，聘有護理人員之中醫院所需定期上傳護理人員班表至本署 VPN，後續獎勵金計算將依據 VPN 護理人員班表名單計算。
- 二、刪除「支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者診察費」之規範。
- 三、附表 4.4.3 及附表 4.5.1 增列適應症「腦中風後遺症(I69)」，實施一年後再依申報情形研議是否訂定優先挹注於黃金治療期相關規範。

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」條文修訂案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件)，修訂重點如下：

- 一、修正施行目標及整併申請所需檢附之申請文件。
- 二、簡化計畫性休診程序，無須併附休診單。
- 三、增列受有性質相同給付者，不得重複申報或請領之規範。

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。

決議：

- 一、本案修訂(附件)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：刪除 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文字)。
- 二、請中醫全聯會參採全民健康保險會委員意見，並就方案內鈍化指標 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)進行修訂，擬具提升品質及鑑別度的指標。

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。

決議：中醫全聯會建議版本如下：

- 一、增列「風險移撥款」動支方式提撥及分配提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 400 百萬元，由各季提撥 100 百萬元。自 115 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 0.93 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)。
- 二、本案中醫全聯會業提案至全民健康保險會(下稱健保會)114 年 11 月 19 日第 7 屆 114 年第 9 次委員會議討論，將依健保會決議辦理。

附帶事項：115 年中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區分配預算案，業經 114 年 11 月 19 日全民健康保險會第 9 次委

員會議討論未達共識，該會將報請衛生福利部核示。

臨時提案

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。

決議：因「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心（UCC）試辦計畫」係由六都縣市衛生局規劃特定科別執行，衛生福利部預訂於實施半年後進行檢討，屆時再研議中醫納入本計畫之可行性。

臨時動議

提案單位：蘇守毅代表

案由：西醫基層在 114 年春節期間看診研議予以鼓勵加成，中醫是否可比照辦理？

決議：請本署醫務管理組攜回研議。

肆、散會：下午 4 時 29 分。

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 16 項，擬解除列管 12 項，繼續列管 4 項。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	114_3_報(5): 115 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目報告案	<p>一、115 年中醫門診一般服務之保障項目比照 111 年保障項目，除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理外，醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點 1 元支付，並報全民健康保險會同意後實施。</p> <p>二、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，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。</p>	<p>本案業已提報 115 年 1 月 21 日全民健康保險會第 7 屆 115 年第 1 次委員會議討論通過。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 解除繼續 列管列管</p>
2	114_3_報(7): 調整「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」施行區域異動情形	<p>一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1): 新增「金門縣金寧鄉」; 刪除「新竹縣寶山鄉」、「嘉義縣溪口鄉」、「苗栗縣卓蘭鎮」、「南投縣鹿谷鄉」。</p> <p>二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-2): 新增「新竹縣寶山鄉」、「嘉義縣溪口鄉」、「苗栗縣卓蘭鎮」、「南投縣鹿谷鄉」、「雲林縣林內鄉」; 刪除「金門縣金寧鄉」。</p> <p>三、施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 78 個鄉鎮區; 一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 80 個鄉鎮區。</p>	<p>一、依本方案規定，自本會議紀錄發文日起，施行區域始開放申請。</p> <p>二、全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 114 年第 3 次研商議事會議紀錄業於 114 年 12 月 5 日發文，副知中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)及本署各分區業務組。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 解除繼續 列管列管</p>

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
3	114_3_討(1): 115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」條文修訂案	<p>一、條文七/(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。」，以確保申請巡迴中醫院所之醫療品質。</p> <p>二、條文九/(二)/1 條文調整為「…，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。」</p> <p>三、條文於十一/(三)/2/(2)/A. 條文調整為「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…。」配合論次費用申請表電子化，簡化執行院所作業。</p>	已於115年1月14日健保醫字第1150100365號公告方案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 繼續 列管 列管
4	114_3_討(2): 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。	<p>一、本案未達共識，現階段仍維持現行運作模式，不增加代表。</p> <p>二、本會議討論提案如有涉及中華民國藥師公會全國聯合會者，將諮詢該會意見或邀請該會列席說明。</p>	中華民國藥師公會全國聯合會業於115年1月2日來函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二案，擬討論後解除列管。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 繼續 列管 列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
5	114_3_討(3)：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。	考量 A91 申報相關規範本署已納入申報格式修訂草案，請中醫全聯會協助向會員宣導，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。	本案已於 114 年 6 月 26 日健保醫字第 1140663018 號書函暨同年 7 月 8 日健保醫字第 1140663300 號書函請本署各分區業務組周知轄內中醫院所，並已納入本署申報格式修訂草案。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
6	114_3_討(4)：「中醫針傷科不同複雜度療程之配套管理措施及審查機制」案。	本案未通過，建議中醫全聯會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後再議。	本案依支付標準規定及審查共管機制進行管理。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
7	114_3_討(5)：有關「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文修訂案。	本案通過，增列「呼吸器病人得否收案於本計畫」相關函釋說明文字，並配合執行年度修訂計畫實施期間。	業於 114 年 12 月 24 日醫療服務共同擬訂會議報告，並於 115 年 1 月 5 日報衛生福利部核定，俟核定後公告實施。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
8	114_3_討(6)：有關「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文修訂案	本案通過，新增「卵巢癌」、「鼻咽癌」及「膀胱癌」，並配合執行年度修訂計畫實施期間。	業於 114 年 12 月 24 日醫療服務共同擬訂會議報告，並於 115 年 1 月 5 日報衛生福利部核定，俟核定後公告實施。	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
9	114_3_討(7)：有關「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文修訂案	本案通過，配合執行年度修訂計畫實施期間，並請中醫全聯會持續協助加強推動本計畫。	業於 114 年 12 月 17 日以健保醫字第 1140666350 號公告，自 115 年 1 月 1 日生效。	<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
10	114_3_討(8): 有關「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案	<p>一、本案修訂通過，配合執行年度修訂計畫實施期間，並請中醫全聯會持續協助推動本計畫。</p> <p>二、下次會議邀請花蓮慈濟醫院至本會議分享計畫執行經驗。</p>	<p>一、本署業於114年12月17日以健保醫字第1140666350號公告，自115年1月1日生效。</p> <p>二、同意中全會所請，另邀請馬偕醫院併同花蓮慈濟醫院於本會次會議分享計畫執行經驗，爰納入報告事項第四案。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 解除 <input type="checkbox"/> 繼續列管
11	114_3_討(9): 有關「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」條文修訂案	<p>本案修訂通過，修訂重點如下：</p> <p>一、配合執行年度修訂計畫實施期間。</p> <p>二、原規定含藥費及不含藥費之加強照護費費用需≥ 28天始得相互轉換，增列「療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限」規定，後續將持續觀察前開項目申報情形之變化。</p>	<p>業於114年12月24日醫療服務共同擬訂會議報告，並於115年1月5日報衛生福利部核定，俟核定後公告實施。</p>	<input type="checkbox"/> 解除 <input checked="" 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
12	114_3_討(10) 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	<p>本案通過，修訂重點如下：</p> <p>一、新增「全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案(草案)」，依照中醫院所實際調薪情形按季撥付獎勵金，另依據中醫支付標準規定，聘有護理人員之中醫院所需定期上傳護理人員班表至本署VPN，後續獎勵金計算將依據VPN護理人員班表名單計算。</p> <p>二、刪除「支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者診察費」之規範。</p> <p>三、附表4.4.3及附表4.5.1增列適應症「腦中風後遺症(I69)」，實施一年後再依申報情形研議是否訂定優先挹注於黃金治療期相關規範。</p>	<p>一、業於114年12月24日醫療服務共擬訂會議報告。</p> <p>二、支付標準部分刻正依程序辦理支付標準部分診療項目修正草案預告事宜。</p> <p>三、「全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」業於115年1月5日報衛生福利部核定，俟核定後公告實施。</p>	<input type="checkbox"/> 解除列管 <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管
13	113_4_討(11) 有關「照護機構中醫醫療照護方案」條文修訂案	<p>本案通過，修訂重點如下：</p> <p>一、修正施行目標及整併申請所需檢附之申請文件。</p> <p>二、簡化計畫性休診程序，無須併附休診單。</p> <p>三、增列受有性質相同給付者，不得重複申報或請領之規範。</p>	<p>一、本案於114年第3次中醫門診總額研商會議討論通過，又依計畫十七、訂定與修正程序規定，倘屬執行面之修正，由本署逕行修正。</p> <p>二、本署已於114年12月16日健保醫字第1140666365號公告，自115年1月1日起實施。</p>	<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
14	113_4_討(12)有關114年度「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」修訂案	<p>本案通過，修訂重點如下：</p> <p>一、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：刪除 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文字。</p> <p>二、請中醫全聯會參採全民健康保險會委員意見，並就方案內鈍化指標 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)進行修訂，擬具提升品質及鑑別度的指標。</p>	已列入本次會議討論事項第八案，擬討論後解除列管。	<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
15	113_4_討(13)有關「115年度總額地區預算分配方式」修訂案	<p>中醫全聯會建議版本如下：</p> <p>一、增列「風險移撥款」動支方式提撥及分配提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥400百萬元，由各季提撥100百萬元。自115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0.93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)。</p> <p>二、本案中醫全聯會業提案至全民健康保險會(下稱健保會)114年11月19日第7屆114年第9次委員會議討論。</p> <p>附帶事項：業經114年11月19日全民健康保險會第9次委員會議討論未達共識，該會將報請衛生福利部核示。</p>	<p>一、衛生福利部115年1月20日衛部保字第1141260589號核定，地區預算分配方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 各分區實際收入預算占率：64%。 2. 各分區戶籍人口數占率：17%。 <p>風險調整移撥款依協商共識。</p> <p>二、中全會115年1月21日(115)全聯醫總毅字第0183號函示，尊重衛福部裁示意見，原規劃風險調整移撥款之提撥及分配條文不另行修正，已列入本次會議報告事項第五案，擬報告後解除列管。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>解除列管 繼續列管</p>
16	113_4_臨時動議 西醫基層在114年春節期間看診研議予以鼓勵加成，中醫是否可比照辦理？	請本署醫務管理組攜回研議	考量中醫門診總額115年無編列春節加成預算，建議俟編列預算後再行研議，本案建議先行解除列管。	<p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>解除列管 繼續列管</p>

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
115年2月12日

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

1



大綱

- 115年度中醫門診總額協定結果
- 114Q4點值預估
- 近5年醫療供給及利用概況
- 114年專款執行報告
- 其他參考資料(114年及114Q4醫療供給及利用概況及114Q4專案執行報告)

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

2



115年中醫門診總額-核定結果 衛福部115.1.28公告

◆結論：總金額364.292億元，較114年增加18.996億元，成長率為5.500%。

◆決定事項重點：

一、一般服務項目：

1. 友善醫事人員環境提升中醫護理照護品質(增加3.751億元)(115年新增項目)：
2. 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)(增加0.507億元)(115年新增項目)
3. 中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分(增加0.30億元)。
4. 「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(115年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)與一般服務重複費用扣減(減少0.145億元)(115年新增項目)。
5. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(減少0.1百萬元)。



115年中醫門診總額決定重點

二、專款項目協定重點(增列預算)：

- (一)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：全年經費5.337億元(增加0.678億元)。
- (二)中醫癌症患者加強照護整合方案：全年經費4.325億元(增加0.802億元)。
- (三)中醫急症處置：全年經費0.208億元(增加0.108億元)。
- (四)「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，新增三項適應症：卵巢癌、鼻咽癌及膀胱癌。
- (五)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：1.808億元(增加0.284億元)。
- (六)照護機構中醫醫療方案：0.108億元(增加0.028億元)。
- (七)中醫三高病人加強照護計畫(115年新增項目)：0.53億元。
本計畫以3年為檢討期限(115~117年)，請會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年(117年7月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- (八)品質保證保留款：115年專款經費0.31億元(增加0.012億元)，與原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(0.228億元)合併運用(計0.538億元)。



115年中醫門診成長率項目表_一般服務

項 目	核定結果	
	成長率(%)	預估增加金額(百萬元)
A. 一般服務		
A1. 醫療服務成本及人口因素成長率	3.652%	1,214.2
投保人口預估成長率	0.320%	
人口結構改變率	0.824%	
醫療服務成本指數改變率	2.497%	
A2. 協商因素成長率	1.326%	441.2
1. 友善醫事人員環境提升中醫護理照護品質(115年新增項目)	1.128%	375.1
2. 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)(115年新增項目)	0.152%	50.7
3. 中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分	0.090%	30.0
4 「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(115年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)與一般服務重複費用扣減(115年新增項目)	-0.044%	-14.5
5. 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.0003%	-0.1
一般服務成長率	增加金額	4.978%
	總金額	1,655.4
		34,901.6



115年中醫門診成長率項目表_專款合計

項 目	核定結果	
	專款金額(百萬元)	增加金額(百萬元)
專款項目		
1. 醫療資源不足地區改善方案	183.0	0.0
2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫	533.7	67.8
3. 中醫提升孕產照護品質計畫	82.0	0.0
4. 中醫癌症患者加強照護整合方案(115年增加卵巢癌、鼻咽癌及膀胱癌)	432.5	80.2
5. 中醫急症處置	20.8	10.8
6. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	180.8	28.4
7. 照護機構中醫醫療方案	10.8	2.8
8. 中醫三高病人加強照護計畫(115年新增項目)	53.0	53.0
9. 品質保證保留款	31.0	1.2
專款總金額	1,527.6	244.2
較114年度核定總額成長率(一般服務+專款)	增加金額	1,899.6
	總金額	36,429.2
	5.500%	



114Q4點值預估說明

一、製表日期：115年2月6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%，其餘五區占率97.78%。

占率分配如下。

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

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

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

4. 分區調後總額以送核補報占率(99.69584556%)校正，該占率以最近1季結算金額計算得之。

三、預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採112下半年爭審後核減率，各分區分別計之。

四、風險移撥款6,000萬元，依113年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫撥補。



114年第4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4季	臺北	2,411	945	1,492	0.9828	0.9894	0	0
	北區	1,084	472	679	0.9000	0.9410	0	21.0
	中區	2,108	802	1,382	0.9449	0.9651	10	0
	南區	1,201	508	729	0.9502	0.9707	0	0
	高屏	1,334	556	848	0.9180	0.9505	0	0
	東區	185	59	110	1.1452	1.0944	0	0
註：合計	8,323	3,342	5,240	0.9505	0.9697	10	21.0	

1. 113Q4結算全區平均點值0.96348869

2. 調整後總額預算已加計風險調整移撥款補助情形



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

9



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12月	1,137	470	1,058	530	558	71	3,824
111年12月	1,159	482	1,074	535	567	68	3,885
112年12月	1,196	493	1,089	543	574	70	3,965
113年12月(A)	1,215	497	1,099	558	588	71	4,028
114年12月(B)	1,231	512	1,102	561	586	69	4,061
成長率(B/A)-1	1.3%	3.0%	0.3%	0.5%	-0.3%	-2.8%	0.8%
增減數B-A	16	15	3	3	-2	-2	33

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

10



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12月(A)	27	16	38	25	24	12	142
114年12月(B)	27	17	40	25	26	13	148
成長率(B/A)-1	0.0%	6.3%	5.3%	0.0%	8.3%	8.3%	4.2%
增減數B-A	0	1	2	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12月較去年同期家數增減名單：

北區(1)：增加1家：聯新國際醫院桃新分院

中區(2)：增加2家：員林基督教醫院、臺中市立老人復健綜合醫院

高屏(2)：增加2家：杏永醫院、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。



中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
110年12月	2,191	928	1,971	934	1,051	160	7,235
111年12月	2,235	954	2,017	959	1,086	157	7,408
112年12月	2,301	1,002	2,078	981	1,119	161	7,642
113年12月(A)	2,344	1,037	2,125	1,021	1,158	159	7,844
114年12月(B)	2,416	1,073	2,159	1,057	1,181	165	8,051
成長率(B/A)-1	3.1%	3.5%	1.6%	3.5%	2.0%	3.8%	2.6%
增減數B-A	72	36	34	36	23	6	207

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。

註2：成長率係與前一年同期比較。



醫院執業之中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
110年12月	242	116	258	154	122	59	951
111年12月	246	125	255	158	119	58	961
112年12月	247	129	280	168	119	63	1,006
113年12月(A)	249	128	293	176	126	57	1,029
114年12月(B)	268	130	306	177	135	56	1,072
成長率(B/A)-1	7.6%	1.6%	4.4%	0.6%	7.1%	-1.8%	4.2%
增減數B-A	19	2	13	1	9	-1	43

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表。
 註2：成長率係與前一年同期比較。



各分區每萬人口中醫師數

年度	110	111	112	113	114Q4
台北	2.92	3.00	3.06	3.12	3.24
北區	2.42	2.48	2.57	2.64	2.72
中區	4.33	4.44	4.55	4.66	4.75
南區	2.84	2.93	3.00	3.13	3.26
高屏	2.88	2.99	3.07	3.19	3.27
東區	2.99	2.95	3.04	3.03	3.17
總計	3.10	3.18	3.26	3.35	3.46



各分區每萬人口中醫師數 與全國比率

年度	110	111	112	113	114Q4
台北/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	1.37
南區/全區	0.92	0.92	0.92	0.93	0.94
高屏/全區	0.93	0.94	0.94	0.95	0.95
東區/全區	0.97	0.93	0.93	0.90	0.92
全區	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

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

15



114年第4季各縣市每萬人口中醫師數(一)

分區別	縣市別	中醫師數	人口數	每萬人口 中醫師數	醫人比
台北區	宜蘭縣	86	449,336	1.91	5,225
	基隆市	88	359,836	2.45	4,089
	臺北市	1,109	2,439,507	4.55	2,200
	新北市	1,125	4,044,831	2.78	3,595
	金門縣	8	139,313	0.57	17,414
	連江縣	0	13,621	0.00	0
		2,416	7,446,444	3.24	3,082
北區	桃園市	668	2,355,106	2.84	3,526
	新竹市	137	455,740	3.01	3,327
	新竹縣	140	597,235	2.34	4,266
	苗栗縣	128	531,172	2.41	4,150
		1,073	3,939,253	2.72	3,671
中區	臺中市	1,611	2,868,465	5.62	1,781
	南投縣	139	467,881	2.97	3,366
	彰化縣	409	1,210,206	3.38	2,959
		2,159	4,546,552	4.75	2,106

16



114年第4季各縣市每萬人口中醫師數(二)

分區別	縣市別	中醫師數	人口數	每萬人口中醫師數	醫人比
南區	雲林縣	166	650,989	2.55	3,922
	嘉義市	124	261,592	4.74	2,110
	嘉義縣	93	473,181	1.97	5,088
	臺南市	674	1,852,477	3.64	2,748
		1,057	3,238,239	3.26	3,064
高屏	高雄市	1,003	2,718,545	3.69	2,710
	屏東縣	173	782,256	2.21	4,522
	澎湖縣	5	106,716	0.47	21,343
		1,181	3,607,517	3.27	3,055
東區	花蓮縣	107	312,807	3.42	2,923
	臺東縣	58	208,320	2.78	3,592
		165	521,127	3.17	3,158
	總計	8,051	23,299,132	3.46	2,894



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12月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	13	12	5	12	23	15	80	21.7%
	0<X<1	17	10	14	23	19	4	87	23.6%
	1≤X<2	13	10	10	19	14	4	70	19.0%
	2≤X<3	9	8	8	7	7	2	41	11.1%
	3≤X	18	7	31	16	14	4	90	24.5%
	合計		70	47	68	77	77	29	368
114年12月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	14	12	4	10	24	15	79	21.5%
	0<X<1	16	9	16	24	18	5	88	23.9%
	1≤X<2	13	9	11	19	11	3	66	17.9%
	2≤X<3	8	9	6	7	11	2	43	11.7%
	3≤X	19	8	31	17	13	4	92	25.0%
	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	1	0	-1	-2	1	0	-1	
	0<X<1	-1	-1	2	1	-1	1	1	
	1≤X<2	0	-1	1	0	-3	-1	-4	
	2≤X<3	-1	1	-2	0	4	0	2	
	3≤X	1	1	0	1	-1	0	2	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

註：無中醫師鄉鎮(-1)：台北區(+1)增加金門縣金寧鄉；
北區(0)增加新竹縣橫山鄉、苗栗縣西湖鄉，減少新竹縣寶山鄉、苗栗縣卓蘭鎮；
中區(-1)：南投縣鹿谷鄉；南區(-2)減少雲林縣口湖鄉、嘉義縣溪口鄉；
高屏區(+1)：高雄市甲仙區



近5年整體費用申報概況

項目	申報件數		申報醫療點數		平均每件醫療點數	
	值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
110年	34,921.2	-10.5%	26,886.6	-6.9%	769.9	4.0%
111年	41,374.7	18.5%	31,359.5	16.6%	757.9	-1.6%
112年	44,091.6	6.6%	34,296.8	9.4%	777.9	2.6%
113年	42,604.2	-3.4%	34,308.9	0.0%	805.3	3.5%
114年	42,732.8	0.3%	35,436.8	3.3%	829.3	3.0%

註1：資料來源：截至115年1月31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

19



近5年整體申報費用點數 【費用分類】

項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
	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
近五年										
110年	10,006.7	35.2%	159.6	5.9%	11,118.9	4.9%	5,601.4	36.0%	26,886.6	-6.9%
111年	11,925.5	19.2%	179.4	12.4%	12,962.0	16.6%	6,292.5	12.3%	31,359.5	16.6%
112年	12,796.3	7.3%	194.3	8.3%	13,771.8	6.2%	7,534.4	19.7%	34,296.8	9.4%
113年	12,621.3	-1.4%	189.8	-2.3%	13,381.3	-2.8%	8,116.6	7.7%	34,308.9	0.0%
114年	13,257.9	5.0%	187.0	-1.5%	13,446.4	0.5%	8,545.6	5.3%	35,436.8	3.3%

註1：資料來源：截至115年1月31日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年調高針灸、傷科、針傷科支付標準；112年3月調高針傷合併處置費調高為「針灸+傷科治療點數」，114年5月每日藥費調升1點(37點到38點)。

Bureau of National Health Insurance

20



近5年整體申報醫療費用點數 【案件分類】(1)

近五年/ 案件分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無 中醫鄉巡迴 醫療服務	
	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
110年	12,975.1	-11.3%	606.3	7.9%	5,412.2	0.3%	214.8	-17.3%
111年	15,577.5	20.1%	725.0	19.6%	6,263.0	15.7%	248.5	15.7%
112年	16,136.5	3.6%	940.0	29.7%	7,118.3	13.7%	264.3	6.3%
113年	15,143.8	-6.2%	1,103.9	17.4%	7,487.7	5.2%	293.7	11.1%
114年	14,914.4	-1.5%	1,332.9	20.7%	8,225.3	9.9%	305.7	4.1%

