全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額115年第4次研商議事會議

115年11月19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 4 次會議議程

壹、 主席致詞

貳、前次會議紀錄確認 ……第 5 頁

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	11
二、中醫門診總額執行概況報告	報 2-1	12
三、115 年第 2 季中醫門診總額點值結算報告案	報 3-1	25
四、116 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案	報 4-1	71
五、116 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議時程案	報 5-1	73
六、「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 115 年第一季至第二季核發結果」案	報 6-1	74
七、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 7-1	81

肆、討論事項

一、有關「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」條文修訂案	討 1-1	85
二、有關「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文修訂案	討 2-1	120
三、有關「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」、「 全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案	討 3-1	140
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	152
五、有關「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」條文修訂案	討 5-1	159

六、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	討 6-1	173
七、有關「照護機構中醫醫療照護方案」條文修訂案	討 7-1	187
八、有關「中醫三高病人加強照護計畫」條文修訂案	討 8-1	202
九、有關 116 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 9-1	234
十、有關「116 年度總額地區預算分配方式」修訂案	討 10-1	252

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
115 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 8 月 20 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：顏副署長家瑞(劉主任秘書林義代理)　　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	何紹彰	陳代表俊良	陳俊良
吳代表清源	請假	陳代表俊龍	陳俊龍
李代表元齡	李元齡	陳代表冠仁	請假
李代表如英	李如英	陳代表建輝	陳建輝
卓代表青峰	卓青峰	陳代表博淵	陳博淵
林代表狄昇	請假	陳代表節如	請假
姜代表智文	姜智文	彭代表德桂	彭德桂
柯代表富揚	柯富揚	黃代表上邦	黃上邦
胡代表文龍	請假	詹代表永兆	詹永兆
孫代表茂峰	孫茂峰	張代表禹斌	請假
張代表田黨	請假	蔡代表素玲	蔡素玲
郭代表世芳	郭世芳	羅代表永達	羅永達
郭代表哲彰	郭哲彰	蘇代表守毅	蘇守毅
陳代表文戎	陳文戎	蘇代表芸蒂	蘇芸蒂

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	陳淑華
衛生福利部中醫藥司	請假
衛生福利部全民健康保險會	林偉翔
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、賴宛而、李敬
台灣醫院協會	林佩萩、楊智涵

中華民國藥師公會全國聯合會	鄭文柏、溫致群、陳暘
本署醫務管理組	林右鈞、賴彥壯、陳依婕 洪于淇、呂姿曄、許博淇 黃瓊萱、曾琬茜、張雅涵 陳聿萱、陸品涵
本署醫審及藥材組	張如薰、賴秋伶、陳珏如 茆家靜
本署臺北業務組	宋兆喻*、黃奕瑄*、余昱臻*、 黃寶玉*、張景興*
本署北區業務組	楊淑娟*、方亞芸*、林孟萱*、 黃珮晴*
本署中區業務組	蔡瓊玉*、楊惠真*、林裕能*、 戴秀容*、柯依鳳*、林育辰*、 潘佳鈴*、謝佩璇*
本署南區業務組	賴文琳*、高宜聲*、盧靜宜*、 秦莉英*、李昕璇*、劉乃慈*
本署高屏業務組	陳淑惠*、李金秀*、黃皓綱*、 李昀融*
本署東區業務組	黃兆杰*、鄭翠君*、吳乙亭*、 馮美芳*

壹、 主席致詞：(略)。

貳、 確認本會前次會議紀錄。

決定：確認。

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：115年第1季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、 依衛生福利部115年1月28日衛部保字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，中醫總額分配自五分區(不含東區)一般服務費用移撥400百萬元，作為風險調整移撥款，由各季提撥100百萬元，逐季使用至預算使用完畢為止，補助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)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。全年預算若有結餘則回歸一般服務費用。

二、 經統計115年第1季北區業務組浮動點值未達0.93，故撥補2,232.4萬元。

決定：

一、 洽悉。

二、 中醫門診總額一般服務 115 年第 1 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	平均點值(含專款)
臺北	1.01884198	1.01131843	1.01184077
北區	0.93000000	0.95950303	0.96277880
中區	0.97215852	0.98267798	0.98417664
南區	0.98598379	0.99189935	0.99302228
高屏	0.97128195	0.98298678	0.98395072
東區	1.21433059	1.13651372	1.11490546
全區	0.98680222	0.99209178	0.99312219

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：114 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案。

說明：

一、 洽悉。

二、 若院所對本案計算方式有疑義或需相關資料，請洽本署各分區業務組，若提出申復等行政救濟事宜並經審核同意列入核發者，將依方案規定，自次年度中醫門診總額品質保留款項下支應。

參、 討論事項

第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請將中高度針灸治療之輔助治療品項中新增一項:CH09 膏布治療案，提請討論。

決議：修訂通過中高度複雜性針灸治療輔助治療品項，增列 CH09 膏布治療(附件 1)。

第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請將「三高病人加強照護方案」之診斷碼，納入中醫支付標準附表 4.4.2 之「特殊疾病」項目，以提高醫師登載率與實質收案率案，提請討論。

決議：

一、 考量增列疾病不宜以鼓勵申報診斷碼為衡酌依據，請中全會依疾病特性評估修訂附表 4.4.2 後再提會。

二、 中醫三高病人加強照護方案甫上路，請中全會向會員宣導，醫療費用申報時應正確填報診斷碼。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」，提請討論。

決議：建議中華民國藥師公會全國聯合會先與中全會溝通研議並達成共識後，再行後續辦理作業。

肆、 臨時動議：無。

陸、散會：下午3時20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 2 項，擬解除列管 1 項，繼續列管 1 項。

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	115_3_討(1)：建請將中高度針灸治療之輔助治療品項中新增一項:CH09 膏布治療案。	修訂通過中高度複雜性針灸治療輔助治療品項，增列 CH09 膏布治療。	業於 115 年 10 月 8 日醫療服務共同擬訂會議通過，刻正依程序辦理支付標準部分診療項目修正草案預告及報衛生福利部核定事宜。	□解除 ■繼續列管
2	115_3_討(2)：建請將「三高病人加強照護方案」之診斷碼，納入中醫支付標準附表 4.4.2 之「特殊疾病」項目，以提高醫師登載率與實質收案率案	一、考量增列疾病不宜以鼓勵申報診斷碼為衡酌依據，請中全會依疾病特性評估修訂附表 4.4.2 後再提會。 二、中醫三高病人加強照護方案甫上路，請中全會向會員宣導，醫療費用申報時應正確填報診斷碼。	本會於內部會議重新討論，於本次會議中提案，討論後建議解除列管。	■解除 □繼續列管

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件報 2-2）

決定：

中醫門診總額執行概況

中央健康保險署

115.11.19

115年第3季中醫門診總額執行概況總結

01	預估點值	115年Q3浮動點值 1.0043；平均點值 1.0026。
02	服務供給成長率	院所 +0.7%；醫師 +1.8%。
03	服務利用成長率	件數 –3.0%；總點數 -0.6%；每件點數 +2.5%。
04	專款執行率	推估115年度執行率>100%，共3項專款(西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫、照護機構中醫醫療照護方案)。 中醫癌症病人加強照護整合方案、中醫提升孕產照護品質計畫、中醫急症處置計畫等3項執行率約80~90%。

醫療供給及利用概況

115Q3點值預估說明

說明：

一、製表日期：115年11月3日。

二、總額邏輯說明：

1. 總額醫療費用含部分負擔。

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

占率分配如下。

2-1. 115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(70%)、戶籍人口占率(17%)、同期就醫次數權值占率(9%)、人數利用及醫療點數成長率(4%)。

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

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

三. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採114下半年爭審後核減率，各分區分別計之。

四. 風險移撥款400百萬元，依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撥補。

115年第3季
中醫門診總額各分區點值預估

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	每點支付金額最高補至0.93元之差值(百萬)
第3季	臺北	2,597	957	1,535	1.0676	1.0416	0
	北區	1,141	481	710	0.9300	0.9583	5.1
	中區	2,177	799	1,042	0.9830	0.9891	0
	南區	1,212	505	736	0.9606	0.9766	0
	高屏	1,375	538	826	1.0128	1.0078	0
	東區	195	59	123	1.0909	1.0614	0
	合計	8,697	3,340	5,332	1.0043	1.0026	5.1

註：
1.114Q2結算全區平均點值0.95702438
2.調整後總額預算已加計風險調整移撥款補助情形
3.北區風險調整移撥款補助前浮動點值為0.9228，平均點值為0.9540。

特約醫事服務機構家數

115年9月全區中醫特約醫事服務機構家數共4,076家，與去年同期比較成長0.7%，增加28家。

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
111年9月	1,153	476	1,064	534	565	68	3,860
112年9月	1,187	495	1,085	542	571	70	3,950
113年9月	1,208	494	1,096	554	583	71	4,006
114年9月(A)	1,229	508	1,098	561	583	69	4,048
115年9月(B)	1,241	517	1,099	561	588	70	4,076
成長率(B/A)-1	1.0%	1.8%	0.1%	0.0%	0.9%	1.4%	0.7%
增減數B-A	12	9	1	0	5	1	28

註1：資料來源-本署醫事人員公務統計表之特約中醫醫院及中醫診所。
註2：成長率係與前一年同期比較。

具中醫科醫院醫事服務機構家數

115年9月全區具中醫科醫院家數共153家，與去年同期比較成長5.5%，增加8家。

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
114年9月(A)	27	17	38	25	25	13	145
115年9月(B)	29	18	42	25	27	12	153
成長率(B/A)-1	7.4%	5.9%	10.5%	0.0%	8.0%	-7.7%	5.5%
增減數B-A	2	1	4	0	2	-1	8

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2：115年9月較去年同期家數增減名單：

臺北區(+2)：羅東博愛醫院、羅東聖母醫院

北區(+1)：增加1家：新竹馬偕紀念醫院

中區(+4)：增加4家：台中仁愛醫院、員林基督教醫院、員郭醫院、臺中市立老人復健綜合醫院

高屏(+2)：增加2家：國軍高雄總醫院屏東分院附設民眾診療服務處、杏永醫院

東區(-1)：減少1家：台東聖母醫院

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

115年9月全區中醫師數共8,171人，與去年同期比較成長1.8%，增加144人。

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
111年9月	2,198	931	1,959	930	1,052	152	7,222
112年9月	2,285	993	2,045	981	1,111	163	7,578
113年9月	2,351	1,036	2,106	1,016	1,157	167	7,833
114年9月(A)	2,413	1,068	2,156	1,055	1,170	165	8,027
115年9月(B)	2,478	1,091	2,185	1,060	1,198	159	8,171
成長率(B/A)-1	2.7%	2.2%	1.3%	0.5%	2.4%	-3.6%	1.8%
增減數B-A	65	23	29	5	28	-6	144

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

115年9月全區醫院執業之中醫師數共1,097人，與去年同期比較成長0.8%，增加9人。

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
111年9月	241	120	241	148	119	55	924
112年9月	252	125	264	157	115	64	977
113年9月	259	130	285	177	127	65	1,043
114年9月(A)	270	135	306	187	133	57	1,088
115年9月(B)	281	128	318	180	136	54	1,097
成長率(B/A)-1	4.1%	-5.2%	3.9%	-3.7%	2.3%	-5.3%	0.8%
增減數B-A	11	-7	12	-7	3	-3	9

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

115Q3各分區每萬人口中醫師數：中區4.82最高、北區2.77最低。

年度	111	112	113	114	115Q3
臺北	3.00	3.06	3.12	3.24	3.34
北區	2.48	2.57	2.64	2.72	2.77
中區	4.44	4.55	4.66	4.75	4.82
南區	2.93	3.00	3.13	3.26	3.29
高屏	2.99	3.07	3.19	3.27	3.34
東區	2.95	3.04	3.03	3.17	3.07
總計	3.18	3.26	3.35	3.46	3.52

各分區每萬人口中醫師數與全國比率

115Q3各分區每萬人口中醫師數與全國比率：中區1.37最高、北區0.79最低。

年度	110	111	112	113	115Q3
臺北/全區	0.94	0.94	0.93	0.94	0.95
北區/全區	0.78	0.79	0.79	0.79	0.79
中區/全區	1.40	1.40	1.39	1.37	1.37
南區/全區	0.92	0.92	0.93	0.94	0.93
高屏/全區	0.94	0.94	0.95	0.95	0.95
東區/全區	0.93	0.93	0.90	0.92	0.87
全區	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

整體申報概況【分區別】

115Q3中醫院所全區申報件數1,065萬件，與去年同期比較負成長3.0%；
申報醫療點數91.17億點，與去年同期比較負成長0.6%。

項目		申報件數		申報醫療點數		平均每件醫療點數	
年季	分區	值（千件）	成長率	值（百萬點）	成長率	值	成長率
115Q3	臺北	3,054.3	-4.8%	2,558.3	-2.7%	837.6	2.2%
	北區	1,461.9	-2.8%	1,244.1	-1.0%	851.0	1.9%
	中區	2,785.0	-1.6%	2,349.9	0.9%	843.8	2.6%
	南區	1,497.2	-0.9%	1,315.8	1.7%	878.8	2.6%
	高屏	1,657.1	-3.8%	1,440.1	-0.9%	869.1	3.0%
	東區	194.0	-3.0%	208.7	0.8%	1,076.0	3.9%
	全區	10,649.5	-3.0%	9,116.9	-0.6%	856.1	2.5%

註1：資料來源：截至115年11月5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。

醫院中醫科申報概況【分區別】

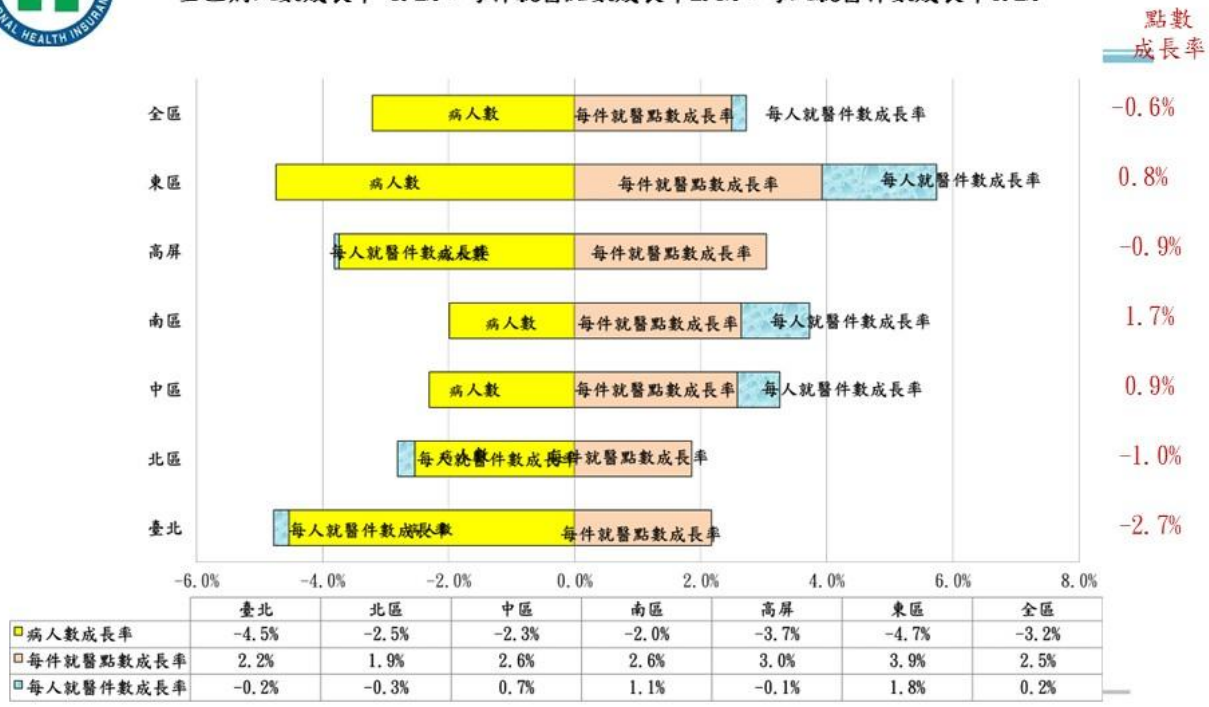
115Q3申報件數115.3萬件，與去年同期比較成長1.3%；
申報醫療點數14.33億點，與去年同期比較成長3.5%。

年季	分區	申報件數 值（千件）	申報件數 成長率	申報醫療點數 值（百萬點）	申報醫療點數 成長率	平均每件醫療點數 值	平均每件醫療點數 成長率
115Q3	臺北	288.6	-3.3%	365.0	-0.5%	1,264.7	2.8%
	北區	126.4	-2.6%	167.7	-1.6%	1,326.0	1.0%
	中區	338.3	4.3%	396.3	7.3%	1,171.5	2.9%
	南區	198.6	2.8%	255.0	4.5%	1,283.8	1.6%
	高屏	161.5	7.9%	192.1	9.4%	1,189.2	1.4%
	東區	39.5	-7.1%	57.2	-1.0%	1,448.6	6.5%
	全區	1,152.9	1.3%	1,433.2	3.5%	1,243.1	2.2%

註1：資料來源：截至115年11月5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。

115年第3季費用分析解構圖

全區病人數成長率-3.2%；每件就醫點數成長率2.5%；每人就醫件數成長率0.2%



	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
病人數成長率	-4.5%	-2.5%	-2.3%	-2.0%	-3.7%	-4.7%	-3.2%
每件就醫點數成長率	2.2%	1.9%	2.6%	2.6%	3.0%	3.9%	2.5%
每人就醫件數成長率	-0.2%	-0.3%	0.7%	1.1%	-0.1%	1.8%	0.2%

參考資料

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(115年新增卵巢癌、鼻咽癌、膀胱癌)
  - 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)
  - 中醫三高病人加強照護計畫(115年新增，年度結算)

西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

115年全年預算533.7百萬點，第3季支用129.9百萬點，累計至第3季預算執行率70.9%。

115Q3

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次（千次）	醫療點數（百萬點）
醫學中心	15	3,208	36.0	38.5
區域醫院	49	4,462	53.2	59.4
地區醫院	59	1,825	27.0	32.0
總計	123	8,481	116.1	129.9

註1：資料來源：截至115年11月5日多模型健保資料平台。
註2：115年第1季支用115.6百萬點，第2季支用132.7百萬點。

中醫癌症病人加強照護整合方案

115年全年預算432.5百萬點，第3季支用131.4百萬點，累計至第3季預算執行率84.6%。

115Q3

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	6,216	32.7	48.6
區域醫院	48	5,511	36.7	59.0
地區醫院	39	987	7.0	8.2
基層院所	202	2,371	12.8	15.7
總計	305	14,940	89.2	131.4

註1：資料來源：截至115年11月5日多模型健保資料平台。
註2：115年第1季支用112.8百萬點，第2季支用121.5百萬點。

中醫提升孕產照護品質計畫

115年全年預算82.0百萬點，第3季支用19.1百萬點，累計至第3季預算執行率72.4%%。

115Q3

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	338	1.4	1.4
區域醫院	13	627	3.4	3.8
地區醫院	14	106	0.5	0.5
基層院所	139	2,271	12.3	13.3
總計	175	3,294	17.6	19.1

註1：資料來源：截至115年11月5日多模型健保資料平台。
註2：115年第1季支用19.61百萬點，第2季支用20.6百萬點。

中醫急症處置計畫

115年全年預算20.8百萬點，第3季支用3.571百萬點，累計至第3季預算執行率58.3%。

115Q3

院所層級	院所家數	照護人數	照護人次（次）	醫療點數（萬點）
醫學中心	5	986	1,045	349.6
區域醫院	4	58	58	7.5
總計	9	1,044	1,103	357.1

註1：資料來源：截至115年11月5日多模型健保資料平台。
註2：115年第1季支用3.922百萬點，第2季支用4.641百萬點。

註3申報院所數：
115Q1：醫學中心：台北馬偕醫院、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、國軍臺中醫院、嘉義基督教醫院
115Q2：醫學中心：台北馬偕醫院、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、大林慈濟醫院、嘉義基督教醫院
115Q3：醫學中心：台北馬偕醫院、林口長庚醫院、中國醫藥大學附設醫院、彰化基督教醫院、花蓮慈濟醫院
區域醫院：基隆長庚紀念醫院、部立台北醫院、台中慈濟醫院、戴德森嘉義基督教醫院

中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

115年全年預算180.8百萬點，第3季支用58.4百萬點，累計至第3季預算執行率91.0%。

院所層級	115Q3 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	1,652	5,341	9.9
區域醫院	27	1,737	6,908	11.6
地區醫院	30	644	3,382	5.2
基層院所	237	5,034	22,587	31.8
總計	305	9,033	38,218	58.4

註1：資料來源：截至115年11月5日多模型健保資料平台。
註2：115年第1季支用50.7百萬點，第2季支用55.5百萬點。

照護機構中醫醫療照護方案(論次)

115年全年預算10.8百萬點，第3季支用3.4百萬點，累計至第3季預算執行率84.9%。

院所層級	115Q3 院所家數	醫療點數(萬點)
醫學中心	9	22.1
區域醫院	28	67.5
地區醫院	28	40.9
基層院所	95	209.7
總計	160	340.2

註1：資料來源：截至115年11月5日多模型健保資料平台。
註2：115年第1季支用2.5百萬點，第2季支用3.2百萬點。

115Q3分區申報專款費用點數

單位:百萬點

各分區費用占率以中區37.6%最高、東區3.6%最低。

115Q3

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
臺北	24.2	17.0	2.0	0.05	8.3	0.8	52.4	15.2%
北區	7.9	17.0	1.5	0.01	7.3	0.4	34.1	9.8%
中區	54.8	42.6	8.9	0.23	22.3	1.3	130.0	37.6%
南區	22.1	25.5	3.8	0.020	6.4	0.4	58.3	16.8%
高屏	18.2	25.8	2.8	0.00	11.6	0.3	58.7	17.0%
東區	2.7	3.5	0.2	3.26	2.6	0.2	12.4	3.6%
全署	129.9	131.4	19.1	3.57	58.4	3.4	345.9	100.0%

註：本表中醫照護含論次點數

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115 年第 2 季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

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

二、有關115年第2季結算結果說明如下(附件報3-4頁）：

（一）依衛生福利部115年1月28日衛部保字第1153360013號公告「115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，中醫總額分配自五分區(不含東區)一般服務費用移撥400百萬元，作為風險調整移撥款，由各季提撥100百萬元，逐季使用至預算使用完畢為止，補助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)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。全年預算若有結餘則回歸一般服務費用。經統計115年第2季北區業務組浮動點值由0.90044657調升為0.93，故撥補2,059.7萬元，風險調整移撥款未支用金額約3.57億元(頁次:報3-38頁)。

（二）前一季保障項目之點值補助差額(前一季浮動點值大於 1 之分區)：

1. 依據 114 年 11 月 27 日本會議 114 年第 3 次研商議事會議暨全民健康保險會 115 年 1 月 21 日第七屆第 1 次委員會議決議，當季當區一般服務浮動點值大於 1 元，則前開保障項目(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)，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。
2. 經統計本季結算「前一季保障項目之點值補助差額」約178.7 萬元。

(三)115年第2季各區點值如下表：

分區	浮動點值	平均點值	平均點值(含專款)
台北	1.04066494	1.02501700	1.02440445
北區	0.93000000	0.95839867	0.96022762
中區	0.96024246	0.97469705	0.97468835
南區	0.98289892	0.98989446	0.98927494
高屏	0.98277652	0.98957364	0.98859176
東區	1.17264626	1.11258316	1.09143764
全區	0.99044654	0.99413911	0.99354610

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2：115年專款包含醫療資源不足地區改善方案、西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫提升孕產照護品質計畫、癌症患者加強照護整合方案、中醫急症處置計畫、中醫提升慢性腎臟病門診加強照護計畫、中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案、品質保證保留款之預算及點數。其中115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) 114年第2季各區點值(下表)供參

分區	浮動點值	平均點值	平均點值(含專款)
台北	0.98260122	0.98921127	0.98996562
北區	0.90000000	0.94029857	0.94276912
中區	0.90716902	0.94093649	0.94366745
南區	0.90078209	0.94114242	0.94344237
高屏	0.90000000	0.93912760	0.94128338
東區	1.12020576	1.07901089	1.05942024
全區	0.93025205	0.95702438	0.95859726

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

註2：114年專款包含醫療資源不足地區改善方案、西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫提升孕產照護品質計畫、癌症患者加強照護整合方案、兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、中醫急症處置計畫、中醫提升慢性腎臟病門診加強照護計畫、中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案、網路頻寬補助費用、品質保證

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

（五）中醫專款計畫：

各專案項目執行情形如下表：

專款項目	115Q2			單位:千元
	當季預算數 A （註1）	當季暫結金額D	未支用金額 (A)-(D)	當季浮動點值
1.醫療資源不足地區改善方案(註2)	58,223	39,412	18,811	1.00000000
2.西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫	151,699	132,075	19,624	1.00000000
3.中醫提升孕產照護品質計畫	21,440	20,573	867	1.00000000
4.癌症病人加強照護整合方案	108,125	121,076	-12,951	**0.88937450**
5.中醫急症處置計畫	6,481	4,638	1,842	1.00000000
6.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	45,200	55,434	-10,234	**0.81538062**
7.照護機構中醫醫療照護方案	2,853	3,188	-335	**0.89491844**
8.中醫三高病人加強照護計畫(年度結束後進行全年結算)	53,000			
9.品質保證保留款(另行結算)	53,806			

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115Q2為8家。
註3.當季暫結金額=1點/元*當季支用點數。

三、擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決定：

衛生福利部中央健康保險署

程式代號 : RGBI3508R02　　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 : 115/11/10

115年第 2季　　結算主要費用年月起迄:115/04－115/06　　核付截止日期:115/09/30　　頁　次 :　1

==========

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)115年第2季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

＝115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_G115合計) x 各季預算占率(h_q2)

＝ 34,878,801,232 x 25.209410%(h_q2)

＝ 8,792,740,006 (D)

註：

1.依據114年11月12日「中醫門診總額研商議事會議」114年第3次會議決定，以107-109年及112-113年之各季核定點數平均占率做為115年各季預算重分配之依據。
115年各季預算占率分別為:第1季：23.551755%，第2季：25.209410%，第3季：25.707486%，第4季：25.531349%。

2.115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_G115合計)為34,878,801,232元，各季調整後預算如下：

115年第1季預算8,500,267,378元，調整後預算為8,214,569,813元＝ 34,878,801,232元x 23.551755%(h_q1)。

115年第2季預算8,690,851,707元，調整後預算為8,792,740,006元＝ 34,878,801,232元x 25.209410%(h_q2)。

115年第3季預算8,579,347,280元，調整後預算為8,966,462,944元＝ 34,878,801,232元x 25.707486%(h_q3)。

115年第4季預算9,108,334,867元，調整後預算為8,905,028,469元

＝ 115年全年預算－ 115年第1季調整後預算－ 115年第2季調整後預算－ 115年第3季調整後預算

＝ 34,878,801,232元－ 8,214,569,813元－ 8,792,740,006元－ 8,966,462,944元

＝ 8,905,028,469元。

(二)115年各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G115合計)

項目	113年各季一般服務醫療給付費用總額 (Q113)	112年各季校正投保人口預估成長率差額 (PEOP112)	113年違反特管辦法之扣款(註1) (B2)	114年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (Q114) =(Q113+PEOP112+B2)×(1+5.468%)	113年各季校正投保人口預估成長率差值 (PEOP113)	114年違反特管辦法之扣款(註2) (B3)	115年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (Q115) =(Q114+PEOP113+B3)×(1+4.978%)	106年品質保證保留款(註3) (C106)
第1季	7,575,094,979	19,427,754	996,976	8,010,842,727	91,421,442	211,232	8,505,816,626	5,549,248
第2季	7,719,374,586	57,682,813	996,976	8,203,358,388	80,582,575	211,232	8,696,537,291	5,685,584
第3季	7,620,143,973	55,467,952	996,976	8,096,365,876	81,285,689	211,232	8,584,956,807	5,609,527
第4季	8,096,684,569	54,540,082	996,976	8,597,985,106	83,904,762	211,233	9,114,296,094	5,961,227
合 計	31,011,298,107	187,118,601	3,987,904	32,908,552,097	337,194,468	844,929	34,901,606,818	22,805,586

項目	115年調整前各季一般服務醫療給付費用 (OPD_G115) =(Q115- C106)	115年各季預算占率 (R)	115年調整後各季一般服務醫療給付費用 (D) =(OPD_G115合計×R)	友善醫事人員環境-提升中醫護理照護 (F)	115年調整後各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算 (D1) =(OPD_G115合計×R)-(F)	醫療資源不足地區之論量計酬結算金額 (B4)
第1季	8,500,267,378	0.23551755	8,214,569,813	93,775,000	8,120,794,813	69,121,525
第2季	8,690,851,707	0.25209410	8,792,740,006	93,775,000	8,698,965,006	77,426,153
第3季	8,579,347,280	0.25707486	8,966,462,944	93,775,000	8,872,687,944	0
第4季	9,108,334,867	0.25531349	8,905,028,469	93,775,000	8,811,253,469	0
合 計	34,878,801,232	1.00000000	34,878,801,232	375,100,000	34,503,701,232	146,547,678

註：

1. 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%)。
※113年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 3,987,904元，按季均分。

2.115年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q115)
＝（114年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q114)+113年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP113）＋114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+4.978%)。
※一般服務成長率為4.978%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.652%，協商因素成長率1.326%。
※依據衛生福利部115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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114年度中醫一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部114.9.3衛部保字第1140137541號交議總額範圍函確認，以前1年度(114年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前2年度(113年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前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。
※115年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3)844,929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「115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」(報部核定中)，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。

(三)友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質(115年新增:提升中醫護理人員照護品質獎勵方案)

全年預算＝ 375,100,000

第1季預算＝ 375,100,000 /4＝　93,775,000

已支用點數：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小　計：	0(BS)

暫結金額＝1元/點x已支用點數＝　0

未支用金額＝第1季預算－暫結金額＝　93,775,000

第2季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 375,100,000 /4＋ 93,775,000 ＝　187,550,000

已支用點數：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小　計：	0(BS)

暫結金額＝1元/點x已支用點數＝　0

未支用金額＝第2季預算－暫結金額＝　187,550,000

第3季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 375,100,000 /4＋ 187,550,000 ＝　281,325,000

已支用點數：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小　計：	0(BS)

暫結金額＝1元/點x已支用點數＝　0

未支用金額＝第3季預算－暫結金額＝　281,325,000

第4季預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 375,100,000 /4＋ 281,325,000 ＝ 375,100,000

已支用點數：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小　計：	0(BS)

暫結金額＝1元/點x已支用點數＝ 0

未支用金額＝第4季預算－暫結金額＝ 375,100,000

全年合計:預算＝ 375,100,000

已支用點數：

臺北分區：	0
北區分區：	0
中區分區：	0
南區分區：	0
高屏分區：	0
東區分區：	0
小　計：	0

已暫結金額＝1元/點x已支用點數＝ 0

未支用金額＝全年預算－已暫結金額＝ 375,100,000－ 0＝ 375,100,000

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　：　4,956,671(J1)　（浮動點數　：　3,204,378　；非浮動點數：　1,752,293）

(2)獎勵開業保障給付收入　：　6,982,552(J2)

(3)獎勵開業論次費用　：　0(J3)

(4)小計已支用點數(J1＋J3)　：　4,956,671(J4)　暫結金額＝ 獎勵開業保障給付收入＋ 1元/點× 論次費用(J3)＝　6,982,552(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　：　2,726,734(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數　：　23,568,100(J7)

(3)小計已支用點數　：　26,294,834(J8)　暫結金額＝ 1元/點×　26,294,834(J8)＝ 26,294,834(J9)

3.合計：

已支用點數：　31,251,505(J4＋J8)

暫結金額　：　33,277,386(J10＝J5＋J9)

未支用金額＝ 第1季預算 － 第1季暫結金額＝ 45,750,000 － 33,277,386＝ 12,472,614

第2季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝183,000,000/4＋ 12,472,614＝ 58,222,614

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 : 6,418,183(K1) （浮動點數 : 4,310,122 ；非浮動點數： 2,108,061）

(2)獎勵開業保障給付收入 : 8,495,481(K2)

(3)獎勵開業論次費用 : 0(K3)

(4)小計已支用點數(K1＋K3) : 6,418,183(K4) 暫結金額＝ 獎勵開業保障給付收入＋ 1元/點× 論次費用(K3)＝ 8,495,481(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 : 3,085,955(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 27,830,500(K7)

(3)小計已支用點數 : 30,916,455(K8) 暫結金額＝ 1元/點× 30,916,455(K8)＝ 30,916,455(K9)

3.合計：

已支用點數： 37,334,638(K4＋K8)

暫結金額 : 39,411,936(K10＝K5＋K9)

未支用金額＝ 第2季預算 － 第2季暫結金額＝ 58,222,614 － 39,411,936＝ 18,810,678

第3季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝183,000,000/4＋　18,810,678＝　64,560,678

1.中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數：　0

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

(2)獎勵開業保障給付收入　：　0(L2)

(3)獎勵開業論次費用　：　0(L3)

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

2.中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數　：　0(L6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數　：　0(L7)

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

3.合計：

已支用點數：　0(L4＋L8)

暫結金額　：　0(L10＝L5＋L9)

未支用金額＝ 第3季預算 － 第3季暫結金額＝ 64,560,678 －　0＝ 64,560,678

第4季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝183,000,000/4＋　64,560,678＝ 110,310,678

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＝110,310,678 －　0＝110,310,678

全年合計:全年預算＝183,000,000

1.中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數：　8

(1)獎勵開業已支用點數　：11,374,854(N1)　（浮動點數　：　7,514,500　；非浮動點數：　3,860,354）

(2)獎勵開業保障給付收入　：15,478,033(N2)

(3)獎勵開業論次費用　：　0(N3)

(4)小計已支用點數(N1＋N3)　：11,374,854(N4)　結算金額＝ 獎勵開業保障給付收入＋ 論次費用結算金額＝ 15,478,033(N5)

2.中醫門診巡迴醫療服務計畫：

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數　：　5,812,689(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數　：51,398,600(N7)

(3)小計已支用點數　：57,211,289(N8)　結算金額＝ 57,211,289(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：　68,586,143(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)

＝　33,277,386＋ 39,411,936＋　0＋　0＝ 72,689,322

未支用金額＝ 全年預算 － 全年暫結金額＝183,000,000－ 72,689,322＝110,310,678

註：依據「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」，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＝533,700,000

第1季:預算＝ 533,700,000/4＝ 133,425,000

	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：	85,100,850(V01)	81,889,330(VF01)	3,211,520(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	11,717,647(V02)	11,350,379(VF02)	367,268(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,161,828(V03)	4,949,090(VF03)	212,738(VN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,002,544(V04)	8,541,068(VF04)	461,476(VN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,168,602(V05)	3,826,821(VF05)	341,781(VN05)
(6)小計：	115,151,471(V06)	110,556,688(VF06)	4,594,783(VN06)

已支用點數＝ 115,151,471

暫結金額＝ 1元/點x 已支用點數＝ 115,151,471

未支用金額＝ 第1季預算 － 1元/點x 第1季已支用點數＝ 133,425,000 － 115,151,471＝ 18,273,529

第2季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 533,700,000/4＋ 18,273,529＝ 151,698,529

	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：	96,538,790(W01)	93,110,776(WF01)	3,428,014(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	13,632,106(W02)	13,200,645(WF02)	431,461(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	6,175,763(W03)	5,855,673(WF03)	320,090(WN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	9,871,914(W04)	9,452,876(WF04)	419,038(WN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	5,856,238(W05)	5,443,154(WF05)	413,084(WN05)
(6)小計：	132,074,811(W06)	127,063,124(WF06)	5,011,687(WN06)

已支用點數＝ 132,074,811

暫結金額＝ 1元/點x 已支用點數＝ 132,074,811

未支用金額＝ 第2季預算 － 1元/點x 第2季已支用點數＝ 151,698,529 － 132,074,811＝ 19,623,718

第3季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 533,700,000/4＋　19,623,718＝ 153,048,718

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

已支用點數＝　0

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝　0

未支用金額＝ 第3季預算 － 1元/點× 第3季已支用點數＝ 153,048,718 －　0＝　153,048,718

第4季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 533,700,000/4＋　153,048,718＝ 286,473,718

	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＝ 286,473,718 －　0＝　286,473,718

全年合計:全年預算＝ 533,700,000

	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：	181,639,640(Z01)	175,000,106(ZF01)	6,639,534(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	25,349,753(Z02)	24,551,024(ZF02)	798,729(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	11,337,591(Z03)	10,804,763(ZF03)	532,828(ZN03)
(4)呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療：	18,874,458(Z04)	17,993,944(ZF04)	880,514(ZN04)
(5)術後疼痛西醫住院病患中醫輔助醫療：	10,024,840(Z05)	9,269,975(ZF05)	754,865(ZN05)
(6)小計：	247,226,282(Z06)	237,619,812(ZF06)	9,606,470(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)
＝ 115,151,471＋ 132,074,811＋ 0＋ 0＝ 247,226,282
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 533,700,000 － 247,226,282＝ 286,473,718

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＝ 19,560,080
暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 19,560,080
未支用金額＝ 第1季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數＝ 20,500,000 － 19,560,080＝ 939,920

第2季:
預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 20,500,000＋ 939,920＝ 21,439,920
已支用點數＝ 20,572,570
暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 20,572,570
未支用金額＝ 第2季預算 － 1元/點× 第2季已支用點數＝ 21,439,920 － 20,572,570＝ 867,350

第3季:
預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 20,500,000＋　867,350＝　21,367,350
已支用點數＝　0
暫結金額＝ 1元/點x 已支用點數＝　0
未支用金額＝ 第3季預算 － 1元/點x 第3季已支用點數＝　21,367,350 －　0＝　21,367,350

第4季:
預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 20,500,000＋　21,367,350＝　41,867,350
已支用點數＝　0
暫結金額＝ 1元/點x 已支用點數＝　0
未支用金額＝ 第4季預算 － 1元/點x 第4季已支用點數＝　41,867,350 －　0＝　41,867,350

全年合計:
全年預算＝　82,000,000
已支用點數＝　40,132,650
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)
＝　19,560,080＋　20,572,570＋　0＋　0＝　40,132,650
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝　82,000,000 －　40,132,650＝　41,867,350

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＝432,500,000
第1季:預算＝ 432,500,000/4＝108,125,000

	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：	24,559,263	21,047,327	3,511,936
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	41,856,851	41,856,851	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,360,411	3,360,411	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	13,214,673	13,214,673	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	9,998,331	9,998,331	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	7,731,172	7,541,758	189,414
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,335,211	1,335,211	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,803,716	3,803,716	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,431,923	2,431,923	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	571,257	571,257	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,135,133	2,135,133	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,570,987	1,570,987	0
(13)卵巢癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(14)鼻咽癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(15)膀胱癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(16)小計：	112,568,928	108,867,578	3,701,350

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 112,568,928
未支用金額＝ 第1季預算 － 1元/點× 第1季已支用點數＝ 108,125,000 － 112,568,928＝ -4,443,928
浮動點值＝（第1季預算－ 非浮動點數)／（浮動點數)＝(108,125,000－ 3,701,350)／ 108,867,578＝ 0.95918043

第2季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 108,125,000＋　　0＝ 108,125,000

	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：	27,647,197	23,806,192	3,841,005
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	44,541,085	44,541,085	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,432,598	3,432,598	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	14,284,345	14,284,345	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	10,492,031	10,492,031	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	8,083,761	7,922,658	161,103
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,360,467	1,360,467	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,961,190	3,961,190	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,810,447	2,810,447	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	550,851	550,851	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,185,791	2,185,791	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,726,639	1,726,639	0
(13)卵巢癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(14)鼻咽癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(15)膀胱癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(16)小計：	121,076,402	117,074,294	4,002,108

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝ 121,076,402

未支用金額＝ 第2季預算 － 1元/點× 第2季已支用點數＝ 108,125,000 － 121,076,402＝ -12,951,402

浮動點值＝（第2季預算－ 非浮動點數)／（浮動點數)＝（108,125,000－ 4,002,108)／ 117,074,294＝ 0.88937450

第3季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 108,125,000＋　　0＝ 108,125,000

	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)卵巢癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(14)鼻咽癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(15)膀胱癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(16)小計：	0	0	0

暫結金額＝ 1元/點× 已支用點數＝　　0

未支用金額＝ 第3季預算 － 1元/點× 第3季已支用點數＝ 108,125,000 －　　0＝ 108,125,000

第4季:預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 108,125,000＋ 108,125,000＝ 216,250,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療已支用點數：	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)卵巢癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(14)鼻咽癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(15)膀胱癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(16)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＝ 216,250,000 － 0＝ 216,250,000

全年合計: 全年預算＝ 432,500,000

	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：	52,206,460	44,853,519	7,352,941
(2)乳癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	86,397,936	86,397,936	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	6,793,009	6,793,009	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	27,499,018	27,499,018	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	20,490,362	20,490,362	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護已支用點數：	15,814,933	15,464,416	350,517
(7)胃癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	2,695,678	2,695,678	0
(8)攝護腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	7,764,906	7,764,906	0
(9)口腔癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	5,242,370	5,242,370	0
(10)子宮頸癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	1,122,108	1,122,108	0
(11)子宮體癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	4,320,924	4,320,924	0
(12)甲狀腺癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	3,297,626	3,297,626	0
(13)卵巢癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(14)鼻咽癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(15)膀胱癌患者中醫門診加強照護已支用點數：	0	0	0
(16)小計：	233,645,330	225,941,872	7,703,458

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)
＝ 108,125,000＋108,125,000＋ 0＋ 0＝ 216,250,000

未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 432,500,000 － 216,250,000＝ 216,250,000

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＝ 20,800,000

第1季:

預算＝　20,800,000/4＝　5,200,000

已支用點數 ＝　3,919,384　(浮動點數：　3,905,403　非浮動點數：　13,981)

暫結金額　＝ 1元/點x已支用點數 ＝　3,919,384

未支用金額 ＝ 第1季預算 － 1元/點x 第1季已支用點數 ＝　5,200,000 －　3,919,384 ＝　1,280,616

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝　5,200,000 ＋　1,280,616 ＝　6,480,616

已支用點數 ＝　4,638,409　(浮動點數：　4,634,095　非浮動點數：　4,314)

暫結金額　＝ 1元/點x已支用點數 ＝　4,638,409

未支用金額 ＝ 第2季預算 － 1元/點x 第2季已支用點數 ＝　6,480,616 －　4,638,409 ＝　1,842,207

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝　5,200,000 ＋　1,842,207 ＝　7,042,207

已支用點數 ＝　0　(浮動點數：　0　非浮動點數：　0)

暫結金額　＝ 1元/點x已支用點數 ＝　0

未支用金額 ＝ 第3季預算 － 1元/點x 第3季已支用點數 ＝　7,042,207 －　0 ＝　7,042,207

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝　5,200,000 ＋　7,042,207 ＝　12,242,207

已支用點數 ＝　0　(浮動點數：　0　非浮動點數：　0)

暫結金額　＝ 1元/點x已支用點數 ＝　0

未支用金額 ＝ 第4季預算 － 1元/點x 第4季已支用點數 ＝　12,242,207 －　0 ＝　12,242,207

全年合計:

全年預算　＝　20,800,000

已支用點數 ＝　8,557,793　(浮動點數：　8,539,498　非浮動點數：　18,295)

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

＝　3,919,384＋　4,638,409＋　0＋　0＝　8,557,793

未支用金額 ＝ 全年預算 － 暫結金額＝　20,800,000 －　8,557,793＝　12,242,207

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＝180,800,000

第1季:

預算＝ 180,800,000/4＝ 45,200,000
已支用點數 ＝ 50,592,342　(浮動點數： 50,592,342　非浮動點數： 0)
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 50,592,342
未支用金額 ＝ 第1季預算 － 1元/點x 第1季已支用點數 ＝ 45,200,000 － 50,592,342 ＝ -5,392,342
浮動點值＝ (第1季預算－ 非浮動點數)／ 浮動點數＝ (45,200,000－ 0)／ 50,592,342＝ 0.89341585

第2季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 45,200,000 ＋ 0 ＝ 45,200,000
已支用點數 ＝ 55,434,234　(浮動點數： 55,434,234　非浮動點數： 0)
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 55,434,234
未支用金額 ＝ 第2季預算 － 1元/點x 第2季已支用點數 ＝ 45,200,000 － 55,434,234 ＝ -10,234,234
浮動點值＝ (第2季預算－ 非浮動點數)／ 浮動點數＝ (45,200,000－ 0)／ 55,434,234＝ 0.81538062

第3季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 45,200,000 ＋ 0 ＝ 45,200,000
已支用點數 ＝ 0　(浮動點數： 0　非浮動點數： 0)
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0
未支用金額 ＝ 第3季預算 － 1元/點x 第3季已支用點數 ＝ 45,200,000 － 0 ＝ 45,200,000

第4季:

預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝ 45,200,000 ＋ 45,200,000 ＝ 90,400,000
已支用點數 ＝ 0　(浮動點數： 0　非浮動點數： 0)
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數 ＝ 0
未支用金額 ＝ 第4季預算 － 1元/點x 第4季已支用點數 ＝ 90,400,000 － 0 ＝ 90,400,000

全年合計:
全年預算　＝　180,800,000
已支用點數 ＝　106,026,576　　(浮動點數：106,026,576　　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)
＝　45,200,000＋　45,200,000＋　　0＋　　0＝　90,400,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝ 180,800,000 －　90,400,000＝　90,400,000

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＝ 10,800,000

第1季:
預算＝　10,800,000/4＝　2,700,000
已支用點數：　2,547,000　　暫結金額　＝ 1元/點x已支用點數 ＝　2,547,000
未支用金額 ＝ 第1季預算 － 1元/點x 第1季已支用點數 ＝　2,700,000 －　2,547,000 ＝　153,000

第2季:
預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝　2,700,000 ＋　153,000 ＝　2,853,000
已支用點數：　3,188,000　　暫結金額　＝ 1元/點x已支用點數 ＝　3,188,000
未支用金額 ＝ 第2季預算 － 1元/點x 第2季已支用點數 ＝　2,853,000 －　3,188,000 ＝　-335,000
浮動點值＝ 第2季預算／ 已支用點數＝　2,853,000／　3,188,000＝ 0.89491844

第3季:
預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝　2,700,000 ＋　0 ＝　2,700,000
已支用點數：　0　　暫結金額　＝ 1元/點x已支用點數 ＝　0
未支用金額 ＝ 第3季預算 － 1元/點x 第3季已支用點數 ＝　2,700,000 －　0 ＝　2,700,000