註1：資料來源：截至115年1月31日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：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

21



近5年整體申報醫療費用點數 【案件分類】(2)

近五年/ 案件分類	28. 中醫慢性病 連續處方調劑		29. 中醫針灸、傷 科及脫臼整復		30. 中醫特定疾 病門診加強照 護		31. 中醫居家 (108.6新增)		合計	
	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
110年	3.11	-0.4%	7,487.4	-4.9%	101.9	-12.9%	85.8	191.8%	26,886.6	-6.9%
111年	4.07	31.1%	8,312.1	11.0%	96.6	-5.2%	132.6	54.6%	31,359.5	16.6%
112年	10.19	150.3%	9,532.0	14.7%	110.6	14.6%	184.9	39.4%	34,296.8	9.4%
113年	21.70	112.9%	9,892.0	3.8%	133.9	21.0%	232.3	25.7%	34,308.9	0.04%
114年	29.91	37.8%	10,184.8	3.0%	156.0	16.5%	287.9	23.9%	35,436.8	3.3%

註1：資料來源：截至115年1月31日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

22



近5年醫院中醫科費用申報概況

項目	申報件數		申報醫療點數		平均每件醫療點數	
	值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
110年	2,978.3	-9.0%	3,212.1	-4.2%	1,078.5	5.2%
111年	3,528.6	18.5%	3,770.4	17.4%	1,068.5	-0.9%
112年	3,980.3	12.8%	4,480.4	18.8%	1,125.6	5.3%
113年	4,099.4	3.0%	4,832.3	7.9%	1,178.8	4.7%
114年	4,366.8	6.5%	5,303.8	9.8%	1,214.6	3.0%

註1：資料來源：截至115年1月31日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

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

23



近5年醫院中醫科申報費用點數 【費用分類】

項目	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
	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
近五年										
110年	1,311.7	-8.1%	62.2	-8.5%	912.2	-8.8%	926.0	7.8%	3,212.1	-4.2%
111年	1,528.7	16.5%	74.1	19.1%	1,076.5	18.0%	1,091.2	17.8%	3,770.4	17.4%
112年	1,730.1	13.2%	82.3	11.2%	1,211.2	12.5%	1,456.7	33.5%	4,480.4	18.8%
113年	1,803.6	4.2%	84.7	2.9%	1,234.5	1.9%	1,709.5	17.4%	4,832.3	7.9%
114年	1,979.2	9.7%	90.6	6.9%	1,312.3	6.3%	1,921.6	12.4%	5,303.8	9.8%

註1：資料來源：截至115年1月31日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年調高針灸、傷科、針灸科支付標準；112年3月調高針灸併處置費調高為「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)。

24



近5年醫院中醫科申報費用點數 【案件分類】(1)

近五年/ 案件分類	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務	
	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
110年	502.4	-12.9%	508.7	12.9%	1,374.0	-8.7%	24.9	-16.4%
111年	618.9	23.2%	603.3	18.6%	1,565.9	14.0%	35.1	41.1%
112年	615.2	-0.6%	770.7	27.7%	1,792.9	14.5%	44.2	25.9%
113年	548.9	-10.8%	891.8	15.7%	1,913.8	6.7%	52.4	18.7%
114年	568.5	3.6%	1,059.2	18.8%	2,072.5	8.3%	56.6	8.0%

註1：資料來源：截至115年1月31日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：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

25



近5年醫院中醫科申報費用點數 【案件分類】(2)

近五年/ 案件分類	28. 中醫慢性病 連續處方調劑		29. 中醫針灸、傷 科及脫臼整復		30. 中醫特定疾 病門診加強照護		31. 中醫居家 (108.6新增)		合計	
	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
110年	2.91	0.2%	706.0	0.2%	66.2	-9.7%	26.9	0%	3,212.1	-4.2%
111年	3.91	34.5%	827.2	17.2%	65.7	-0.9%	50.3	0%	3,770.4	17.4%
112年	7.16	83.1%	1,102.2	33.2%	78.7	19.8%	69.4	38.0%	4,480.4	18.8%
113年	13.03	81.9%	1,233.4	11.9%	96.4	22.5%	82.5	18.9%	4,832.3	7.9%
114年	19.65	50.8%	1,327.5	7.6%	111.2	15.4%	88.5	7.3%	5,303.8	9.8%

註1：資料來源：截至115年1月31日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：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。

26



114年中醫專款執行報告 (含醫院層級執行情形)



中醫專款計畫

- 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)
 - 中醫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



西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

114年全年預算465.9百萬點，全年預算執行率98.5%。

院所層級	114全年			
	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	16	9,891	133.6	142.90
區域醫院	45	12,607	177.4	200.98
地區醫院	59	5,335	98.0	115.26
總計	120	24,327	408.9	459.14

資料來源：截至115年1月31日多模型健保資料平台。

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

29



中醫癌症病人加強照護整合方案

114年全年預算352.3百萬點，全年預算執行率100.0%(118.2%)。

院所層級	114全年			
	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	16	9,478	108.6	159.41
區域醫院	47	7,995	109.9	177.71
地區醫院	34	1,733	25.1	31.98
基層院所	186	3,351	38.3	47.39
總計	283	22,025	281.9	416.50

資料來源：截至115年1月31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

30



中醫提升孕產照護品質計畫

114年全年預算82.0百萬點，全年預算執行率96.2%。

院所層級	114全年			
	院所家數	照護人數	照護人次 (千次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	9	813	6.8	7.19
區域醫院	15	1,256	16.9	19.49
地區醫院	16	266	2.5	2.50
基層院所	159	4,753	46.2	49.68
總計	199	7,019	72.4	78.86

資料來源：截至115年1月31日多模型健保資料平台。

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

31



中醫急症處置計畫

114年全年預算10百萬點，全年預算執行率100%(148.2%)。

院所層級	114全年			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數 (萬點)
醫學中心	5	3,717	4,317	1466.2
區域醫院	5	124	126	14.2
地區醫院	1	4	5	1.1
總計	11	3,845	4,448	1,481.5

資料來源：截至115年1月31日多模型健保資料平台。

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

32



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

114年全年預算152.4百萬點，全年預算執行率100%(117.8%)。

院所層級	114全年			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	11	2,534	19,928	36.54
區域醫院	29	1,859	17,008	27.66
地區醫院	29	1,130	10,831	17.96
基層院所	216	7,673	68,073	97.37
總計	285	13,038	115,840	179.54

資料來源：截至115年1月31日多模型健保資料平台。

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

33



照護機構中醫醫療照護方案(論次)

114年全年預算8.0百萬點，全年預算執行率100%(112.8%)。

院所層級	114全年	
	院所家數	醫療點數 (百萬點)
醫學中心	9	0.64
區域醫院	24	1.74
地區醫院	29	1.49
基層院所	87	5.15
總計	149	9.03

註：本表中醫照護含論次點數。

資料來源：截至115年1月31日多模型健保資料平台。

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

34



114年分區申報專款費用點數

單位：百萬點

114全年

分區別	住院 輔助	癌症 整合	孕產	急症	腎病	機構 照護	合計	占率
台北	93.6	61.3	8.7	0.2	25.9	1.4	191.2	16.5%
北區	25.6	47.7	6.0	0.0	23.5	1.2	103.9	9.0%
中區	194.3	127.2	32.2	0.4	66.8	3.4	424.3	36.6%
南區	70.3	86.1	18.6	0.0	20.4	1.4	196.9	17.0%
高屏	63.9	82.6	12.4	.	32.6	1.0	192.5	16.6%
東區	11.4	11.6	0.9	14.2	10.3	0.6	49.1	4.2%
全署	459.1	416.5	78.9	14.8	179.5	9.0	1157.9	100.0%

註：中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(論次)

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

35



小結

- 114年癌症病人加強照護整合計畫、中醫急症處置計畫、中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫及照護機構中醫醫療照護方案等執行率已超出100%，將以浮動點值結算。

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

36



敬請指教

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

37



其他參考資料 (114年及114第4季)

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

38



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
114年	臺北	12,156.1	0.2%	9,919.1	3.5%	816.0	3.3%
	北區	5,731.5	0.4%	4,745.8	3.8%	828.0	3.4%
	中區	11,171.5	-0.3%	9,106.6	2.1%	815.2	2.4%
	南區	6,028.4	-0.5%	5,107.0	2.6%	847.2	3.1%
	高屏	6,868.2	1.8%	5,756.9	4.4%	838.2	2.6%
	東區	777.2	4.0%	801.4	8.0%	1031.1	3.9%
	全區	42,732.8	0.3%	35,436.8	3.3%	829.3	3.0%

註1：資料來源：截至115年1月31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

39



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
114年	臺北	3,752.9	4.7%	49.6	-3.8%	3,850.0	0.7%	2,266.6	6.7%	9,919.1	3.5%
	北區	1,892.9	5.7%	18.9	-8.8%	1,823.3	0.8%	1,010.7	6.3%	4,745.8	3.8%
	中區	3,174.4	4.2%	53.3	0.6%	3,482.0	-0.5%	2,396.9	3.2%	9,106.6	2.1%
	南區	2,005.0	5.2%	26.5	-0.4%	1,880.1	-0.3%	1,195.4	2.9%	5,107.0	2.6%
	高屏	2,187.2	5.7%	33.8	1.3%	2,167.6	1.9%	1,368.3	6.8%	5,756.9	4.4%
	東區	245.6	9.3%	4.8	7.0%	243.3	3.3%	307.6	11.0%	801.4	8.0%
	合計	13,257.9	5.0%	187.0	-1.5%	13,446.4	0.5%	8,545.6	5.3%	35,436.8	3.3%

註1：資料來源：截至115年1月31日倉儲資料。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。
 註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年調高針灸、傷科、針傷科支付標準；112年3月調高針灸合併處置費調高為「針灸+傷科治療點數」，114年5月每日藥費調升1點(37點到38點)。

40



整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(1)

年季	案件分類/ 分區	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114年	臺北	4,172.9	-1.6%	221.3	23.6%	2,409.7	8.8%	28.2	8.4%
	北區	1,993.3	-2.0%	123.4	15.5%	1,315.1	10.6%	67.5	17.0%
	中區	4,077.8	-1.6%	490.5	22.3%	1,714.9	10.1%	44.1	15.4%
	南區	2,026.9	-3.0%	225.8	15.5%	1,380.9	11.2%	50.9	-10.3%
	高屏	2,439.6	0.3%	212.5	18.4%	1,258.6	9.0%	65.1	3.4%
	東區	203.8	2.0%	59.6	42.3%	146.1	14.4%	50.0	-4.2%
	全區	14,914.4	-1.5%	1,332.9	20.7%	8,225.3	9.9%	305.7	4.1%

註1：資料來源：截至115年1月31日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：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

41



整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	案件分類/ 分區	28. 中醫慢性病 連續處方調劑		29. 中醫針灸、傷 科及脫臼整復		30. 中醫特定疾 病門診加強照護		31. 中醫居家 (108.6新增)		合計	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114年	臺北	9.16	26.0%	3,020.6	5.3%	21.8	27.8%	35.51	32.7%	9,919.1	3.5%
	北區	13.20	62.0%	1,185.7	4.4%	17.7	18.2%	29.93	23.0%	4,745.8	3.8%
	中區	4.11	26.1%	2,658.2	-0.6%	31.0	10.7%	86.11	15.9%	9,106.6	2.1%
	南區	1.21	11.3%	1,342.7	1.3%	34.4	5.4%	44.16	25.1%	5,107.0	2.6%
	高屏	1.95	11.7%	1,696.8	4.7%	43.8	19.4%	38.74	72.5%	5,756.9	4.4%
	東區	0.28	46.0%	280.9	5.5%	7.3	58.9%	53.41	8.8%	801.4	8.0%
	全區	29.91	37.8%	10,184.8	3.0%	156.0	16.5%	287.86	23.9%	35,436.8	3.3%

註1：資料來源：截至115年1月31日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：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

42



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
114年	臺北	1,138.9	3.5%	1,397.9	8.4%	1,227.5	4.7%
	北區	489.9	7.0%	641.3	11.0%	1,309.2	3.7%
	中區	1,257.0	6.1%	1,429.1	8.0%	1,136.9	1.8%
	南區	745.8	5.4%	941.2	8.4%	1,262.0	2.8%
	高屏	574.9	14.3%	673.2	17.1%	1,170.9	2.5%
	東區	160.3	10.0%	221.1	11.9%	1,379.2	1.7%
	全區	4,366.8	6.5%	5,303.8	9.8%	1,214.6	3.0%

註1：資料來源：截至115年1月31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

43



醫院中醫科申報 醫療費用點數【費用分類+分區別】

年	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
114年	臺北	593.0	7.5%	24.2	2.2%	347.6	4.4%	433.1	13.5%	1,397.9	8.4%
	北區	289.7	11.8%	9.9	8.7%	142.6	6.7%	199.1	13.1%	641.3	11.0%
	中區	460.9	8.9%	26.2	6.3%	371.3	4.7%	570.7	9.5%	1,429.1	8.0%
	南區	336.3	8.3%	15.0	6.9%	218.1	5.6%	371.7	10.2%	941.2	8.4%
	高屏	236.4	16.9%	11.8	18.5%	183.2	14.2%	241.8	19.6%	673.2	17.1%
	東區	62.9	10.5%	3.6	6.2%	49.5	7.3%	105.1	15.3%	221.1	11.9%
	合計	1,979.2	9.7%	90.6	6.9%	1,312.3	6.3%	1,921.6	12.4%	5,303.8	9.8%

註1：資料來源：截至115年1月31日倉儲資料。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。
 註4：108年3月每日藥費調升2點(33點到35點)；109年3月每日藥費調升2點(35點到37點)；110年調高針灸、傷科、針傷科支付標準；112年3月調高針灸併處置費調高為「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)。

44



醫院中醫科申報

醫療費用點數【案件分類+分區別】(1)

年	案件分類/ 分區	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務	
		值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率
114年	臺北	132.4	-5.9%	186.1	20.4%	666.4	7.4%	6.5	11.7%
	北區	41.9	1.8%	96.9	11.0%	347.2	10.9%	5.3	8.0%
	中區	207.6	9.6%	377.8	17.1%	420.3	5.0%	7.7	10.1%
	南區	88.1	1.3%	195.6	16.3%	333.5	6.0%	25.2	9.5%
	高屏	77.8	7.4%	156.5	23.0%	246.2	15.9%	7.9	10.6%
	東區	20.9	14.6%	46.3	45.2%	58.8	11.2%	3.9	-12.4%
	全區	568.5	3.6%	1,059.2	18.8%	2,072.5	8.3%	56.6	8.0%

註1：資料來源：截至115年1月31日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔。

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

45



醫院中醫科申報

醫療費用點數【案件分類+分區別】(2)

年	案件分類/ 分區	28. 中醫慢性病 連續處方調劑		29. 中醫針灸、傷 科及脫臼整復		30. 中醫特定疾 病門診加強照 護		31. 中醫居家 (108.6新增)		合計	
		值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率		
114年	臺北	5.87	31.0%	368.8	9.4%	17.3	25.6%	14.49	13.5%	1,397.9	8.4%
	北區	11.11	73.6%	126.2	11.2%	7.7	8.2%	4.98	9.7%	641.3	11.0%
	中區	1.75	40.3%	363.2	2.8%	25.7	10.9%	24.91	-4.6%	1,429.1	8.0%
	南區	0.34	-5.4%	247.3	8.9%	29.4	4.0%	21.76	8.5%	941.2	8.4%
	高屏	0.44	0.0%	147.8	17.0%	25.6	24.0%	11.05	33.2%	673.2	17.1%
	東區	0.15	0.0%	74.2	-2.3%	5.5	62.4%	11.35	5.4%	221.1	11.9%
	全區	19.65	50.8%	1,327.5	7.6%	111.2	15.4%	88.54	7.3%	5,303.8	9.8%

註1：資料來源：截至115年1月31日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。0係今年及前一年皆無申報。

註4：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。

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

46



114年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

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
114Q4	臺北	3,025.2	0.6%	2,506.4	4.5%	828.5	3.9%
	北區	1,427.4	1.0%	1,206.4	5.5%	845.2	4.5%
	中區	2,809.8	-0.6%	2,330.7	2.4%	829.5	3.0%
	南區	1,521.5	-0.1%	1,313.5	3.7%	863.3	3.8%
	高屏	1,743.0	3.7%	1,484.6	7.3%	851.7	3.5%
	東區	196.1	3.0%	205.1	6.7%	1046.1	3.5%
	全區	10,722.9	0.8%	9,046.7	4.5%	843.7	3.7%

註1：資料來源：截至115年1月31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



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
114Q4	臺北	949.5	6.2%	12.3	-3.3%	961.1	1.1%	583.5	8.1%	2,506.4	4.5%
	北區	480.0	7.1%	4.7	0.6%	455.9	1.4%	265.7	10.5%	1,206.4	5.5%
	中區	810.2	5.2%	13.5	1.2%	876.1	-0.9%	631.0	3.7%	2,330.7	2.4%
	南區	514.7	6.7%	6.8	1.1%	474.8	0.0%	317.2	4.7%	1,313.5	3.7%
	高屏	562.5	9.2%	8.5	2.5%	551.1	3.6%	362.5	10.6%	1,484.6	7.3%
	東區	63.0	9.6%	1.2	-1.0%	61.5	2.8%	79.5	7.6%	205.1	6.7%
	合計	3,379.9	6.7%	47.0	0.1%	3,380.6	0.9%	2,239.3	7.0%	9,046.7	4.5%

註1：資料來源：截至115年1月31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)。

49



整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(1)

年季	案件分類/ 分區	21. 中醫一般案件		22. 中醫 其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無 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
114Q4	臺北	1,035.7	-1.4%	60.7	21.4%	610.9	9.6%	7.2	4.6%
	北區	491.1	-2.0%	34.4	21.3%	335.9	11.3%	18.0	15.0%
	中區	1,022.4	-1.6%	132.9	16.7%	432.7	8.7%	13.4	39.1%
	南區	505.3	-3.0%	60.4	13.4%	355.3	11.8%	14.3	-7.0%
	高屏	615.7	1.4%	58.6	18.6%	323.1	13.1%	17.6	11.6%
	東區	51.1	0.7%	15.6	18.6%	37.1	12.2%	12.2	-3.5%
	全區	3,721.2	-1.3%	362.6	17.7%	2,095.0	10.6%	82.7	8.9%

註1：資料來源：截至115年1月31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

50



申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

年季	案件分類/ 分區	28. 中醫慢性病 連續處方調劑		29. 中醫針灸、傷科 及脫臼整復		30. 中醫特定疾 病門診加強照護		31. 中醫居家 (108.6新增)		合計	
		值 (萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114Q4	臺北	226.9	34.5%	773.8	7.5%	6.0	36.4%	9.82	30.5%	2,506.4	4.5%
	北區	268.9	1.2%	311.5	10.1%	4.5	16.5%	8.31	26.0%	1,206.4	5.5%
	中區	104.2	37.0%	697.8	1.8%	8.4	11.4%	22.07	5.8%	2,330.7	2.4%
	南區	29.6	47.0%	356.9	4.7%	8.7	-3.1%	12.21	27.5%	1,313.5	3.7%
	高屏	42.8	22.5%	445.5	9.1%	11.9	19.5%	11.76	75.6%	1,484.6	7.3%
	東區	5.8	115.5%	73.2	7.0%	2.0	62.4%	13.88	6.3%	205.1	6.7%
	全區	678.1	19.3%	2,658.9	6.1%	41.5	15.4%	78.05	21.4%	9,046.7	4.5%

註1：資料來源：截至115年1月31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。

51



醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	項目 分區	申報件數		申報醫療點數		平均每件 醫療點數	
		值 (千件)	成長率	值 (百萬點)	成長率	值	成長率
114Q4	臺北	289.1	2.4%	360.4	7.4%	1,246.5	4.9%
	北區	126.8	8.1%	167.1	11.2%	1,318.1	2.9%
	中區	323.6	3.9%	372.0	6.1%	1,149.5	2.1%
	南區	193.5	5.0%	247.1	8.3%	1,276.7	3.1%
	高屏	151.4	14.0%	179.3	17.9%	1,184.0	3.4%
	東區	41.2	11.7%	56.4	10.7%	1,368.4	-0.9%
	全區	1,125.7	5.7%	1,382.3	9.1%	1,227.9	3.2%

註1：資料來源：截至115年1月31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

52



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
114Q4	臺北	153.2	8.4%	6.1	2.0%	87.9	2.9%	113.2	10.2%	360.4	7.4%
	北區	74.1	9.9%	2.5	7.6%	37.4	9.6%	53.0	14.6%	167.1	11.2%
	中區	120.0	8.9%	6.7	3.6%	95.0	2.9%	150.3	6.1%	372.0	6.1%
	南區	87.9	9.7%	3.9	8.2%	56.8	6.2%	98.4	8.3%	247.1	8.3%
	高屏	62.6	19.5%	3.1	20.5%	48.4	14.3%	65.2	18.9%	179.3	17.9%
	東區	16.2	15.3%	0.9	6.2%	12.7	10.5%	26.5	8.4%	56.4	10.7%
	合計	514.1	10.4%	23.3	6.5%	338.2	5.9%	506.7	10.0%	1,382.3	9.1%

註1：資料來源：截至115年1月31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)。

53



醫院中醫科申報 醫療費用點數【案件分類+分區別】(1)

年季	案件分類/ 分區	21. 中醫一般案件		22. 中醫其他專案		24. 中醫慢性病		25. 中醫至無 中醫鄉巡迴醫 療服務	
		值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
114Q4	臺北	31.9	-7.3%	49.7	14.9%	171.4	6.6%	1.7	12.1%
	北區	10.3	1.1%	26.4	12.4%	89.6	11.0%	1.3	-17.3%
	中區	53.6	9.2%	99.0	9.8%	108.0	4.4%	2.1	8.0%
	南區	22.0	-2.2%	52.0	13.5%	86.8	7.8%	6.8	6.9%
	高屏	19.5	5.0%	43.4	23.3%	65.1	18.1%	2.1	12.1%
	東區	4.9	4.9%	12.6	22.7%	15.3	14.9%	0.9	-15.0%
	全區	142.3	2.0%	283.2	14.1%	536.1	8.6%	14.9	3.9%

註1：資料來源：截至115年1月31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案之論量計酬費用自114年起移列一般服務。

54



醫院中醫科申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(2)