第4季:
預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝　2,700,000 ＋　2,700,000 ＝　5,400,000
已支用點數：　0　暫結金額　＝ 1元/點x已支用點數 ＝　0
未支用金額 ＝ 第4季預算 － 1元/點x 第4季已支用點數 ＝　5,400,000 －　0 ＝　5,400,000

全年合計:
全年預算　＝　10,800,000
已支用點數 ＝　5,735,000
暫結金額　＝ 第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
＝　2,547,000＋　2,853,000＋　0＋　0＝　5,400,000
未支用金額＝ 全年預算 － 暫結金額＝　10,800,000 －　5,400,000＝　5,400,000

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)中醫三高病人加強照護計畫　全年預算＝ 53,000,000

1.個案管理基本費用：
第1季已支用點數：　0
第2季已支用點數：　0
第3季已支用點數：　0
第4季已支用點數：　0
全 年已支用點數：　0
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　＝　0

2.個人健康資料加成費：
第1季已支用點數：　0
第2季已支用點數：　0
第3季已支用點數：　0
第4季已支用點數：　0
全 年已支用點數：　0
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　＝　0

3.生活習慣自評加成費：
第1季已支用點數：　0
第2季已支用點數：　0
第3季已支用點數：　0
第4季已支用點數：　0
全 年已支用點數：　0
暫結金額 ＝ 1元/點x已支用點數　＝　0

4.品質照護獎勵費：

第1季已支用點數：	0			
第2季已支用點數：	0			
第3季已支用點數：	0			
第4季已支用點數：	0			
全 年已支用點數：	0			
暫結金額	＝ 1元/點x已支用點數	＝	0	

9.合計：

第1季已支用點數：	0			
第2季已支用點數：	0			
第3季已支用點數：	0			
第4季已支用點數：	0			
全 年已支用點數：	0			
暫結金額	＝ 1元/點x已支用點數	＝	0	
未支用金額＝	全年預算 － 暫結金額＝	53,000,000 －	0＝	53,000,000

註：依據「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」，本計畫於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。

(九)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＋115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%)＋31,000,000

＝(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%＋31,000,000

＝ 5,549,248＋ 5,685,584＋ 5,609,527＋ 5,961,227＋31,000,000

＝53,805,586

	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
2.115年編列之品質保證保留款預算	7,750,000	7,750,000	7,750,000	7,750,000	31,000,000
3.合計	13,299,248	13,435,584	13,359,527	13,711,227	53,805,586

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115年1月28日衛部健字第1153360013號公告「115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115年度之品質保證保留款(31.0百萬元)合併運用(計53.8百萬元)。

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　8,698,965,006 (D1)

－ 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額　77,426,153 (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　8,621,538,853 (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	5,448,031	1,952,166	7,400,197	7,400,197
北區	11,577,495	5,890,933	17,468,428	17,468,428
中區	7,893,957	3,432,358	11,326,315	11,326,315
南區	8,705,000	3,804,614	12,509,614	12,509,614
高屏	11,405,326	4,126,413	15,531,739	15,531,739
東區	9,748,013	3,441,847	13,189,860	13,189,860
合計	54,777,822	22,648,331	77,426,153(B2)	77,426,153(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x(浮動點數＋非浮動點數)。

(二)東區分區一般服務預算總額(D6)　＝ (E) x 2.22% ＝ 8,621,538,853 x 2.22% ＝ 191,398,163 (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) x 97.78% －100,000,000＝ 8,330,140,690 (加總後四捨五入至整位數)(註3)

指標1預算(GA) ＝ (D2_5) x64% ＝ 8,330,140,690 x64% ＝ 5,331,290,042 (加總後四捨五入至整數位)

指標2預算(GB) ＝ (D2_5) x17% ＝ 8,330,140,690 x17% ＝ 1,416,123,917 (加總後四捨五入至整數位)

指標3預算(GC) ＝ (D2_5) x 9% ＝ 8,330,140,690 x 9% ＝ 749,712,662 (加總後四捨五入至整數位)

指標4預算(GD) ＝ (D2_5) x 4% ＝ 8,330,140,690 x 4% ＝ 333,205,628 (加總後四捨五入至整數位)

指標5預算(GE) ＝ (D2_5) x 5% ＝ 8,330,140,690 x 5% ＝ 416,507,035 (加總後四捨五入至整數位)

指標6預算(GF) ＝ 8,330,140,690－ 5,331,290,042－ 1,416,123,917－ 749,712,662－ 333,205,628－ 416,507,035＝ 83,301,406

(四)指標 1至指標 5之計算過程 :

指標	指標1(註4)(S1) 95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		指標2(註5)(S2) 各區去年同期戶籍人口數占率		指標3(註6)(S3) 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q2+97Q2+98Q2		114年5月		114年4~6月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 =(Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	各區就醫次數比率加總 (a)	全區就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	4,045,672,564	29.6315%	7,471,601	32.7245%	986,387.707604		29.7122%	30.2880%
北區	1,656,701,975	12.1341%	3,934,272	17.2315%	483,969.658026		14.5783%	14.8608%
中區	3,696,250,352	27.0722%	4,555,288	19.9515%	821,127.763072		24.7342%	25.2136%
南區	1,992,139,000	14.5909%	3,250,431	14.2364%	462,419.702068		13.9291%	14.1991%
高屏	2,262,525,558	16.5713%	3,620,238	15.8561%	502,784.596752		15.1450%	15.4385%
東區					63,114.572285			
小計	13,653,289,449	100.0000%	22,831,830	100.0000%	3,319,803.999807	3,319,804	98.0988%	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　114年4~6月

分區	人數利用率成長率 (p)	醫療費用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註4)	各分區各季經指標4加權後之預算 (Ai4) =(Ai1)×(1+指標4權值)	指標4占率 =(Ai4/ΣAi4)
臺北	0.001217	0.035720	-0.034503	4	0.00	4,045,672,564	4,045,672,564	29.8791%
北區	0.011961	0.046117	-0.034156	3	0.00	1,656,701,975	1,656,701,975	12.2355%
中區	0.015630	0.035142	-0.019512	1	0.00	3,696,250,352	3,696,250,352	27.2984%
南區	0.015709	0.038302	-0.022593	2	0.00	1,992,139,000	1,992,139,000	14.7128%
高屏	0.020953	0.057605	-0.036652	5	-0.05	2,262,525,558	2,149,399,280	15.8742%
小計						13,653,289,449	13,540,163,171	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　115年2月

分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)	指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	0.011794	4,045,672,564	4,093,387,226	29.7987%
北區	0.005537	1,656,701,975	1,665,875,134	12.1271%
中區	-0.001709	3,696,250,352	3,689,933,460	26.8617%
南區	0.007740	1,992,139,000	2,007,558,156	14.6145%
高屏	0.007740	2,262,525,558	2,280,037,506	16.5980%
小計		13,653,289,449	13,736,791,482	100.0000%

(五)各分區指標 1至指標 5占率 ：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	29.6315%	32.7245%	30.2880%	29.8791%	29.7987%
北區	12.1341%	17.2315%	14.8608%	12.2355%	12.1271%
中區	27.0722%	19.9515%	25.2136%	27.2984%	26.8617%
南區	14.5909%	14.2364%	14.1991%	14.7128%	14.6145%
高屏	16.5713%	15.8561%	15.4385%	15.8742%	16.5980%
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)：

第2季指標6分配後剩餘預算(N)＝　指標6預算(GF)－前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)
＝　83,301,406 －　3,575,714
＝　79,725,692

分區	前一季浮動點值	偏鄉院所當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	1.01884198	0	0
北區	0.93000000	17,419,812	1,219,384
中區	0.97215852	28,482,562	793,000
南區	0.98598379	45,199,469	633,524
高屏	0.97128195	32,376,880	929,806
小計		123,478,723	3,575,714(M1)

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

分區	預算(Ga) ＝GAx指標1占率	預算(Gb) ＝GBx指標2占率	預算(Gc) ＝GCx指標3占率	預算(Gd) ＝GDx指標4占率	預算(Ge) ＝GEx指標5占率	第2季預算(Gf) ＝Nx指標1占率	各區預算(BD1) ＝(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf)
臺北	1,579,741,209	463,419,471	227,072,971	99,558,843	124,113,682	23,623,918	2,517,530,094
北區	646,904,065	244,019,393	111,413,299	40,769,375	50,510,225	9,673,995	1,103,290,352
中區	1,443,297,503	282,537,963	189,029,552	90,959,805	111,880,870	21,583,499	2,139,289,192
南區	777,883,199	201,605,065	106,452,451	49,023,878	60,870,421	11,632,696	1,207,467,710
高屏	883,464,066	224,542,025	115,744,389	52,893,727	69,131,837	13,211,584	1,358,987,628
小計	5,331,290,042	1,416,123,917	749,712,662	333,205,628	416,507,035	79,725,692	8,326,564,976

(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	8,621,538,853 (E)
－	當季風險調整移撥款(含撥補當季浮動點值<0.93之預算)	100,000,000 (D7)
－	偏鄉人口預算分配調升機制補至1元所需預算	3,575,714 (M1)
＋	各分區友善醫事人員環境-提升中醫護理照護	0 (加總BT)
	調整後分區一般服務預算總額	8,517,963,139 (加總BD2)

註：　各分區友善醫事人員環境-提升中醫護理照護：

分區	已支用點數 (BS)	暫結金額 ＝1元/點x已支用點數 (BT)
臺北	0	0
北區	0	0
中區	0	0
南區	0	0
高屏	0	0
東區	0	0
合計	0	0

註：

1.依據衛生福利部115年1月28日公告115年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式暨「115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。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：
(1)64%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。
(2)17%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
(3)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。
(4)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。
(5)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)。
(6)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。

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400百萬元。由各季提撥100百萬元。
(1)分配方式:自115年第1季起，用於補助點值至0.93元之差值，逐季使用至預算使用完畢為止。補助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)。
(2)當季浮動點值低於0.93元之分區，最高補至0.93元，當季經費若有結餘，則流用至下季。
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。

4.為避免東區分區及其他5分區一般服務預算總額加總後與調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D1_5)＝ 調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1)－ 東區分區一般服務預算總額 (D6)。

5.指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
(1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
(2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；
第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。

6.指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
(1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：Σ各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣAi2)。
(2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數)。

7.指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率
(1)分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)；分母：Σ各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣAi3)。
(2)條件說明：保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人；資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害案件（案件分類B6））、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。
(3)計算步驟：　計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，　計算每位病患於各區就醫次數(a)，　計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)＝每位病患於各區就醫次數(a)/Σ每位病患於各區就醫次數(a)，　各區每位病患之就醫次數比率(T)＝各區Σ每位病患於各區就醫次數比率(Σa%)，　計算各區每人就醫次數之權值(K1)＝各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)，　扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)＝各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值(ΣK1)。

8.指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)
(1)保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
(2)人數利用率成長率（p)：以各區患者ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為（114年該季/113年同期）-1。
(3)醫療費用點數成長率(r)：(114年該季申報醫療費用點數/113年同期申報醫療費用點數)-1。
(4)各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數（申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件（案件分類B6））、中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫。
(5)本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。(p-r)產生的最大值中，其值大於0且p值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r）產生的最小值中，其值小於0且r值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

9.指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率。(1)分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母：Σ各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。

(2)條件說明:「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」,採用季中數值。
「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計,採用季中數值。
(3)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數＝各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)。
(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季),指標值為全國平均值
a.分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值:
※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率＞=全國每萬人口中醫師數成長率,各鄉鎮市區權值(dr _peop)
＝ -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)
※該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率,各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。
※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮,其權值以0計算。
b.分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值:
※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率＞=全國每萬人口中醫師數成長率,各鄉鎮市區權值(dr_peop)
＝+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)
※該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率,各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。
※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮,其權值以0計算。
c.分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和(Σdr_peop)
= 各分區Σ各鄉鎮市區權值(dr_peop)
※成長率之計算係與前季季中比較。
10.指標6:「偏鄉人口預算分配調升機制」
(1)每季結算時,「偏鄉」之中醫醫療院所,當季結算之醫療點數,除依一般服務預算結算外,若該區前一季浮動點值低於每點1元者,依該區前一季浮動點值,補至最高每點1元,若分區前一當季浮動點值大於每點1元者,則不予補付。
(2)依上述方式補付後,若該季預算尚有結餘,則餘額按指標1「95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率」分配予五分區,併同指標1至指標5之預算進行當季結算。
(3)條件說明:
a.偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地離島地區
(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮,補助之院所須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)114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=Σ該區各季Ts ＋Σ指標6各區各季補至每點1元所需預算。
b.成長率=(115年該區yT / 114年該區yT) -1 。
c.各分區撥補比例=(分母各區Ty) / Σ(成長率大於0之分區Ty)。
(2)撥補程序
a.於115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、各分區一般服務各分區浮動點值之計算

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

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1,510,928,036(BF)	945,018,684(BG)	54,765(BJ)
2-北區分區	696,924,270(BF)	475,717,557(BG)	29,729(BJ)
3-中區分區	1,396,855,375(BF)	797,882,463(BG)	86,887(BJ)
4-南區分區	720,813,333(BF)	498,959,008(BG)	22,052(BJ)
5-高屏分區	831,341,111(BF)	541,959,820(BG)	5,287(BJ)
6-東區分區	111,184,643(BF)	59,313,513(BG)	3,473(BJ)
7-合計	5,268,046,768(GF)	3,318,851,045(GG)	202,193(GJ)

2.前季保障項目之點值補助差額(前季浮動點值大於1之分區)

分區	前季浮動點值	保障項目點數	補助點值差額
	(B)	(T)	(GM)=(B-1) × (T)
臺北	1.01884198	4,607,148	86,808
北區	0.93000000	-	-
中區	0.97215852	-	-
南區	0.98598379	-	-
高屏	0.97128195	-	-
東區	1.21433059	7,935,968	1,700,921
合計		12,543,116	1,787,729

註：依據114年11月13日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額114年第3次研商議事會議暨全民健康保險會115年1月21日第七屆第1次委員會議決議略以
(1)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。
(2)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。

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) － 補助至前季點值補助差額 (GM)
－ 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 ＝[	2,517,530,094	－	86,808 －	945,018,684	－	54,765]／	1,510,928,036 ＝	1.04072240	(點值排序：1)
北區分區 ＝[	1,123,886,857	－	0 －	475,717,557	－	29,729]／	696,924,270 ＝	0.90044657	(點值排序：5)
中區分區 ＝[	2,139,289,192	－	0 －	797,882,463	－	86,887]／	1,396,855,375 ＝	0.96024246	(點值排序：4)
南區分區 ＝[	1,207,467,710	－	0 －	498,959,008	－	22,052]／	720,813,333 ＝	0.98289892	(點值排序：2)
高屏分區 ＝[	1,358,987,628	－	0 －	541,959,820	－	5,287]／	831,341,111 ＝	0.98277652	(點值排序：3)
東區分區 ＝[	191,398,163	－	1,700,921 －	59,313,513	－	3,473]／	111,184,643 ＝	1.18794443	

3.風險調整移撥款(含撥補當季浮動點值<0.93之分區)
全年預算 400,000,000元

分區	分區一般服務預算總額	分區一般服務預算總額(不含東區)	本季未支用風險調整移撥款之預算	撥補前五分區估算浮動點值	風險調整移撥款撥補當季浮動點值至0.93之差額	累計至本季風險調整移撥款移撥款之剩餘款	撥補後五分區估算浮動點值	風險調整移撥款撥補後一般服務預算
	(BD2)	(BD3)	(G)	(Z)	(F)	(I)=(G)-(F)	(Z1)	(BD4)=(BD2)+(F)+(J)
臺北	2,517,530,094	2,517,530,094		1.04072240	0	0	1.04072240	2,517,530,094
北區	1,103,290,352	1,103,290,352		0.90044657	20,596,505	0	0.93000000	1,123,886,857
中區	2,139,289,192	2,139,289,192		0.96024246	0	0	0.96024246	2,139,289,192
南區	1,207,467,710	1,207,467,710		0.98289892	0	0	0.98289892	1,207,467,710
高屏	1,358,987,628	1,358,987,628		0.98277652	0	0	0.98277652	1,358,987,628
東區	191,398,163	-		-	0	-	-	191,398,163
合計	8,517,963,139	8,326,564,976	377,676,095		20,596,505	357,079,590		8,538,559,644

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400百萬元。由每季提撥100百萬元
1. 分配方式:自115年第1季起，用於補助點值至0.93元之差值，逐季使用至預算使用完畢為止。
2. 當季浮動點值低於0.93元之分區，最高補至0.93元，當季經費若有結餘，則流用至下季。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。
3.風險調整移撥款撥補當季浮動點值至0.93之差額(F)=0.93x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)x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) － 補助至前季點值補助差額 (GM)
－ 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	＝[2,517,530,094	－	86,808	－	945,018,684	－	54,765	]／ 1,510,928,036	＝ 1.04066494
北區分區	＝[1,123,886,857	－	0	－	475,717,557	－	29,729	]／ 696,924,270	＝ 0.93000000
中區分區	＝[2,139,289,192	－	0	－	797,882,463	－	86,887	]／ 1,396,855,375	＝ 0.96024246
南區分區	＝[1,207,467,710	－	0	－	498,959,008	－	22,052	]／ 720,813,333	＝ 0.98289892
高屏分區	＝[1,358,987,628	－	0	－	541,959,820	－	5,287	]／ 831,341,111	＝ 0.98277652
東區分區	＝[191,398,163	－	1,700,921	－	59,313,513	－	3,473	]／ 111,184,643	＝ 1.17264626

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) － 加總補助至前季點值補助差額 (GM)
－ 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)

	＝[8,538,559,644	－	1,787,729	－	3,318,851,045	－	202,193	]／ 5,268,046,768	＝ 0.99044654

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) － 加總補助至前季點值補助差額 (GM)]
／[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	＝[2,517,530,094	－	86,808	]／[	1,510,928,036	＋ 945,018,684	＋	54,765	]	＝ 1.02501700
北區分區	＝[1,123,886,857	－	0	]／[	696,924,270	＋ 475,717,557	＋	29,729	]	＝ 0.95839867
中區分區	＝[2,139,289,192	－	0	]／[	1,396,855,375	＋ 797,882,463	＋	86,887	]	＝ 0.97469705
南區分區	＝[1,207,467,710	－	0	]／[	720,813,333	＋ 498,959,008	＋	22,052	]	＝ 0.98989446
高屏分區	＝[1,358,987,628	－	0	]／[	831,341,111	＋ 541,959,820	＋	5,287	]	＝ 0.98957364
東區分區	＝[191,398,163	－	1,700,921	]／[	111,184,643	＋ 59,313,513	＋	3,473	]	＝ 1.11258316

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)
＝[加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD4) － 加總補助至前季點值補助差額 (GM)]
／[一般服務核定浮動點數(GF)
＋ 該分區核定非浮動點數(GG)
＋ 當地就醫分區自墊核退點數(GJ)]

	＝[8,538,559,644	－	1,787,729	]／[	5,268,046,768	＋ 3,318,851,045	＋	202,193	]	＝ 0.99413911

5.中醫門診總額平均點值

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

臺北分區 ＝[2,517,530,094－ 86,808＋ 56,799,860＋ 7,400,197]
／[1,510,928,036＋ 945,018,684＋ 54,765＋ 56,739,023＋ 7,400,197]＝1.02440445

北區分區 ＝[1,123,886,857－ 0＋ 38,943,067＋ 17,468,428]
／[696,924,270＋ 475,717,557＋ 29,729＋ 39,046,016＋ 17,468,428]＝0.96022762

中區分區 ＝[2,139,289,192－ 0＋ 126,639,940＋ 11,326,315]
／[1,396,855,375＋ 797,882,463＋ 86,887＋ 130,242,382＋ 11,326,315]＝0.97468835

南區分區 ＝[1,207,467,710－ 0＋ 61,025,803＋ 12,509,614]
／[720,813,333＋ 498,959,008＋ 22,052＋ 62,586,906＋ 12,509,614]＝0.98927494

高屏分區 ＝[1,358,987,628－ 0＋ 63,010,204＋ 15,531,739]
／[831,341,111＋ 541,959,820＋ 5,287＋ 65,280,547＋ 15,531,739]＝0.98859176

東區分區 ＝[191,398,163－ 1,700,921＋ 19,892,433＋ 13,189,860]
／[111,184,643＋ 59,313,513＋ 3,473＋ 20,424,190＋ 13,189,860]＝1.09143764

全　區 ＝[8,538,559,644－ 1,787,729＋ 366,311,307＋ 77,426,153]
／[5,268,046,768＋ 3,318,851,045＋ 202,193＋ 374,319,064＋ 77,426,153]＝0.99354610

註：

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

2.品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋115年品質保證保留款預算/4
*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算＝(106年各季預算+115年各季預算)x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115/03(含)以前:於115/07/01～115/09/30期間核付者。
費用年月115/04～115/06:於115/04/01～115/09/30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
114年 第1季	2,208,391,626	970,623,403	1,936,602,029	1,113,223,447	1,237,347,176	7,466,187,681
第2季	2,410,297,351	1,080,857,760	2,062,881,811	1,156,006,902	1,311,594,005	8,021,637,829
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_114)	4,618,688,977	2,051,481,163	3,999,483,840	2,269,230,349	2,548,941,181	15,487,825,510
115年 第1季	2,302,262,221	1,035,194,631	2,000,087,037	1,159,543,904	1,288,926,116	7,786,013,909
第2季	2,517,530,094	1,123,886,857	2,139,289,192	1,207,467,710	1,358,987,628	8,347,161,481
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_115)	4,819,792,315	2,159,081,488	4,139,376,229	2,367,011,614	2,647,913,744	16,133,175,390
預算成長率	4.35%	5.25%	3.50%	4.31%	3.88%	4.17%

※預算成長率＝〔115年全年分區預算(BD_115)/114年全年分區預算(BD_114)－1〕×100%。

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	1,356,430,429(BF)	1.01884198	----------	840,013,323
	2-北區分區	143,510,984	1.01884198	146,215,015	113,336,738
	3-中區分區	129,080,133	1.01884198	131,512,258	80,577,899
	4-南區分區	60,913,366	1.01884198	62,061,094	43,762,273
	5-高屏分區	80,881,645	1.01884198	82,405,615	54,306,382
	6-東區分區	13,227,132	1.01884198	13,476,357	7,391,815
	7-合計	1,784,043,689(GF)		435,670,339(AF)	1,139,388,430(BG)
2-北區分區	1-臺北分區	86,473,727	0.93000000	80,420,566	60,662,287
	2-北區分區	517,759,484(BF)	0.93000000	----------	336,771,651
	3-中區分區	55,751,957	0.93000000	51,849,320	37,732,749
	4-南區分區	25,518,592	0.93000000	23,732,291	19,233,910
	5-高屏分區	17,452,704	0.93000000	16,231,015	12,183,926
	6-東區分區	2,868,818	0.93000000	2,668,001	1,480,839
	7-合計	705,825,282(GF)		174,901,193(AF)	468,065,362(BG)
3-中區分區	1-臺北分區	26,219,269	0.97215852	25,489,286	17,413,458
	2-北區分區	17,289,796	0.97215852	16,808,422	12,769,084
	3-中區分區	1,153,229,454(BF)	0.97215852	----------	642,139,903
	4-南區分區	25,674,221	0.97215852	24,959,413	19,450,996
	5-高屏分區	13,785,784	0.97215852	13,401,967	9,726,900
	6-東區分區	2,095,158	0.97215852	2,036,826	1,068,623
	7-合計	1,238,293,682(GF)		82,695,914(AF)	702,568,964(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	21,877,911	0.98598379	21,571,266	13,417,081
	2-北區分區	9,748,501	0.98598379	9,611,864	6,890,754
	3-中區分區	37,002,562	0.98598379	36,483,926	24,126,576
	4-南區分區	573,113,620(BF)	0.98598379	----------	388,478,656
	5-高屏分區	31,395,437	0.98598379	30,955,392	23,015,172
	6-東區分區	1,614,075	0.98598379	1,591,452	860,294
	7-合計	674,752,106(GF)		100,213,900(AF)	456,788,533(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	15,251,258	0.97128195	14,813,272	10,271,866
	2-北區分區	6,879,704	0.97128195	6,682,132	4,842,178
	3-中區分區	18,967,883	0.97128195	18,423,162	11,570,162
	4-南區分區	34,218,731	0.97128195	33,236,036	26,995,577
	5-高屏分區	685,188,948(BF)	0.97128195	----------	440,700,971
	6-東區分區	2,632,425	0.97128195	2,556,827	1,556,588
	7-合計	763,138,949(GF)		75,711,429(AF)	495,937,342(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	4,675,442	1.21433059	5,677,532	3,240,669
	2-北區分區	1,735,801	1.21433059	2,107,836	1,107,152
	3-中區分區	2,823,386	1.21433059	3,428,524	1,735,174
	4-南區分區	1,374,803	1.21433059	1,669,465	1,037,596
	5-高屏分區	2,636,593	1.21433059	3,201,696	2,026,469
	6-東區分區	88,747,035(BF)	1.21433059	----------	46,955,354
	7-合計	101,993,060(GF)		16,085,053(AF)	56,102,414(BG)