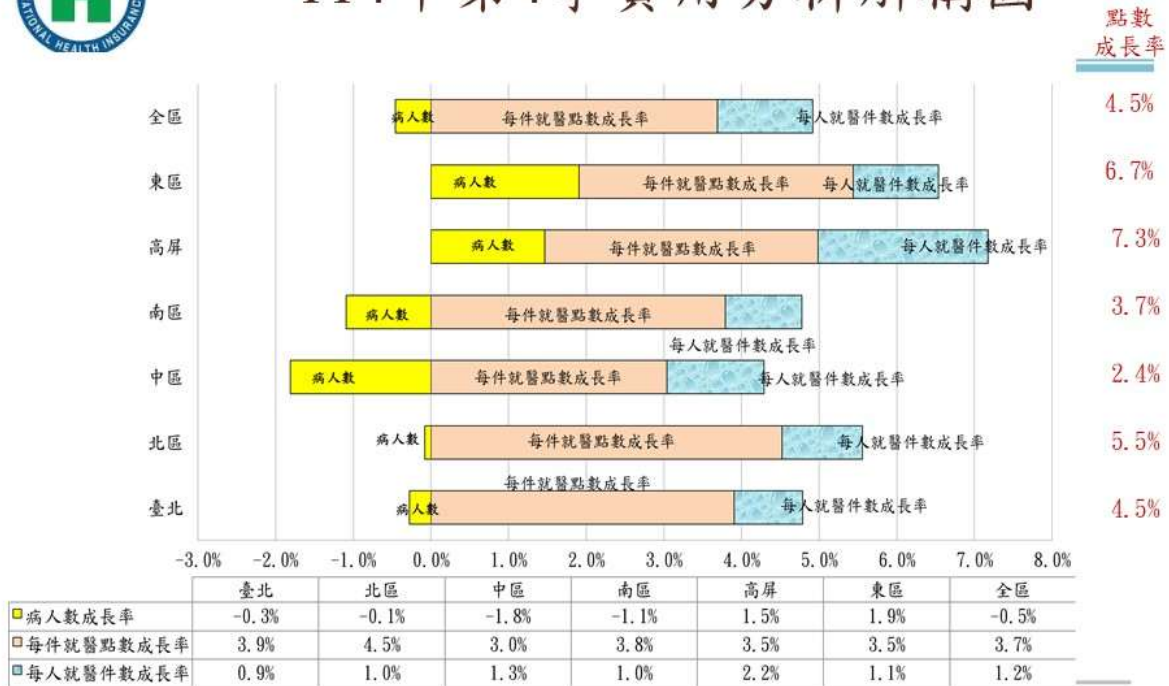
年季	案件分類/分區	28. 中醫慢性病連續處方調劑		29. 中醫針灸、傷科及脫臼整復		30. 中醫特定疾病門診加強照護		31. 中醫居家(108.6新增)		合計	
		值(萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率
114Q4	臺北	149.0	38.0%	95.9	9.6%	4.6	31.5%	3.78	6.7%	360.4	7.4%
	北區	219.0	-6.3%	33.9	16.2%	2.0	20.1%	1.41	34.1%	167.1	11.2%
	中區	46.2	45.0%	96.1	4.0%	6.7	5.9%	6.05	-11.8%	372.0	6.1%
	南區	8.9	46.3%	66.2	11.3%	7.4	-5.3%	5.63	4.1%	247.1	8.3%
	高屏	9.3	6.0%	39.1	17.6%	6.9	20.7%	3.04	36.2%	179.3	17.9%
	東區	4.4	0.0%	18.4	1.6%	1.6	67.6%	2.71	6.1%	56.4	10.7%
	全區	436.9	12.1%	349.6	9.3%	29.3	12.3%	22.61	4.5%	1,382.3	9.1%

註1：資料來源：截至115年1月31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



114年第4季費用分析解構圖



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



西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

累計至第4季預算執行率98.5%

114Q4

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	3,167	35.4	38.0
區域醫院	45	3,965	45.1	51.2
地區醫院	57	1,879	26.0	31.0
總計	118	8,041	106.6	120.2

註：114年全年預算465.9百萬點，第1季支用104.3百萬點，第2季支用118.0百萬點，第3季支用116.5百萬點，114全年累計至第4季預算執行率98.5%。

資料來源：截至115年1月31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

57



中醫癌症病人加強照護整合方案

累計至第4季預算執行率100%(118.2%)

114Q4

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	5,457	29.4	43.2
區域醫院	44	4,602	29.9	48.3
地區醫院	34	1,040	7.2	9.2
基層院所	177	1,983	11.1	13.5
總計	271	12,973	77.7	114.2

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101.7百萬點，第3季支用101.7百萬點，114全年累計至第4季預算執行率100%。

資料來源：截至115年1月31日多模型健保資料平台。

健康保險署
Health Insurance

58



中醫提升孕產照護品質計畫

累計至第4季預算執行率96.2%

114Q4

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	390	1.7	1.7
區域醫院	13	648	4.3	5.0
地區醫院	13	137	0.6	0.6
基層院所	136	2,223	12.6	13.6
總計	171	3,383	19.2	20.9

註：114年全年預算82.0百萬點，第1季支出17.34百萬點，第2季支出19.8百萬點，第3季支出20.8百萬點，114全年累計至第4季預算執行率96.2%。
資料來源：截至115年1月31日多模型健保資料平台。

健康保險署
Health Insurance

59



中醫急症處置計畫

累計至第4季預算執行率100%(148.2%)

114Q4

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次 (次)	醫療點數 (萬點)
醫學中心	3	1,040	1,092	374.8
區域醫院	4	39	39	4.6
地區醫院	1	1	1	0.3
總計	8	1,080	1,132	379.6

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、基隆長庚紀念醫院、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
- 114Q4：醫學中心：林口長庚紀念醫院、中國醫藥大學附設醫院、花蓮慈濟醫院
區域醫院：基隆長庚紀念醫院、部立台北醫院、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115年1月31日多模型健保資料平台。

Bureau of National Health Insurance

60



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 累計至第4季預算執行率100%(117.8%)

114Q4

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	1,639	5,171	9.5
區域醫院	24	1,317	5,659	9.0
地區醫院	27	746	3,409	5.5
基層院所	205	4,323	19,700	27.8
	267	7,995	33,939	51.8

註：114年全年預算152.4百萬點，第1季支用36.3百萬點，第2季支用43.1百萬點，第3季支用48.0百萬點，114全年累計至第4季預算執行率100%。
資料來源：截至115年1月31日多模型健保資料平台。

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

61



照護機構中醫醫療照護方案(論次) 累計至第4季預算執行率100%(112.8%)

114Q4

院所層級	院所家數	醫療點數 (萬點)
醫學中心	8	17.1
區域醫院	22	46.3
地區醫院	27	43.6
基層院所	84	158.4
總計	141	265.4

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2.204百萬點，第3季支用2.474百萬點，114全年累計至第4季預算執行率100%。
資料來源：截至115年1月31日多模型健保資料平台。

Bureau of National Health Insurance

62



單位:百萬點

114Q4分區申報專案費用點數

114Q4

分區別	住院輔助	癌症整合	孕產	急症	腎臟病	機構照護	合計	占率
臺北	24.3	16.9	2.4	0.04	7.5	0.5	51.5	16.4%
北區	7.3	13.6	1.5	0.01	6.4	0.3	29.2	9.3%
中區	49.5	34.5	9.1	0.11	20.0	1.0	114.2	36.4%
南區	18.5	23.3	4.8	0.003	5.5	0.4	52.5	16.7%
高屏	17.1	22.8	3.0	0.00	9.7	0.3	52.9	16.9%
東區	3.4	3.1	0.2	3.63	2.7	0.2	13.2	4.2%
全署	120.2	114.2	20.9	3.80	51.8	2.7	313.6	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

63

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：114年第3季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

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

二、有關114年第3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號核定函所公告「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3季風險調整移撥款撥補就醫率最高分區(中區)1,000萬元；其中北區當季浮動點值未達0.9，移撥該分區約45.3百萬元，全年風險調整移撥款尚未支用金額21.6百萬元(頁次：報3-34頁)。

(二)114年第3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)
臺北	0.96045502	0.97563260	0.97574848
北區	0.90000000	0.94068504	0.94224795
中區	0.92602114	0.95311282	0.95292022
南區	0.92308725	0.95464836	0.95436163
高屏	0.93197888	0.95895390	0.95823175
東區	1.14778279	1.09653700	1.07104549
全區	0.93780907	0.96190948	0.96164922

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、西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫提升孕產照護品質計畫、中醫癌症病人加強照護整合方案、中醫急症處置計畫

、中醫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3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)
臺北	0.94909042	0.96836716	0.96902597
北區	0.83611075	0.90120594	0.90446412
中區	0.89442368	0.93190903	0.93257208
南區	0.88665772	0.93162164	0.93287485
高屏	0.91523556	0.94792993	0.94796182
東區	1.15849258	1.10546058	1.08483563
全區	0.91014534	0.94410708	0.94490254

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、西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫提升孕產照護品質計畫、中醫癌症病人加強照護整合方案、兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、中醫急症處置計畫、中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫、中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案、網路頻寬補助費用、品質保證保留款之預算及點數。其中113年每季品質保證保留款係以全年實際核發數除以4估算。

(四) 中醫專款計畫：

各專案項目執行情形如下表：

專款項目	114Q3			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)	67,775	38,667	29,108	1.00000000
2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	128,442	115,654	12,788	1.00000000
3. 中醫提升孕產照護品質計畫	24,446	20,755	3,691	1.00000000
4. 癌症患者加強照護整合方案	88,075	110,137	-22,062	0.79277811
5. 中醫急症處置計畫	2,500	3,572	-1,072	0.69959844
6. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	38,100	47,887	-9,787	0.79562874
7. 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案	2,157	2,559	-402	0.84290739
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114Q3為9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：

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)114年第3季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

$$\begin{aligned}
 &= 114\text{年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算合計(OPD_G114合計)} \times \text{各季預算占率}(h_q3) \\
 &= 32,885,746,511 \times 25.814848\%(h_q3) \\
 &= 8,489,405,475 (D1)
 \end{aligned}$$

註：

- 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%。
- 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

$$\begin{aligned}
 &= 114\text{年全年預算} - 114\text{年第1季調整後預算} - 114\text{年第2季調整後預算} - 114\text{年第3季調整後預算} \\
 &= 32,885,746,511\text{元} - 7,722,280,653\text{元} - 8,269,560,643\text{元} - 8,489,405,475\text{元} \\
 &= 8,404,499,740\text{元}。
 \end{aligned}$$

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

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

項目	114年調整後各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算	醫療資源不足 地區之論量計 酬結算金額
	(OPD_114) =(Q114- C106)	(B4)
第1季	8,005,293,479	51,887,901
第2季	8,197,672,804	72,409,761
第3季	8,090,756,349	74,859,261
第4季	8,592,023,879	0
合 計	32,885,746,511	199,156,923

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： 9

(1)獎勵開業已支用點數 : 6,428,900(L1) (浮動點數 : 4,419,701 ; 非浮動點數 : 2,009,199)

(2)獎勵開業保障給付收入 : 8,617,071(L2)

(3)獎勵開業論次費用 : 0(L3)

(4)小計已支用點數(L1+L3) : 6,428,900(L4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(L3)= 8,617,071(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 : 3,029,338(L6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 27,020,600(L7)

(3)小計已支用點數 : 30,049,938(L8) 暫結金額= 1元/點× 30,049,938(L8)= 30,049,938(L9)

3. 合計:

已支用點數： 36,478,838(L4+L8)

暫結金額： 38,667,009(L10=L5+L9)

未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 67,775,363 - 38,667,009= 29,108,354

=====
 第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=183,000,000/4+ 29,108,354= 74,858,354

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= 74,858,354 - 0= 74,858,354

=====

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： 10

(1)獎勵開業已支用點數： 16,252,527(N1) (浮動點數： 11,103,768；非浮動點數： 5,148,759)

(2)獎勵開業保障給付收入： 21,927,955(N2)

(3)獎勵開業論次費用： 0(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3)： 16,252,527(N4) 結算金額=獎勵開業保障給付收入+論次費用結算金額=21,927,955(N5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數： 8,397,891(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 77,815,800(N7)

(3)小計已支用點數： 86,213,691(N8) 結算金額=86,213,691(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： 102,466,218(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+ 38,667,009+ 0=108,141,646

未支用金額=全年預算-全年暫結金額=183,000,000-108,141,646=74,858,354

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：	85,156,352(X01)	82,012,180(XF01)	3,144,172(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	12,234,286(X02)	11,807,753(XF02)	426,533(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	6,421,523(X03)	6,185,118(XF03)	236,405(XN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,034,420(X04)	7,549,726(XF04)	484,694(XN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	3,807,081(X05)	3,525,745(XF05)	281,336(XN05)
(6)小計：	115,653,662(X06)	111,080,522(XF06)	4,573,140(XN06)

已支用點數= 115,653,662

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 115,653,662

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 128,441,634 - 115,653,662= 12,787,972

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 465,900,000/4+ 12,787,972= 129,262,972

	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= 129,262,972 - 0= 129,262,972

=====

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：	249,064,242(Z01)	239,988,940(ZF01)	9,075,302(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	35,491,599(Z02)	34,223,012(ZF02)	1,268,587(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	16,829,663(Z03)	16,119,346(ZF03)	710,317(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	24,916,955(Z04)	23,508,524(ZF04)	1,408,431(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,334,569(Z05)	9,475,560(ZF05)	859,009(ZN05)
(6)小計：	336,637,028(Z06)	323,315,382(ZF06)	13,321,646(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+ 115,653,662+ 0= 336,637,028

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 465,900,000 - 336,637,028= 129,262,972

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

第3季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 20,500,000+ 3,945,965= 24,445,965
 已支用點數= 20,754,717
 暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 20,754,717
 未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 24,445,965 - 20,754,717= 3,691,248

第4季:

預算=當季預算+前一季未支用金額= 20,500,000+ 3,691,248= 24,191,248
 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= 24,191,248 - 0= 24,191,248

全年合計:

全年預算= 82,000,000
 已支用點數= 57,808,752
 暫結金額=第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)
 = 17,305,836+ 19,748,199+ 20,754,717+ 0= 57,808,752
 未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 82,000,000 - 57,808,752= 24,191,248

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x 已支用點數= 89,775,161

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點x 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：	25,831,606	22,364,183	3,467,423
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	40,973,421	40,973,421	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,487,693	3,487,693	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	11,709,080	11,709,080	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	9,614,589	9,614,589	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	7,867,053	7,664,575	202,478
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,467,455	1,467,455	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,175,533	3,175,533	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,389,571	2,389,571	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	458,080	458,080	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,787,807	1,787,807	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,375,507	1,375,507	0
(13)小計：	110,137,395	106,467,494	3,669,901

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 110,137,395

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 88,075,000 - 110,137,395= -22,062,395

浮動點值= (第3季預算- 非浮動點數) / (浮動點數)= (88,075,000 - 3,669,901) / 106,467,494= 0.79277811

第4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4季預算 - 1元/點× 第4季已支用點數= 88,075,000 - 0= 88,075,000

=====

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：	73,241,201	62,907,625	10,333,576
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	111,950,054	111,950,054	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	9,683,431	9,683,431	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	31,971,074	31,971,074	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	26,904,416	26,904,416	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	20,888,116	20,346,349	541,767
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,901,011	3,901,011	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	8,446,471	8,446,471	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	6,771,321	6,771,321	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,071,098	1,071,098	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,356,285	3,356,285	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,874,948	2,874,948	0
(13)小計：	301,059,426	290,184,083	10,875,343

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 + 88,075,000 + 0 = 264,225,000

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

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:

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

$$\text{已支用點數} = 3,571,700 \quad (\text{浮動點數}: 3,567,558 \quad \text{非浮動點數}: 4,142)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 3,571,700$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 2,500,000 - 3,571,700 = -1,071,700$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (2,500,000 - 4,142) / 3,567,558 = 0.69959844$$

第4季:

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

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

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

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

全年合計:

$$\text{全年預算} = 10,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 10,946,318 \quad (\text{浮動點數}: 10,936,105 \quad \text{非浮動點數}: 10,213)$$

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

$$= 2,500,000 + 2,500,000 + 2,500,000 + 0 = 7,500,000$$

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

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

(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:

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

$$\text{已支用點數} = 47,886,656 \quad (\text{浮動點數}: 47,886,656 \quad \text{非浮動點數}: 0)$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元}/\text{點} \times \text{已支用點數} = 47,886,656$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第3季已支用點數} = 38,100,000 - 47,886,656 = -9,786,656$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / \text{浮動點數} = (38,100,000 - 0) / 47,886,656 = 0.79562874$$

第4季:

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

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

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元}/\text{點} \times \text{第4季已支用點數} = 38,100,000 - 0 = 38,100,000$$

=====

全年合計：

全年預算 = 152,400,000
 已支用點數 = 127,383,872 (浮動點數：127,383,872 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 + 38,100,000 + 0 = 114,300,000
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 152,400,000 - 114,300,000 = 38,100,000

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：2,559,000 暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 2,559,000
 未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點 × 第3季已支用點數 = 2,157,000 - 2,559,000 = -402,000

浮動點值 = 第3季預算 / 已支用點數 = 2,157,000 / 2,559,000 = 0.84290739

=====

第4季：

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

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

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

全年合計：

$$\text{全年預算} = 8,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 6,402,000$$

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

$$= 1,649,000 + 2,194,000 + 2,157,000 + 0 = 6,000,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{暫結金額} = 8,000,000 - 6,000,000 = 2,000,000$$

註：依據「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」，本計畫之預算，按季均分及結算，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 8,489,405,475 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 74,859,261 (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 8,414,546,214 (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	5,762,469	1,890,535	7,653,004	7,653,004
北區	11,209,603	5,753,204	16,962,807	16,962,807
中區	7,575,981	3,419,554	10,995,535	10,995,535
南區	7,488,963	3,375,520	10,864,483	10,864,483
高屏	10,885,570	4,136,471	15,022,041	15,022,041
東區	9,814,313	3,547,078	13,361,391	13,361,391
合計	52,736,899	22,122,362	74,859,261(B2)	74,859,261(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% = 8,414,546,214 × 2.22% = 186,802,926 (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 = 8,190,243,288 (加總後四捨五入至整位數) (註3)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 65% = 8,190,243,288 × 65% = 5,323,658,137 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 16% = 8,190,243,288 × 16% = 1,310,438,926 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 9% = 8,190,243,288 × 9% = 737,121,896 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 4% = 8,190,243,288 × 4% = 327,609,732 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 8,190,243,288 × 5% = 409,512,164 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) = 8,190,243,288 - 5,323,658,137 - 1,310,438,926 - 737,121,896 - 327,609,732 - 409,512,164 = 81,902,433

(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	96Q3+97Q3+98Q3		113年8月		113年7-9月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 = (Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 = (Ai2/ΣAi2)	各區就醫次數比率加總 (a)	全區就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後指標3占率 = (Ai3/ΣAi3)
臺北	4,067,660,394	29.9898%	7,514,862	32.8443%	1,002,152.103300		30.2554%	30.8356%
北區	1,666,787,981	12.2888%	3,913,808	17.1056%	488,417.258744		14.7455%	15.0283%
中區	3,666,236,032	27.0302%	4,557,851	19.9205%	813,965.566319		24.5739%	25.0452%
南區	1,942,046,149	14.3182%	3,261,787	14.2559%	453,372.890075		13.6875%	13.9500%
高屏	2,220,761,046	16.3730%	3,631,920	15.8737%	492,076.803223		14.8560%	15.1409%
東區					62,326.378144			
小計	13,563,491,602	100.0000%	22,880,228	100.0000%	3,312,310.999805	3,312,311	98.1183%	100.0000%

指標4(註7)(S4)

指標 去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

計算期間 113年7-9月

分區	人數利用 率成長率 (p)	醫療費 用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註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	-0.034240	-0.008724	-0.025516	1	0.00	4,067,660,394	4,067,660,394	29.9898%
北區	-0.044608	-0.010296	-0.034312	2	0.00	1,666,787,981	1,666,787,981	12.2888%
中區	-0.044671	0.001618	-0.046289	4	0.00	3,666,236,032	3,666,236,032	27.0302%
南區	-0.052772	-0.003748	-0.049024	5	0.00	1,942,046,149	1,942,046,149	14.3182%
高屏	-0.044478	0.001338	-0.045816	3	0.00	2,220,761,046	2,220,761,046	16.3730%
小計						13,563,491,602	13,563,491,602	100.0000%

指標5(註8)(S5)

指標 當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

計算期間 114年5月

分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指 標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)	指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	0.000727	4,067,660,394	4,070,617,583	29.9502%
北區	0.011933	1,666,787,981	1,686,677,762	12.4100%
中區	-0.000180	3,666,236,032	3,665,576,110	26.9701%
南區	0.000102	1,942,046,149	1,942,244,238	14.2904%
高屏	0.002428	2,220,761,046	2,226,153,054	16.3793%
小計		13,563,491,602	13,591,268,747	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	29.9898%	32.8443%	30.8356%	29.9898%	29.9502%
北區	12.2888%	17.1056%	15.0283%	12.2888%	12.4100%
中區	27.0302%	19.9205%	25.0452%	27.0302%	26.9701%
南區	14.3182%	14.2559%	13.9500%	14.3182%	14.2904%
高屏	16.3730%	15.8737%	15.1409%	16.3730%	16.3793%
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)：

$$\begin{aligned}
 \text{第3季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 81,902,433 - 11,804,352 \\
 &= 70,098,081
 \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	偏鄉院所當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.98260122	37,296,583	648,915
北區	0.90000000	19,490,252	1,949,030
中區	0.90716902	25,553,569	2,372,162
南區	0.90078209	36,047,953	3,576,601
高屏	0.90000000	32,576,298	3,257,644
小計		150,964,655	11,804,352(M1)

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：115/02/02

114年第 3季

結算主要費用年月起迄:114/07-114/09

核付截止日期:114/12/31

頁次：27

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

分區	預算(Ga) =GAx指標1占率	預算(Gb) =GBx指標2占率	預算(Gc) =GCx指標3占率	預算(Gd) =GDx指標4占率	預算(Ge) =GEx指標5占率	第3季預算(Gf) =Nx指標1占率	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,596,554,428	430,404,492	227,295,959	98,249,503	122,649,712	21,022,274	2,496,176,368
北區	654,213,701	224,158,441	110,776,890	40,259,305	50,820,460	8,614,213	1,088,843,010
中區	1,438,995,442	261,045,986	184,613,653	88,553,566	110,445,840	18,947,651	2,102,602,138
南區	762,252,019	186,814,863	102,828,504	46,907,817	58,520,926	10,036,783	1,167,360,912
高屏	871,642,547	208,015,144	111,606,890	53,639,541	67,075,226	11,477,160	1,323,456,508
小計	5,323,658,137	1,310,438,926	737,121,896	327,609,732	409,512,164	70,098,081	8,178,438,936

(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	8,414,546,214 (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	11,804,352 (M1)
調整後分區一般服務預算總額	8,365,241,862 (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:當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率
 - (1)分子:各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值;分母:∑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(∑dr_peop)

= 各分區∑各鄉鎮市區權值(dr_peop)

※成長率之計算係與前季季中比較。

10. 指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

(3)條件說明：

a. 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地離島地區

(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之院所須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)113年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

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

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

(1)操作定義：

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

b. 成長率=(114年該區yT / 113年該區yT) -1。

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

(2)撥補程序

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

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

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

=====
四、估算東區以外五分區一般服務各分區浮動點值之計算

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

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1,576,546,471(BF)	981,908,707(BG)	65,687(BJ)
2-北區分區	715,139,987(BF)	490,482,941(BG)	42,537(BJ)
3-中區分區	1,404,817,464(BF)	811,670,322(BG)	41,144(BJ)
4-南區分區	721,035,054(BF)	501,764,386(BG)	18,262(BJ)
5-高屏分區	832,798,654(BF)	547,294,472(BG)	11,279(BJ)
6-東區分區	111,283,385(BF)	59,068,457(BG)	5,315(BJ)
7-合計	5,361,621,015(GF)	3,392,189,285(GG)	184,224(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	= [2,496,176,368	- 981,908,707	- 65,687] /	1,576,546,471 =	0.96045502(點值排序：1)
北區分區	= [1,088,843,010	- 490,482,941	- 42,537] /	715,139,987 =	0.83664393(點值排序：5)
中區分區	= [2,102,602,138	- 811,670,322	- 41,144] /	1,404,817,464 =	0.91890278(點值排序：4)
南區分區	= [1,167,360,912	- 501,764,386	- 18,262] /	721,035,054 =	0.92308725(點值排序：3)
高屏分區	= [1,323,456,508	- 547,294,472	- 11,279] /	832,798,654 =	0.93197888(點值排序：2)
東區分區	= [186,802,926	- 59,068,457	- 5,315] /	111,283,385 =	1.14778279

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)= 21,607,661+ 10,000,000= 31,607,661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= 43,083,883 未支用金額=補助點值剩餘款= 21,607,661元(I)

分區	分區 一般服務 預算總額 (BD2)	分區 一般服務 預算總額 (BD3) (不含東區)	本季未支用		風險調整移撥 款撥補當季浮 動點值至0.9 之差額 (F)	114年第3季風 險調整移撥款 (用於就醫率最 高分區)之金額 (J)	累計至本季		風險調整移撥 款撥補後一般 服務預算 (BD4)= (BD2)+(F)+(J)
			風險調整 撥款(用 於補助點 值)之預算 (G)	撥補前 五分區估算 浮動點值 (Z)			風險調整 移撥款(用 於補助點 值)之剩餘款 (I)= (G)-(F)	撥補後 五分區估算 浮動點值 (Z1)	
臺北	2,496,176,368	2,496,176,368	0.96045502	0	0	0	0.96045502	2,496,176,368	
北區	1,088,843,010	1,088,843,010	0.83664393	45,308,456	0	0	0.90000000	1,134,151,466	
中區	2,102,602,138	2,102,602,138	0.91890278	0	10,000,000	0	0.92602114	2,112,602,138	
南區	1,167,360,912	1,167,360,912	0.92308725	0	0	0	0.92308725	1,167,360,912	
高屏	1,323,456,508	1,323,456,508	0.93197888	0	0	0	0.93197888	1,323,456,508	
東區	186,802,926	-	-	-	0	0	-	186,802,926	
合計	8,365,241,862	8,178,438,936	66,916,117	45,308,456	10,000,000	21,607,661	8,420,550,318		

(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= 10,000,000元(H)
 註：風險調整移撥款：自五分區之一般服務預算項下全年移撥150百萬元。由每季提撥37.5百萬元。分配方式：
 1. 其中110百萬元用於補助點值,補助方式自114年第1季開始執行,逐季使用至預算使用完畢為止。其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.9元之差值(但最高不大於點值第二低的分區),當季經費若有結餘,則流用至下季;若當季經費不足時,實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各分區補助金額)。移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額,並依114年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。
 2. 其中40百萬元按季均分,撥予當季就醫率最高之分區。註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。
 3. 風險調整移撥款撥補當季浮動點值至0.9之差額(F)=0.9×各分區一般服務核定浮動點數(BF)-撥補前五分區估算浮動點值(Z)×各分區一般服務核定浮動點數(BF)
 4. 撥補後五分區估算浮動點值(Z1)=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算(BD4)-各分區一般服務核定非浮動點數(BG)-各分區自墊核退點數(BJ)]/各分區一般服務核定浮動點數(BF)

五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD4)
 - 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)
 - 各分區自墊核退點數(BJ)]
 / 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [2,496,176,368	-	981,908,707	-	65,687]	/	1,576,546,471 = 0.96045502
北區分區	= [1,134,151,466	-	490,482,941	-	42,537]	/	715,139,987 = 0.90000000
中區分區	= [2,112,602,138	-	811,670,322	-	41,144]	/	1,404,817,464 = 0.92602114
南區分區	= [1,167,360,912	-	501,764,386	-	18,262]	/	721,035,054 = 0.92308725
高屏分區	= [1,323,456,508	-	547,294,472	-	11,279]	/	832,798,654 = 0.93197888
東區分區	= [186,802,926	-	59,068,457	-	5,315]	/	111,283,385 = 1.14778279

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)

= [8,420,550,318 - 3,392,189,285 - 184,224] / 5,361,621,015 = 0.93780907

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	= [2,496,176,368]	/ [1,576,546,471 + 981,908,707 + 65,687]	= 0.97563260
北區分區	= [1,134,151,466]	/ [715,139,987 + 490,482,941 + 42,537]	= 0.94068504
中區分區	= [2,112,602,138]	/ [1,404,817,464 + 811,670,322 + 41,144]	= 0.95311282
南區分區	= [1,167,360,912]	/ [721,035,054 + 501,764,386 + 18,262]	= 0.95464836
高屏分區	= [1,323,456,508]	/ [832,798,654 + 547,294,472 + 11,279]	= 0.95895390
東區分區	= [186,802,926]	/ [111,283,385 + 59,068,457 + 5,315]	= 1.09653700

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)

= [8,420,550,318] / [5,361,621,015 + 3,392,189,285 + 184,224] = 0.96190948

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	= [2,496,176,368 + 54,053,489 + 7,653,004]	65,687 +	55,283,307 +	7,653,004] = 0.97574848
北區分區	= [1,134,151,466 + 31,940,343 + 16,962,807]	42,537 +	32,937,863 +	16,962,807] = 0.94224795
中區分區	= [2,112,602,138 + 106,943,610 + 10,995,535]	41,144 +	113,218,487 +	10,995,535] = 0.95292022
南區分區	= [1,167,360,912 + 52,120,499 + 10,864,483]	18,262 +	55,499,882 +	10,864,483] = 0.95436163
高屏分區	= [1,323,456,508 + 56,702,749 + 15,022,041]	11,279 +	60,869,247 +	15,022,041] = 0.95823175
東區分區	= [186,802,926 + 17,206,218 + 13,361,391]	5,315 +	19,233,182 +	13,361,391] = 1.07104549
全 區	= [8,420,550,318 + 318,966,908 + 74,859,261]	184,224 +	337,041,968 +	74,859,261] = 0.96164922

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114/06(含)以前:於114/10/01~114/12/31期間核付者。

費用年月114/07~114/09:於114/07/01~114/12/31期間核付者。

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	2,355,478,739	1,026,096,690	1,997,217,083	1,104,683,027	1,251,797,727	7,735,273,266
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_113)	6,671,135,467	2,937,061,125	5,737,103,753	3,234,823,222	3,634,119,038	22,214,242,605
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	2,496,176,368	1,134,151,466	2,112,602,138	1,167,360,912	1,323,456,508	8,233,747,392
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_114)	7,114,865,345	3,185,632,629	6,112,085,978	3,436,591,261	3,872,397,689	23,721,572,902
預算成長率	6.65%	8.46%	6.54%	6.24%	6.56%	6.79%

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

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

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

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

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保 分區前季點值	核定浮動點數 ×投保分區前季點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	1,417,387,121(BF)	0.98260122	-----	873,524,096
	2-北區分區	147,897,973	0.98260122	145,324,729	118,025,465
	3-中區分區	129,942,238	0.98260122	127,681,402	81,930,766
	4-南區分區	60,068,081	0.98260122	59,022,970	43,217,397
	5-高屏分區	80,623,608	0.98260122	79,220,856	54,953,941
	6-東區分區	13,584,548	0.98260122	13,348,193	7,419,974
	7-合計	1,849,503,569(GF)		424,598,150(AF)	1,179,071,639(BG)
2-北區分區	1-臺北分區	88,537,282	0.90000000	79,683,554	62,290,586
	2-北區分區	530,458,177(BF)	0.90000000	-----	346,097,353
	3-中區分區	54,636,498	0.90000000	49,172,848	37,605,276
	4-南區分區	25,197,385	0.90000000	22,677,647	19,103,507
	5-高屏分區	16,668,053	0.90000000	15,001,248	11,861,763
	6-東區分區	2,796,994	0.90000000	2,517,295	1,461,134
	7-合計	718,294,389(GF)		169,052,592(AF)	478,419,619(BG)
3-中區分區	1-臺北分區	27,382,235	0.90716902	24,840,315	18,127,786
	2-北區分區	18,014,377	0.90716902	16,342,085	13,233,504
	3-中區分區	1,161,841,743(BF)	0.90716902	-----	654,065,965
	4-南區分區	25,165,449	0.90716902	22,829,316	19,601,533
	5-高屏分區	13,166,091	0.90716902	11,943,870	9,313,913
	6-東區分區	2,114,718	0.90716902	1,918,407	1,035,312
	7-合計	1,247,684,613(GF)		77,873,993(AF)	715,378,013(BG)

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	22,354,797	0.90078209	20,136,801	13,895,325
	2-北區分區	10,024,506	0.90078209	9,029,895	7,201,341
	3-中區分區	36,868,647	0.90078209	33,210,617	24,491,833
	4-南區分區	575,376,075(BF)	0.90078209	-----	391,655,987
	5-高屏分區	31,219,721	0.90078209	28,122,166	22,958,081
	6-東區分區	1,465,150	0.90078209	1,319,781	815,351
	7-合計	677,308,896(GF)		91,819,260(AF)	461,017,918(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	16,132,975	0.90000000	14,519,678	10,719,289
	2-北區分區	6,960,654	0.90000000	6,264,589	4,816,491
	3-中區分區	18,626,967	0.90000000	16,764,270	11,869,004
	4-南區分區	33,823,400	0.90000000	30,441,060	27,124,175
	5-高屏分區	688,521,262(BF)	0.90000000	-----	446,239,155
	6-東區分區	2,607,857	0.90000000	2,347,071	1,520,518
	7-合計	766,673,115(GF)		70,336,668(AF)	502,288,632(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	4,752,061	1.12020576	5,323,286	3,351,625
	2-北區分區	1,784,300	1.12020576	1,998,783	1,108,787
	3-中區分區	2,901,371	1.12020576	3,250,133	1,707,478
	4-南區分區	1,404,664	1.12020576	1,573,513	1,061,787
	5-高屏分區	2,599,919	1.12020576	2,912,444	1,967,619
	6-東區分區	88,714,118(BF)	1.12020576	-----	46,816,168
	7-合計	102,156,433(GF)		15,058,159(AF)	56,013,464(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	5,217,781(BF)	0.98260122	-----	1,666,088
	2-北區分區	911,672	0.98260122	895,810	511,371
	3-中區分區	395,306	0.98260122	388,428	195,020
	4-南區分區	292,474	0.98260122	287,385	143,987
	5-高屏分區	365,419	0.98260122	359,061	149,882
	6-東區分區	1,304,858	0.98260122	1,282,155	416,964
	7-合計		8,487,510(GF)		3,212,839(AF)
2-北區分區	1-臺北分區	223,131	0.90000000	200,818	69,444
	2-北區分區	9,872,156(BF)	0.90000000	-----	5,014,143
	3-中區分區	479,833	0.90000000	431,850	298,839
	4-南區分區	96,203	0.90000000	86,583	46,587
	5-高屏分區	159,365	0.90000000	143,429	55,766
	6-東區分區	213,150	0.90000000	191,835	83,044
	7-合計		11,043,838(GF)		1,054,515(AF)
3-中區分區	1-臺北分區	68,953	0.90716902	62,552	24,698
	2-北區分區	247,573	0.90716902	224,591	130,020
	3-中區分區	6,431,372(BF)	0.90716902	-----	2,808,864
	4-南區分區	95,830	0.90716902	86,934	47,583
	5-高屏分區	187,288	0.90716902	169,902	71,608
	6-東區分區	173,814	0.90716902	157,679	79,977
	7-合計		7,204,830(GF)		701,658(AF)

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	176,772	0.90078209	159,233	117,537
	2-北區分區	79,430	0.90078209	71,549	48,871
	3-中區分區	121,643	0.90078209	109,574	50,413
	4-南區分區	6,881,553(BF)	0.90078209	-----	3,063,302
	5-高屏分區	200,245	0.90078209	180,377	81,045
	6-東區分區	86,965	0.90078209	78,337	33,878
	7-合計	7,546,608(GF)		599,070(AF)	3,395,046(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	32,792	0.90000000	29,513	5,054
	2-北區分區	70,478	0.90000000	63,430	37,668
	3-中區分區	129,894	0.90000000	116,905	61,444
	4-南區分區	111,675	0.90000000	100,508	64,244
	5-高屏分區	9,944,142(BF)	0.90000000	-----	3,767,130
	6-東區分區	149,395	0.90000000	134,456	66,553
	7-合計	10,438,376(GF)		444,812(AF)	4,002,093(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	43,040	1.12020576	48,214	7,714
	2-北區分區	28,294	1.12020576	31,695	11,131
	3-中區分區	17,933	1.12020576	20,089	4,974
	4-南區分區	11,228	1.12020576	12,578	9,817
	5-高屏分區	29,111	1.12020576	32,610	11,040
	6-東區分區	7,886,131(BF)	1.12020576	-----	2,866,662
	7-合計	8,015,737(GF)		145,186(AF)	2,911,338(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	1,422,604,902(BF)	0.98260122	-----	875,190,184	65,687
	2-北區分區	148,809,645	0.98260122	146,220,539	118,536,836	
	3-中區分區	130,337,544	0.98260122	128,069,830	82,125,786	
	4-南區分區	60,360,555	0.98260122	59,310,355	43,361,384	
	5-高屏分區	80,989,027	0.98260122	79,579,917	55,103,823	
	6-東區分區	14,889,406	0.98260122	14,630,349	7,836,938	
	7-合計	1,857,991,079(GF)		427,810,990(AF)	1,182,154,951(BG)	65,687(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	88,760,413	0.90000000	79,884,372	62,360,030	
	2-北區分區	540,330,333(BF)	0.90000000	-----	351,111,496	42,537
	3-中區分區	55,116,331	0.90000000	49,604,698	37,904,115	
	4-南區分區	25,293,588	0.90000000	22,764,229	19,150,094	
	5-高屏分區	16,827,418	0.90000000	15,144,676	11,917,529	
	6-東區分區	3,010,144	0.90000000	2,709,130	1,544,178	
	7-合計	729,338,227(GF)		170,107,105(AF)	483,987,442(BG)	42,537(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	27,451,188	0.90716902	24,902,867	18,152,484	
	2-北區分區	18,261,950	0.90716902	16,566,675	13,363,524	
	3-中區分區	1,168,273,115(BF)	0.90716902	-----	656,874,829	41,144
	4-南區分區	25,261,279	0.90716902	22,916,250	19,649,116	
	5-高屏分區	13,353,379	0.90716902	12,113,772	9,385,521	
	6-東區分區	2,288,532	0.90716902	2,076,085	1,115,289	
	7-合計	1,254,889,443(GF)		78,575,649(AF)	718,540,763(BG)	41,144(BJ)

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	22,531,569	0.90078209	20,296,034	14,012,862	
	2-北區分區	10,103,936	0.90078209	9,101,445	7,250,212	
	3-中區分區	36,990,290	0.90078209	33,320,191	24,542,246	
	4-南區分區	582,257,628(BF)	0.90078209	-----	394,719,289	18,262
	5-高屏分區	31,419,966	0.90078209	28,302,543	23,039,126	
	6-東區分區	1,552,115	0.90078209	1,398,117	849,229	
	7-合計	684,855,504(GF)		92,418,330(AF)	464,412,964(BG)	18,262(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	16,165,767	0.90000000	14,549,190	10,724,343	
	2-北區分區	7,031,132	0.90000000	6,328,019	4,854,159	
	3-中區分區	18,756,861	0.90000000	16,881,175	11,930,448	
	4-南區分區	33,935,075	0.90000000	30,541,568	27,188,419	
	5-高屏分區	698,465,404(BF)	0.90000000	-----	450,006,285	11,279
	6-東區分區	2,757,252	0.90000000	2,481,527	1,587,071	
	7-合計	777,111,491(GF)		70,781,479(AF)	506,290,725(BG)	11,279(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	4,795,101	1.12020576	5,371,500	3,359,339	
	2-北區分區	1,812,594	1.12020576	2,030,478	1,119,918	
	3-中區分區	2,919,304	1.12020576	3,270,221	1,712,452	
	4-南區分區	1,415,892	1.12020576	1,586,090	1,071,604	
	5-高屏分區	2,629,030	1.12020576	2,945,055	1,978,659	
	6-東區分區	96,600,249(BF)	1.12020576	-----	49,682,830	5,315
	7-合計	110,172,170(GF)		15,203,344(AF)	58,924,802(BG)	5,315(BJ)

報告事項第四案

報告單位：佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院

案由：「全民健康保險中醫急症處置計畫」執行經驗分享。

說明：

- 一、依據本署 114 年 11 月 23 日前次(114 年第 3 次)會議決議(討論事項第八案)略以，下次會議(今日召開)邀請佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院(下稱花蓮慈濟醫院)至本會議分享旨揭計畫執行經驗(頁次第 9 頁)。
- 二、另中全會 115 年 1 月 21 日來函表示，旨揭計畫台北馬偕醫院與花蓮慈濟醫院執行成效佳且各有特色，建議本署加邀台北馬偕醫院，共同分享計畫執行經驗。
- 三、敬請二家醫院分享本計畫之執行經驗，簡報資料如附件(頁次報 4-3 頁)。

決定：

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：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 115 年 1 月 21 日
發文字號：(115)全聯醫總毅字第 0182 號
速 別：
附 件：

主 旨：建請大署邀請「台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院」派員至「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」進行「全民健康保險中醫急症處置計畫」分享計畫執行經驗，請鑒核。

說 明：本會在推廣「全民健康保險中醫急症處置計畫」時，在院所端以台北馬偕醫院及花蓮慈濟醫院執行成效較佳且各有特色，可做為醫院推廣本計畫的借鏡，建請大署於中醫門診總額研商議事會議一併邀請台北馬偕醫院分享執行經驗。

中醫全聯會
毅對章(四)

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

理事長 蘇守毅

第 1 頁，共 1 頁

總收文 115 年 1 月 22 日 收到
健保醫字



急診中西醫合療在健保體系中的 角色與實證成效 —花蓮慈濟醫院執行經驗分享—



慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

何宗融

2026.02.12

花蓮慈濟醫院 副院長
 花蓮中醫師公會 25th 理事長
 東區健保中執會 副主委
 慈濟大學 教授兼博士研究中醫組召集人
 慈濟醫療法人 中醫學術發展小組召集人
 中醫專技高考 典試委員
 太極/武術/角力 國家級裁判/教練
 柔道 柔術三段 武術五段
 中華丹功 第三代嫡傳弟子



20210402 臺鐵太魯閣

楊小妹妹



「中西合療護身心・無病健康慈濟情」

Integrative Therapy for Body and Mind • Tzu Chi's Commitment to Health and Wellness

緣起 證嚴上人以慈悲本懷，

Origin: Master Cheng Yen's Compassionate Intent

「大地有情草木有靈」「萬物皆歸德，有病就一定有藥」的原理，

秉持科學實證，發揚中醫草藥的草木醫情。思維現代社會與世界之需要，結合智慧與創新，責成 林副總、林欣榮院長領軍，何宗融副院長及黃志揚副院長及協力廠師父 組成團隊，以中西醫合療研發，朝向無病健康的目標邁進。

Guided by the principle that "Everything is medicine, and every illness has its remedy," and adhering to scientific evidence, we aim to promote the essence of traditional Chinese herbal medicine. In response to the needs of modern society and the world, combining wisdom with innovation, we have tasked Vice President Lin Bi-yu and Director Lin Xin-rong, along with Deputy Directors He Zong-rong and Huang Zhi-yang, to lead a team focused on integrative medicine research and development, moving towards the goal of a disease-free and healthy future.



人本醫療・尊重生命

花蓮慈濟醫院榮耀 1



2021 年
何宗融 副院長
榮獲總統及中醫師全聯會頒發「中醫奉獻獎」，肯定其於急診中西醫合療之長期制度性貢獻。



2025
榮獲賴清德總統頒發「中醫華陀奉獻獎」肯定長期於中西醫合療之學術貢獻



2021 年
林欣榮 院長榮獲首屆「玉階獎」(國家中醫最高榮譽) 花蓮慈濟同時獲頒「玉階獎」團體獎，為全國中醫醫療體系之重要典範



4



前言

中醫納入急診室治療 衛福部明年起試辦

10/22 2017/12/27 中時 張世騰



中醫藥大學北港與安南附設醫院中醫部部主任何宗融，(右)向媒體...