(二)醫療資源不足地區之論量計酬一般服務各跨區就醫核定浮動及非浮動點數

投保分區	就醫分區	核定浮動點數	投保分區前季點值	核定浮動點數×投保分區前季點值	核定非浮動點數
1-臺北分區	1-臺北分區	4,791,700(BF)	1.01884198	----------	1,689,653
	2-北區分區	989,007	1.01884198	1,007,642	530,163
	3-中區分區	326,501	1.01884198	332,653	181,573
	4-南區分區	352,757	1.01884198	359,404	172,442
	5-高屏分區	423,976	1.01884198	431,965	150,135
	6-東區分區	815,687	1.01884198	831,056	310,736
	7-合計	7,699,628(GF)		2,962,720(AF)	3,034,702(BG)
2-北區分區	1-臺北分區	214,380	0.93000000	199,373	68,142
	2-北區分區	10,138,679(BF)	0.93000000	----------	5,108,830
	3-中區分區	458,543	0.93000000	426,445	263,596
	4-南區分區	130,698	0.93000000	121,549	66,207
	5-高屏分區	162,914	0.93000000	151,510	56,010
	6-東區分區	253,602	0.93000000	235,850	101,552
	7-合計	11,358,816(GF)		1,134,727(AF)	5,664,337(BG)
3-中區分區	1-臺北分區	47,878	0.97215852	46,545	18,576
	2-北區分區	222,120	0.97215852	215,936	135,093
	3-中區分區	6,616,162(BF)	0.97215852	----------	2,798,103
	4-南區分區	73,337	0.97215852	71,295	43,779
	5-高屏分區	138,514	0.97215852	134,658	46,860
	6-東區分區	142,739	0.97215852	138,765	75,839
	7-合計	7,240,750(GF)		607,199(AF)	3,118,250(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	301,833	0.98598379	297,602	156,150
	2-北區分區	108,389	0.98598379	106,870	56,118
	3-中區分區	102,529	0.98598379	101,092	39,569
	4-南區分區	7,968,142(BF)	0.98598379	----------	3,444,443
	5-高屏分區	247,609	0.98598379	244,138	101,863
	6-東區分區	87,831	0.98598379	86,600	31,861
	7-合計	8,816,333(GF)		836,302(AF)	3,830,004(BG)
5-高屏分區	1-臺北分區	67,569	0.97128195	65,629	11,138
	2-北區分區	94,556	0.97128195	91,841	49,284
	3-中區分區	376,122	0.97128195	365,321	144,932
	4-南區分區	171,820	0.97128195	166,886	68,169
	5-高屏分區	10,392,900(BF)	0.97128195	----------	3,760,546
	6-東區分區	163,578	0.97128195	158,880	63,780
	7-合計	11,266,545(GF)		848,557(AF)	4,097,849(BG)
6-東區分區	1-臺北分區	24,671	1.21433059	29,959	8,507
	2-北區分區	24,744	1.21433059	30,047	11,445
	3-中區分區	14,100	1.21433059	17,122	4,585
	4-南區分區	8,246	1.21433059	10,013	9,574
	5-高屏分區	39,413	1.21433059	47,860	10,999
	6-東區分區	8,284,576(BF)	1.21433059	----------	2,858,079
	7-合計	8,395,750(GF)		135,001(AF)	2,903,189(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	1,361,222,129(BF)	1.01884198	----------	841,702,976	54,765
	2-北區分區	144,499,991	1.01884198	147,222,657	113,866,901	
	3-中區分區	129,406,634	1.01884198	131,844,911	80,759,472	
	4-南區分區	61,266,123	1.01884198	62,420,498	43,934,715	
	5-高屏分區	81,305,621	1.01884198	82,837,580	54,456,517	
	6-東區分區	14,042,819	1.01884198	14,307,414	7,702,551	
	7-合計	1,791,743,317(GF)		438,633,060(AF)	1,142,423,132(BG)	54,765(BJ)
2-北區分區	1-臺北分區	86,688,107	0.93000000	80,619,940	60,730,429	
	2-北區分區	527,898,163(BF)	0.93000000	----------	341,880,481	29,729
	3-中區分區	56,210,500	0.93000000	52,275,765	37,996,345	
	4-南區分區	25,649,290	0.93000000	23,853,840	19,300,117	
	5-高屏分區	17,615,618	0.93000000	16,382,525	12,239,936	
	6-東區分區	3,122,420	0.93000000	2,903,851	1,582,391	
	7-合計	717,184,098(GF)		176,035,921(AF)	473,729,699(BG)	29,729(BJ)
3-中區分區	1-臺北分區	26,267,147	0.97215852	25,535,831	17,432,034	
	2-北區分區	17,511,916	0.97215852	17,024,358	12,904,177	
	3-中區分區	1,159,845,616(BF)	0.97215852	----------	644,938,006	86,887
	4-南區分區	25,747,558	0.97215852	25,030,708	19,494,775	
	5-高屏分區	13,924,298	0.97215852	13,536,625	9,773,760	
	6-東區分區	2,237,897	0.97215852	2,175,591	1,144,462	
	7-合計	1,245,534,432(GF)		83,303,113(AF)	705,687,214(BG)	86,887(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	22,179,744	0.98598379	21,868,868	13,573,231	
	2-北區分區	9,856,890	0.98598379	9,718,734	6,946,872	
	3-中區分區	37,105,091	0.98598379	36,585,018	24,166,145	
	4-南區分區	581,081,762(BF)	0.98598379	----------	391,923,099	22,052
	5-高屏分區	31,643,046	0.98598379	31,199,530	23,117,035	
	6-東區分區	1,701,906	0.98598379	1,678,052	892,155	
	7-合計	683,568,439(GF)		101,050,202(AF)	460,618,537(BG)	22,052(BJ)
5-高屏分區	1-臺北分區	15,318,827	0.97128195	14,878,900	10,283,004	
	2-北區分區	6,974,260	0.97128195	6,773,973	4,891,462	
	3-中區分區	19,344,005	0.97128195	18,788,483	11,715,094	
	4-南區分區	34,390,551	0.97128195	33,402,921	27,063,746	
	5-高屏分區	695,581,848(BF)	0.97128195	----------	444,461,517	5,287
	6-東區分區	2,796,003	0.97128195	2,715,707	1,620,368	
	7-合計	774,405,494(GF)		76,559,984(AF)	500,035,191(BG)	5,287(BJ)
6-東區分區	1-臺北分區	4,700,113	1.21433059	5,707,491	3,249,176	
	2-北區分區	1,760,545	1.21433059	2,137,884	1,118,597	
	3-中區分區	2,837,486	1.21433059	3,445,646	1,739,759	
	4-南區分區	1,383,049	1.21433059	1,679,479	1,047,170	
	5-高屏分區	2,676,006	1.21433059	3,249,556	2,037,468	
	6-東區分區	97,031,611(BF)	1.21433059	----------	49,813,433	3,473
	7-合計	110,388,810(GF)		16,220,056(AF)	59,005,603(BG)	3,473(BJ)

報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：116 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案。

說明：

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

二、107-114 年各季核定點數占率如下表：

年 季	107 占率	108 占率	109 占率	110 占率
Q1	23.079281%	22.956712%	24.511582%	24.895359%
Q2	25.277378%	25.050915%	24.511582%	23.239410%
Q3	25.431687%	25.805750%	26.042402%	24.943505%
Q4	26.211654%	26.186623%	24.934434%	26.921725%
合計	100%	100%	100%	100%

年 季	111 占率	112 占率	113 占率	114 占率
Q1	21.221738%	23.556757%	23.654445%	23.15471564%
Q2	23.580954%	25.711255%	25.495919%	25.41288332%
Q3	27.225312%	25.557803%	25.699787%	25.95242627%
Q4	27.971996%	25.174185%	25.149848%	25.47997477%
合計	100%	100%	100%	100%

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

註2：實際運算採小數點以下8位，限於版面，本表107-114年度僅呈現小數點以下6位。

三、 最近三年預算四季重分配所採用之年度及占率情形(如下)：

年度	採用年度之平均占率	Q1	Q2	Q3	Q4
113 年	105-109 年	23.209366%	25.148925%	25.846146%	25.795563%
114 年	106-109 年及 112 年	23.482151%	25.146337%	25.814848%	25.556664%
115 年	107-109 年及 112-113 年	23.551755%	25.209410%	25.707486%	25.531349%

四、查116年預算四季重分配之計算方式,因考量疫情而採108-109年及112-114年之5年之各季核定點數平均占率計算，116年預算四季重分配後之占率如按近五年(110-114 年)平均占率為第1季23.296603%、第2季24.688084%、第3季25.875767%、第4季26.139546%。惟中全會115年11月9日以電子郵件表示，為使第 2~4 季之預算占率相近，建議採 108-109 年及112-114 年之各季核定點數平均占率計算：第 1 季23.566842%、第2季25.236511%、第3季25.811634%、第4季25.385013%，本署尊重。

五、109-113年、108-109年及112-114年之5年平均占率(如下)供參：

年季	110-114 年平均占率	108-109 年及 112-114 年平均占率
Q1	23.296603%	23.566842%
Q2	24.688084%	25.236511%
Q3	25.875767%	25.811634%
Q4	26.139546%	25.385013%
合計	100%	100%

六、116年中醫門診一般服務之保障項目擬比照115年保障項目，醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點1元支付(保障醫不足地區民眾就醫可近性及就醫權益)，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。

七、前開保障項目及執行方式，將報健保會同意後實施。

決定：

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：116 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議時程案。

說明：

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

二、 116 年會議時間，擬訂如下表，請代表預留時間：

會議次別	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
會議日期	2/25 **星期四**（下午）	5/20 **星期四**（下午）	8/19 **星期四**（下午）	11/18 **星期四**（下午）	12/2 **星期四**（下午）

2/5(除夕)-2/10(初五)。

決定：

報告事項第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「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 115 年第一季至第二季核發結果」案。

說明：

一、 依據本署115年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案(附件1，頁次報6-3~6-5)辦理。

二、 查115年1-6月中醫門診特約醫事服務機構，聘有護理人員院所數及符合方案獎勵條件院所數如下表。

月份	院所家數 (A)	聘有護理人員院所		符合方案獎勵條件院所	
		家數 (B)	占比 (B/A)	家數 (C)	占比 (C/B)
1	4,057	1,558	38.4%	816	52.4%
2	4,066	1,548	38.1%	824	53.2%
3	4,073	1,547	38.0%	837	54.1%
4	4,071	1,542	37.9%	832	54.0%
5	4,079	1,539	37.7%	822	53.4%
6	4,076	1,509	37.0%	870	57.7%

三、 本方案已於115年10月30日完成115年第1季至第2季獎勵金核發作業：

(一) 第1季撥付獎勵金之中醫門診特約醫事服務機構共848家，約42.79百萬點。

(二) 第2季撥付獎勵金之中醫門診特約醫事服務機構共916家，約46.35百萬點。

四、 查本次獎勵金計算結果，部分一般針灸及一般傷科案件，因未依照醫療費用申報格式規定填寫執行時間起迄，而無法納入獎勵金核算範圍，說明如下：

(一) 查特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明，中醫醫令代碼 D01-D08「針灸治療處置費」、E01-E14「傷科治療處置費」、F01-F84「針灸合併傷科治療處置費」等項目，本欄為必填，並**以實際執行時間填報**，**須填寫至時分**(附件2，頁次報6-6~6-7)。

(二)若未依醫療費用申報格式規定填寫實際執行時間起迄（時分填寫00:00），本署無法勾稽「護理人員跟診時段」班表資料，而無法確認該案件是否有護理人員跟診。若對獎勵金核算有疑義，院所可依規定提出相關佐證資料，向本署各分區業務組提出申復。

五、 請中全會輔導會員，中醫針灸治療處置及傷科治療處置等項目須依申報格式規定覈實，填寫醫令實際執行時間起迄。

決定：

附件 1

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、新開設中醫醫院、醫院新開設附設中醫部門)，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。

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

陸、獎勵方式及核發原則

一、 反映護理人員薪資調升之加計獎勵

(一)獎勵方式：

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。

2. 「看診時聘有護理人員在場服務者」門診診察費醫令代碼範圍：A82、A83、A41、A86、A87、A43、A01、A11、A45、A03、A13、A47、A05、A15、A49、A09、A19、A53。

3. 針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費：針灸(D01-D08)、傷科(E01-E14)、針灸合併傷科(F01-F84)。

(二)核發方式：

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。

2. 符合申報之中醫門診特約醫事服務機構：

(1) 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。

(2) 聘有護理人員在場服務之針灸處置費、傷科處置費、針灸合併傷科治療處置費醫令，應於「自費特材群組序號/其他特殊註記」欄位填寫「CNP」。

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，院所護理人員調薪人數符合本方案標準，依院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。

柒、審查方式

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

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

捌、方案管理機制

一、 保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。

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

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

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

分母：聘有護理人員之院所家數。

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。

「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」
(XML 檔案格式)

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	p14	執行時間-起	11	X	一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。第8、9碼為小時，採用24小時制，不足位者前補0。例如早上5時，為05，下午3時為15。第10、11碼為分鐘，不足位者前補0。例如6分鐘，為06。 二、若醫令為「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」手術費（第二部第二章第七節、第三部第三章第四節第二項）、麻醉費(第二部第二章第十節）、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」P5201C 及 P5202C(自費用年月112年3月新增)之項目，須填寫至時分；若醫令為03018A、03019B、03042A、03043B、03073A、03074B、03075A、03076B、放射線診療費、復健治療（第二部第二章第四節第二項~第四項）、47029C、57003C、57019C、57027B、居家照護、高壓氧治療（第二部第二章第六節第三項）、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之給付項目及支付標準等項目、「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目，必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。 三、欄位IDp17之代碼為3【排程檢查案件】、6【於開立排程檢查後加開檢查(或檢驗)案件】，本欄請填寫排程項目之執行日期至年月日，如為排程項目之開立日案件，請填寫預訂檢查日期至年月日(如未有預訂檢查日期則填該項檢查有效迄日)，時分可補0。(請參考註6之說明填載) 四、同一療程（含療程中併開藥等）案件應按醫令代碼之實際執行日期逐一填報，填治療日期至年月日，時分可補0。 五、如治療執行有中斷者，應依實際治療時間分開填報。 六、復健處置醫令下PTS1…、OT1..等治療項目，本欄免填。 七、中醫醫令代碼D01-D08、E01-E14、F01-F84等項目，本欄為必填，並以實際執行時間填報，須填寫至時分。 八、其他全民健保支付標準涉及執行日期之診療項目請填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。
△	p15	執行時間-迄	11	X	一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不

符號	欄位ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
					足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。第8、9碼為小時，採用24小時制，不足位者前補0。例如早上5時，為05，下午3 時為15。第10、11碼為分鐘，不足位者前補0。例如6分鐘，為06。 二、若醫令為全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準手術費（第二部第二章第七節、第三部第三章第四節第二項）、麻醉費（第二部第二章第十節）、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」P5201C 及 P5202C(自費用年月112年3月新增)之項目，須填寫至時分；若醫令為03018A、03019B、03042A、03043B、03073A、03074B、03075A、03076B、放射線診療費、復健治療（第二部第二章第四節第二項~第四項）、47029C、57003C、57019C、57027B、居家照護、高壓氧治療（第二部第二章第六節第三項）、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之給付項目及支付標準等項目、「全民健康保險急性後期照護計畫」相關復健治療項目，必須填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。 三、欄位IDp17之代碼為3【排程檢查(驗)案件】、6【於開立排程檢查後加開檢查(或檢驗)案件】，本欄請填寫排程項目之執行日期至年月日，如為排程項目之開立日案件，請填寫預訂檢查日期至年月日(如未有預訂檢查日期則填該項檢查有效迄日)，時分可補0。(請參考註6之說明填載) 四、同一療程（含療程中併開藥等）案件應按醫令代碼之實際執行日期逐一填報，填治療日期至年月日，時分可補0。 五、如治療執行有中斷者，應依實際治療時間分開填報。 六、復健處置醫令下 PTS1…、OT1等治療項目，本欄免填。 七、中醫醫令代碼D01-D08、E01-E14、F01-F84等項目，本欄為必填，並以實際執行時間填報，須填寫至時分。 八、其他全民健保支付標準涉及執行日期之診療項目請填寫至年月日欄位，時分欄位可補0。

報告事項第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：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。

說明：。

一、 統計截至 115 年 11 月 2 日與本署特約之中醫醫事機構各鄉鎮分布如下：

(一) 無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1)：新增「新竹縣寶山鄉」(竹科奇御中醫診所於115年7月28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「新竹縣寶山鄉」。

二、 另依據中醫師全聯會 115 年 11 月 6 日電子郵件建議，原於「南投縣國姓鄉」開業之家家中醫診所已卸下招牌，刻正辦理歇業中，預計於 115 年底前完成歇業，爰施行區域調整如下：

(一) 無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1)：新增「南投縣國姓鄉」(家家中醫診所預計於 115 年年底歇業)。

(二) 一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-2):刪除「南投縣國姓鄉」。

三、 綜上，施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 82 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 76 個鄉鎮區。

決定：

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

註 1：本一覽表統計截止日期：~~115 年 5 月 18 日~~115 年 11 月 2 日，共 ~~8082~~ 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。
註 4：嘉義縣番路鄉大湖村、公田村、公興村與草山村，考量地理及交通因素，另列分級級數為 2。

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

註 1：本一覽表統計截止日期：~~115 年 5 月 18 日~~115 年 11 月 2 日，共 ~~78~~76 個鄉鎮(區)。
註 2：本一覽表為僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，分級級數為:0 中醫資源不足。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

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

說明：

一、 依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 63 次會議決議辦理。

(一)年度數字配合修正及第四條(三)、第七條(四)文字，修正條文如下：

項次	修正條文	原條文
三、預算來源：	116 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 207.5 百萬元。	115 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 183 百萬元。
四、施行區域：	(三)附件 1-2 之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為原則，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。如有特殊情況者(如需新增第三個巡迴醫療服務計畫)，縣市衛生局要求於衛生所(室)設巡迴點者或由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。	(三)附件 1-2 之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為原則，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。如有特殊情況者(如需新增第三個巡迴醫療服務計畫)，由所轄全民健康保險保 險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。
五、施行期	自公告日起至 116 年 12 月 31	自公告日起至 115 年 12 月 31

項次	修正條文	原條文
間：	日。	日。
七、申請資格：	(四)巡迴醫療服務計畫：須執業於該保險醫事服務機構之專、兼任醫師。	(四)巡迴醫療服務計畫：須為中醫保險醫事服務機構，且實際參與巡迴服務之中醫保險醫事服務機構均應申請辦理本計畫，其他中醫師不得以支援方式辦理。

本署意見：(修正草案，詳附件)

一、 本方案116年全年經費為207.5百萬元(俟衛生福利部核定公告116年總額及其分配)。

二、 有關中全會提案修訂內容，本署同意，說明如下：

(一)修改年度。

(二)施行區域：經電洽中全會表示，部分巡迴點可能因應地方衛生局要求增設(如屏東縣琉球鄉)，爰建議將相關文字列舉於得新增第三個巡迴點之特殊情形。(附件，頁次討1-4)

(三)申請資格：為鼓勵中醫師投入巡迴醫療，同意增加兼任醫師亦能參與巡迴計畫之規定。(附件，頁次討1-6)

三、 另本署建議修訂重點如下：

(一)為鼓勵中醫師投入巡迴醫療，並反應實際醫療成本及人力，116年調升巡迴論次費用2成，各地區分級支付點數由原「2,300-14,200點」調升至「2,760-17,040點」，推估116年約需增加22.7百萬元，由本方案專款增編預算支應(附件，頁次討1-14)。

(二)依據本署111年9月16日健保醫字第1110662620號書函略以，特約院所申報巡迴醫療論次支付點數，自研商會議紀錄之發文日起變更，爰配合將前述變更適用時點明訂於方案中，以供院所依循。(附件，頁次討1-4)

(三)考量現行方案未明確規定部分科別停約後續處理方式，為維護病人權益並符合比例原則，增訂是類院所得繼續參與各項專案計畫，惟不得提供受處分之診療科別或服務項目之醫療服務，及授權保險人分區業務組得視違規情節另予

考量之規範。(附件，頁次討 1-19)

(四)依據本署 112 年 8 月 17 日以健保醫字第 1120663443 號函就中醫院所申請跨分區執行巡迴醫療釋示:「中醫醫療機構申請執行巡迴醫療服務以不跨分區為原則；審查作業由巡迴地點所轄保險人分區業務組業管；醫療費用申報、審查及標示製作費由中醫醫療機構所轄保險人分區業務組業管」,爰配合明訂跨分區申請巡迴醫療服務之權責分工等規範，俾利院所遵循。(附件，頁次討 1-6、1-11 及 1-17)

(五)考量現行獎勵開業服務計畫每月申報點數如經審查核扣，除超過保障額度部分依審查結果核扣外，僅作為品質輔導之參考，不影響原保障額度之核付，爰增訂相關說明文字，以避免院所執行疑義。(附件，頁次討 1-13)

擬辦：依討論結論，辦理後續公告作業。

決議：

附件

~~115~~116 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

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

鼓勵中醫師至中醫醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分布，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護。

三、預算來源：

~~115~~116 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為~~183~~207.5 百萬元。

四、施行區域：

(一)獎勵開業服務計畫：以~~114 年 10 月 25 日~~115 年 11 月 02 日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件 1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。

(二)巡迴醫療服務計畫：以~~114 年 10 月 25 日~~115 年 11 月 02 日調查時，為附件 1-1 所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件 1-2 所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。

(三)附件 1-2 之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為原則，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村（里）。如有特殊情況者（如：縣市衛生局要求於衛生所(室)增設巡迴點等有需新增第三個巡迴醫療服務計畫情形），由所轄全民健康保險保險人（以下稱保險人）分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）專案評估後核定。