以往在醫院的急診室內，總只會看到西醫師和護理師忙進忙出，但未來將漸漸看到「中醫師」的身影。衛福部自2013年起，轉導辦理中醫和急診合治計畫，有效緩解無立即生命危險患者的疼痛狀況。健保署也將於明年起撥2000萬元辦理「中醫急症處置試辦計畫」，預計能受惠1萬人次，包括眩暈、急性腰痛、中風、癌症疼痛等患者，都能接受中醫的急診處置來解痛。

衛福部中醫藥司司長黃怡超說，中醫藥司於今年再次轉導中國醫藥大學安南附設醫院，於院內急診室設立「急診中西醫整合醫療專區」來治療運動傷害患者。中國醫藥大學北港與安南附設醫院中醫部部主任何宗融說，經中醫師對症施以中藥、外敷中藥膏、針灸、拔罐等治療，全數患者在30分鐘內均達到症狀緩解，平均疼痛指數從5.9分降到2.3分。

7



8

計畫性質



計畫目標

輕度急症會診中醫、加速復原

作者：林武輝 圖片來源：廖煥傑攝

54歲的李女士因胃痛、耳鳴頭暈來院求診。經醫師初步診治後，多年高血壓病及耳鳴耳聾改善，但仍有胃痛症狀。經醫師初步診治後，醫師開了處方藥物後症狀仍無改善，經諮詢了以急症會診中醫改善。

醫師在急診室中與急症會診中醫、醫師初步診治後症狀仍無改善，經諮詢了以急症會診中醫改善。

中醫四診評估、脈診、舌診等初步診治，醫師初步診治後症狀仍無改善，經諮詢了以急症會診中醫改善。

在急症會診中醫改善後，醫師初步診治後症狀仍無改善，經諮詢了以急症會診中醫改善。

醫師初步診治後症狀仍無改善，經諮詢了以急症會診中醫改善。

醫師初步診治後症狀仍無改善，經諮詢了以急症會診中醫改善。

醫師初步診治後症狀仍無改善，經諮詢了以急症會診中醫改善。

醫師初步診治後症狀仍無改善，經諮詢了以急症會診中醫改善。

圖文來源：廖煥傑攝(2/4/20)



貳、政策摘要

中醫藥司-

建構中西醫急診留院觀察照護模式 (執行單位：彰化基督教醫院)

102年

- 介入症狀：**暈眩**
- 治療模式：中醫四診評估、中醫處方、中醫現代化儀器 (舌診儀、脈診儀等)
- 執行成果：逾半數患者症狀改善，滿意度超過七成，72小時內未於再回急診。

103年

- 介入症狀：**癌性疼痛**
- 治療模式：中醫四診評估、中醫處方、中醫現代化儀器 (舌診儀、脈診儀等)

106年

- 介入症狀：**急腹症(腹痛)**
- 治療模式：中醫電針
- 執行成果：治療組之VAS疼痛量表及治療後三日內排便比例優於對照組；急診留院時間(8.9小時)低於對照組(10.8小時)。



東區急診醫療里程碑

花蓮慈濟醫院推動中、西醫整合治療，
自一〇九年四月十八日起，
急診中西合璧的醫療服務，
是東台灣急診醫療史上重要的里程碑。



11

11



制度能走下去的力量

- 陳旺全理事長、陳俊明執行長、柯富揚國策顧問(當時秘書長)
- 力排眾議支持專案成立，爭取年度執行經費
 - 使中醫得正式介入急症



12



陳旺全 理事長
Dr. Chen, Wang-Chuan
Chairman of National Federation
of Chinese Physicians' Association
R.O.C.

【07 年全民健康保險中醫急症處置計畫】

- 一、依據
全民健康保險法(以下稱健保法)及全民健康保險法施行細則等規定。
- 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、適用範圍及收費條件：符合下列疾病適應症之急診病人，經急診主治醫師評估需中醫介入處置，且無併發病人同意者。
- (一)咳嗽
1. 適應症：ICD-10-CM前二碼為R42、H81。
2. 排除急重症與危重症病人。
- (二)急腹症(腸阻塞)
1. 適應症：ICD-10-CM前四碼為K31.5、K56.0、K56.5、K56.6、K56.7、K91.3。
2. 排除緊急手術與危重症病人。
- (三)胸悶、胸痛、心悸
1. 適應症：ICD-10-CM前二碼或前四碼為F41、F45.4、I20、I23.7、I49.9、K21、R00、R07、R12、R53，並符合下列情況之一者：
(1)心電圖為正常竇性節律(normal sinus rhythm)、竇性心律過速(sinus tachycardia)或竇性心律過緩(sinus bradycardia)等，抽血數值無明顯異常需矯正，影像學診斷亦無明顯異常，給予西藥症狀治療仍無法改善，導致仍需滯留於急診觀察區等患者。
(2)確診為特定疾病所導致之胸悶、胸痛、心悸，經西醫治療後症狀仍持續，導致仍需滯留於急診觀察區等患者。
(3)心臟塞溶栓治療危險評分(Thrombolysis in Myocardial Infarction risk score, TIMI risk score)大於4分者(其14天內之死亡率大於20%)，應與急診醫師討論，並評估告知病人或家屬，再斟酌是否治療。
2. 排除需接受緊急侵入性治療之病人(註：若經侵入性治療後，病人意識清醒且仍感不適導致滯留於急診觀察區等患者，則不在此限)。
3. 排除生命徵象不穩定、需插管急救及其他緊急處置之病人。]



- 四、實施日期
自中華民國107年5月1日起實施。
- 五、實施地點
各級醫院急診室。
- 六、實施對象
全民健康保險之急診病人。
- 七、實施程序
急診病人由急診醫師評估需中醫介入處置者，由急診主治醫師評估需中醫介入處置者，由急診主治醫師評估需中醫介入處置者，由急診主治醫師評估需中醫介入處置者。
- 八、實施成效
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。



全民健康保險中醫急症處置計畫

4.1 全民健康保險中醫急症處置計畫

Applying TCM in Emergent Situation Program of National Health Insurance

- 一、依據：
全民健康保險法(以下稱健保法)及全民健康保險法施行細則等規定。
- 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、適用範圍及收費條件：符合下列疾病適應症之急診病人，經急診主治醫師評估需中醫介入處置，且無併發病人同意者。
- (一)咳嗽
1. 適應症：ICD-10-CM前二碼為R42、H81。
2. 排除急重症與危重症病人。
- (二)急腹症(腸阻塞)
1. 適應症：ICD-10-CM前四碼為K31.5、K56.0、K56.5、K56.6、K56.7、K91.3。
2. 排除緊急手術與危重症病人。
- (三)胸悶、胸痛、心悸
1. 適應症：ICD-10-CM前二碼或前四碼為F41、F45.4、I20、I23.7、I49.9、K21、R00、R07、R12、R53，並符合下列情況之一者：
(1)心電圖為正常竇性節律(normal sinus rhythm)、竇性心律過速(sinus tachycardia)或竇性心律過緩(sinus bradycardia)等，抽血數值無明顯異常需矯正，影像學診斷亦無明顯異常，給予西藥症狀治療仍無法改善，導致仍需滯留於急診觀察區等患者。
(2)確診為特定疾病所導致之胸悶、胸痛、心悸，經西醫治療後症狀仍持續，導致仍需滯留於急診觀察區等患者。
(3)心臟塞溶栓治療危險評分(Thrombolysis in Myocardial Infarction risk score, TIMI risk score)大於4分者(其14天內之死亡率大於20%)，應與急診醫師討論，並評估告知病人或家屬，再斟酌是否治療。
2. 排除需接受緊急侵入性治療之病人(註：若經侵入性治療後，病人意識清醒且仍感不適導致滯留於急診觀察區等患者，則不在此限)。
3. 排除生命徵象不穩定、需插管急救及其他緊急處置之病人。]





急診九大適應症

適用範圍及收案條件須符合下列疾病適應症之急診病人，經急診主治醫師評估需中醫介入處置，且徵詢病人同意者。

 眩暈 (Vertigo)	 急腹症/腸阻塞 (Acute Abdomen)	 胸悶/心悸 (Chest Tightness)
 軟組織疼痛 (Soft Tissue Pain)	 經痛 (Menstrual Pain)	 偏頭痛 (Migraine)
 癌症疼痛 (Cancer Pain)	 骨關節疼痛 (Joint Pain)	 腦中風 (Stroke) ICH score 0 / NIHSS < 6

15



過程面：嚴謹的篩檢與安全規範

以病人安全為首要考量 (Patient Safety First)



16

16



一站式合療模式：以病人為中心的急診優化



1. 急診檢傷分類
(排除立即生命危險)



2. 專區會診
(急診駐點中醫師)



3. 適應症判讀
(符合九大適應症)



4. 即時處置
(針灸、耳豆、推拿)



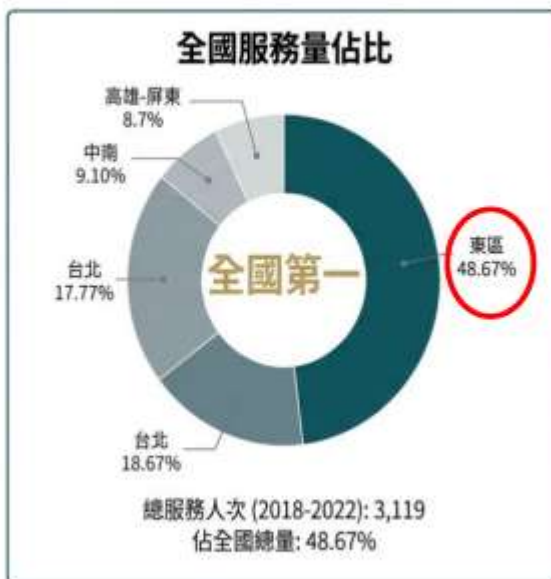
5. 觀察與出院
(縮短留觀時間)

「急診中西醫整合醫療專區」：專屬空間、專職人員、無須轉診等待

17



執行效總覽 能量全國第一



18

18



全台第一服務量能

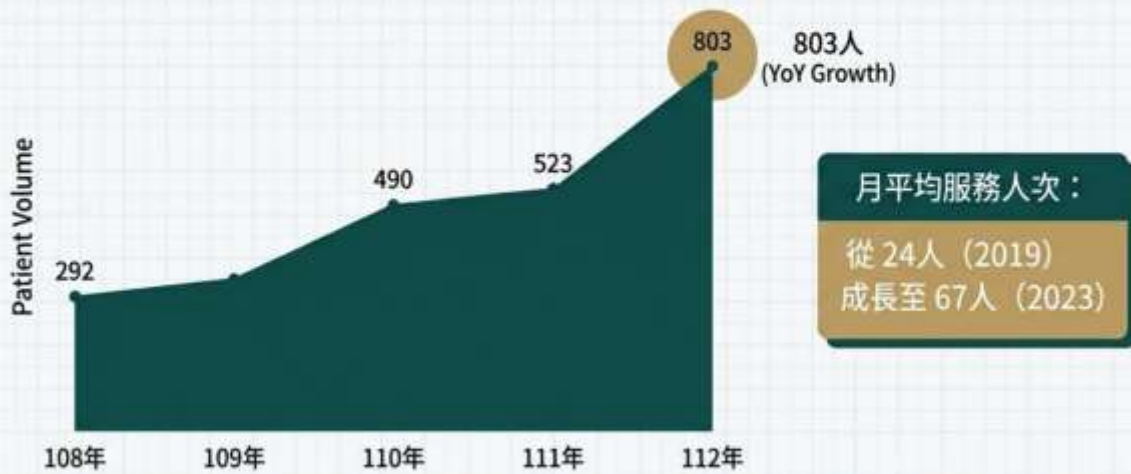
服務量成長趨勢 (Patient Volume Growth)



全台急診中西醫治療分佈 (2019-2023)



趨勢分析：需求顯著成長 (175% Growth)





成果：縮短急診留觀時間 針對腸阻塞病患之對照研究



21

21



重大災難中的溫柔力量 0402太魯閣號與花蓮強震

0402太魯閣號事故

立即啟動紅色九號。中醫團隊進駐急診,以耳穴與針灸緩解倖存者的PTSD(驚恐/焦慮)與身體體創傷。



花蓮強震

動員至綠區(輕傷區)。治療救難人員的抽筋過勞,以及遭落物擊傷民眾的急性疼痛。

- 大量傷患湧入
 - 中醫即刻進駐急診
 - 輕症：耳穴、敷貼、安神
 - 中重症：針灸輔助止痛、穩定症狀
- ☞ 在災難中驗證

22



緊急重大意外



0402臺鐵太魯閣號事故發生災情傳出，花蓮慈濟醫院亦啟動大量傷患應變，中醫師馬上到急診室集合啟動中西醫合療，送往本院之病患，輕症耳穴艾灸敷貼、中重症針灸治療。



行政院長蘇貞昌 林佳龍部長 徐榛蔚縣長
0402探訪 急診室 採中西醫合療



在急診室急救的同時，採行中西醫合治，行政院長蘇貞昌探視時，看見傷患頭上的中醫扎針。



病患回饋

整體滿意度趨勢 (109-112年)



各項構面滿意度成長摘要

項目	112年滿意度與成長
醫療專業照護 (Medical Professionalism)	83.67%
人員服務態度 (Service Attitude)	86.07% (↑7.37%)
急診就醫空間 (Environment)	↑4.70%

“月平均服務人次從 47 人成長至 63 人 (111-112年)
Acceptance is rising.”

25



快
(Speed)

縮短留觀 10.8 小時

優
(Quality)

滿意度 > 85%

大
(Scale)

全台急診中醫量能 No.1

愛
(Heart)

災難醫療的人本關懷

本院秉持「**尊重生命**」的理念
落實在花東地區「**以病人為中心**」
的醫療照護

26

26



Q&A

急診醫師 不會診?	院長挺 / 與急診部門多溝通/用 專業說話
會診醫師 沒動力	院長挺 / 會診NP及執行醫師 PPF合理化
會診醫師 人力不足	結合衛生福利部負責醫師訓練 制度西醫外訓
會診成效 執行率不穩定	院長挺 / 要建立制度 非因人 設事/院長室會議追蹤



Welcome to Hualien



全民健保醫療給付費用總額會議



中醫介入急症處置 之流程建構與成果

馬偕醫院中醫部針灸科 王宏銘主任

全民健保醫療給付費用總額會議

壹：計畫背景

一、計劃背景

- 中醫歷經了千年的歷史，《黃帝內經》中就已將某些急症冠以「卒」、「暴」，如「卒中」、「卒心痛」、「暴厥」等，表示當時對於急性病症的嚴重性和突發性有了充分的認識。
- 台灣隨著各大醫學中心和區域醫院增設中醫科部和中西醫合作的逐漸普及化，中醫能介入的會診患者數量大增。
- 台灣於107年5月正式啟動全民健康保險中醫急症處置計畫，主要針對眩暈、急腹症(腸阻塞)、胸悶胸痛心悸、軟組織疼痛、經痛、偏頭痛、癌症疼痛、骨骼關節相關痛症、腦中風共九大項適應症。
- 本院中醫部於108年1月正式啟動中醫急症處置計畫針對急診常見病症，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。

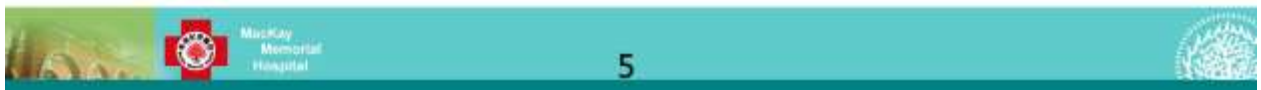


二、團隊成員介紹-中醫部&急診部



全民健保醫療給付費用總額會議

貳：執行方式



一、工作時程規劃：建置前期

- 將中醫住院醫師送往急診：為期半年受訓，包含輪值排內科和外科班、參與急診住院醫師之訓練教學、至淡水各社區教導民眾CPR。



一、工作時程規劃：建置前期

和急診部門討論後，
確立急症中醫治療
流程



二、服務流程

- 前後測除腦中風患者之外皆以 NRS 作為前後測之評估，腦中風前後側則記錄NIHSS 分數、Coma scale 和四肢之肌力



三、特色與創新

-完整跨專科團隊與完善交班制度

- 中醫內科、中醫婦兒科、中醫針灸科及中醫骨傷科醫師共同參與急症會診，提供中藥與針灸骨傷手法並行的整合治療服務
- 建立中醫急診排班與交班制度，不同時段醫師可接續治療留觀患者，留觀期間最多三次治療

急診排班表							
台北		星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
8:00~12:30	一線	徐培倩	李以菽	徐培倩	李以菽	徐培倩	
	二線						
	住院	曹嘉紋	陳軍凱	張馨方		古于容	
	實習	廖建宇		黃靖凱		許念真	
12:30~17:00	一線	劉永晴	王宏銘	張珮琳	徐培倩	張絜閔	
	二線						
	住院			吳怡萱	劉奕德	陳冠宇	
	實習						



三、特色與創新

-首創急診Covid-19中醫門診會診

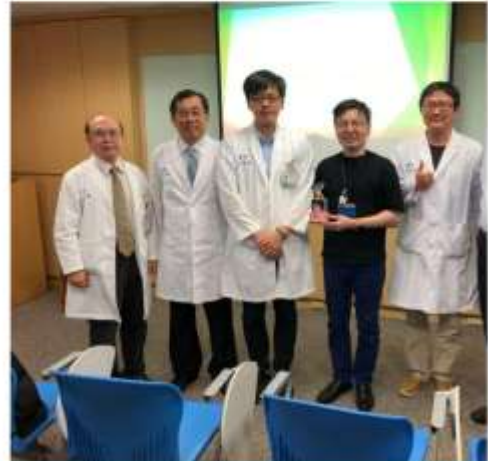
- 因應2022年疫情高峰，2022年7月建立急診Covid-19中醫照護模式
- 患者於確診當下即可由中醫師透過視訊、電話問診或現場訪視，開立「清冠一號」或相關中藥方劑，提供即時治療



三、特色與創新

-首創中醫住院醫師急診專科受訓制度

- 正式開辦急症處置前，先派中醫住院醫師赴急診專科實習半年
- 實習內容為臨床實作，由西醫主治醫師監督中醫師診療與處置
- 受訓後中醫師充分理解急診流程，回中醫部報告外訓心得，並參與修訂中醫介入流程，使制度更符合急診與中醫雙方需求



四、資源整合-跨部門協作

- 除針灸治療與穴位按摩外，特別與中藥局合作，加入中藥治療模式，形成更全面的中西醫整合急診服務
- 中藥局每兩個月召開會議，檢討中藥疑義處方、藥物異常事件、持續追蹤異常事件改善成效、抽驗中藥重金屬含量，確保安全用藥品質
- 每季召開急診醫療小組會議，集合各科醫療人員和行政人員，共同討論急診治療相關議題，提高營運效力

第 139 次院務不夜良辰工作小組會議紀錄

時 間：逢星期三下午六時至八時(請於週二下午 7:30 前)
 地 點：313 國際會議廳
 出席人員：院務小組成員
 主 持：陳敏賢醫師
 記 錄：王世宏醫師
 出席：王世宏醫師、林國輝醫師、劉世祥醫師、李敏仁醫師、邱 瑋醫師、林文慶醫師、呂世平醫師、
 刁世祥醫師、陳家豪醫師、張家輝醫師、陳國輝醫師、何國輝醫師、邱 國輝醫師、王世宏醫師
 請 假：廖內元醫師、林文慶醫師
 來 賓：黃世昌醫師、劉世祥醫師、王國輝醫師
 列席人員：陳敏賢醫師
 中、醫藥局主任：王國輝醫師

一、2014 年 7-8 月院務不夜良辰工作小組會議紀錄、續前次紀錄內容……

【院務】

院務及 議決事項	院內中西醫急診門診急診處置統計表			
	1-6 月	7 月	8 月	合計
總門診量	1470	229	292	1991
急診門診	541	109	171	821

【中醫】

院務及 議決事項	院內中西醫急診門診急診處置統計表			
	1-6 月	7 月	8 月	合計
急診門診	85	60	93	238

急診醫療小組會議 2015 年第三季急診醫療小組會議紀錄

時 間：2015 年 9 月 14 日
 地 點：313 國際會議廳
 出席人員：陳敏賢醫師、王國輝醫師、王世宏醫師、林國輝醫師、劉世祥醫師、李敏仁醫師、邱 瑋醫師、林文慶醫師、呂世平醫師、刁世祥醫師、陳家豪醫師、張家輝醫師、陳國輝醫師、何國輝醫師、邱 國輝醫師、王世宏醫師
 列席人員：陳敏賢醫師、王國輝醫師、王世宏醫師、林國輝醫師、劉世祥醫師、李敏仁醫師、邱 瑋醫師、林文慶醫師、呂世平醫師、刁世祥醫師、陳家豪醫師、張家輝醫師、陳國輝醫師、何國輝醫師、邱 國輝醫師、王世宏醫師

一、會議紀錄(2015 年 9 月 14 日)
 一、 院務小組會議紀錄(2015 年 7-8 月)
 二、 急診醫療小組會議紀錄
 1. 院務小組會議紀錄(2015 年 7-8 月)
 2. 急診醫療小組會議紀錄(2015 年 7-8 月)
 3. 院務小組會議紀錄(2015 年 7-8 月)
 4. 急診醫療小組會議紀錄(2015 年 7-8 月)
 5. 院務小組會議紀錄(2015 年 7-8 月)
 6. 急診醫療小組會議紀錄(2015 年 7-8 月)
 7. 院務小組會議紀錄(2015 年 7-8 月)
 8. 急診醫療小組會議紀錄(2015 年 7-8 月)
 9. 院務小組會議紀錄(2015 年 7-8 月)
 10. 急診醫療小組會議紀錄(2015 年 7-8 月)



一、服務成效-服務量

- 急診婦科，由本院婦產科醫師看診，而婦產科部並沒有參與此團隊，較不熟悉此流程
- 癌症疼痛患者多為病史和病況較複雜的病例，一般多等到住院病情穩定後才會會診中醫介入治療

年度	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2019-2025
總人數	103	105	372	124	150	23	36	913
眩暈	43	43	160	47	42	7	3	345
急腹症	16	4	23	19	19	4	7	92
胸悶心悸	17	31	103	36	13	4	4	208
軟組織疼痛	18	17	26	14	49	2	8	134
偏頭痛	3	4	11	0	4	0	0	22
骨骼關節痛	1	1	15	2	11	4	2	36
CVA	5	5	34	6	12	2	12	76
經痛	0	0	0	0	0	0	0	0
癌症疼痛	0	0	0	0	0	0	0	0