(四)於本方案執行期間，經保險人及中醫全聯會評估並報經全民健康保險中醫門診總額研商議事會議（以下稱中醫總額研商會議）報告同意，確屬適用本方案之地區，自該會議紀錄發文日起，始開放符合本方案申請資格之中醫師申請，以及變更中醫保險醫事服務機構申報巡迴醫療論次支付點數。

五、施行期間：

自公告日起至~~115~~116年12月31日。

六、年度目標：

(一)獎勵開業服務計畫：

以當年度新增5個計畫數為目標，若目標數滿額後才提出申請者，將優先列為下一年度計畫申請。

(二)巡迴醫療服務計畫：

1. 鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務（可提供行動不便者到宅醫療），本年度以至少執行100個鄉鎮（區）數為目標。
2. 本計畫以達成服務人次260,000人次，服務總天數11,000天為執行目標。

七、申請資格：

(一)申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員：

1. 須最近二年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特約管理辦法）第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。
2. 執行本方案期間，若依據第十五項第一款規定停止執行本方案二次，五年內不得再申請執行本方案。前述五年之認定，以保險人第二次核定停止執行本方案之日起算。

(二)保險醫事服務機構須具備全民健康保險憑證（以下稱健保卡）讀卡設備，並確實刷卡、上傳及登錄資料。

(三)獎勵開業服務計畫：

1. 須為中醫全聯會所屬縣市公會會員並符合開業資格之中醫師，其最近十二個月全民健康保險（以下稱本保險）平均每月申報點數（含部分負擔）須大於十五萬點，但符合中醫負責醫師訓

練計畫之院所醫師且受訓滿兩年者（檢具相關證明文件）不受此限。

2. 無最近十二個月申報資料者，則以申請本方案前最後申報資料，採計十二個月為計算基準。

(四)巡迴醫療服務計畫：須為中醫保險醫事服務機構(含專、兼任醫師)，以位屬同一健保分區為原則~~，且實際參與巡迴服務之中醫保險醫事服務機構均應申請辦理本計畫，其他中醫師不得以支援方式辦理~~。

八、申請與審查程序及須檢附之文件：

(一)申請與審查程序：

1. 符合申請資格者,須自方案公告日起15個工作日內（以郵戳為憑）檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中醫全聯會受理收件（工作日係以行政院人事行政總處所核定政府行政機關辦公日曆表為準）。

2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日（以郵戳為憑）。

3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。

4. 中醫全聯會自收到申請文件（以郵戳為憑）15個工作日內，將評估後之彙整結果送請所轄區保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會（以下稱中執會）各區分會。跨分區申請巡迴醫療服務計畫者，由巡迴地點所轄保險人分區業務組審查及核定，並副知中醫保險醫事服務機構所轄保險人分區業務組、中醫全聯會及中執會各區分會。

5. 獎勵開業服務計畫：申請中醫師自保險人分區業務組審查結果通知函寄達日起,應於三個月內完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」,並回報中醫全聯會確定之開業時間、地址及門診時間表。

6. 巡迴醫療服務計畫：

(1)相關醫事人員應依各該醫事人員法之規定，向當地衛生主管機關辦理報備支援；前一年度通過本方案考核要點（80分以上）之院所，如巡迴醫師、時段及地點與前一年度相同且符合本年度

之規定，可具函敘明前述事項，並檢附本年度衛生主管機關核定報備支援同意函及醫事人員名冊，向中醫全聯會及保險人分區業務組備查。

(2)自核定日或發文日起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執行之延續性，前一年度原有計畫延續至本年度執行，且符合本年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至本年計畫公告實施日當月底止，本年度應重新提出申請。

(二)須檢附之文件：

1.獎勵開業服務計畫

(1)本年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請表（附件2)。

(2)獎勵開業服務計畫書，其內容應包含：

A.書寫格式：以word形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標）楷書14號定型，橫式書寫。

B.前言。

C.開業服務地區之現況分析（含當地人口分布狀況、地理環境概況、交通情況、醫療資源分析)。

D.預定開業之詳細地址，並檢附診間空間規劃分配圖。

E.醫療人力資源：請詳述醫事人力名單（含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資、中醫醫療機構負責醫師訓練合格證明）並檢具相關證明文件。

F.預定醫療門診時間表。

2.巡迴醫療服務計畫：

(1)本年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊（附件3)。

(2)巡迴醫療服務計畫書，其內容應包含：

A.書寫格式：以word形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標）楷書14號定型，橫式書寫。

B.封面：包括計畫名稱、執行單位、巡迴醫療服務點所屬縣市、鄉鎮（區)、執行期間。

C.前言：請敘述巡迴醫療服務動機，包括巡迴醫療服務地

點、醫療資源提供情況及需求狀況等。

D. 目的：分點具體列述巡迴醫療服務所要達成之目標。

E. 巡迴醫療服務地點現況分析，請依下列項目分別具體列述相關內容：

a. 巡迴醫療服務點所屬地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務點所屬地區分布情形及面積、當地戶籍人口數及其性別年齡別分布情形等相關資料。

b. 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴醫療服務點地理環境概況（檢附簡要地圖更佳）、當地對外交通情形、當地距最近中醫特約醫事服務機構所需車程時間等。

c. 醫療需求情形：請詳述巡迴醫療服務點所屬地區之醫療服務使用狀況、現存各類醫事人員及各類醫事服務機構情形。

F. 執行計畫：

a. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單（含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資）。

b. 每週診療時間。

c. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。

d. 巡迴醫療服務設置點地址及空間配置圖。

G. 經當地衛生主管機關報備核准之中醫師、相關醫事人員及巡迴地點同意函。

H. 評估預期效益：請詳述巡迴醫療服務實施後預期達成之效益指標。

九、開診規範：

(一)獎勵開業服務計畫：

1. 經中醫全聯會評估通過之申請案件，於分區業務組評估結果通知函寄達三個月內未完成開業登記且與保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，該案件視同作廢，不予支付任何保障額度，且不再接受同一申請人之申請案件。

2.門診服務時數與時段：

(1)每週至少提供五天 35 小時（每週至少須含 2 次夜診），每診次至少 2（含）小時以上，夜診時間應介於每日 18 時至 22 時；兩門診時段間至少間隔半小時；該保險醫事服務機構負責醫師之門診服務時數須至少三天 24 小時。

(2)門診時段:依保險醫事服務機構申請計畫書所列之時間表為依據，如有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單（附件 4、5）於前月 25 日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。

~~(2)~~(3)門診天數、時段、地點依申請計畫書為依據，若逢行政院人事行政總處公布之假期，可為休診日。

~~(3)~~(4)當月未達上述工作天數及門診時間者，則依實際比例扣款（計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數），因天災、事故等特殊因素，經向保險人分區業務組報備者，不在此限。

~~(4)~~(5)請產假之負責醫師，其產假期間（比照「公務人員請假規則」之娩假日數）之門診服務時數可全數由支援醫師代理；若產假期間無支援醫師代理者，保險人得不予支付保障額度。

~~(5)~~(6)執行本計畫特約醫事服務機構之支援醫師，均應依相關規定向當地衛生主管機關報備，於 10 個工作日前以書面函知中醫全聯會，並由中醫全聯會將相關資料函轉保險人分區業務組備查，惟臨時有特殊狀況者，不在此限。

3.執行本計畫之保險醫事服務機構可同時申請巡迴醫療服務計畫，但巡迴看診時數不列入上述門診服務時數計算。

4.自核定參與開業獎勵服務計畫後第一次申報費用年月之首日起至月底未滿一個月者，則按實際門診日數發給保障額度（計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數）。

~~5.門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單（附件 4、5）於前月 25 日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。~~

~~6.~~5.中醫全聯會及保險人分區業務組將不定期依保險醫事服務機

構所訂門診時段，以電話抽查有無依所訂門診時段提供服務。

~~7.~~6. 經中醫全聯會及保險人分區業務組查證保險醫事服務機構無故休診同一年累計達二週或同一年連續請假休診二個月者（不含請產假之負責醫師），即終止該醫事服務機構執行本計畫。

(二)巡迴醫療服務計畫：

1. 以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天至多 1 次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，每週至多 3 次定點定時中醫巡迴醫療服務。若有特殊情況，需增加每天或每週之巡迴次數或醫師數之巡迴點，得由巡迴院所向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定，保險人分區業務組於 10 個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該區中執會分會，始得執行。
2. 每次巡迴醫療服務時間不得少於 3 小時（其服務時間以實際醫療時間計算，不包含車程、用膳及休息時間）。
3. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同意之每週診療時間提供醫療服務，並於所轄保險人分區業務組核定日或發文日 30 個工作日內開始執行，超過 30 個工作日仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本計畫之辦理。
4. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流等，得事後核准；若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班（課）日，則為休診日，不須補診及報備。
5. 至離島地區執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構，若因天候狀況導致交通受阻，巡迴醫療服務得增加服務天數 1 天（限申報 1 診次）。當次執行完畢後，應檢具當地衛生主管機關報備函、交通延誤證明（由航空公司、船公司或警察機關等單位開立）等資料，向所轄保險人分區業務組申請備查且副知中醫全聯會，並依規定申報當日產生之醫療費用及論次費用。
6. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務時

間、每週服務次數或地點、核備醫事人員等，須先將變更計畫及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。跨分區執行巡迴醫療服務者，巡迴時段或醫師異動報備，由巡迴地點所轄保險人分區業務組核定，並副知中醫保險醫事服務機構所轄保險人分區業務組。變更巡迴醫療服務者應俟保險人分區業務組核定後，始得變更計畫。

7. 申請巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處（標示製作作業說明請依附件 6 辦理）。
8. 保險人應將本年度巡迴醫療服務相關訊息（含執行之保險醫事服務機構名稱、時間及地點）建置於保險人全球資訊網網站，以供查詢。
9. 巡迴時間、時段、地點，依執行本計畫之保險醫事服務機構申請書所列時間表為依據，惟保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮西醫、牙醫及中醫之巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。
10. 巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。
11. 到宅服務個案可由村/里長或長期照顧管理中心等單位轉介。

十、支付方式：

(一)獎勵開業服務計畫：

1. 獎勵標準：

(1)第一級：除第二級、第三級以外之醫療資源不足地區，每月保障額度 30 萬點。

(2)第二級：醫療資源不足之山地地區，每月保障額度 35 萬點。

(3)第三級：醫療資源不足之離島地區，每月保障額度 40 萬點。

2. 醫療費用計算：

(1)按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱醫療服務支付標準）申報醫療費用。

(2)管理原則（年限計算：自核定參與獎勵開業服務計畫後第一次申報之費用年月起，開始累進計算服務年限；每月總服務量以「核定點數（含部分負擔）」計算：包含門診、巡迴醫療、中醫門診

總額其他中醫專案服務量及其他預算案件，不含代辦案件)：

A.承辦本計畫後第七個月起，若當月核定點數（含部分負擔）未達保障額度35%者，以80%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度35%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數（含部分負擔）未達保障額度20%者，以70%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度20%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。

B.滿一年者，自第十三個月起，若當月核定點數（含部分負擔）未達保障額度45%者，以75%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度45%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數（含部分負擔）未達保障額度30%者，以65%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度30%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供2點巡迴醫療服務計畫。

C.滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定點數（含部分負擔）未達保障額度50%者，以60%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度50%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供1點巡迴醫療服務計畫；若當月核定點數（含部分負擔）未達保障額度40%者，以50%核付保障額度，若連續2個月未達保障額度40%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供 2 點巡迴醫療服務計畫。若當月核定點數（含部分負擔）未達保障額度10%者，以當月核定點數計算之費用支付。

D.獎勵開業之醫事服務機構依上述A至C點規定提供巡迴醫療服務後，須依其最高巡迴點之數量持續提供巡迴醫療服務至當年度12月底。

E.若獎勵開業之醫事服務機構未依上述A至C點規定於該開業鄉鎮承辦巡迴醫療服務計畫，經所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案評估後，由保險人分區業務組終止本方案之辦理。惟若屬特殊情況者，得專案向保險人分區業務組申請至鄰近本方案施行地區提供巡迴醫療服務計畫。

註：依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。

(3)自辦理本計畫之年度開始起算，第三年年底終止計畫補助（延續辦理期間不須另提出申請），且不再接受同一申請人申請本計畫；又延續辦理計畫者，其起迄日期應依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理。

(4)本計畫中醫師參與巡迴醫療服務之醫療費用（含診察費加成）併入保障額度計算，每月核定點數（含部分負擔）未達保障額度者，不予支付當月巡迴醫療服務之論次費用。

(5)本計畫申報之門診診察費納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算；針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置納入該支付標準之合計申報量計算。

3.每點支付金額之結算：

(1)每月核定點數（含部分負擔）超過保障額度者：以核定點數計算之費用支付，屬浮動點數者依該區當季之浮動點值計算，每點支付金額不低於 1 元；若專業審查有核減者，依審查結果核減，惟核定點數不低於保障額度。

(2)每月核定點數（含部分負擔）低於保障額度者：依本方案第十項第一款第二目醫療費用計算之管理原則核付，其保障額度之點數依該區當季之浮動點值計算，惟每點支付金額不低於 1 元；若專業審查有核減者為品質輔導參考。

4.承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表（附件 7），並於次月 20 日前費用申報時，以電子檔案報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。

(二)巡迴醫療服務計畫：

1.本計畫論量計酬費用，由中醫門診總額一般服務預算支應。每點支付金額以 1 元計算，於一般服務預算分區預算分配前先行結算。

2.本計畫之論次支付方式：各地區別論次支付點數及申報代碼如下，偏遠及山地離島地區分類詳附件 1-1，中醫資源不足地區詳附件 1-2。

地區	支付點數	申報代碼
0.中醫資源不足	~~2,300~~2,760	P23064
1.一級偏遠	~~3,300~~3,960	P23007
2.二級偏遠	~~5,300~~6,360	P23063
3.山地	~~9,800~~11,760	P23008
4.一級離島	~~12,000~~14,400	P23009
5.二級離島	~~13,100~~15,720	P23010
6.三級離島	~~14,200~~17,040	P23011

(1)執行期間，如巡迴醫療服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域（附件 1-1、1-2）者，經中醫總額研商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報 P23064，支付 ~~2,300~~2,760 點。

(2)本方案施行區域附件 1-2：

A.如臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至附件 1-2 之離島地區（如屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉），辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付 ~~11,000~~13,200 點。

B.如中醫保險醫事服務機構至附件 1-2 之山地及離島地區（如桃園市復興區、屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉），辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23063，支付 ~~5,300~~6,360 點。

(3)如中醫保險醫事服務機構至本方案施行區域（附件 1-1、1-2）因天災、政策或歷史等因素遷移他處者 （如吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地），執行巡迴醫療服務，得申報 P23063，支付 ~~5,300~~6,360 點。若年度執行期間，符合前述條件者，由執行巡迴醫療服務院所主動函報所轄保險人分區業務組及中醫全聯會同意後，自次月 1 日起，始得申報本項支付點數。

3.本計畫之門診診察費加成支付：保險人於結算時，門診診察費按本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數加計 1 成支付；院所申報該項費用時，無須申報加計之成數。

4.本計畫醫療服務支付標準申報規定：

(1)本計畫申報之門診診察費不納入門診合理量計算。

(2)針灸、傷科及針灸合併傷科治療每次診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。

(3)本計畫之針灸、傷科及針灸合併傷科治療不併入該院所之合計申報量計算，且不受醫療服務支付標準第四部中醫通則所列針灸、傷科及針灸合併傷科治療申報量打折支付之規定。

(4)若因特殊情形，經保險人分區業務組核定同意，同一醫師同一日得至不同地點提供 2 診次巡迴醫療，其費用申報依本計畫執行之看診診次計算。

(5)本計畫未明定者，則按醫療服務支付標準第四部中醫規範辦理。

5.依本計畫所申請之專款專用支付項目費用不列入本年度「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。

6.執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件 7)，並於次月 20 日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。

7.本計畫巡迴醫療服務不得申報中醫門診總額其他中醫專案（含醫療服務支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護）及其他預算案件。

(三)本方案點值結算方式：

本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

十一、醫療服務申報、審查與管理原則：

(一)執行本方案之保險醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，

按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

(二)本方案須配合健保卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，須填具健保卡例外就醫名冊（如附件 8)。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付；另巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴醫療服務之巡迴點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴服務。

(三)醫療費用申報與審查：

1.門診醫療費用點數申報格式與填報作業：

(1)總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

(2)點數清單段：

A.案件分類：請填報「25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。

B.特定治療項目代號(一)：

a.獎勵開業服務計畫請填報「C7(醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫）含代辦案件」，申報中醫門診總額其他中醫專案或其他預算案件，則於特定治療項目代號(二)至(四)任一欄位填報 C7。

b.巡迴醫療服務計畫請填報「C6(醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫)」，若同時提供到宅醫療，於最末特定治療項目代號欄位依序填報「JZ(醫療資源不足地區巡迴到宅服務)」。

C.部分負擔代號及部分負擔點數：

a.山地離島地區：請填報免收部分負擔規定山地離島地區之就醫代碼「007」，部分負擔點數請填 0。

b.非山地離島地區：依現行全民健康保險法第四十三、四十八條規定辦理，若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，部分負擔得予減免 20%。

2.巡迴醫療服務計畫：

(1)保險醫事服務機構依本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數申報門診診察費，申報時不須加計成數。

(2)本計畫採「論次加論量」支付方式：

A.應依據論次費用申請表格式（附件 9）於次月 20 日前將資料上傳至健保資訊服務網系統（VPN）或郵寄紙本至保險人分區業務組。

B.執行本計畫時，適用醫療服務支付標準第四部中醫部門之第一階段門診診察費（支付標準編號：A01、A11、A02、A12）。

C.該診次如無法於巡迴點過卡（含診療人數為 0 人者），應於申報論次支付點數時檢附彩色照片三張（可彩色列印，不限相片紙），須有服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點、時間之照片為佳。繳交照片如有不符合規定或無法辨識者，則核減該診次論次支付點數。

(3)管理原則：

A.執行巡迴醫療服務者，若連續 5 個月每月每診平均就醫人次少於 10 人（不含 10 人），由中醫全聯會函請執行者，於次月更換巡迴醫療服務點；若經更換巡迴醫療服務點後，再連續 3 個月，每月每診平均就醫人次少於 10 人（不含 10 人），由中醫全聯會評估後，轉請保險人分區業務組通知該院所終止執行本計畫。但執行巡迴醫療服務點為離島地區或山地地區者，不在此限。

B. 跨分區執行巡迴醫療服務者之醫療費用申報審查及標示製作費，由中醫保險醫事服務機構所轄保險人分區業務組負責及支付。

十二、執行報告：

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

十三、考核事項：

(一)考核程序：參與本方案之保險醫事服務機構，1 年至少考核 1 次。

1.參與本方案之保險醫事服務機構，於本方案結束或年度結束

前，應填報考核要點（附件10-1、10-2）予中醫全聯會，中醫全聯會於年度結束日起15個工作日內，將彙整考核要點送所轄保險人分區業務組。考核成績將作為下年度審核之參考。

2.另保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。

(二)考核方式與項目：

1.實地考核或電話抽查評核（由保險人分區業務組依實際情況，自行評估選用評核方式）。

2.院所考核表評核（附件10-1）。

3.民眾滿意度調查表評核（附件10-2）。

4.綜合討論及評分。

(三)考核結果：

1.評分結果為96分（含）以上者，列入優等。

2.評分結果為80~95分者，列入良等。

3.評分結果為71~79分者，列入觀察等級，由保險人分區業務組予以觀察一季要求改善，次年度未達80分者，則不予執行本方案。

4.評分結果為70分（含）以下者，列入輔導等級，由保險人分區業務組予以輔導一季要求改善，經複核未改善者，終止執行本方案。

十四、注意事項：

(一)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、日報表資料不齊全（含書面資料及電子檔案）、未依本方案規定事項辦理者，經保險人分區業務組及中醫全聯會重新評估後，由保險人分區業務組同意更換、裁撤或終止本方案之辦理。

(二)於方案執行期間，若巡迴醫療服務計畫施行地區有新設立之中醫保險醫事服務機構，原提供巡迴醫療服務計畫之中醫保險醫事服務機構可持續執行原核定內容至當年度年底。

十五、違規處理：

(一)辦理本方案之保險醫事服務機構或醫事人員，如因涉及違反特約

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），自保險人第一次核定違規函所載核定之停約或終約日起即停止執行本方案，另獎勵開業服務計畫費用支付方式自當年度執行本計畫起至本計畫終止日，以保障額度總額九折支付。

(二)前述處以停約之保險醫事服務機構，屬部分科別或服務項目停約者，得繼續參加本方案，惟不得提供受處分之診療科別或服務項目之醫療服務。

(三)為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

~~(二)~~(四)因違反前項規定而停止執行本方案者，得於收到該函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組提起申復。

十六、本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，於實施半年後進行期中檢討，並於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況、本地就醫率等資料。

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

~~115~~116 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	東山區	1	花蓮縣	富里鄉	1
	石門區	1		大內區	1		秀林鄉	3
	平溪區	1		北門區	1		萬榮鄉	3
	雙溪區	1		左鎮區	1		卓溪鄉	3
	烏來區	3		龍崎區	1	臺東縣	大武鄉	2
宜蘭縣	壯圍鄉	1	高雄市	田寮區	1		東河鄉	1
	大同鄉	3		甲仙區	1		長濱鄉	2
	南澳鄉	3		內門區	1		綠島鄉	5
桃園市	復興區	3		茂林區	3		延平鄉	3
新竹縣	橫山鄉	1		桃源區	3		海端鄉	3
	寶山鄉	1		那瑪夏區	3		達仁鄉	3
	北埔鄉	1	屏東縣	萬巒鄉	1		金峰鄉	3
	峨眉鄉	1		竹田鄉	1		蘭嶼鄉	6
	尖石鄉	3		新埤鄉	1	金門縣	金寧鄉	6
	五峰鄉	3		車城鄉	1		烈嶼鄉	6
苗栗縣	南庄鄉	1		滿州鄉	2		烏坵鄉	6
	頭屋鄉	1		枋山鄉	1	連江縣	南竿鄉	4
	西湖鄉	1		三地門鄉	3		北竿鄉	4
	造橋鄉	1		霧臺鄉	3		莒光鄉	6
	獅潭鄉	1		瑪家鄉	3		東引鄉	6
	泰安鄉	3		泰武鄉	3			
臺中市	大安區	1		來義鄉	3			
	和平區	3		春日鄉	3			
南投縣	國姓鄉	1		獅子鄉	3			
	信義鄉	3		牡丹鄉	3			
	仁愛鄉	3	澎湖縣	白沙鄉[註3]	5			
雲林縣	褒忠鄉	1		西嶼鄉	5			
嘉義縣	東石鄉	1		望安鄉	6			
	番路鄉[註4]	1		七美鄉	6			
	阿里山鄉	3	花蓮縣	光復鄉	1			
臺南市	後壁區	1		豐濱鄉	2			

註 1：本一覽表統計截止日期：~~115 年 5 月 18 日~~115 年 11 月 2 日，共 ~~8082~~ 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。
註 4：嘉義縣番路鄉大湖村、公田村、公興村與草山村，考量地理及交通因素，另列分級級數為 2。