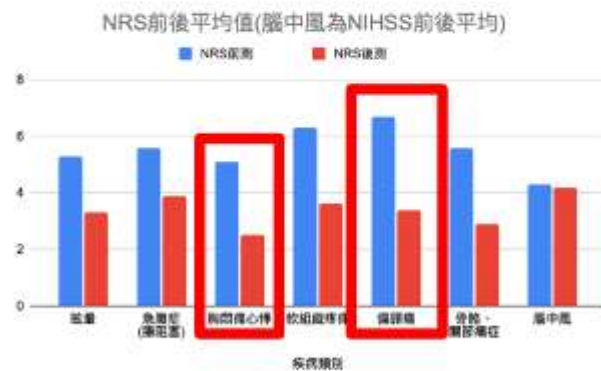
一、服務成效-服務品質

收案患者NRS治療前後比較

除腦中風以NIHSS分數評估外，其餘皆以NRS(Numerical Rating Scale, NRS) 量表比較治療前後疼痛改善情形。

以胸悶胸痛心悸及偏頭痛之患者改善幅度最大，NRS分數可下降50%以上，治療呈現如下表。

疾病類別	NRS前測 平均值	NRS後測 平均值
眩暈	5.3	3.3
急腹症 (腸阻塞)	5.6	3.9
胸悶胸痛心悸	5.1	2.5
軟組織疼痛	6.3	3.6
偏頭痛	6.7	3.3
骨骼、 關節痛症	5.6	2.9
腦中風	4.3 (NIHSS)	4.2 (NIHSS)
經痛	無收案	無收案
癌症疼痛	無收案	無收案



一、服務成效-留觀時間統計

急診留觀時間統計

胸悶胸痛心悸、偏頭痛、軟組織疼痛、骨骼關節痛組別都可以發現越早讓中醫介入治療，患者在急診的留觀時間就會越短，尤其急診患者在兩小時內就會診中醫，上述五種疾病之留觀時間皆優於無中醫介入之留觀時間。

	留觀兩小時內中醫就介入之留觀時間 (分鐘)	留觀三小時內中醫就介入之留觀時間 (分鐘)	無中醫介入 留觀時間(分鐘)
頭暈	346	375	350
腸阻塞	165	1785	821.5
胸痛胸悶心悸	170*	244†	469**
偏頭痛	132	234	341
軟組織疼痛	152	218	389
骨骼關節痛	194	257	362
腦中風	1209	446	562



一、服務成效：成果與成效評估

台灣各地區急症中醫介入處置收案量比較(舉2021年為例)

- 2019~2023年本院承接「中醫急症處置試辦計畫」，累積1884人次，據全聯會資料，2021年台北地區中醫急症服務共887人次，全國中醫急症服務共1628人次，本院共880人次，高達一半的服務量。
- 本院團隊2021年中醫急症照護服務人次在台北地區與全國皆為第一，2019~2023逐年收案量皆為全國前三名。

2021年度急症照護全國收案情形

	台北	馬偕醫院	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
人數	377	330	1	142	79	12	490	1,101
人次	887	880	1	146	84	12	498	1628



二、價值創造：病人滿意度

- 為了解病人對治療的滿意度，於治療後給予病人填寫滿意度調查表。
- 患者對於中醫介入急診治療的整體滿意度，非常滿意及滿意的比例高達90%以上，顯示中醫介入急診治療有助於推動中西整合醫療服務。

病患滿意度調查結果 (截至2022年4月)					
	非常滿意 人數 (%)	滿意 人數 (%)	普通 人數 (%)	不滿意 人數 (%)	非常不滿意 人數 (%)
治療前解說	31 (48.4%)	28 (43.8%)	5 (7.8%)	0	0
治療前等候時間	35 (54.7%)	26 (40.6%)	3 (4.69%)	0	0
治療過程專業度	34 (53.1%)	27 (42.2%)	3 (4.69%)	0	0
治療後改善程度	26 (40.6%)	26 (40.6%)	12 (18.8%)	0	0
醫師能否仔細聆聽問題 並以尊重的態度對待您	35 (54.7%)	26 (40.6%)	3 (4.69%)	0	0
診療時尊重您的隱私	33 (51.6%)	27 (42.2%)	4 (6.3%)	0	0
對於整體急診中醫介入 治療的滿意度	33 (51.6%)	27 (42.2%)	4 (6.3%)	0	0



二、價值創造

受邀至廣播電台演講，介紹急診中西醫合作及治療經驗分享

八大新聞台採訪製作中西醫合併「急診」治療專題

受邀參與國內外中醫重大會議，演講中醫急症處置計畫成果(奇美、署立台北、北榮、聯合醫院仁愛院區、台北國醫節、新北國醫節、中華針灸醫學會學術研討會)



中西醫合作急診經驗分享
中醫不只保健預防
9大適應急症都能幫上手



二、價值創造

榮獲25th SNQ國家品質標章認證



二、價值創造

榮獲26th NHQA國家品質獎金獎肯定



🏆 金獎 🏆

【臺灣一流水準】

獎項	參與機構	獲獎名稱	主辦
金獎	2025F1026	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院	中醫介入急症處置之流程建構與成果



三、重視環境保護、社會責任及臨床治理

環境保護：

本院正在推行針傷紀錄單電子病歷化，目前已經完成門診系統並正式啟用，未來於會診也可全面紀錄單電子化，可加強無紙化推行，達到綠能減碳目的。



四、論文或專利技術產出及指引建立

論文產出：

著作發表：北部某醫學中心執行急症中醫針灸會診經驗分享 An Experience of Consultation for Acupuncture in the Emergency Department of a Medical Center in Northern Taiwan. (北部某醫學中心執行急症中醫針灸會診經驗分享)

本院於2019年1月正式開始承辦中醫急症處置計畫，建立了合適的急診中醫會診模式架構，並首創COVID-19患者急診會診中醫治療之模式，其流程架構可供台灣各大醫學中心參考，未來將會進一步將收案資料成果投稿於國外期刊雜誌。

J Chin Med 2023; 113-123, 2023
DOI: 10.4269/JCM.202311_113123.01

原始論文

北部某醫學中心執行急症中醫針灸會診經驗分享

王宏銘¹、黃應昭¹、顏維達²、陳光偉³、張茂騰^{1,2*}

¹ 馬偕紀念醫院中醫部，台北，臺灣

² 陽明紀念醫院急診學部，台北，臺灣

³ 中國醫藥大學中醫學院，台中，臺灣

【摘要】本院於2019年1月正式開始承辦中醫急症處置計畫，建立了合適的急診中醫會診模式架構，並首創COVID-19患者急診會診中醫治療之模式，其流程架構可供台灣各大醫學中心參考，未來將會進一步將收案資料成果投稿於國外期刊雜誌。

關鍵字：針灸、急診、急症處理、中醫急症處置計畫



四、論文或專利技術產出及指引建立



The screenshot shows the website of the National Union of Chinese Medical Doctors' Association (中華民國中醫師公會全國聯合會). The page is titled "專案計畫專區 / Project". It lists several projects, with one highlighted in a red box: "2020-05-01 中醫急症處置計畫之流程建構-以馬偕紀念醫院中醫部為例". Other projects listed include "感控暨針灸標準SOP醫療品質提升計畫", "全民健康保險中醫門診增額照護機構中醫醫療照護方案", "中醫第四部第八章特定疾病門診加強照護", and "中藥用藥安全管理及品質". Below the list, there is a box containing the text "中華民國中醫師全國聯合會參考範例".



五、前瞻性及未來發展性

- 中西醫合療是醫療未來的新趨勢，在台灣，本已有許多疾病為患者所認同並會選擇中西醫合療的模式，但中醫始終無法脫離「慢郎中」的形象，在急重症民眾就鮮少會想到中醫的角色。
- 本處置流程為針對急診患者所設置，放眼全世界都是一個新的創舉，台灣雖然於107年正式推動急症中醫處置計畫，但各家醫院在推行期間都遭遇許多困難，最明顯的還是在於急診單位對於中醫的陌生和不了解，本團隊藉由先讓住院醫師前往急診受訓的方式，來加強兩邊的交流，再更改一般的會診模式，由中醫這邊主動出擊，尋找合適的會診患者和西醫進一步溝通協調，如此逐步的走出一條新的會診模式，未來期望能將此模式進一步推廣到全台灣的醫院。



五、前瞻性及未來發展性

- 由於初步階段會診制度已逐漸成熟，在中醫和急診部門討論後，預計針對**頭暈、下背痛**做進一步的合作，在初步檢查排除較嚴重疾病後，就可常規會診中醫。
- 即以急診主動會診的方式，建立新的流程，並期許能將此流程推廣到台灣的各家醫院，產生新的治療模式。



報告完畢
敬請指教



報告事項第五案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：「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」案。

說明：

- 一、依據本署 114 年 11 月 23 日前次(114 年第 3 次)會議決議、衛生福利部 115 年 1 月 20 日衛部保字第 1141260589 號函(附件 1，頁次報 5-3 頁)暨中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)115 年 1 月 21 日(115)全聯醫總毅字第 0183 號函(附件 2，頁次報 5-7 頁)辦理。
- 二、前次會議業已通過本計畫，惟於全民健康保險會 114 年 11 月 19 日第 7 屆 114 年第 9 次委員會議討論未達共識，經衛生福利部 115 年 1 月 20 日衛部保字第 1141260589 號函核定：略以，地區預算分配方式 1. 各分區實際收入預算占率：64%(減少 1%)。2. 各分區戶籍人口數(R 值)占率：17%(增加 1%)；風險調整移撥款依協商共識。
- 三、中全會於 115 年 1 月 21 日來函表示(同附件 2)，本計畫指標 2 各分區戶籍人口數占率由原 16%進到 17%一案，尊重衛生福利部裁示意見，原規劃風險調整移撥款之提撥及分配條文不另行修正。

四、修正對照表條文如下：

條文	修正條文	前次會議通過條文
參、	計畫期間：115年1月1日至115年12月31日。	計畫期間：115年1月1日至115年12月31日。
肆、 預算 分配 ：	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 用於點值最低分區，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	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 用於點值最低分區，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

條文	修正條文	前次會議通過條文
	<p>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)。</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 115 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。</p> <p>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)：</p> <p>(一)64.65%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。</p> <p>(二)17.16%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。</p>	<p>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)。</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 115 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。</p> <p>四、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)：</p> <p>(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。</p> <p>(二)16%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。</p>

本署意見：

- 一、本計畫指標 1 各分區實際收入預算占率及指標 2 各分區戶籍人口數占率配合衛生福利部核定修訂(附件，頁次報 5-8 頁)。
- 二、本計畫擬依程序報衛生福利部核定後公告實施。

決定：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段
488號
聯絡人：廖桂汎
聯絡電話：(02)8590-6666 分機：6752
傳真：02-85906048
電子郵件：hgeva520@mohw.gov.tw



受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年1月20日
發文字號：衛部保字第1141260589號
速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件1-115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式核定結果、附件2-
115年度醫療給付費用總額一般服務費之地區預算分配方式核定結果
(A210000001_1141260589_doc2_Attach1.pdf、
A210000001_1141260589_doc2_Attach2.pdf)



主旨：所報「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配
方式」暨「115年度全民健康保險醫療給付費用總額一般
服務費用之地區預算分配方式」案，核定如說明，復請查
照。

說明：

- 一、復貴會114年11月4日衛部健字第1143360161號書函暨同年
12月1日衛部健字第1143360174號書函。
- 二、115年整體醫療給付費用總額9,883.35億元，相較115年基
期，成長率為5.5%，核定如下：
 - (一)「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方
式」案：核定結果差異部分如附件1，餘依前述貴會書函
所報協定結果。
 - (二)「115年度全民健康保險醫療給付費用總額一般服務費用
之地區預算分配方式」案：牙醫門診依貴會所報協定結

總收文 115.01.20



1150101480

第 1 頁，共 2 頁

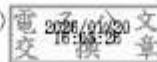


果；中醫門診、西醫基層及醫院核定結果如附件2，未列項目依協定結果。

三、副本抄送中央健康保險署，請會同總額相關團體及本部相關單位，依核定事項，研訂及推動各新增項目之執行內容。

正本：本部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)



115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式核定

115 年 1 月 20 日

結果

核定結果差異部分如下表，餘依健保會書函所報協定結果：

總額	項目	協定事項
醫院	0~6 歲兒童醫療量能保障	1.本項額度 536 百萬元，用於 0~6 歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」支應。
	全民健康保險術後加速康復推廣計畫 ERAS【自專款項目拆分】	本計畫以 5 年為檢討期限(114~118 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(118 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
	門診透析預算	3. 門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。
西醫基層	0~6 歲兒童醫療量能保障	1.本項額度 590 百萬元，用於 0~6 歲兒童醫療服務量能，經費如有不足，由其他預算「促進醫療服務診療項目支付衡平」項目支應。
	門診透析預算	3. 門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 48,796.4 百萬元)，其中 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，且 300 百萬元不得流用於一般服務，全年預算如有不足，則由一般服務支應。

115 年度醫療給付費用總額一般服務費之地區預算分配方式核定結果

115 年 1 月 20 日

核定結果如下表，未列項目依協定結果：

總額	地區預算分配方式	風險調整移撥款
中醫門診	1. 各分區實際收入預算占率：64%。 2. 各分區戶籍人口數占率：17%。	依協商共識。
西醫基層	預算 70% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數，30%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。	自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)移撥 7 億元，作為風險調整移撥款，用途優先保障東區浮動點值不低於每點 1 元；次之，撥補點值落後地區。
醫院	1. 門診服務(不含門診透析服務)：預算 54% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後之保險對象人數，46%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。 2. 住院服務：預算 47% 依各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數，53%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。	自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)移撥 6.5 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中 0.5 億元用於因應東區因 R 值(各地區校正風險因子後之保險對象人數)占率造成之財務衝擊。

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 115 年 1 月 21 日
發文字號：(115)全聯醫總駁字第 0183 號
速 別：
附 件：

主 旨：有關衛生福利部裁示「115 中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」指標 2：各分區戶籍人口數占率由原 16%進到 17% 乙案，本會專重裁示意見；在原規劃風險調整移撥款之提撥及分配條文部分本會不另行修正，請鑒核。

說 明：依衛生福利部 115 年 1 月 20 日衛部保字 1141260589 號函辦理。


正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

理事長 **蘇守毅**

子
11

總收文 115 年 1 月 22 日收到
健保醫字



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)64 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)17 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 比率(a1%)	病患a2就 醫 次數	於各區就醫 比率(a2%)	病患a3就 醫 次數	於各區就 醫 比率(a3%)	病患a4就 醫 次數	於各區就 醫 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 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： \sum 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

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

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數≤ 全國平均值：

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

= +5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

= 各分區 \sum 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

條件說明：

一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)=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= Σ 114年每月申報醫療費用/ Σ 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% * 64 65%

指標2預算 GB= (T) * 97.78% * 17 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 / ΣAi1)。

指標1占率 (Ai1 / ΣAi1)
= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算 (Ai1) / Σ95年第4
季至98年第3季之各區各季預算 (ΣAi1)。
※占率：四捨五入至小數點第6位

(二) 各分區各季預算 Gb

= 各季預算 GB * 指標2占率 (Ai2 / ΣAi2)。
指標2占率 (Ai2 / ΣAi2)
= 去年同期各分區戶籍人口數 (Ai2) / Σ 去年同期各分區戶籍人
口數 (ΣAi2)。
※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

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

指標3占率 ($A_{i3} / \sum A_{i3}$)

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

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

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

※各分區各季經指標4加權後之預算 (A_{i4})

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

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

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

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

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

※各分區指標5權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 (A_{i5})

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

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

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 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> 年該區全 年 預算 Ty (百萬元) V	<u>115</u> 年該區全 年 預算 Ty (百萬元) W	成長 率 W/V-1	負成長 分區 差額 X	撥補比 例 Y	撥補方式 X*Y=Z	調整 金額 Z	撥補後 Ty W+Z	撥補後成 長率
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%

報告事項第六案

報告單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：建議調整「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」附件之施行區域劃分，將「高雄市甲仙區」及「屏東縣琉球鄉」由「一家中醫服務區」變更為「無中醫服務區」案。

說明：

- 一、「高雄市甲仙區」及「屏東縣琉球鄉」原設有之中醫診所目前均已歇業，該兩行政區現況為無中醫醫事服務機構進駐。
- 二、為覈實反映區域醫療資源現況，並有效引導醫療資源投入，建議將上述兩區由該方案「附件1-2（一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區）」移列至「附件1-1（無中醫醫事服務機構之鄉鎮區）」，以利後續資源媒合與民眾就醫權益之保障。

本署說明：

- 一、統計截至115年2月2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)：新增「高雄市甲仙區」(火開極中醫診所於114年12月1日歇業)、「屏東縣琉球鄉」(琉球中醫診所於115年1月6日歇業)。
 - (二) 一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件1-2)：刪除「高雄市甲仙區」、「屏東縣琉球鄉」。
- 二、綜上，施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計80個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計78個鄉鎮區。

決定：

115 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	北門區	1	花蓮縣	豐濱鄉	2		
	石門區	1		左鎮區	1		富里鄉	1		
	平溪區	1		龍崎區	1		秀林鄉	3		
	雙溪區	1	高雄市	田寮區	1		萬榮鄉	3		
	烏來區	3		<u>甲仙區</u>	<u>1</u>		卓溪鄉	3		
宜蘭縣	大同鄉	3	屏東縣	內門區	1	臺東縣	大武鄉	2		
	南澳鄉	3		茂林區	3		東河鄉	1		
桃園市	復興區	3		桃源區	3		長濱鄉	2		
新竹縣	橫山鄉	1	那瑪夏區	3	綠島鄉		5			
	北埔鄉	1		萬巒鄉	1		延平鄉	3		
	峨眉鄉	1	竹田鄉	1	海端鄉	3				
	尖石鄉	3	新埤鄉	1	達仁鄉	3				
	五峰鄉	3	<u>琉球鄉</u>	<u>4</u>	金峰鄉	3				
苗栗縣	南庄鄉	1	屏東縣	車城鄉	1	金門縣	蘭嶼鄉	6		
	頭屋鄉	1		滿州鄉	2		金寧鄉	6		
	西湖鄉	1		枋山鄉	1		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	信義鄉	3		春日鄉	3	澎湖縣				
	仁愛鄉	3		獅子鄉	3					
雲林縣	褒忠鄉	1		牡丹鄉	3				花蓮縣	
嘉義縣	東石鄉	1	白沙鄉	5						
	番路鄉	1	吉貝村	6						
	阿里山鄉	3	西嶼鄉	5						
臺南市	後壁區	1	望安鄉	6						
	東山區	1	七美鄉	6						
	大內區	1	光復鄉	1						

註1：本一覽表統計截止日期：114年10月25日至115年2月2日，共7880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。

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

註1：本一覽表統計截止日期：~~114年10月25日~~115年2月2日，共8078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：建議調升「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」附件 1-1 無中醫醫事服務機構之鄉鎮區中「嘉義縣番路鄉」部分村落之級數案，提請討論。

說明：

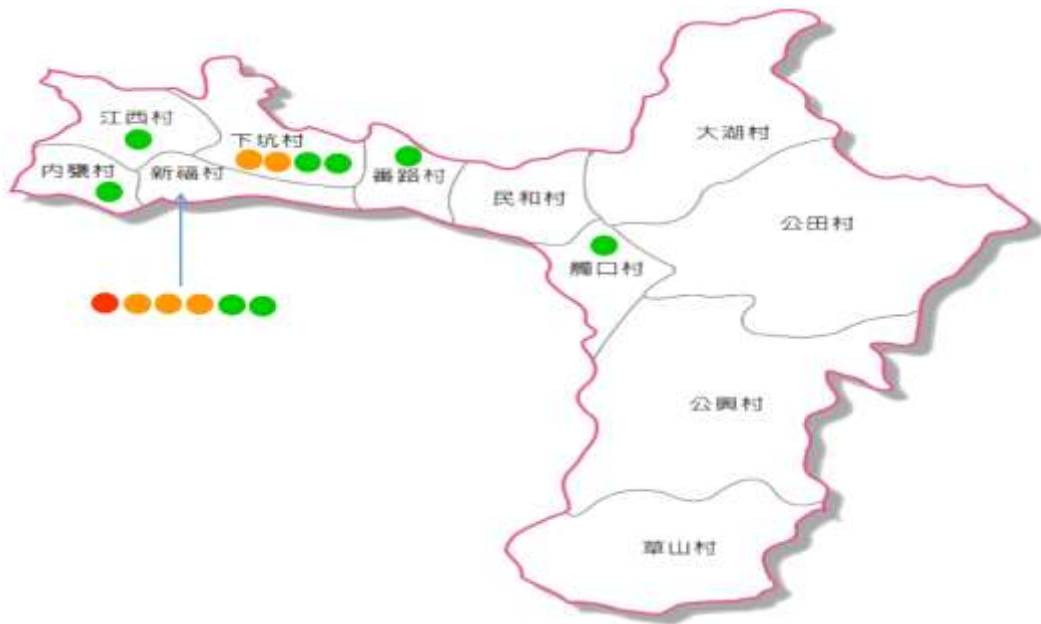
- 一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 60 次會議決議辦理。
- 二、嘉義縣番路鄉之行政區為斧頭型，地理位置北鄰竹崎鄉、西接嘉義市、東接阿里山鄉、南鄰中埔鄉、大埔鄉，幅員橫跨平地與山地地區，而醫療與長照資源等亦集中於下坑村、新福村等平地區域。(詳附件)
- 三、鄉內大湖村、公田村、公興村與草山村，位處山地地區，無論從嘉義市區或其他地區前往，均需耗費更多車程時間才能到達，就醫療團隊而言，需耗費交通路程有所不同，論次費用若採單一級數，顯失公允。
- 四、為減少民眾之「健康不平等」，並增加中醫同道前往執行巡迴醫事服務之意願，建議應就嘉義縣番路鄉大湖村、公田村、公興村與草山村提高論次級數，由原一級偏遠(P23007)調升至二級偏遠(P23063)。

本署意見：

- 一、查嘉義縣番路鄉屬本方案無中醫鄉鎮區，目前只有 1 家中醫診所於 1 處巡迴點(番路衛生所巡迴下坑村)提供服務，本案建議調高巡迴論次級數之 4 村(大湖村、公田村、公興村與草山村)，僅大湖村過去曾有診所提供巡迴醫療服務。
- 二、考量嘉義縣番路鄉大湖村、公田村、公興村及草山村靠近山地地區，距離嘉義市區較遠，對外聯絡道路多為產業道路或狹窄道路，居民醫療照護取得不易，爰同意中醫全聯會建議。

三、惟本案涉及調升支付點數，須報請主管機關核定後公告實施，考量本計畫甫於 115 年 1 月 15 日公告，建議中醫全聯會再通盤檢視全台各鄉鎮區之巡迴分級合適性後提案，以增進本署行政效率。