~~115~~116 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	二崙鄉	屏東縣	九如鄉
	三芝區		東勢鄉		鹽埔鄉
	八里區		臺西鄉		高樹鄉
	貢寮區		元長鄉		新園鄉
	金山區		口湖鄉		崁頂鄉
	萬里區	嘉義縣	布袋鎮		林邊鄉
宜蘭縣	蘇澳鎮		溪口鄉		南州鄉
	冬山鄉		六腳鄉		琉球鄉
	三星鄉		義竹鄉	澎湖縣	湖西鄉
新竹縣	芎林鄉		鹿草鄉	花蓮縣	鳳林鎮
	~~寶山鄉~~		中埔鄉		瑞穗鄉
苗栗縣	卓蘭鎮		梅山鄉	臺東縣	成功鎮
	大湖鄉		大埔鄉		卑南鄉
	三灣鄉	臺南市	柳營區		太麻里鄉
臺中市	石岡區		六甲區		鹿野鄉
	外埔區		官田區	金門縣	金沙鎮
彰化縣	線西鄉		西港區		
	埔鹽鄉		七股區		
	二水鄉		將軍區		
	田尾鄉		安定區		
	芳苑鄉		山上區		
	大城鄉		玉井區		
	竹塘鄉		楠西區		
南投縣	集集鎮		南化區		
	鹿谷鄉	高雄市	湖內區		
	中寮鄉		永安區		
	魚池鄉		彌陀區		
	~~國姓鄉~~		六龜區		
雲林縣	土庫鎮		杉林區		
	古坑鄉	屏東縣	長治鄉		
	林內鄉		麟洛鄉		

註 1：本一覽表統計截止日期：~~115 年 5 月 18 日~~115 年 11 月 2 日，共 ~~78~~76 個鄉鎮(區)。
註 2：本一覽表為僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，分級級數為:0 中醫資源不足。

附件 2

~~115~~116 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請表

申請日期：　　年　　月　　日

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

附件3

~~115~~116 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號	
醫事服務機構地址		醫事服務機構電話（聯絡人）	
巡迴地址（地點名稱）			
巡迴醫療地點：　　縣（市）　　鄉（鎮、區）　　村（里）			
巡迴時段：每週　次 每星期　上午（下午）　時　分至　時　分共　小時			
醫事人力（參與巡迴醫療計畫醫事人力）			
醫師	藥事人員	護理人員	行政人員
位	位	位	位
醫師姓名		醫師姓名	
身分證統一編號		身分證統一編號	
證書字號		證書字號	
藥事人員姓名		護理人員姓名	
身分證統一編號		身分證統一編號	
證書字號		證書字號	

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

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

院所印章：　　負責醫師簽章：

附件4

~~115~~116年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫門診時段異動表

（一）原門診時段：　　年　　月

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

合計　　天　　小時/週

（二）新門診時段：　　年　　月起

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

合計　　天　　小時/週

執業地點：　　縣市　　鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國　　年　　月　　日

印

印

門診時段異動表辦法：

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

~~115~~116年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫休診單

本人：　　（姓名）　因　　（事由）

將於　　年　　月　　日　　時起至　　年　　月　　日　　時止休診

合計　　月　　天　　小時

門診補班，於 □　　月　　日　　時起至　　月　　日　　時

□　　月　　日　　時起至　　月　　日　　時

□　　月　　日　　時起至　　月　　日　　時

□　　月　　日　　時起至　　月　　日　　時

合計　　天　　小時

執業地點：　　縣市　　鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國　　年　　月　　日

印

印

休診及補班規範：

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

~~115~~116 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之標示製作作業說明

一、預算來源

115年中央健康保險署單位預算「健保業務-完善健保醫療費用總額及給付機制-提升保險服務成效計畫」項下支應。

二、標示應包含下列內容

（一）全民健保西醫/中醫/牙醫巡迴醫療服務/牙醫特殊醫療服務

（二）全民健保標誌

（三）巡迴地點及時間

（四）主辦單位衛生福利部中央健康保險署

（五）承作醫療院所名稱

三、標示製作內容及規格

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

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

（二）各總額標示物（不含布條）之底色及字體顏色

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

3. 牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

四、支付原則及核銷方式

（一）同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為5,000元。

（二）核銷文件：申請表（如附表）、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理（支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明08628407）。

（三）標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起1個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付（如係當年12月始承作計畫者，申請核銷期限為當年12月10日前）；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

附表

~~115~~116 年全民健康保險巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期：　　年　　月　　日

承作醫療院所印信

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐ 海報　☐ 立牌　☐ 直立旗　☐ 布條

核銷金額：　　元

原始支出憑證黏貼處

所屬分會：
承辦單位：
醫事服務機構代碼：
地點：_____鄉_____村

核准代碼：

~~115~~116年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區醫療服務門診日報表

日期	月　日			時間	時　分~　時　分																		
編號	姓名	身分證統一編號	出生年月日	性別	住址	電話	診察費	藥費（天）	調劑費		治療處置						當地住民		醫療費用	部分負擔	申請費用	身份別	到宅服務	備註
																	是							

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

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱： **特約醫療院所代號：**

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

註：1.本表由醫療院所自存備查，不須再寄送至保險人分區業務組。 106.10.05版

2.本表請院所自行印製使用。

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

~~115~~116 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫論次費用申請表

年　　月

第　　頁 共　　頁

受理日期				受理編號									
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號									
編號	醫事人員姓名	醫事人員身分證號	支付別	日期	鄉（鎮）名	村（里）名	地點	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	申請金額	核減額	核定額
1													
2													
3													
4													
5													
6													
本頁小計													

	項目支付別	申請次數	診療人次	到宅服務人次	總診療人次	每次申請金額	申請金額總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額
總表	P23064案件										
	P23007案件										
	P23063案件										
	P23008案件										
	P23009案件										
	P23010案件										
	P23011案件										
	P23065案件										
	總計										

負責醫師姓名：

醫事服務機構地址：

電話：

印信：

一、本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得支付。

二、編號：每月填送均自1號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次巡迴診療之人次；到宅服務人次：填寫當次到宅服務之人次；總診療人次：診療人次與到宅服務人次之和。

三、支付別：中醫：中醫門診巡迴醫療服務計畫：論次費用以「次」計填寫。

P23064中醫資源不足地區中醫師巡迴醫療費用（次）。

P23007一級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。

P23063二級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。

P23008山地地區中醫師巡迴醫療費用（次）。

P23009一級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。

P23010二級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。

P23011三級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。

註：1.執行期間，如巡迴醫療服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域（附件1-1、1-2）者，經中醫總額研商會議報告同意後，自該會議紀錄發文日起，其論次費用僅得申報P23064，支付2,300點。

2.本方案施行區域附件1-2：

(1)如臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至附件1-2之離島地區（如屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉），辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報P23065，支付11,000點。

(2)如中醫保險醫事服務機構至附件1-2之山地及離島地區（如桃園市復興區、屏東縣琉球鄉、澎湖縣湖西鄉、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉），辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報P23063，支付5,300點。

3.如中醫保險醫事服務機構至本方案施行區域（附件1-1、1-2）因天災、政策或歷史等因素遷移他處者（如吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地），執行巡迴醫療服務，得申報P23063，支付5,300點。若年度執行期間，符合前述條件者，由執行巡迴醫療服務院所主動函報所轄保險人分區業務組及中醫全聯會同意後，自次月1日起，始得申報本項支付點數。

四、填寫時請依同一醫事人員姓名、同一「支付別」集中申報。

五、本申請表應於次月20日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明中醫門診巡迴醫療服務計畫（論次費用）。

~~115~~116年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
院所考核表　□開業　□巡迴

填報日期：　　年　　月　　日

一、考核院所名稱：　　院所代號：

二、巡迴地點：

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

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

三、考核項目：

(一)診療服務評核（20分）

1、是否有依規定收取部分負擔及開立收據？

□ 是（5分）　□ 否（0分）

2、是否有中低收入戶減免掛號費或免收掛號費？

□ 是（5分）　□ 否（0分）

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

□ 明顯（5分）　□ 不明顯（3分）　□ 無（0分）

4、開業診所或巡迴地點是否有全民健保之標誌或海報？

□ 是（5分）　□ 否（0分）

(二)實際開業或巡迴服務內容評核（48分）

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

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

3、空間及環境清潔衛生（附1張照片)。

□ 非常乾淨（6分）　□ 尚可（3分）　□ 待改進（0分）

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

□ 6種以上（6分）□ 5種（5分）□ 4種（4分）□ 3種以下（3分）

5、平均每診看診人次。

□ 15人次以上（6分）□ 不足15人次（3分）

6、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料。

□ 是（10分）　□ 否（0分）

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

四、依考核項目提供並註明符合主題且可辨別為本年度之照片（照片請加上日期）

(一)開業診所招牌或巡迴告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚。

(二)推展開業或巡迴醫療活動，開業招牌或巡迴紅布條（海報)、宣傳衛教單張。

(三)解釋用藥與促進健康衛教。

(四)空間及環境清潔衛生。

(五)診療設備。

(六)行動不便者到宅診療給藥服務及訪視（若有提供到宅醫療)。

~~115~~116年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案民眾滿意度調查表

親愛的女士/先生：

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

一、請問您對此次中醫醫療服務滿意度如何？

(一)候診時間　□ 非常滿意（3分）□ 滿意（2分）□ 尚可（1分）□ 不滿意（0分）

(二)醫療效果　□ 非常滿意（3分）□ 滿意（2分）□ 尚可（1分）□ 不滿意（0分）

(三)醫療設備　□ 非常滿意（3分）□ 滿意（2分）□ 尚可（1分）□ 不滿意（0分）

(四)醫師服務態度 □ 非常滿意（3分）□ 滿意（2分）□ 尚可（1分）□ 不滿意（0分）

(五)語言溝通能力 □ 非常滿意（3分）□ 滿意（2分）□ 尚可（1分）□ 不滿意（0分）

(六)門診時段　□ 非常滿意（3分）□ 滿意（2分）□ 尚可（1分）□ 不滿意（0分）

二、請問您對此中醫服務據點就醫滿意度如何？

(一)您今天花多久時間到達此中醫服務據點？(僅指去程)

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

(二)您到此中醫服務據點看病是否方便？

□ 非常方便（3分）　□ 方便（2分）　□ 普通（1分）　□ 不方便（0分）

(三)是否有收取不當之收費？　□ 是（0分）　□ 否（3分）

(四)您接受此次中醫醫療服務感覺有哪些方面不錯？(可複選，最多5個)

□ 設備好（1分）　□ 醫師技術好（1分）　□ 環境衛生（1分）

□ 候診時間短（1分）　□ 服務態度親切有禮（1分）　□ 方便（1分）

□ 重視病人意見（1分）□ 提供充足醫療常識（1分）□ 藥有效（1分）

謝謝您撥空填寫本問卷調查表！

鄉（區）　　村（里）　　中醫診所

年　　月

討論事項第二案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「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。

說明：

一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第63次會議決議辦理。

二、116年修訂年度數字外建議修正條文如下:

條次	修正條文	原條文	註
三	施行期間 116年1月1日至116年12月31日。	施行期間 115年1月1日至115年12月31日。	
五	(二)呼吸困難 1.入住一般病房，經醫療專業判斷具治療需求之急性照護者(有助於脫離呼吸器或縮短住院天數等)，得予收案。 ~~1~~2.~~不適用於~~入住「一般病房及慢性呼吸照護病房(RCW)」之慢性呼吸照護階段者(因無法脫離呼吸器而需長期住院之呼吸器依賴者)不適用此方案。 ~~2~~3.連續使用呼吸器者，於入住加護病房(ICU)與亞急性呼吸照護病房(RCC)(合計最長照護日數63天)等急性病房期間，經醫療專業判 斷具治療需求者(有助於脫離呼吸器或縮短住院天數等)，得予收案。	(二)呼吸困難 1.**不適用於**入住一般病房及慢性呼吸照護病房(RCW)之慢性呼吸照護階段者(因無法脫離呼吸器而需長期住院之呼吸器依賴者)。 2.連續使用呼吸器者，於入住加護病房(ICU)**(最長照護日數21天)**與亞急性呼吸照護病房(RCC)**(最長照護日數42天)**等急性病房期間，經醫療專業判 斷具治療需求者(有助於脫離呼吸器或縮短住院天數等)，得予收案。	文字明確化
五、適用範圍：	(四)創傷性神經損傷 (ICD-10-CM：S04、S14、S24、S34.6、S44、S64、S74.0、S74.1、S84、S94)，當次住院需中醫輔助醫療協助者 (五)燒燙傷(ICD-10-CM：	新增	年度新增目

條次	修正條文	原條文	註
	T20~T25)，當次住院需中醫輔助醫療協助者。		
八、執行方式：	(二)療效評估標準： 6.創傷性神經損傷：使用改良式巴氏量表（Modified Barthel Index，MBI）及疼痛指數(Numerical Rating Scale，NRS)做為評估標準。 7.燒燙傷：使用溫哥華疤痕量表（Vancouver Scar Scale, VSS）、疼痛指數(Numerical Rating Scale，NRS)、搔癢指數（Pruritus Numerical Rating Scale, NRS）做為評估標準。	新增	年度新增項目
支付標準表第五章P33058	生理評估(創傷性神經損傷病人適用) (1)改良式巴氏量表 MBI (2)疼痛指數 NRS	新增；支付點數1000點	年度新增項目
支付標準表第五章P33059	生理評估(限燒燙傷病人適用) (1)溫哥華疤痕量表 VSS (2)疼痛指數 NRS (3)搔癢 NRS	新增；支付點數1000點	年度新增項目
支付標準表第五章	註： 1.每一個案住院期間限申報一次費用。 2.P33053、P33054、P33055、P33056、P33057、P33058、P33059 生理評估： (1)須以個案為單位。 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。	註： 1.每一個案住院期間限申報一次費用。 2.P33053、P33054、P33055、P33056、P33057生理評估： (1)須以個案為單位。、 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。 (3)每次須同時完成各項所列之量表並	年度新增項目

條次	修正條文	原條文	註
	(3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於 VPN。	登錄於 VPN。	

本署意見：

一、有關「五、適用範圍」之「呼吸困難」文字修訂：

(一) 查本計畫適用於呼吸困難之住院病人且當次住院需中醫輔助醫療協助者，為明確使用呼吸器病人得否收案於本計畫，本署前於115年7月28日公告修訂相關說明文字如下：

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

(二) 有關增訂「入住一般病房，經醫療專業判斷具治療需求之急性照護者(有助於脫離呼吸器或縮短住院天數等)，得予收案」文字，考量現行計畫已就呼吸器使用情形、病房類型及照護階段訂有收案規範，新增條件僅以醫療專業判斷認定急性照護需求，尚缺乏明確之認定標準，恐使收案範圍過於寬泛，建請中全會研訂具體收案條件及相關審核管控機制(如須事前審查)，以確保收案合理性。

(三) 另有關「連續使用呼吸器」文字修訂：

1. 查本署「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，「加護病房」照護階段所規定之照護日數最長為21天，「亞急性呼吸照護病床」最長為42天(含嘗試脫離期間)（附件1，頁次討2-8~討2-13）。
2. 考量前開計畫係依不同照護階段分別訂定照護日數，倘病人由加護病房轉銜至亞急性呼吸照護病房，兩階段合計最長照護日數為63天，建議修訂文字仍應分別敘明各階段之照護日數限制，以避免產生適用疑義。
3. 建議修訂文字：連續使用呼吸器者，於入住加護病房

（ICU，**照護日數≦21天**）及亞急性呼吸照護病房（RCC，**照護日數≦42天**）等急性病房期間，經醫療專業判斷具治療需求者（有助於脫離呼吸器或縮短住院天數等），得予收案**；倘因病情因素往返加護病房及亞急性呼吸照護病房，兩階段合計最長照護日數為63天**。

二、 有關本計畫「適用範圍」新增「創傷性神經損傷」及「燒燙傷」：

(一) 中全會配合116年中醫門診總額協商結果，計畫適用範圍新增「創傷性神經損傷」及「燒燙傷」。

(二) 預算來源：依116年中醫門診總額協商結果，本計畫增加51.1百萬元，預算為584.8百萬元。

(三) 財務影響評估：

1. 原方案：

(1) 114年1月至5月申報點數約183.8百萬點，占全年申報點數40%。

(2) 115年1月至5月申報點數約204.5百萬元，以前一年同期執行數占率為40%推估，全年約執行511.2百萬點【204.5百萬點/40%】。

(3) 以115年推估申報點數，114年及115年點數成長率11.2%【511.2百萬/459.6百萬點-1】，推估116年全年執行量為568.4百萬點【511.2百萬點*(1+11.2%)】。

2. 新增「創傷性神經損傷」、「燒燙傷」所需預算：

(1) 創傷性神經損傷(S34、S44、S54、S64、S74、S84、S94)：113年西醫住院符合適應症計9,062人、114年計8,518人，114年人數成長率-6%【8,518人/9,062人-1，負成長以零成長計】，推估116年8,518人，以114年本計畫平均收案率7%以及平均每人醫療費用17,581點，推估116年約增加10.5百萬點【8,518人*7%*17,581點】。

(2) 燒燙傷(T20-T29)：113年西醫住院符合適應症計5,347人、114年計4,771人，114年人數成長率-10.8%【4,771人/5,347人-1，負成長以零成長計】，推估

116年4,771人，以114年本計畫平均收案率7%以及平均每人醫療費用17,581點，推估116年約增加5.9百萬點【4,771人*7%*17,581點】。

(3) 增列前開二適應症預估合計新增16.4百萬元。

3. 綜上，推估本計畫116年約需584.8百萬元。

(四) 配合新增適應症，修訂「八、執行方式」之療效評估標準及新增支付標準項目，說明如下：

1. 療效評估標準所列之量表，本署尊重中全會專業意見。另建請中全會提供所列之量表，俾利本署後續維護 VPN 系統。

2. 新增兩項適應症之生理評估費：

(1) 查本計畫現行所列適應症「生理評估費」之支付點數皆為1,000點。

(2) 配合新增支付標準項目及修訂備註說明文字如下：

編號	診療項目	支付點數
P33058	生理評估(創傷性神經損傷病人適用) (1) 改良式巴氏量表 MBI (2) 疼痛指數 NRS	1,000
P33059	生理評估(限燒燙傷病人適用) (1) 溫哥華疤痕量表 VSS (2) 疼痛指數 NRS (3) 搔癢 NRS	1,000
註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。 2.P33053、P33054、P33055、P33056、P33057、P33058、P33059 生理評估： (1)須以個案為單位。 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。 (3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於VPN。		

三、 配合本計畫申請流程電子化，申請表所需資料皆透過本署健保資訊網服務系統(VPN)之「醫事機構試辦計畫線上申請作業」填寫，爰刪除計畫申請表。

四、 查116年「中醫門診醫療給付協定事項表之核定事項」(暫定，待部公告)，請本署會同中醫門診總額相關團體相關事項如下：

(一) 持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。

(二) 新增「創傷性神經損傷」及「燒燙傷」中醫照護。

(三) 建立成本效益評估指標，評估中西醫合療之成效(如縮短住院日數、減少止痛藥物用量、降低併發症以及總醫療費用變化)。

五、 俟116年「中醫門診醫療給付協定事項」核定後，建請中全會協助以下事項：

(一) 持續加強推動西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫。

(二) 查現行計畫執行目標為「至少服務呼吸困難6千人次」及「符合術後疼痛適應症之服務人次全年以15,000人次」，尚無臨床成效評估相關指標（附件3，頁次討2-20~討2-21），建請協助提出適用於計畫之具體成效評估指標。

擬辦：修訂後計畫如附件 2(頁次討 2-14~討 2-19)，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。

決議：

附件 1

「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫

(前略)

附件二「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫給付項目及支付標準

第一章 呼吸器依賴患者全面納管

(略)

第二章 整合性照護

通則：

（前略）

五、所有個案皆需依階段下轉(STEP DOWN CARE)之原則辦理，各階段若未依病情及本節通則規定入住，則依下階段或適宜入住階段之費用支付，並累計各階段照護日數：

(一)「加護病房階段」：除符合延長加護病房照護之狀況者外，照護日數最長為21天，主治醫師須隨時依患者病情判斷下轉，嘗試進行呼吸器脫離。

1. 應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

(1)醫學中心每日核扣6,710點

(2)區域醫院每日核扣5,810點

(3)地區教學醫院每日核扣3,750點

(4)地區醫院每日核扣2,960點

2.以上「應下轉而未下轉之部分」住院日數應累計於其應下轉之階段，第1日至42日累計於亞急性呼吸照護病房，亞急性呼吸照護病房累計超過42天部分累計於慢性呼吸照護病房。

(二)「亞急性呼吸照護病房階段」：

1. 照護日數最長為42天(含嘗試脫離期間)，未依患者病情及本規定下轉，自應下轉日起醫療支付點數以慢性呼吸照護病房或適宜入住階段標準支付。

2. 加護病房下轉至本階段個案，若下轉後合計使用呼吸器日數未達呼吸器依賴患者定義即脫離成功、轉出或死亡(含自動出院)者，其於

本階段之支付點數仍按本階段支付標準支付。

3. 亞急性呼吸照護病房合計醫療服務點數大於定額時，除定額外，得加計申報『「合計醫療服務點數」減「定額」』之三分之一。

(三)「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表9.3。

（下略）

附表9.3 各照護階段支付點數及規定

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
加護病房(照護日數≦21日)	急性呼吸衰竭期		論量計酬	一、患者符合以下狀況，得延長加護病房照護，每次以7日為原則： 1. 各器官系統呈現不穩定狀況： • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 2. 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO_2)≧40%且吐氣末端陽壓 PEEP≧10cm H_2O 仍無法維持 SaO_2 (SpO_2) ≧ 90% 或 PaO_2 ≧ 60mmHg. 二、各器官衰竭狀態已獲得控制時，應下轉亞急性呼吸照護病床積極脫離呼吸器。 三、不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理： 1. 同層級間轉介，照護日數累計。 2. 高層級轉低層級，照護日數累計。 3. 低層級轉高層級，照護日數不累計。 4. 以上「層級」係指「特約類別」。
亞急性呼吸照護病床(照護日數≦42日)	呼吸器長期患者(積極嘗試脫離呼吸器患者)	**醫學中心** P1005K P1006K **區域醫院** P1007A P1008A	論日計酬： 第1-21天： 10,770點/日/人 第22-42天： 8,114點/日/人 第1-21天： 9,783點/日/人 第22-42天： 7,379點/日/人	一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則： 1. 各器官系統呈現不穩定狀況： • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 2. 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO_2)≧40%且吐氣末端陽壓 PEEP ≧ 10cmH_2O 仍無法維持 SaO_2(SpO_2)≧90%或PaO_2≧60mmHg.

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階段，下轉亞急性呼吸照護病床者，累計回轉前亞急性呼吸照護病床之照護日數。 三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入亞急性呼吸照護病床。 四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之亞急性呼吸照護病床病患，以下一階段慢性呼吸照護病房費用給付。 五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以慢性呼吸照護病房費用支付。
慢性呼吸照護病房	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1011C P1012C	論日計酬： 第 1-90 天：4,451 點/日/人 第 91 天以後:3,674 點/日/人	一、 患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以 7 日為原則： 1.各器官系統呈現不穩定狀況： • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 2.2.外科術後，2 週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 3.氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO2)≧40%且吐氣末端陽壓 PEEP≧10cm H2O 仍無法維持 SaO_2 (SpO_2) ≧ 90% 或 PaO_2 ≧ 60mmHg. 二、 符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應回慢性呼吸照護病房，並累計回轉前慢性呼吸照護病房之照護日數。 三、 本階段申報項目，需依病患入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數累計計算。 四、 本階段審查原則：依據全民健康保險醫療費用審查注意事項審查原則辦理。
居家照護	呼吸器依賴患者(經判斷	P1015C	論日計酬： 900 點/日/人	一、 患者符合以下狀況得轉居家照護： 1. 病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
	不易脫離呼吸器者)	P1016C	310 點/日/人	定如下： a.使用穩定的換氣方式。 b.氧氣濃度≦40%。 c.呼吸道最高壓力變化不超過 10cm H2O。 d.吐氣末端陽壓(PEEP)≦5 cm H2O。 e.不需調整吸氣靈敏度。 f.每日有穩定的脫離時間（<18 小時）或完全無法脫離。 2. 病人在使用呼吸器時，完全沒有呼吸困難的感覺。 3. 動脈血液氣體分析與酸鹼值均在合理的範圍（PaO2≧55mmHg，PaCO2≦55mmHg，pH：7.30 - 7.50）。 4. 電解值在正常範圍內。 5. 心臟功能正常，且無威脅生命的心律不整出現。 6. 甲狀腺、肝、腎功能正常，中樞神經系統功能穩定。 7. 適當的營養狀態（Albumin≧3gm %） 8. 無急性發炎狀態（體溫不超過 38.5℃，白血球不超過 10000/mm^3）。 二、 支付點數含下列各項費用： 1. 居家呼吸照護小組各類人員訪視費： • 呼吸治療專業人員訪視次數每一個案每月至少二次。 • 護理師訪視次數每一個案每月至少二次。 • 醫師訪視次數每一個案每二個月至少一次。 2. 治療處置費。 3. 治療材料費：含居家呼吸照護治療處置時所需治療材料之使用或更換。 4. 設備供應費：含居家呼吸照護所需一切設備及附件之供應。 5. 設備維修費用。 三、 收案時，個案已自備呼吸器等設備，以P1016C (支付點數含備註二-1、2、3、5)申報。 四、 上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險特約醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。 五、 應確實記載訪視個案之訪視紀錄，訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章，未記載訪視紀錄或記載不全或品質不佳者，予以核扣當日論日計酬醫療費用，首次申

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				報費用應檢附訪視紀錄。 六、　申請本項給付者，不得再申請本保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護之支付。 七、　患者得依病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房，回轉加護病房者須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準加護病床使用適應症，不符合適應症而回轉者，以P1012C支付。 八、　回轉加護病房照護者，病情好轉，應回第三階段或第四階段，回第三階段者，以P1012C支付。 九、本項為兒童加成項目：未滿六個月者加成百分之六十；六個月以上至未滿二歲者加成百分之三十；二歲以上至未滿七歲者加成百分之二十。

附件 2

全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

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

三、施行期間：11~~5~~6年1月1日至11~~5~~6年12月31日。

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

五、適用範圍：

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

1.腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I69、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829)。

2.顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9、S06.A0XA、S06.A0XD、S06.A0XS、S06.A1XA、S06.A1XD、S06.A1XS)。

3.脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)。

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

~~1.不適用於~~入住一般病房(含經濟病房)及慢性呼吸照護病房(RCW)之慢性呼吸照護階段者(因無法脫離呼吸器而需長期住院之呼吸器依賴者)不適用此方案。

~~2.~~連續使用呼吸器者，於入住加護病房(ICU~~)~~，~~最長~~照護日數≦21天)與亞急性呼吸照護病房(RCC~~)~~，~~最長~~照護日數≦42天)等急性病房期間，經醫療專業判斷具治療需求者(有助於脫離呼吸器或縮短住院天數等)，得予收案；倘因病情因素往返加護病房及亞急性呼吸照護病房，兩階段合計最長照護日數為63天。

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

(四)創傷性神經損傷(ICD-10-CM：S04、S14、S24、S34.6、S44、S64、S74.0、S74.1、S84、S94)，當次住院需中醫輔助醫療協助者。

(五)燒燙傷(ICD-10-CM：T20-T25)，當次住院需中醫輔助醫療協助者。

(下略)

七、申請程序及資格審查：

(一)中醫全聯會於每月1日將繼續教育訓練核定名單送保險人。

(二)承作資格申請由特約醫事服務機構透過健保資訊網服務系統(VPN)「醫事機構試辦計畫線上申請作業」，以試辦計畫代碼：「BC：西醫住院中醫輔助醫療計畫」提出申請，計畫申請表~~(附件一)~~及其他佐證文件請一併上傳至VPN系統。

(三)特約醫事服務機構於每月5日以前申請，需補件者應於每月15日以前完成補件，經保險人核定後，於中央健康保險署全球資訊網公開承作之保險醫事服務機構及人員名單，每月5日以前申請(或於每月15日以前完成補件)之特約醫事服務機構，執行日以次月1日起計。

(四)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須經保險人分區業務組核定後，始得變更。

八、執行方式：

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

(二)療效評估標準：

1.腦血管疾病：以美國國家衛生研究院中風評量表(National Institutes of Health Stroke Scale，NIHSS)、巴氏量表(Barthel Index)、EAT-10吞嚥能力篩查工具做為評估標準。

2.顱腦損傷：以巴氏量表(Barthel Index)、改良式創傷嚴重度指標（Revised Trauma Score，RTS：包含呼吸次數，收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標)、EAT-10吞嚥能力篩查工具做為評估標準。

3.脊髓損傷：以美國脊髓損傷協會神經和功能評分(American Spinal Injury Association neurologic and functional score，ASIA score)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。

4.呼吸困難：以下列項目做為評估標準。

(1)呼吸頻率(respiratory rate，RR)、心率(heart rate，HR)、血氧飽和度(oxygen saturation as measured by pulse oximetry，SpO2)。

(2)巴氏量表(Barthel Index)。

(3)依病人狀況進行以下其中一項量表：

A.氣喘：氣喘控制測驗 (Asthma Control Test，ACT)。

B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(COPD Assessment Test，CAT)。

C.其他：呼吸困難評估量表(Modified Medical Research Council，mMRC)。

5.術後疼痛：使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale，VAS)、簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)、歐氏失能量表(Oswestry Disability Index，ODI)做為評估標準。

6.創傷性神經損傷：使用改良式巴氏量表（Modified Barthel Index，MBI）及疼痛指數(Numerical Rating Scale，NRS)做為評估標準。

7.燒燙傷：使用溫哥華疤痕量表（Vancouver Scar Scale, VSS）、疼痛指數(Numerical Rating Scale，NRS)、搔癢指數（Pruritus Numerical Rating Scale, NRS）做為評估標準。

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

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

九、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件~~二~~。

(二)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。

（下略）

附件一

全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

<table>
<tr><td rowspan="11">基本資料</td><td>院所名稱</td><td></td><td>院所代碼</td><td></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師姓名</td><td></td><td>身分證字號</td><td></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師學經歷</td><td></td><td>聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">E-mail：</td></tr>
<tr><td colspan="4"><table>
<tr><td>醫師姓名</td><td>身分證字號</td><td>中醫師證書字號</td><td>中醫執業年資</td><td>受訓課程日期</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td colspan="4"><table>
<tr><td>保險醫事服務機構自評項目</td><td>請V選</td><td>備註</td></tr>
<tr><td>院所是否二年內未違反健保相關法規</td><td>□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td>醫師是否二年內未違反健保相關法規</td><td>□未違反□違反</td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>機構章戳</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

附件~~二~~

西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫
給付項目及支付標準

支付標準表

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100
註：出院病人必要時得開給7天藥品		

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P33031	針灸治療處置費	400
P33032	電針治療	500
註：P33031、P33032每次治療擇一申報。		

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風病人適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index) (3)EAT-10吞嚥能力篩查工具	1,000
P33054	生理評估(限顱腦損傷病人適用) (1)改良式創傷嚴重度指標(RTS) (2)巴氏量表(Barthel Index) (3)EAT-10吞嚥能力篩查工具	1,000
P33055	生理評估(限脊髓損傷病人適用) (1)美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33056	生理評估(限呼吸困難病人適用) (1)呼吸頻率(RR)，心率(HR)，血氧飽和度(SpO2) (2)巴氏量表(Barthel Index) (3)依病人狀況進行以下其中一項量表： A.氣喘：氣喘控制測驗(ACT)。 B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(CAT)。 C.其他：呼吸困難評估量表(mMRC)。	1,000

編號	診療項目	支付點數
P33057	生理評估(限術後疼痛病人適用)： (1)視覺類比量表(Visual Analogue Scale,VAS)。 (2)簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)。 (3)歐氏失能量表(Oswestry Disability Index,ODI)。	1,000
P33058	生理評估(創傷性神經損傷病人適用) (1)改良式巴氏量表 MBI (2)疼痛指數 NRS	1,000
P33059	生理評估(限燒燙傷病人適用) (1)溫哥華疤痕量表 VSS (2)疼痛指數 NRS (3)搔癢 NRS	1,000
註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。 2.P33053、P33054、P33055、P33056、P33057生理評估： (1)須以個案為單位。 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。 (3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於VPN。		

(下略)

附件 3

表 6-2　西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫執行情形

計畫型-自 95 年起實施

年度 項目	110	111	112	113	114	115 1~6 月[註9]
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫						
預算數(百萬元)	234.0	252.7	436.8	436.8	465.9	533.7
預算執行數(百萬元)	226.0	252.7	368.4	403.3	456.0	248.5
預算執行率[註1]	96.6%	100.0%	84.3%	92.3%	97.9%	46.6%
申報總點數(百萬點)	226.8	274.8	370.2	406.5	459.6	248.5
服務總人數	13,844	15,542	18,537	22,089	24,338	14,246
服務總人次	202,502	248,914	334,686	363,975	409,353	220,303
執行院所數	97	100	107	111	120	119
1.腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷[註2]						
申報數(百萬點)	210.3	236.2	316.5	355.7	409.6	219.4
服務人數	13,170	13,503	15,570	17,902	20,043	11,530
服務人次	186,946	211,052	284,127	318,687	365,067	194,351
2.呼吸困難相關疾病[註2](110 年新增)						
申報數(百萬點)	16.5	38.6	48.8	37.7	35.0	18.9
服務人數	1,008	2,392	2,661	2,505	2,442	1,305
服務人次	15,556	37,860	46,879	35,628	32,467	18,065
3.術後疼痛(112 年新增)						
申報數(百萬點)	…	…	4.9	13.2	15.0	10.1
服務人數	…	…	592	2,044	2,278	1,619
服務人次	…	…	3,680	9,660	11,819	7,887
總額協定事項之執行情形(110 年)[註2]						
執行目標：						
至少服務呼吸困難 6 千人次	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000
--服務人次	15,556	37,860	46,879	35,628	32,467	18,065
--目標達成率	259%	631%	781%	594%	541%	301%
預期效益評估指標：						
針對住院中之呼吸困難患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提升，併縮短住院天數，降低醫療費用支出						

表 6-2　西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫執行情形

計畫型-自 95 年起實施

年度 項目	110	111	112	113	114	115 1~6 月[註9]
--(請填具評估指標及執行結果)[註3]	未提供	未提供	未提供	未提供	…	…
總額協定事項之執行情形(112 年)[註4] **執行目標：** 112 年度符合術後疼痛適應症之服務人次全年以 15,000 人次為基準，並以 112 年修訂計畫後之實施時程等比率換算目標值[註6]						
--目標人次	…	…	11,250	15,000	15,000	15,000
--服務人次	…	…	3,680	9660	11,819	7,887
--目標達成率	…	…	32.7%	64.4%	78.8%	52.6%
關鍵績效指標(自選 3 項)[註8]						
1.實際執行數/預算	96.6%	100.0%	84.3%	92.3%	97.9%	46.6%
2.服務人數(收案數)	13,844	15,542	18,537	22,089	24,338	14,246
3.平均每人就醫次數	15	16	18	16	17	17

決議：

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「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」、「 全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案，提請討論。

一、 依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第63次會議決議辦理。

二、 兩方案均修正第三條施行期間年度為：116年1月1日至116年12月31日。

本署意見：

一、 本案主要係就延續型專款計畫修訂執行年度，不影響計畫內容。

二、 配合本計畫申請流程電子化，申請表所需資料皆透過本署健保資訊網服務系統(VPN)之「醫事機構試辦計畫線上申請作業」填寫，爰刪除計畫申請表。

三、 依據116年中醫門診總額協商結果，中醫癌症病人加強照護整合方案以專款628.8百萬元支應，中醫急症處置計畫以專款20.8百萬元支應。

四、 查116年「中醫門診醫療給付協定事項表之核定事項」(暫定，待部公告)，請本署會同中醫門診總額相關團體相關事項如下：

(一) 中醫癌症病人加強照護整合方案：

1. 持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
2. 建立成本效益評估指標，評估中西醫合療之成效(如化學治療完成率、急診率、非預期住院率、存活率或藥物減量等)。

(二) 中醫急症處置計畫：

1. 檢討收案條件及院所參與誘因，加強計畫推動。
2. 積極檢討計畫執行情形，提出具體成效評估結果(如急診停留天數、住院情形、72小時返急診等)，若計

畫成效不佳，建議規劃退場機制。

五、 俟116年「中醫門診醫療給付協定事項」核定後，建請中全會協助以下事項：

(一) 持續加強推動中醫癌症病人加強照護整合方案及中醫急症處置計畫。

(二) 建請協助提出適用於方案/計畫之具體成效評估指標：

1. 查現行中醫癌症病人加強照護整合方案執行目標為「服務人數16,000人」及「服務癌症加強照護整合之中醫病人數較前1年增加5%」，尚無臨床成效評估相關指標（附件3，頁次討3-10）。
2. 查現行中醫急症處置計畫執行目標為「參與院所數7家」及「服務人數4,000人」，尚無臨床成效評估相關指標（附件4，頁次討3-11）。

擬辦：修訂方案/計畫文字如附件 1、2(頁次討 3-3～討 3-10)，考量無涉支付標準修訂，擬依程序由本署逕行修正公告。

決議：

附件 1

全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

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

三、施行期間：11~~5~~6年~~7~~1月~~28~~1日至11~~5~~6年12月31日。

(以下略)

八、申請程序及資格審查：

(一)中醫全聯會於每月1日將繼續教育訓練核定名單送保險人。

(二)承作資格申請由特約醫事服務機構透過健保資訊網服務系統(VPN)「醫事機構試辦計畫線上申請作業」，以試辦計畫代碼：「BJ：癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫」或「F2：特定癌症病人中醫門診加強照護計畫」或「F7：癌症病人中醫門診延長照護計畫」提出申請，計畫申請表~~(附表)~~及其他佐證文件請一併上傳至VPN系統。

(三)特約醫事服務機構於每月5日以前申請，需補件者應於每月15日以前完成補件，經保險人核定後，於中央健康保險署全球資訊網公開承作之保險醫事服務機構及人員名單，每月5日以前申請(或於每月15日以前完成補件)之特約醫事服務機構，執行日以次月1日起計。

(四)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須經保險人分區業務組核定後，始得變更。

(以下略)

附表

全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案申請表

□癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫

□癌症病人中醫門診延長照護計畫

□特定癌症病人中醫門診加強照護計畫

基本資料	院所名稱		院所代碼		
	本方案負責醫師姓名		身分證字號		
	本方案負責醫師學經歷		聯絡電話		
	E-mail：				
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			台中字第　　號		
			台中字第　　號		
			台中字第　　號		
			台中字第　　號		
			台中字第　　號		
	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		□未違反□違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		□未違反□違反		
	機構章戳				

附件 2

全民健康保險中醫急症處置計畫

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

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

三、施行期間：11~~5~~6年1月1日至11~~5~~6年12月31日。

(以下略)

八、申請程序及資格審查：

(一)中醫全聯會於每月1日將繼續教育訓練核定名單送保險人。

(二)承作資格申請由特約醫事服務機構透過健保資訊網服務系統(VPN)「醫事機構試辦計畫線上申請作業」，以試辦計畫代碼：「F8：中醫急症計畫」提出申請，計畫申請表~~(附件一)~~及其他佐證文件請一併上傳至VPN系統。

(三)特約醫事服務機構於每月5日以前申請，需補件者應於每月15日以前完成補件，經保險人核定後，於中央健康保險署全球資訊網公開承作之保險醫事服務機構及人員名單，每月5日以前申請(或於每月15日以前完成補件)之特約醫事服務機構，執行日以次月1日起計。

(四)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須經保險人分區業務組核定後，始得變更。

九、執行方式：

(一)醫師應對當次看診病人提供完整之診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。中醫急症處置照護流程，詳附件一~~二~~。

(二)評估方式：

本計畫所有適應症，皆須於入院及出院分別實施前測及後測評估。

1.眩暈：使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale，以下稱VAS量表)進行前、後測評估。

2.急腹症(腸阻塞)：使用VAS量表進行前、後測評估。

3.胸悶、胸痛、心悸

(1) 記錄病人治療前、後之心跳及血壓。

(2) 使用數字等級量表(Numerical Rating Scale，以下稱NRS)評估病人治療前、後之臨床症狀改善程度，以數字量化1-10表示，最不舒服且無法離開病床為10，可執行日常活動無不適為0，並記錄於病歷。

4.軟組織疼痛：使用簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)進行前、後測評估。

5.經痛：

(1)使用VAS量表進行前、後測評估。

(2)由中醫進行病案分析與臨床評估。

6.偏頭痛

(1)使用VAS量表進行前、後測評估。

(2)由中醫進行病案分析與臨床評估。

7.癌症疼痛

(1)使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。

(2)由中醫進行病案分析與臨床評估。

8.骨骼、關節相關痛症：使用VAS量表及關節角度評估(range of motion，ROM)進行前、後測評估。

9.腦中風

(1)出血性腦中風

A.由中醫進行病案分析。

B. 記錄病人治療前、後之昏迷指數(Glasgow Coma Scale，以下稱Coma Scale)。

C. 記錄病人治療前、後之上下肢近端及遠端雙側的肌力分級(muscle power)。

(2)梗塞性腦中風

A.由中醫進行病案分析。

B. 記錄病人治療前、後之NIHSS分數。

C. 記錄病人治療前、後之Coma Scale。

D. 記錄病人治療前、後之上下肢近端及遠端雙側之肌力分級(muscle power)。

十、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件二~~三~~。

(二)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。

(以下略)

附件一

全民健康保險中醫急症處置計畫申請表

<table>
<tr><td rowspan="12">基本資料</td><td>醫院名稱</td><td colspan="2"></td><td>機構代碼</td><td></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師姓名</td><td colspan="2"></td><td>身分證字號</td><td></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師學經歷</td><td colspan="2"></td><td>聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">E-mail：</td></tr>
<tr><td>醫師姓名</td><td>身分證字號</td><td>中醫師證書字號</td><td>中醫執業年資</td><td>受訓課程日期</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">保險醫事服務機構自評項目</td><td>請V選</td><td>備註</td></tr>
<tr><td colspan="3">院所是否二年內未違反健保相關法規</td><td>□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">醫師是否二年內未違反健保相關法規</td><td>□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td>機構章戳</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

附件一~~二~~

中醫急症處置照護流程

由急診主治醫師評估且徵詢
病人同意

↓

急診醫師開立會診單

↓

知會被會診之中醫部(科)醫師

↓

由中醫部(科)醫師與病人及家屬
聯繫，當面會談，
分析、評估並討論治療方向
(執行評估量表前測)

↓

執行中醫急症處置
1-3 次針傷處置或開藥
(中醫四診及辨證論治)

↓

填寫會診紀錄單
(執行評估量表後測)

附件二~~三~~

全民健康保險中醫急症處置計畫
給付項目及支付標準

通則：

一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、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、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。

三、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」(以下稱醫療服務支付標準)之02005B「住院會診費」及第四部中醫各章節之診療項目，且本計畫之申報量不併入該院所原門診合理量或針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。

四、本計畫之案件(同一個案)當次就醫之中醫急症相關處置費(P61003至P61005)，各項目以申報三次為限。

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P61001	中醫急症診察費	521
P61003	中醫急症處置費-針灸(或電針)治療	500
P61004	中醫急症處置費-傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療	500
P61005	中醫急症處置費-骨折、脫臼整復復位治療	1,200

註1：夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則加成50%。

註2：每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001)。

註3：每一個案該次急診期間，中醫急症相關處置費(P61003至 P61005)以申報各三次為上限。

註4：藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。

附件 3

表 6-4　中醫癌症患者加強照護整合方案執行情形

計畫型-自 105~107 年起實施(114、115 年增加預算＞20%)

年度 項目	110	111	112	113	114	115 1~6 月[註6]
中醫癌症患者加強照護整合方案						
預算數(百萬元)	245.0	245.0	245.0	265.0	352.3	432.5
預算執行數(百萬元)	176.1	197.4	245.0	265.0	352.3	234.3
預算執行率	71.9%	80.6%	100.0%	100.0%	100.0%	54.2%
申報總點數(百萬點)	176.3	197.6	256.4	327.8	416.5	234.3
服務總人數	10,690	11,491	14,879	17,804	22,025	17,376
服務總人次	116,152	130,006	172,420	222,924	283,985	158,214
執行院所數	136	138	166	223	283	301
1.癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫						
申報數(百萬點)	64.5	72.5	86.3	98.1	99.9	52.4
服務人數	5,104	5,338	6,201	6,862	6,943	4,374
服務人次	39,129	43,387	53,167	59,746	60,596	31,199
2.癌症患者中醫門診延長照護計畫						
申報數(百萬點)	12.1	11.1	13.5	17.1	29.0	15.8
服務人數	126	90	151	186	206	164
服務人次	4,763	4,297	5,448	5,952	9,672	5,324
3.特定癌症患者中醫門診加強照護計畫						
申報數(百萬點)	99.7	113.9	156.6	212.6	287.6	166.1
服務人數	6,218	6,895	9,573	12,220	16,505	13,865
服務人次	72,260	82,322	113,805	157,226	213,717	121,691
總額協定事項之執行情形(114 年)						
執行目標：						
服務人數 16,000 人	…	…	…	…	16,000	16,000
--服務人數	…	…	…	…	22,025	17,376
--目標達成率	…	…	…	…	137.7%	108.6%
總額協定事項之執行情形(115 年)						
執行目標：						
服務癌症加強照護整合之中醫病人數較前 1 年增加 5%						
--增加率	…	…	…	…	…	20.8%
關鍵績效指標(自選 3 項)						
1.預算執行率	71.9%	80.6%	100.0%	100.0%	100.0%	54.2%
2.服務人數(收案數)	10,690	11,491	14,879	17,804	22,025	17,376
3.平均每人就醫次數	10.9	11.3	11.6	12.5	12.9	9.1

附件 4

表 6-5　中醫急症處置執行情形

計畫型-自 107 年起實施(115 年增加預算>20%)

年度 項目	110	111	112	113	114	115 1~6 月[註9]
中醫急症處置						
預算數(百萬元)	10.0	5.0	5.0	10.0	10.0	20.8
預算執行數(百萬元)	2.0	1.5	3.4	7.3	10.0	8.6
預算執行率	19.9%	30.6%	67.7%	72.7%	100.0%	41.2%
申報點數(百萬點)	2.0	1.5	5.4	7.3	14.8	8.6
執行院所數	11	9	12	9	11	9
服務人數	1,102	768	2,708	2,129	3,847	2,359
服務人次	1,629	1,009	3,011	2,388	4,450	2,599
總額協定事項之執行情形(113~114 年)						
執行目標(113、115 年)：						
--參與院所數 7 家	…	…	…	7	7	11
--服務人數 4,000 人	…	…	…	4,000	4,000	4,000
執行數						
--參與院所數	…	…	…	9	11	9
--服務人數	…	…	…	2,129	3,847	2,359
目標達成率						
--參與院所數	…	…	…	129%	157%	82%
--服務人數	…	…	…	53%	96%	59%
關鍵績效指標(自選 3 項)						
預算執行率	19.9%	30.6%	67.7%	72.7%	100.0%	41.2%
平均每人就醫次數	1.5	1.3	1.1	1.1	1.2	1.1
服務人數(收案數)	1,102	768	2,708	2,129	3,847	2,359