決議：



瑞泰幸福老人長照中心 ● 1A 5B+8C單位		醫	食	住			行			商業	小計	
		專業服務 (醫師、 護理、藥事、營養、 職能、物理、心理)	送餐	居家式	社區式	機構式		交通 接送	社區 式交通 接送	輔具 及環境 改善		C 據點
				居家服務	小規模 日照 家托 臨短托	長照 機構	喘息					
● 5B 8項 服務	1.下坑村-番路鄉衛生所	●									1	
	2.新福村-瑞泰幸福老人長照中心養護型					●	●				2	
	3.新福村-瑞泰幸福居家長照機構			●			●				3	
	4.新福村-私立瑞泰社會福利基金會							●	●		2	
	5.下坑村-幸福社區式長照服務機構				●						1	
小計		1	0	1	1	1	2	1	1	0	8	
● 8C	1.下坑村-安道基金會									●	1	
	2.下坑村-番路鄉衛生所									●	1	
	3.新福村-日安社區發展協會									●	1	
	4.新福村-巷弄(瑞泰社福基金會)									●	1	
	5.內壠村-巷弄(瑞泰社福基金會)									●	1	
	6.江西村-巷弄(瑞泰社福基金會)									●	1	
	7.番路村-巷弄(瑞泰社福基金會)									●	1	
	8.觸口村-文建站(社區發展協會)									●	1	
小計		—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	

討論事項第二案

提案單位：中華民國藥師公會全國聯合會

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 114 年 11 月 13 日本會議(114 年第 3 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 2-2 頁)、中華民國藥師公會全國聯合會(下稱藥師公會) 115 年 1 月 2 日函(附件 2，頁次討 2-6 頁)辦理。
- 二、藥師公會來函摘要如下：
 - (一)全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議，建請增列本會藥師代表。
 - (二)113 年在中醫醫令申報量、藥費、調劑費、開立天數、藥品總品項的申報量，藥師申報量皆為中醫師之數倍，中醫醫令申報量為 1.75 倍、藥費為 2.5 倍，調劑費為 3.11 倍、開立天數為 2.62 倍、藥品總品項為 2.15 倍。
 - (三)中醫門診總額研商議事會議已事涉藥事人員專業團體之參與及權益，又本會為全國性藥師團體，增列本會藥師代表無論在代表性、合法性及公正性皆為最妥適。
- 三、前次(114 年 11 月 13 日召開 114 年第 3 次)會議，中華民國中醫師公會全國聯合會及中華民國藥師公會全國聯合會之意見如附件 3，頁次討 2-8 頁，會議決議(附件 4，頁次討 2-9 頁)略以現階段仍維持現行運作模式，不增加代表；本會議討論提案如有涉及中華民國藥師公會全國聯合會者，將諮詢該會意見或邀請該會列席說明。

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。

檔 號：
保存年限：

中華民國藥師公會全國聯合會 函

地址：104028臺北市中山區民權東路1段67
號5樓
承辦人：陳暘
電話：02-25953856#118
傳真：02-25991052
電子信箱：f tpa04@taiwan-pharma.org.
tw



受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國115年1月2日
發文字號：國藥師君字第115000004號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：就「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會
議」，建請增列本會藥師代表，請查照。

說明：

- 一、我國得益於深厚之中醫藥文化底蘊，以及世界首屈一指之全民健康保險制度，使國人能夠享有可近性高、可負擔且高品質的中西醫療品質；又國人多有中西藥併用，或以中藥材養生之習慣，而藥師身為最深入社區的醫藥專業人員，職司藥品調劑、交付等作業，國人在有中西藥相關疑問時，亦為國人第一線諮詢對象，為國人用藥安全的守護者。
- 二、我國藥事人員之養成，目前國內各大專院藥學系均已設有中藥相關課程，藥師考試亦有相關科目，因此藥師於中藥領域，應已具備足夠知識，近年藥師亦積極參與中醫藥產業，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



總收文 115.01.05



1150100165

第 1 頁，共 3 頁



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。

- 三、《全民健康保險法》第61條第3項明訂，門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。健保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。
- 四、中醫藥費和藥事調劑費約佔37%，112年中醫總藥費占中醫總額36.72%和藥事服務費佔0.56%，具有調劑權只有中醫師和藥師。113年在中醫醫令申報量、藥費、調劑費、開立天數、藥品總品項的申報量，據本會向大署調閱資料，藥師申報量皆為中醫師之數倍，中醫醫令申報量為1.75倍、藥費為2.65倍、調劑費為3.11倍、開立天數為2.62倍、藥品總品項則為2.15倍。
- 五、綜上，藥師無論在中藥產業領域之專業程度、參與程度及重要性至為灼然，全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議已事涉藥事人員專業團體之參與及權益，又本會為全國性藥師團體，增列本會藥師代表無論在代表性、合法性及公正性皆最為妥適，爰建請大署就「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」，建請納入本會藥師代表，請查照。



正本：衛生福利部中央健康保險署

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
會議藥師公會全聯會及中醫師公會全聯會意見如下：

一、中華民國藥師公會全國聯合會提供意見重點如下：

- (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) 藥師投入中藥服務意願持續提升。
- (三) 藥師是中醫藥振興計畫中不可或缺的一員。
- (四) 藥師在長照、居家醫療及用藥安全之助益亦可適用中藥用藥安全。
- (五) 法規並無窒礙之處，藥界期待為國人健康福祉盡一份力。

二、中華民國中醫師公會全國聯合會提供意見重點如下：

- (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占比僅約 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。

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 114 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 11 月 13 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：龐副署長一鳴(張主任秘書禹斌代理)

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	請假	陳代表冠仁	陳冠仁
吳代表清源	吳清源	陳代表建輝	陳建輝
李代表元齡	李元齡	陳代表博淵	陳博淵
卓代表青峰	卓青峰	陳代表節如	請假
林代表狄昇	林狄昇	黃代表上邦	請假
邱代表國華	邱國華	楊代表志中	楊志中
姜代表智文	姜智文	楊代表啟聖	楊啟聖
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	詹永兆
胡代表文龍	胡文龍	廖代表奎鈞	廖奎鈞
孫代表茂峰	孫茂峰	蔡代表素玲	蔡素玲
張代表田黨	請假	羅代表永達	羅永達
陳代表仲豪	顏志誠(代)	蘇代表守毅	蘇守毅
陳代表俊良	陳俊良	蘇代表芸蒂	蘇芸蒂
陳代表俊龍	陳俊龍		

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

衛生福利部中醫藥司

請假

台灣醫院協會

請假

中華民國藥師公會全國聯合會
中華民國護理師護士公會全國聯合會
中華民國中醫師公會全國聯合會
本署醫務管理組

本署醫審及藥材組
本署企劃組
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

溫致群、蕭力揚、陳暘
林綉珠、余文彬、梁淑媛

李敬
黃珮珊、賴彥壯、洪于淇、
黃怡娟、陳依婕、成庭甄、
黃瓊萱、王智廣、黃千芬、
邱雲、李柏諺、陳聿萱、
廖慈珊、鄭正義、楊淑美、
林麗智

賴秋伶、陳盈如、陳力瑄

楊朝圍

宋兆喻*、黃奕瑄*、張翊暄*、
林育婷*、陳郁淇*、張景興*
楊淑娟*、方亞芸*、林孟萱*、
黃珮晴*

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

賴文琳*、林聖哲*、高宜聲*、
盧靜宜*、秦莉英*、李昕璇*、
劉乃慈*、李岳勳*、胡瓊文*
謝明雪*、黃皓綱*、李昀融*
江春桂*、馮美芳*、鄭翠君*、
吳乙亭*

肆、主席致詞：略。

伍、確認本會前次會議紀錄。

決定：確認。

參、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、中華民國藥師公會全國聯合會提供意見重點如下：

- (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) 藥師投入中藥服務意願持續提升。
- (三) 藥師是中醫藥振興計畫中不可或缺的一員。
- (四) 藥師在長照、居家醫療及用藥安全之助益亦可適用中藥用藥安全。
- (五) 法規並無窒礙之處，藥界期待為國人健康福祉盡一份力。

二、中華民國中醫師公會全國聯合會提供意見重點如下：

- (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占比僅約 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：

- 一、本案未達共識，現階段仍維持現行運作模式，不增加代表。
- 二、本會議討論提案如有涉及中華民國藥師公會全國聯合會者，將諮詢該會意見或邀請該會列席說明。

討論事項第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「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」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 60 次會議決議辦理。
- 二、提升中醫護理人員照護品質在健保會協商時為一般部門費用，在條文修正時僅提到一點不大於一元，但如果預算有剩餘，則無提及如何處理，為避免日後的爭議，本會建議於第陸條增加第四點，以補條文的不足。
- 三、建議第陸條：獎勵方式及核發原則新增第四點「提升護理照護品質獎勵金：前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，並於且至 116 年 3 月底前完成撥付。」

本署意見：

- 一、預算來源：115 年中醫門診總額一般服務「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、執行量推估：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，計 924 家。
 - (一)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醫令量為 67.9 萬件，以每件加計 13 點計算，推估約 8.8 百萬元。
 - (二)針傷處置費：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 百萬元。
 - (三)綜上，以計畫獎勵條件，推估1 年執行數約 233.4 百萬元。
- 三、查西醫基層「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」，若加計獎勵結算後仍有結餘，則依診所調升護理人員薪

資人月占率核發獎勵金。本會中全會之建議，係比照西醫基層增訂「提升護理照護品質獎勵金」相關規範。

擬辦：方案修訂如附件（頁次討 3-3 至 3-5），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。

決議：

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：反映中醫門診特約醫事服務機構護理人員薪資，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門診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門診特約醫事服務機構。
- 一、院所及護理人員資格：114年12月31日前開業之全民健康保險(以下稱本保險)中醫門診特約醫事服務機構(不含115年新開業診所及新開設中醫醫院或醫院附設中醫部門)，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院所；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門診特約醫事服務機構為認定。
 - 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。各院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月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於第四投保等級，以及院所當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵。
- 陸、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。
- 柒、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之加計獎勵

→(一)獎勵方式：

- (一)1. 符合獎勵條件之中醫門診特約醫事服務機構，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」治療處置費之案件，加計獎勵13點。
- (二)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。
- (三)3. 針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費：針灸(D01-D08)、傷科(E01-E14)、針灸合併傷科(F01-F84)。

→(二)核發方式：

- (一)1. 本項獎勵費用由全民健康保險保險人(下稱保險人)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)2. 符合申報之中醫門診特約醫事服務機構，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。
 - (三)3. 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：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。

二、提升護理照護品質獎勵金：前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，並於116年3月底前完成撥付。

捌、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。

玖、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。

壹拾、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、聘有護理師或護士之中醫門診特約醫事服務機構增加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增加本保險投保金額至少一投保等級，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。

討論事項第四案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險中醫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60次會議決議辦理。
- 二、本會建請大署同意看診方式的轉換，能比照慢性腎病專案方式修正。
- 三、建議修正支付標準備註上文字對照表如下：

原條文	建議修正文字
註3：含藥費之照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004)與不含藥費之照護模式(P39005、P39006)，需28天始得相互轉換。	註3：含藥費之照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004)與不含藥費之照護模式(P39005、P39006)，需28天始得相互轉換， <u>療程結束後另開療程時不在此限</u> 。
註4：療程案件每月限申報12次針灸(P39005與P39007合計每月限申報12次；P39006與P39008合計每月限申報12次)。	註4：療程案件每月限申報12次針灸(<u>P39001</u> 、P39005與P39007合計每月限申報12次； <u>P39003</u> 、P39006與P39008合計每月限申報12次)。

本署意見：

一、有關註3-照護模式轉換：

- (一)查本計畫含藥費之中醫助孕照護處置費(P39001~P39002)及中醫保胎照護處置費(P39003~P39004)規定之給藥日數為至少7天，且規定含藥費及不含藥費之加強照護費用需 ≥ 28 天始得相互轉換。
- (二)考量含藥費之加強照護費，其給藥日數為至少7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」。惟請中全會評估僅給藥7天即轉換照護模式，是否可達本計畫助孕及保胎之目的。

二、有關註4-療程申報規定：查此規定為規範療程案件之針灸申報次數，本計畫所訂之療程包括「中醫助孕照護處置費(不含藥費)(P39005、P39007)」及「中醫保胎照護處置費(不含藥費)(P39006、P39008)」，其餘支付標準(P39001~P39004)非屬療程項目，爰不建議修訂。

三、財務影響評估：

(一)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。

(二)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4-3至4-4)，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，擬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情形之變化。

決議：

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 給付項目及支付標準

通則：

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

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 支付標準表

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

編號	診療項	支付點數
P39005	中醫助孕照護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫 (BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39006	中醫保胎照護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39007	中醫助孕照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第2~6次) 註：每週限申報3次。	300
P39008	中醫保胎照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第2~6次) 註：每週限申報3次。	300
<p>註：</p> <p>1、P39003、P39004、P39006、P39008限受孕後0-20週之保胎照護病人適用。</p> <p>2、各照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004、P39005、P39006)每週限擇一申報。</p> <p>3、含藥費之照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004)與不含藥費之照護模式(P39005、P39006)，需≥ 28天始得相互轉換，<u>但療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限。</u></p>		

討論事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」115年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項案，提請討論。

說明：

- 一、依據115年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項(附件1，頁次討5-2)辦理。
- 二、「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(下稱中醫慢性腎臟病計畫)」115年度核定事項：核定事項：請中央健康保險署辦理下列事項：「專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務支應」。
- 三、查114年旨揭計畫經114年7月23日衛生福利部第7屆114年第5次全民健康保險會委員會討論「於一般服務扣減與本項重複部分之費用」，考量該計畫執行數達120%，會議決議依本署建議不予扣減(附件2，頁次討5-3)。本計畫歷年執行情形如附件3(頁次討5-4)。
- 四、為符合115年本計畫核定事項，若以114年5月15日本會議決議之扣減方式，於一般服務扣減與本計畫重複部分之費用。以114年申報資料試算扣減重複部分之費用(附件4，頁次討5-5)，說明如下：
 - (一)僅提供第二期以上慢性腎臟病病人中醫一般服務院所平均每人醫療費用及同時提供專款計畫及中醫一般服務院所平均每人醫療費用之差額為3,102點【6,077點-2,975點】。
 - (二)同時執行中醫慢性腎臟病計畫及提供慢性腎臟病病人中醫一般服務院所中，同時使用前開兩項服務之就醫人數為1,836人，爰中醫慢性腎臟病計畫於一般服務重複部分之費用為5.69百萬點【3,102點*1,836人】。

擬辦：擬請中華民國中醫師公會全國聯合會表示意見，並依討論本案討論結果辦理後續相關事項。

決議：

附表 115 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%) 或金額 (百萬點)	預估 增加金額 (百萬點)	核定事項
專款項目(全年計畫經費)			
6. 中醫慢性腎臟病 門診加強照護計畫	180.8	28.4	請中央健康保險署辦理下列事項： 專款計畫執行內容，不應與一般服務重複，倘 有涉及一般服務涵蓋之費用，請回歸一般服務 支應。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段
488號
聯絡人：
聯絡電話：
傳真：無
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8月4日
發文字號：衛部健字第1143360113號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件1-報告案(節錄)、附件2-會議紀錄及委員意見(節錄)

主旨：有關114年度中醫門診醫療給付費用總額專款項目「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」預算扣減方式，檢送本會委員所提建議(如附件)，敬請鑒查。

說明：

- 一、依據本會第7屆114年第5次委員會議(114.7.24)決定辦理。
- 二、查依鈞部核定公告114年度中醫門診醫療給付費用總額旨揭項目明列：「依114年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請中央健康保險署(下稱健保署)會同中醫門診總額相關團體議定後，於114年7月提全民健康保險會報告」。
- 三、健保署依據上開核定事項，於本年第5次委員會議提報本會預算扣減方式規劃，經本會委員討論後，主席決定：依健保署建議不扣減，並由本會向鈞部提出建議。
- 四、檢附報告案內容(節錄)如附件1、會議紀錄及委員發言實錄(節錄)如附件2。

電子
文書



總收文 114.08.04



1140117194

中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫歷年執行情形

- 一、本計畫自109年開辦以來，110年、111年及113年，預算執行率皆超過100%。
- 二、114年參與院所數為285家、申報人數為13,038人、件數為11.6萬件、申報179.5百萬點(預算執行率為118%)，實際申報點數高於預算數達27.1百萬點。另本計畫執行目標為參與院所數180家及服務人數8,000人，現目標達成率分別為158%及163%。
- 三、本計畫歷年執行情形詳參表。

表：109年至114年中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫歷年執行情形

年度 項目	109	110	111	112	113	114
預算數(百萬元)	50.0	50.0	50.0	105.3	105.3	152.4
預算執行數(百萬元)	12.1	52.3	71.9	88.8	121.3	179.5
預算執行率	24.3%	104.6%	143.8%	84.3%	115.2%	117.8%
申報點數(百萬點)	12.1	52.3	71.9	88.8	121.3	179.5
執行院所數	79	107	122	158	207	285
服務總人數	1,265	4,287	5,409	6,866	8,867	13,038
服務總人次	8,029	31,486	43,750	56,253	77,313	116,155
平均每人利用次數	6.3	7.3	8.1	8.2	8.7	8.9
平均每人費用點數	9,603	12,195	13,293	12,928	13,679	13,770

**本署114年5月15日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額
114年第2次研商議事會議建議扣減方式
(以114年申報資料計算)**

一、第二期以上慢性腎臟病病人就醫申報情形(表)：

(一)僅提供第二期以上慢性腎臟病病人(主診斷為 N18.2-N18.6)中醫一般服務共1,057間院所(第二期以上慢性腎臟病就醫共4,221人)，平均每人中醫一般服務醫療費用為6,077點。

(二)同時執行中醫慢性腎臟病計畫及提供慢性腎臟病病人中醫一般服務共265間院所(第二期以上慢性腎臟病就醫共5,050人)，其就醫病人又可分為以下兩類：

1. 同時使用一般服務及專款計畫：共218間院所(就醫人數為1,836人)，平均每人中醫一般服務醫療費用為2,975點。
2. 僅使用一般服務：共243間院所(就醫人數為3,214人)，平均每人中醫一般服務醫療費用為7,615點。

表：114年第二期以上慢性腎臟病病人就醫申報情形

		院所數	人數	案件數	一般服務 醫療費用 (百萬點)	平均每人 一般服務 醫療費用
僅提供一般服務之院所		1,057	4,221	15,867	25.6	6,077
同時提供一般服務 及專款計畫服務之 院所	同時使用一般服 務及專款計畫之 病人	218	1,836	4,311	5.5	2,975
	僅使用一般 服務之病人	243	3,214	13,976	24.5	7,615

備註：

1. 資料來源：衛生福利部中央健康保險署四代倉儲門診明細檢視表(彙算日期：115/02/02)

2. 資料範圍：費用年為114年之申報資料。

3. 統計定義：

(1) 慢性腎臟病病人：主診斷為 N18.2-N18.6。

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

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

(4) 院所數：依醫事機構代碼歸戶後計算不重複家數。

(5) 人數：依身分證號歸戶後計算不重複人數。

(6) 件數：依清單編號歸戶後計算不重複件數。

(7) 醫療費用：申請費用點與部分負擔金額之總和。

二、計算中醫慢性腎臟病計畫於一般服務扣減重複部分之費用：

(一)僅提供第二期以上慢性腎臟病病人中醫一般服務院所平均每人醫療費用及同時提供專款計畫及中醫一般服務院所平均每人醫療費用之差額為3,102點【6,077點-2,975點】。

(二)同時執行中醫慢性腎臟病計畫及提供慢性腎臟病病人中醫一般服務院所中，同時使用前開兩項服務之就醫人數為1,836人，爰中醫慢性腎臟病計畫於一般服務重複部分之費用為5.69百萬點【3,102點*1,836人】。

討論事項第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」案，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告「協定 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」辦理。
- 二、預算來源：115 年度中醫門診總額新增「中醫三高病人加強照護計畫」專款全年經費 53 百萬元。
- 三、按 114 年 12 月 17 日本署與中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)溝通會議決議研擬計畫草案(附件，頁次討 7-4 頁)，重點摘要如下：

(一) 收案對象(會員)及派案原則：

1. 以中醫院所忠誠三高病人作為收案對象，並按三高就醫次數交付主要就醫中醫院所收案。
2. 上述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等慢性病相關照護計畫收案個案。
3. 每名醫師收案人數以 100 人列計。

(二) 參與計畫醫療院所及醫師資格：

1. 中醫師須參加中醫全聯會所辦理繼續教育受訓課程，且參與計畫第 1 年及每 6 年應接受 8 小時三高防治教育訓練課程(包含高血壓、高血糖、高血脂)。
2. 中醫師及醫療院所：須二年內未曾違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法及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。
3. 醫療院所得向保險人分區業務組提出參與計畫申請，分區業務組將核定結果通知中全會，審核通過後，自核定日起執行計畫。

(三)執行內容：病人之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，提供疾病治療、檢視或提供相關檢驗(查)，定期評估病人健康狀況並提供衛教，與西醫院所建立轉診及合作模式等。

(四)支付費用：

1.個案管理費：

(1)基本費用：每人支付 250 點/年。

(2)個人健康資料加成費：每人支付 30 點/年。

(3)生活習慣自評加成費：每人支付 40 點/年。

(4)費用按收案月份數等比例支付。

(5)收案會員於計畫執行期間應至少有一筆三高疾病相關之檢驗數據。

2.品質照護獎勵費：

(1)依計畫評核指標達成情形，分四級支付，達特優級(≥ 80 分)者，支付會員每人 1,000 點，依序遞減， < 60 分則不予支付。

(2)收案會員於計畫執行期間須於收案院所所有就醫紀錄。

(3)計畫實施第 1 年會員須連續收案達 6 個月，第 2 年起會員須連續收案達 9 個月始核付本項費用。

(五)評核指標：包含會員急診率、血糖、血脂監控數據良(或進步)率、血壓上傳率及 成人預防保健檢查率，共計 4 項指標。

(六)退場機制：

1.提供評核指標介於 60 分至 69 分之院所名單予中全會協助輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經本署分區業務組備查後，始得加入本計畫(計畫實施第一年無須提具執行改善計畫書)。第 2 年未達 70 分者，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。

2.如評核指標未達 60 分者，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。本項規定於計畫實施第二年起適用，計畫實施第一年

比照上述評核指標介於 60 分至 70 分(60 分 \leq 評核指標 $<$ 70 分)之院所辦理。

四、財務影響(詳附件 2)：

(一)經分析 113 年三高病人於中醫院所就醫且未被家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫、代謝症候群防治計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案收案者，約 3.7 萬人。115 年計畫執行目標為收案照護人數達 3 萬人。

(二)依費用支付說明，個案管理費約需 960 萬點[(250 點+30 點+40 點)*3 萬人)、品質照護獎勵費以評核指標達特優級計算，約需 3,000 萬點(1,000 點*3 萬人)。

(三)綜上，推估本計畫 115 年費用約 3,960 萬點。

擬辦：本案將依會議討論結果，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後，提報健保會請衛生福利部核定後公告實施。

決議：

全民健康保險中醫三高病人加強照護方案

115 年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○號公告

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

隨著全球人口老化及慢性病負擔日益沉重，「三高」—高血壓、高血脂、高血糖—已成為影響國人健康與醫療體系的重大挑戰。尤其中醫在慢性疾病预防與健康促進領域扮演重要角色，如何以科學實證為基礎，深化中醫在三高及其併發症的臨床應用，已是時代所趨。從而進一步融入長期照護、家庭醫學與基層醫療體系之中，拓展中醫在全民健康促進中的重要角色，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。

三、施行期間

115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日。

四、執行目標

收案照護人數達 3 萬人。

五、預算來源

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫三高病人加強照護計畫」專款項目。

六、收案對象(會員)

- (一)保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)，以三高[高血糖(ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13)、高血脂(ICD-10-CM 前 4 碼為 E78.0-E78.5)及高血壓(ICD-10-CM 前 3 碼為 I10-I15、或前 4 碼為 I27.0、I27.2、I67.4、I87.3、I97.3)]主要於中醫院所就醫者做為較需照護名單，交付參與計畫之中醫院所提供健康管理。
- (二)前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫、

代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。

(三)交付原則：以三高就醫件數最高之中醫保險醫事服務機構收案照顧。

(四) 每名醫師之收案人數以 100 人列計。

七、參與計畫醫療院所、醫師資格及申請資格

(一)申請參與本計畫之中醫師：須參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程，且參與計畫第 1 年及每 6 年應接受 8 小時三高防治教育訓練課程(包含高血壓、高血糖、高血脂)。

(二)申請參與本計畫之中醫師及保險醫事服務機構：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一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，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)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。

(三)符合前述各項資格之保險醫事服務機構，得向保險人分區業務組提出參與計畫申請(申請書如附件 1)，經審核通過後，由保險人分區業務組函復保險醫事服務機構副知中醫全聯會，並自核定日起執行本計畫。

(四)前一年度已參加本計畫之醫療院所或醫師，若未有本計畫十一、退場機制所列之情形者，得延續執行本計畫，無須重新申請。

八、執行內容：

(一)參與院所需於保險人提供較需照護名單後，將會員資料上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附件 2)，並於收案後 3 個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意。

(二)中醫師應提供完整的診療，依中醫辨證原則於病歷中詳細記載，以標準作業流程與處置完成診療，並依收案會員健康狀況及疾病樣態，給予疾病照

護資訊及相關衛教。

- (三)建立與西醫院所轉診及合作模式：參與院所應與 1-2 家特約西醫醫院或診所合作，訂定共同照護機制及相關流程，併於申請書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制。
- (四)應製作本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務，並提供收案會員確認回饋機制，並留存備查。
- (五)收案會員應按慢性病個案臨床治療指引之各項檢驗建議頻率定期檢視或提供相關檢查(驗)，檢驗前應至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人檢查數據，參考最近 3 個月(90 日)內相關檢驗數據。符合開具檢驗資格之中醫師始可申報檢驗費。
- (六)本計畫限單一院所收案，不得重複；參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。
- (七)參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付個案管理費，並依相關規定辦理。

九、費用申報及支付方式

(一)個案管理費：

1. 支付項目：

- (1)基本費用：資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導等照護，每人支付 250 點/年。
- (2)個人健康資料加成費：完成個人健康資料建檔者(附件 3)，每人支付 30 點/年。
- (3)生活習慣自評加成費：完成生活習慣自評建檔者(附件 4)，每人支付 40 點/年。

2. 收案會員個案管理費按收案月份數等比例支付。

3. 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依計畫參與月份數按比例核付個案管理費，其餘

費用則不予核付。

4. 收案會員於計畫執行期間應至少有一筆三高疾病相關之檢驗數據(資料來源不限收案院所)，不符者，則不予核付個案管理費。

疾病型態	檢驗(查)項目
高血壓	血壓
高血糖	HbA1c、LDL
高血脂	LDL

(二)品質照護獎勵費：

1. 會員若於計畫執行期間於收案院所無就醫紀錄，則不予核付本項費用。
2. 計畫實施第一年會員須連續收案達6個月始得核付本項費用，第2年起會員須連續收案達9個月始得核付本項費用。
3. 支付方式：依計畫評核指標達成情形分四級支付：
 - (1)特優級：計畫評核指標分數 ≥ 80 分，則支付每人1,000點。
 - (2)良好級：計畫評核指標分數介於70分 $\leq \sim < 80$ 分，則支付每人750點。
 - (3)輔導級：計畫評核指標分數介於60分 $\leq \sim < 70$ 分，則支付每人500點。
 - (4)不支付：計畫評核指標分數 < 60 分，則不予支付。

(三)計畫評核指標：

1. 會員急診率(20分)

- (1) \leq 收案會員30百分位，得20分。
- (2) $>$ 收案會員30百分位，但 \leq 收案會員45百分位，得16分。
- (3) $>$ 收案會員45百分位，但 \leq 收案會員65百分位，得10分。
- (4)計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷、全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫案件)。

分母：會員人數。

2. 血糖、血脂監控數據良(或進步)率(50分)

- (1)HbA1c 控制良好(或進步)占率(25分)，限院所中醫師高血糖收案會員達3人以上適用：

- A. $\geq 60\%$ ，得25分。
- B. $<60\%$ ，但 $\geq 55\%$ ，得20分。
- C. $<55\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得15分。
- D. 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖收案會員數。

(2)LDL 控制良好(或進步)占率(25 分)，限院所中醫師高血糖及高血脂收案會員合計達 3 人以上適用：

- A. $\geq 60\%$ ，得25分。
- B. $<60\%$ ，但 $\geq 55\%$ ，得20分。
- C. $<55\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得15分。
- D. 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖、高血脂收案會員數。

(3)控制良好範圍：

疾病組合	檢驗項目控制良好範圍	
	HbA1c	LDL
高血糖	$< 7\%$ ；80 歲以上病人為 $<8\%$	100 mg/ dL
高血脂	-	100 mg/ dL
高血糖+高血脂	$< 7\%$ ；80 歲以上病人為 $<8\%$	100 mg/ dL

(4)執行方式：

A. 符合下列任一條件，即判斷為控制良好：

(a) 當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度 7 月 1 日以後。若於當年度 7 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

(b) 當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。

B. 進步定義：檢驗結果後測-前測 <0 ，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以

上。

C.資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫
審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。

3. 血壓上傳率(20分)，限院所中醫師收案會員達3人以上適用。

(1) $\geq 70\%$ ，得 20 分。

(2) $< 70\%$ ，但 $\geq 60\%$ ，得 15 分。

(3) $< 60\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得 10 分。

(4) 計算公式說明：

分子：收案會員中，每年至少上傳 2 筆血壓值(高血壓病人則每年至少
上傳 3 筆)。

分母：會員人數。

(5)資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審
核通過廠商之上傳數據。

4. 成人預防保健檢查率(10分)

(1) $\geq 35\%$ ，得 10 分。

(2) $< 35\%$ ，但 $\geq 30\%$ ，得 5 分。

(3) 計算公式說明：

分子：30 歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數。

分母：(30 歲至 39 歲會員數/5+40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會
員數)。

註.按衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事
項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管
理者。

(四)本計畫相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付。

(五)參與院所原有之醫療服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支
付標準」及總額支付制度，依實際執行情況按月依門診醫療費點數申報格
式規定申報。

(六)於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

(七)醫療費用申報、暫付、審查及核付，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。

十、執行報告

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會及保險人分區業務組備查。

十一、退場機制

(一)參加本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

(二)參與計畫院所一年內沒有收案紀錄者，未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫。

(三)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。

(四)保險人提供評核指標介於 60 分至 70 分($60 \text{ 分} \leq \text{評核指標} < 70 \text{ 分}$)之院所名單予中醫全聯會協助輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得繼續參加本計畫(計畫實施第一年無須提具執行改善計畫書)；第 2 年仍未達 70 分續辦標準者(評核指標 $< 70 \text{ 分}$)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。

(五)如評核指標未達 60 分者(評核指標 $< 60 \text{ 分}$)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。本項規定於計畫實施第二年起適用，計畫實施第一年比照上述評核指標介於 60 分至 70 分($60 \text{ 分} \leq \text{評核指標} < 70 \text{ 分}$)之院所辦理。

十二、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十三、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月

底止。

十四、本計畫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。

全民健康保險中醫三高病人加強照護方案申請書

申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表) 申請日期：

基本資料	院所名稱		院所代碼		
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話		
	計畫聯絡人 E-mail				
審核項目	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	受訓課程名稱及日期 (檢附相關證明)	
			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		
	保險醫事服務機構自評項目		請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
	機構章戳				
(本欄位由審查單位填寫) 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，請於 月 日內補齊。 4 <input type="checkbox"/> 其他				
審核日期： 年 月 日					

建立與西醫院所轉診及合作模式

- 一、 合作之西醫院所名稱及代碼：
- 二、 與合作之西醫院所建立合作模式如下(請詳述內容)：
 - (一)共同照護機制
 - (二)雙向轉診流程
 - (三)與合作之西醫院所轉診資料之共享
 - (四)其他合作模式

**全民健康保險中醫三高病人加強照護方案檢核邏輯
保險人網頁之個案通報及登錄系統說明**

- 一、 參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、 醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選會員管理選項，進行會員資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄未完整之醫療院所於收案後2個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第2筆資料無法輸入。

附件 3

「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」—收案會員個人健康資料

個人基本資料(必填)			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	西元 年 月 日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉(鎮)
<p>家庭生命週期：</p> <input type="checkbox"/> 新婚夫婦 <input type="checkbox"/> 第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/> 有學齡兒童 <input type="checkbox"/> 有青少年子女 <input type="checkbox"/> 子女外出創業 <input type="checkbox"/> 空巢 <input type="checkbox"/> 老化的家庭			
醫療病史及菸酒檳習慣(必填)			
<p>慢性病史</p> <input type="checkbox"/> 1.高血壓 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病 <input type="checkbox"/> 3.腎臟病 <input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病 <input type="checkbox"/> 5.心律不整 <input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 8.腫瘤 <input type="checkbox"/> 9.貧血 <input type="checkbox"/> 10.關節炎 <input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症 <input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 14.氣喘 <input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病 <input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題 <input type="checkbox"/> 其他			
<p>家族病史及相關健康問題</p> <p>(若有親人有罹患下列疾病，請填入家屬代碼：A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他)</p> <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 3.高血壓【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 4.心臟病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 6.高血脂【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 10.多囊腎【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 11.痛風【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 13.其他【 <input type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 14.不知			
<p>長期藥物使用（使用達 3 個月以上）</p> <input type="checkbox"/> 降血壓藥 <input type="checkbox"/> 胰島素 <input type="checkbox"/> 降血糖藥 <input type="checkbox"/> 降血脂藥 <input type="checkbox"/> 降尿酸藥 <input type="checkbox"/> NSAID <input type="checkbox"/> 中草藥 <input type="checkbox"/> 其他_____			
食物過敏史食物名稱：		藥物過敏史藥物名稱：	
<p>抽菸：</p> <p>1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上</p>			
<p>喝酒：</p> <p>1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常喝 (每週>2 天)</p>			
<p>嚼檳榔：</p> <p>1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2 天)</p>			
身體檢查(皆為必填)			
身高(cm)		血壓(收縮壓/舒張壓)(mmHg)	
體重(kg)		腰圍(cm)	
脈搏(次/每分鐘)			

編號	請想一想過去七天，並回答以下問題，你是否：
1	我感覺生活有目標。(是：2分；否：0分)
2	日常飲食我會避免油炸的食物，多以清蒸、水煮、涼拌等烹調方式為主。 (是：1分；否：0分)
3	我有進行了兩次以上(含兩次)的靈性、宗教或民俗信仰活動(例如冥想、靜坐、祈禱、拜拜、參加宗教活動、祭拜家中神明或祖先等)。 (是：2分；否：0分)
4	我大部分時間都覺得能夠處理生活的各種壓力?(是：2分；否：0分)
5	我有參加團體聚會或活動(例如運動、社區、社團、學校團體等)? (是：2分；否：0分)
6	我有抽菸、使用電子煙或其他菸品?(是：0分；否：5分)
7	我有和家人或朋友相聚或聊天三次以上? (是：2分；否：0分)
8	大部分時間，我睡醒後覺得精神很好，有休息夠了?(是：2分；否：0分)
9	我總共花了兩小時以上的時間待在大自然中(例如：城市內外開放空間：公園、森林、海邊等)? (是：2分；否：0分)
10	大部分時間，我覺得有足夠的時間照顧自己?(是：1分；否：0分)
11	我有嚼檳榔?(是：0分；否：1分)
12	我的飲食大多以原型食物(如新鮮蔬果、全穀、未加工肉類)為主。(是：1分；否：0分)
	請想一想過去七天，並提供您關於以下問題最好的估計值：
13	我總共進行了幾天的肌力訓練?(例如伏地挺身、深蹲、引體向上等) 0、1、2、3、4、5、6、7天(0、1、2分)
14	我總共喝了幾杯含糖飲料?(例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料)。 少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 杯或更多(2、0分)

15	<p>我一天中喝下含有酒精的飲料，最多共有幾單位？(1 單位酒精 =10 公克純酒精)</p> 
	<p>(女 3 以下、男 4 以下，2 分、0 分) 少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多</p>
16	<p>以有喝酒精飲料的那幾天來算，我每天平均喝幾單位？(如果過去七天都沒有喝酒精飲料，請選「少於 1」)</p> <p>(女 1 以下、男 2 以下，2 分、0 分) 少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多</p>
17	<p>我每晚大約睡幾個小時？</p> <p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多 (0、3、5 分)</p>
18	<p>我每天大約吃幾份水果？(1 份是 1 拳頭大小或一碗 8 分滿)</p> <p>水果一份 約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗 8 分滿</p>  
	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(0、1、2 分)</p>
19	<p>我每天坐著的總時間大約有幾小時？</p> <p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多(3、1、0 分)</p>

20	每天平均食用包裝零食(例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒等)的包數。
	少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 包或更多(2、0 分)
21	每天平均食用蔬菜的份數(1 份為可食重約 100 公克)。 <div style="text-align: center;"> <p>蔬菜一份</p> <p>約100公克，或半碗至8分滿的煮熟蔬菜</p>   </div>
	少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(0、1、2 分)
22	我累積的有氧運動時間，總共有幾分鐘？（例如快走、慢跑等）
	小於 30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於 300 分鐘 (0、1、2、3、4、5 分)

★ 各領域總分計算(每個領域最高 10 分) 正向社會連結：第 1、3、5、7、9 題的分數總合_____ 身體活動：第 13、19、22 題的分數總合_____ 避免危害物質：第 6、11、15、16 題的分數總合_____ 睡眠與壓力管理：第 4、8、10、17 題的分數總合_____ 營養：第 2、12、14、18、20、21 題的分數總合_____ 整體生活型態分數：_____ (最高 50 分)

整體生活型態分數解釋

解釋	整體生活型態分數	
現在是您與醫師合作的好時機，幫助您養成顯著改善健康的生活習慣。	0-20	低於平均
您有一些不錯的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低疾病風險。	21-30	平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以檢視並嘗試改善。	31-40	非常好
您做得很好，但可以對生活方式進行小調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50	優秀

全民健康保險中醫三高病人加強照護方案_費用推估彙整表

提案附件 2

費用項目		支付費用(A)	預估人數(B)	合計(=A*B)
個案管理費	基本費用	250	30,000	7,500,000
	個人健康資料加成費	30	30,000	900,000
	生活習慣自評加成費	40	30,000	1,200,000
品質照護獎勵費		1000	30,000	30,000,000
			總計	39,600,000

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國115年1月28日
發文字號：衛部健字第1153360013號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：全民健康保險法第61條暨115年1月20日衛部保字第1141260589號函。

公告事項：

一、115年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約9,883.35億元，較115年度總額基期成長5.5%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預算如下：

- 1、牙醫門診醫療給付費用總額約58,368.5百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為2.468%，專款項目全年經費為6,456.1百萬元(附件一)。
- 2、中醫門診醫療給付費用總額約36,429.2百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為4.978%，專款項目全年經費為1,527.6百萬元(附件二)。
- 3、西醫基層醫療給付費用總額約186,199.2百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為5.077%，專款項目全年經費為14,250.6百萬元，門診透析服務費用成長率為3.861%(附件三)。
- 4、醫院醫療給付費用總額約685,306.4百萬元，較115年度總額基期成長5.500%，其中一般服務成長率為5.101%，專款項目全年經費為49,746.1百萬元，門診透析服務費用成長率為2.209%(附件四)。
- 5、其他預算額度為22,032.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、115年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

(一)115年度全民健保醫療給付費用總額=115年度部門別醫療給付費用總額之合計+115年度其他預算醫療給付費用

(二)115年度全民健保醫療給付費用總額成長率=[115年度核定之全民健保醫療給付費用總額-(114年度之全民健保醫療

給付費用總額+113年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+114年度健保總額違反「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年度之全民健保醫療給付費用總額+113年度投保人口預估成長率與實際之差值金額+114年度健保總額違反「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)

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採核定各項目之全年經費。
- 2、依本部報奉行政院核定之115年度總額基期，係以前1年度(114年)健保醫療給付費用總額，校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值金額、加回前1年度(114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。
- 3、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。



部長 石崇良

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 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 60 次會議決議辦理。
- 二、刪除鈍化指標：
 - (一) 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：「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)」及註 4 文字。
 - (二) 玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：「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)」及註 8 文字。
- 三、第捌條、品質保證保留款核算基礎之加計原則新增三項指標：
 - (一) 第七點、參與「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」院所核算基礎加計 10%。
 - (二) 第八點、參與「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」院所核算基礎加計 5 %。
 - (三) 第九點、參與「居家醫療照護整合計畫」院所核算基礎加計 5 %。

本署意見：

- 一、經統計 113 年參與「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」院所有 16 家；參與「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」院所有 356 家；參與「居家醫療照護整合計畫」院所有 7 家。
- 二、本署尊重中全會建議。

決議：

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>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：</p> <p>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)</p>	<p>刪除第柒條第六點條文。</p>	<p>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：</p> <p>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)</p>	<p>【中全會建議】 114 年第 3 次中醫研商會議決議暨中全會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 60 次會議決議辦理。刪除鈍化指標。</p>
<p>捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則：</p> <p>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5)。</p> <p><u>七、參與「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」院所核算基礎加計 10 % (註6)。</u></p> <p><u>八、參與「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫</u></p>	<p>新增第捌條第七、八、九點條文。</p>	<p>捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則：</p> <p>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5)。</p> <p>以下無</p>	<p>【中全會建議】 114 年第 3 次中醫研商會議決議暨中全會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 60 次會議決議辦理。增加提升品質及鑑別度的指標。</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><u>療照護方案」核算基礎加計 5 % (註 7)。</u></p> <p><u>九、居家醫療照護整合計畫」院所核算基礎加計 5 % (註 8)。</u></p>			
<p>玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：</p> <p>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)。</p>	<p>刪除第玖條第三點條文。</p>	<p>玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：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)。</p>	<p>【中全會建議】 114 年第 3 次中醫研商會議決議暨中全會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 60 次會議決議辦理。刪除鈍化指標。</p>
<p>中醫門診總額品質保證保留款實施方案各項指標操作型定義 -適用範圍含醫院附設中醫部門</p> <p>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」中醫院所及操作定義。</p> <p><u>註 6：參與「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」院所核算基礎加計 10 %</u></p> <p><u>註 7：參與「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」核算基礎加計 5 %</u></p> <p><u>註 8：「居家醫療照護整合計畫」院所核算基礎加計 5 %</u></p> <p>註 8：「同日重複就診率」及操作定義。</p>	<p>刪除原註 4 及註 8 操作定義。 增加註 6、註 7、註 8 操作定義。</p>	<p>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</p> <p>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」中醫院所及操作定義。</p> <p>註 8：「同日重複就診率」及操作定義。</p> <p>註 11：「院所提供慢性病照護未達一定</p>	<p>【中全會建議】 1.配合方案修訂，刪除原註 4 及註 8 操作定義。增加註 6、註 7、註 8 操作定義。 2.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)」文字修改註 11 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>註 11：「院所提供慢性病照護未達一定比例」</p> <p>4. 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。</p> <p>5. 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>比例」</p> <p>4. 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。</p> <p>5. 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>	

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
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115年00月00日健保醫字第1150000000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，獎勵績效卓越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%×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：

(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)符合第捌點第四至九六項者，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四五項者，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)。~~
- ~~六七~~、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4 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5 6)。

七、參與「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」院所核算基礎加計 10 % (註6)。

八、參與「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」核算基礎加計 5 % (註7)。

九、「居家醫療照護整合計畫」院所核算基礎加計 5 % (註8)。

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9 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)。~~

~~三四、「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 9)。~~

~~四五、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 ~~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4 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5 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
<p>註6：參與「<u>全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案</u>」院所核算基礎加計 10 %</p>	<p>資料範圍：<u>當年度曾參與「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。</u></p>
<p>註7：參與「<u>全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案</u>」核算基礎加計 5 %</p>	<p>資料範圍：<u>當年度曾參與「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」院所。</u></p>
<p>註8：<u>「居家醫療照護整合計畫」院所核算基礎加計 5 %</u></p>	<p>資料範圍：<u>當年度曾參與「居家醫療照護整合計畫」院所。</u></p>
<p>註9 7：<u>「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」</u></p>	<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。
<p>註8：<u>「同日重複就診率」</u></p>	<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</p>

指標項目	操作型定義
	<p style="text-align: center;">期歸戶之筆數。</p> <p>3. 指標計算：分子總和 / 分母總和。</p> <p>4. 指標進行百分位排序。</p> <p>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。</p>
<p><u>註10 9</u>：「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」</p>	<p>1. 資料範圍：所有屬中醫門診給藥天數小於等於7日案件。</p> <p>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。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p> <p>4. 指標進行百分位排序。</p> <p>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。</p>
<p><u>註11 10</u>：「院所提供慢性病照護未達一定比例」</p>	<p>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。</p>

指標項目	操作型定義
	<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 = $\Sigma(B) = (60\% \times \text{各院所核算基礎}(A) \pm \text{第捌點及第玖點增減點數})$之合計</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二項者，核予20</p>

指標項目	操作型定義
	<p>分。</p> <p>②符合本方案第捌點第三項者，核予15分。</p> <p>③符合第捌點第四至<u>九六</u>項者，各核予10分。</p> <p>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。</p> <p>⑤符合本方案第玖點第二至<u>四五</u>項者，各扣減5分。</p> <p>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>⑦<u>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%。</u></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 字	分 證 號	中 書 醫 字 師 證 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"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	審核通過符合規定，請補齊 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。