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、本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 63 次會議決議辦理。

二、修正第三條施行期間年度為：116 年 1 月 1 日至 116 年 12 月 31 日及支付標準表註 4 文字：

建議修訂條文	原條文	說明
三、施行期間 116 年 1 月 1 日至 116 年 12 月 31 日。	三、施行期間 115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日。	
附件二「支付標準表」 註 4：療程案件每月限申報 12 次針灸(P39001、P39005 與 P39007 合計每月限申報 12 次；P39003、P39006 與 P39008 合計每月限申報 12 次)。	附件二「支付標準表」 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)。	為明確定義 P39001 與 P39003 可分別與 P39007 及 P39008 搭配使用申報

本署意見：

一、有關修訂本計畫支付標準表註4：

(一) 查本計畫包含4項含藥費之照護模式及2項不含藥費之照護模式（表1)。

表 1：中醫提升孕產照護品質計畫照護模式

編號	診療項目	支付點數
含藥費之照護模式		
P39001	中醫助孕照護處置費(含針灸處置費)	1200
P39002	中醫助孕照護處置費(不含針灸處置費)	900
P39003	中醫保胎照護處置費(含針灸處置費)	1200
P39004	中醫保胎照護處置費(不含針灸處置費)	900

編號	診療項目		支付點數
不含藥費之照護模式			
P39005	中醫助孕照護處置費(不含藥費)	同療程第 1 次	900
P39007		同療程第 2~6 次	300
P39006	中醫保胎照護處置費(不含藥費)	同療程第 1 次	900
P39008		同療程第 2~6 次	300

(二) 查現行規定，「P39005及 P39007」與「P39006及 P39008」係屬療程，P39007及 P39008僅可分別與 P39005及 P39006併同使用，若使用 P39001與 P39003照護模式之個案有後續針灸處置之需求，則需另開 P39005及 P39006療程。

(三) 中全會所提之修訂，係為明確定義 P39001與 P39003可分別與 P39007及 P39008搭配使用申報，考量使用 P39001及 P39003照護模式之個案，亦有針灸處置療程之需求，爰建議修訂如附件（頁次討4-6至討4-7）。

(四) 財務影響評估：

P39001 及 P39003 原非採療程方式申報，本次修訂開放 P39001 及 P39003 得以療程方式申報，每週至多可申報 3 次 P39007 及 P39008。惟依照目前申報資料，無法判定有多少原申報 P39001 及 P39003 之案件需提供療程，無法評估開放後之申報樣態，爰尚無法計算財務衝擊。

(五) 查本計畫113年及114年預算執行率分別為100%及96%，115年1-6月執行率為49.1%，依據計畫執行率，116年編列93.8百萬元預算，較115年增加11.8百萬元。請中全會提供預估針灸執行量，以評估預算是否足以支應本次修訂。

二、 其餘文字修訂係就延續型專款計畫修訂執行年度，不影響計畫內容。

三、 另配合本計畫申請流程電子化，申請表所需資料皆透過本署健保資訊網服務系統(VPN)之「醫事機構試辦計畫線上申請作業」填寫，爰刪除計畫申請表。

四、 另查116年「中醫門診醫療給付協定事項表之核定事項」(暫定，待部公告)：請本署會同中醫門診總額相關團體加強各分區之計畫推動、均衡分區資源及加強成效評估。

(一) 依據116年中醫門診總額協商結果，本計畫以專款支應(預算93.8百萬元)，為全國共用款項。

(二) 統計各分區計畫執行情形如下：

表 2：114 年各分區中醫孕產照護計畫執行情形

分區	執行院所數	服務人數	服務人次
臺北	41	960	7,649
北區	31	819	5,876
中區	72	2,887	29,525
南區	19	1,237	16,217
高屏	29	994	12,330
東區	7	150	886

表 3：115 年 1-8 月各分區中醫孕產照護計畫執行情形

分區	執行院所數	服務人數	服務人次
臺北	39	728	5,160
北區	29	619	4,084
中區	71	2,302	21,178
南區	17	949	10,112
高屏	30	688	7,532
東區	6	88	523

(三) 另統計114年本計畫執行成效，保胎成功率78.7%、助孕成功率17.6%。

(四) 俟116年「中醫門診醫療給付協定事項」核定後，建請中全會持續加強推動本計畫。

擬辦：修訂計畫文字如附件 (頁次討 4-4～討 4-7) ，將依程序提至醫療服務共同擬訂會議報告。

決議：

.

附件

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

一、 依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、 目的：

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

三、施行期間：11~~5~~6年1月1日至11~~5~~6年12月31日。

(下略)

八、申請程序及資格審查：

(一) 中醫全聯會於每月1日將繼續教育訓練核定名單送保險人。

(二) 承作資格申請由特約醫事服務機構透過健保資訊網服務系統(VPN)「醫事機構試辦計畫線上申請作業」，以試辦計畫代碼：「BX：中醫提升孕產照護品質計畫」提出申請，~~計畫申請表(附件一)及~~其他佐證文件請一併上傳至VPN系統。

(三) 特約醫事服務機構於每月5日以前申請，需補件者應於每月15日以前完成補件，經保險人核定後，於中央健康保險署全球資訊網公開承作之保險醫事服務機構及人員名單，每月5日以前申請(或於每月15日以前完成補件)之特約醫事服務機構，執行日以次月1日起計。

(四) 本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須經保險人分區業務組核定後，始得變更。

九、執行方式：

(一)助孕

1. 女性病人：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、判讀基礎體溫(Basal Body Temperature，BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法、內服藥、針灸治療、營養指導。
2. 男性病人： 須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、內服藥、針灸治療、營養指導、運動指導、生活作息指導。

(二)保胎：須包含望聞問切四診診療、黃體評估、出血狀況評估、內服藥、針灸治療、營養飲食指導、衛教。

十、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件~~二~~。

(二)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。

附件一

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫申請表

基本資料	院所名稱		院所代碼		
	本計畫醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷		聯絡電話		
	E-mail：				
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			台中字第　　號		
			台中字第　　號		
			台中字第　　號		
			台中字第　　號		
			台中字第　　號		
	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		□未違反□違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		□未違反□違反		
	機構章戳				

附件~~二~~

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	診療項目	支付點數
P39001	中醫助孕照護處置費(含針灸處置費)(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〕、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
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， 單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39003	中醫保胎照護處置費(含針灸處置費)(同療程第1次) 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請本項點數。	900

編號	診療項目	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

註：

1、 P39003、P39004、P39006、P39008限受孕後0-20週之保胎照護病人適用。

2、 各照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004、P39005、P39006)每週限擇一申報。

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，但療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限。

4、 療程案件每月限申報12次針灸(P39001與 P39007合計每月限申報12次；P39003與 P39008合計每月限申報12次；P39005與 P39007合計每月限申報12次；P39006與 P39008合計每月限申報12次)。

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「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」條文修訂案，提請討論。

說明：

一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 63 次會議決議辦理。

二、116 年建議修訂年度及「支付標準表」比照「特定癌症病人中醫門診加強照護計畫」條文修正，以減少申報錯亂，建議文字如下：

<table>
<tr><th>建議修訂條文</th><th>原條文</th></tr>
<tr><td>三、施行期間
116 年 1 月 1 日至 116 年 12 月 31 日。</td><td>三、施行期間
115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日。</td></tr>
<tr><td>全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫_支付標準表
<table>
<tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr>
<tr><td>~~P64005~~</td><td>~~中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下、針灸處置）~~
~~註：~~
~~1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥 費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。~~
~~2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。~~</td><td>~~1,300~~</td></tr>
<tr><td>~~P64006~~</td><td>~~中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天、針灸處置）~~
~~註：~~
~~1.包括 中醫 醫療四診診察費、口服藥 費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。~~
~~2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。~~</td><td>~~1,650~~</td></tr>
<tr><td>~~P64007~~</td><td>~~中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天、~~</td><td>~~2,000~~</td></tr>
</table></td><td>全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫_支付標準表
<table>
<tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr>
<tr><td>P64005</td><td>中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下、針灸處置）
註：
1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥 費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。
2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。</td><td>1,300</td></tr>
<tr><td>P64006</td><td>中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天、針灸處置）
註：
1.包括 中醫 醫療四診診察費、口服藥 費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。
2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。</td><td>1,650</td></tr>
<tr><td>P64007</td><td>中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天、針灸處置）</td><td>2,000</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

建議修訂條文		
	~~針灸處置）~~ ~~註：~~ ~~1.包括 中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導 。~~ ~~2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。~~	
~~P64008~~	~~中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數22-28天、針灸處置）~~ ~~註：~~ ~~1.包括中 醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導 。~~ ~~2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。~~	~~2,350~~
P64009	中醫慢性腎臟病針傷處置費（未給口服藥、僅針灸治療~~處置同療程第1次~~） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	~~800~~ 500
P64010	中醫慢性腎臟病針灸照護費~~(同療程第 2~6次)~~ 註： 本項處置費與 P64009 每月申報上限為 12 次，超出部分支付點數以零計。	300
註1：含藥費之加強照護費(P64001-P6400~~8~~)與不含藥費之加強照護費(P64009)，需≧28天始得相互轉換，但療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限。 註2：P64001、P64002、P64003、P64004、~~P64005、P64006、P64007、P64008、~~P64009每次診療限擇一申報。 ~~註3：同一療程 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009限擇一申報。~~		

原條文		
	註： 1.包括 中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導 。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	
P64008	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數22-28天、針灸處置） 註： 1.包括中 醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導 。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	2,350
P64009	中醫慢性腎臟病針傷處置費（未給口服藥、針灸處置同療程第1次） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	800
P64010	中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6次) 註： 同一療程「中醫慢性腎臟病加強照護費 (針灸處置)」及「中醫慢性腎臟病針灸照護費 (同療程第 2~6次)」合計每週 限申報 3 次。	300
註1：含藥費之加強照護費(P64001-P64008)與不含藥費之加強照護費(P64009)，需≧28天始得相互轉換，但療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限。 註2：P64001、P64002、P64003、P64004、P64005、P64006、P64007、P64008、P64009每次診療限擇一申報。 註 3：同一療程 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 限擇一申報。		

<table>
<tr><th>建議修訂條文</th><th>原條文</th></tr>
<tr><td>檢驗費
<table>
<tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr>
<tr><td>~~P64013~~</td><td>~~尿蛋白與尿液肌酸酐比值 UPCR (Urine protein/creatinine ratio)~~</td><td>~~80~~</td></tr>
<tr><td>~~P64014~~</td><td>~~尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR (Urine albumin/creatinine ratio)~~</td><td>~~315~~</td></tr>
<tr><td>09006C</td><td>醣化血紅素 HbA1C (Hemoglobin A1c)</td><td>200</td></tr>
<tr><td>09015C</td><td>肌酐、血 Creatinine (B) CRTN</td><td>40</td></tr>
<tr><td>06003C</td><td>尿蛋白 Urine protein</td><td>15</td></tr>
<tr><td>09040C</td><td>全蛋白 Total protein</td><td>40</td></tr>
<tr><td>12111C</td><td>微白蛋白（免疫比濁法）
Microalbumin (Nephelometry)</td><td>275</td></tr>
<tr><td>09016C</td><td>肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN</td><td>40</td></tr>
</table></td><td>檢驗費
<table>
<tr><th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr>
<tr><td>P64013</td><td>尿蛋白與尿液肌酸酐比值 UPCR (Urine protein/creatinine ratio)</td><td>80</td></tr>
<tr><td>P64014</td><td>尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR (Urine albumin/creatinine ratio)</td><td>315</td></tr>
<tr><td>09006C</td><td>醣化血紅素 HbA1C (Hemoglobin A1c)</td><td>200</td></tr>
<tr><td>09015C</td><td>肌酐、血 Creatinine (B) CRTN</td><td>40</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

本署意見：

一、修訂支付標準表「中醫慢性腎臟病加強照護費」診療項目：

(一)查本計畫包括三類加強照護費：

編號	診療項目		支付點數
P64001～P64004 註	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥）		900～1,950
P64005～P64008 註	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥、針灸處置）		1,300～2,350
P64009	中醫慢性腎臟病加強照護費	未給口服藥、針灸處置同療程第 1 次	800
P64010		同療程第 2~6 次	300

註：依給藥日數（7 天以下、8-14 天、15-21 天、22-28 天）訂定不同支付點數。

(二)本案中全會建議比照「特定癌症病人中醫門診加強照護計畫」條文修正，查前開計畫「加強照護費」相關支付標準如下：

編號	診療項目	支付點數
P56001～P56004、P56009～P56012 註	特定癌症門診加強照護費（給藥）	700～1,750
P56005	特定癌症針灸或傷科治療處置費 註：本項處置費每月申報上限為12次，超出部分支付點數以零計。	400

註：依給藥日數（7天以下、8-14天、15-21天、22-28天、29-35天、36-42天、43-49天、50-56天）訂定不同支付點數，其中給藥日數29天以上限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人。

(三)承上，中全會建議比照「特定癌症病人中醫門診加強照護計畫」將加強照護費分為「給藥」及「未給口服藥，僅針灸處置」兩類照護模式，修訂後支付標準表如附件1（頁次討5-10~討5-12）。

(四)財務影響評估：

1.照護模式轉換方式：

原照護模式	修訂後照護模式
P64005(1,300點) 給藥日數7天以下、針灸處置	P64001(900點) 給藥日數7天以下
	P64010(300點) 中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第2~6次)
P64006(1,650點) 給藥日數8-14天、針灸處置	P64002(1,250點) 給藥日數8-14天
	P64010(300點) 中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第2~6次)
P64007(2,000點) 給藥日數15-21天、針灸處置	P64003(1,600點) 給藥日數15-21天
	P64010(300點) 中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第2~6次)
P64008(2,350點) 給藥日數22-28天、針灸處置	P64004(1,950點) 給藥日數22-28天
	P64010(300點) 中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第2~6次)

2.財務評估：

(1)預計刪除之P64005至P64008診療項目，改由含藥照護費（P64001至P64004）搭配針灸照護費（P64010）申報，每件支付點數減少100點。

(2)以113年及114年申報量計算成長率，並推估116年申報量，推估將減少約9.26百萬點。

(3)惟原申報P64005～P64008「中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥、針灸處置）」之案件後續使用P64010(療程第2~6次)之情形尚無法推估，無法計算其增加之財務衝擊。

原照護模式		修訂後照護模式		支付點數差額	原照護模式申報量				財務衝擊(百萬點)
支付項目	支付點數	支付項目	支付點數	(A)	113 年 (B)	114 年 (C)	成長率 (D=C/B-1)	推估 116 年 (E=C*(1+D)^2)	(F=E*A)
P64005	1,300	P64001	900	-100	17,200	26,788	55.74%	64,978	-6.50
		P64010	300						
P64006	1,650	P64002	1250	-100	7,929	9,840	24.10%	15,155	-1.52
		P64010	300						
P64007	2,000	P64003	1600	-100	1,050	1,921	82.95%	6,430	-0.64
		P64010	300						
P64008	2,350	P64004	1950	-100	1,377	2,256	63.83%	6,055	-0.61
		P64010	300						
								合計	**-9.26**

(五)考量本案修訂係將原包裹式支付改以療程方式支付，請中全會說明本案修訂之緣由及必要性。

二、修訂支付標準表「檢驗費」項目：

(一)查本署107年10月17日健保醫字第1070034013號函，中醫師開具檢查(驗)項目表如附件2（頁次討5-14）。

(二)另查中全會所新增之項目皆為現行支付標準第二部「西醫」第二章「特定診療」第一節「檢查」之項目，各項目中醫師開具資格說明如下：

編號	診療項目	支付標準項目	中醫師開具資格
06003C	尿蛋白	第一項尿液檢查「一、一般尿液檢查」	1. 同一人兼具醫師、中醫師雙重資格，而以中醫師資格開(執)業者。 2. 具中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷，僅具中醫師資格者。
09040C	全蛋白	第四項生化學檢查「一、一般生化學檢查」	
09016C	肌酐、尿	第四項生化學檢查「一、一般生化學檢查」	
12111C	微白蛋白(免疫比濁法)	第六項免疫學檢查	同一人兼具醫師、中醫師雙重資格，而以中醫師資格開(執)業者。

(三)財務影響評估：

1.原支付項目與修訂後支付項目點數調整情形：

UPCR 檢驗組合之支付點數由 80 點降為 55 點，UACR 檢驗組合則維持 315 點，推估將減少約 1.4 萬點。

原支付項目		修訂後支付項目		點數差額	原支付項目申報量				財務衝擊
項目	支付點數	項目	支付點數		113 年	114 年	成長率	推估 116 年	
				(A)	(B)	(C)	(D=C/B-1)	(E=C*(1+D)^2)	(F=E*A)
P64013 (尿蛋白與尿液肌酸酐比值 UPCR)	80	06003C (尿蛋白)	15	-25	290	360	24.14%	555	-13,875
		09016C (肌酐、尿 Creatinine(U))	40						
P64014 (尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR)	315	12111C (微白蛋白(免疫比濁法))	275	0	106	482	354.72%	9,966	0
		09016C (肌酐、尿 Creatinine(U))	40						

2.其中全蛋白為新增項目，可能增加財務衝擊，惟考量本計畫已訂有檢驗費申報資格及避免與西醫重複檢驗之規範。

三、 其餘文字修訂係就延續型專款計畫修訂執行年度，不影響計畫內容。

四、 另配合本計畫申請流程電子化，申請表所需資料皆透過本署健保資訊網服務系統(VPN)之「醫事機構試辦計畫線上申請作業」填寫，爰刪除計畫申請表。

五、 另查116年「中醫門診醫療給付協定事項表之核定事項」(暫定，待部公告)：請本署會同中醫門診總額相關團體，進行成本效益分析(如評估收案對象是否延後透析、對門診透析及住院醫療費用之影響)，並進行末期腎臟病(ESRD)發生率、住院率等長期追蹤。俟116年「中醫門診醫療給付協定事項」核定後，建請中全會提出適用於方案/計畫之具體成效評估指標。

六、 合計財務衝擊：

查本計畫 113 年及 114 年預算執行率皆為 100%，115 年 1-6 月執行率為 58.7%，依據計畫執行率，116 年編列 322.8 百萬

元預算(較 115 年增加 142 百萬元預算)，另本次所提修訂尚無法推估所增加之財務衝擊，惟未包含於 116 年所編預算。

擬辦：修訂計畫文字如附件 1(頁次討 5-8～討 5-13)，將依程序提至醫療服務共同擬訂會議報告。

決議：

附件 1

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

早期中醫介入腎病病人，減緩腎病惡化，延緩洗腎時程，提升病人生活品質，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。

三、施行期間：11~~5~~6年1月1日至11~~5~~6年12月31日。

(下略)

八、申請程序及資格審查

(一)中醫全聯會於每月1日將繼續教育訓練核定名單送保險人。

(二)承作資格申請由特約醫事服務機構透過健保資訊網服務系統(VPN)「醫事機構試辦計畫線上申請作業」，以試辦計畫代碼：「BZ：全民健康保險中醫慢性腎臟門診加強照護計畫」提出申請，計畫申請表(附件~~一~~)及其他佐證文件請一併上傳至VPN系統。

(三)特約醫事服務機構於每月5日以前申請，需補件者應於每月15日以前完成補件，經保險人核定後，於中央健康保險署全球資訊網公開承作之保險醫事服務機構及人員名單，每月5日以前申請(或於每月15日以前完成補件)之特約醫事服務機構，執行日以次月1日起計。

(四)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須經保險人分區業務組核定後，始得變更。

(下略)

十、支付方式

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件~~二~~。

(二)本計畫預算，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。

(下略)

~~附件二~~

~~全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫申請表~~

~~基本資料~~	~~院所名稱~~		~~院所代碼~~		
	~~本計畫負責醫師姓名~~		~~身分證字號~~		
	~~本計畫負責醫師學經歷~~		~~聯絡電話~~		
	~~E-mail：~~				
	~~醫師姓名~~	~~身分證字號~~	~~中醫師證書字號~~	~~中醫執業年資~~	~~受訓課程日期~~
			~~台中字第號~~		
			~~台中字第號~~		
			~~台中字第號~~		
			~~台中字第號~~		
			~~台中字第號~~		
	~~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~~		~~□未違反□違反~~		
	~~醫師是否二年內未違反健保相關法規~~		~~□未違反□違反~~		
	~~機構章戳~~				

附件~~二~~

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P64001	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數7天以下） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	900
P64002	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數8-14天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1,250
P64003	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數15-21天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1,600
P64004	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數22-28天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1,950
~~P64005~~	~~中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數7天以下、針灸處置）~~ ~~註：~~ ~~1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。~~ ~~2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。~~	~~1,300~~
~~P64006~~	~~中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數8-14天、針灸處置）~~ ~~註：~~ ~~1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。~~ ~~2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。~~	~~1,650~~
~~P64007~~	~~中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數15-21天、針灸處置）~~ ~~註：~~ ~~1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。~~ ~~2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。~~	~~2,000~~

編號	診療項目	支付點數
~~P64008~~	~~中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數22-28天、針灸處置）~~ ~~註：~~ ~~1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。~~ ~~2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。~~	~~2,350~~
P64009	中醫慢性腎臟病~~加強照護~~針灸處置費（未給口服藥、僅針灸~~處置~~治療同療程第1次） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	~~800~~ 500
P64010	中醫慢性腎臟病針灸照護費~~(同療程第2~6次)~~ 註： 本項處置費與 P94009每月申報上限為12次，超出部分支付點數以零計。 ~~同一療程「中醫慢性腎臟病加強照護費(針灸處置)」及「中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第2~6次)」合計每週限申報3次。~~	300
P64011	疾病管理照護費 註： 1.中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。 2.須檢附相關檢查數據： (1)CKDstage2者：每6個月須重新檢附於病歷。 (2)CKDstage3~5者：每3個月須重新檢附於病歷。 3.限56天(含)以上申報一次。	500
P64012	中醫慢性腎臟病治療功能性評估： 1.CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表(附表一) 2.生活品質量表(EQ-5D)(附表二) 3.需於病歷及 VPN 登錄下列項目： (1)CKDstage2者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、UPCR(或糖尿病病人的 UACR)、糖尿病病人必填醣化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。 (2)CKDstage3~5者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、糖尿病病人必填醣化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。 註1：每一個案限每6個月申報一次費用(每次須同時完成各項所列之量表) 註2：需有病人新收案或前一次功能性評估之量表及檢驗檢查，且已於 VPN 登錄者，始得申報本項。 註3：申報2次加強照護費及1次疾病管理照護費後，始得申報本項。	700

編號	診療項目	支付點數
註1：含藥費之加強照護費(P64001-P64004~~8~~)與不含藥費之加強照護費(P64009)，需≧28天始得相互轉換，但療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限。 註2：P64001、P64002、P64003、P64004~~P64005、P64006、P64007、P64008~~、P64009每次診療限擇一申報。 ~~註3：同一療程 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009限擇一申報。~~		

檢驗費

編號	診療項目	支付點數
~~P64013~~	~~尿蛋白與尿液肌酸酐比值 UPCR(Urineprotein/creatinineratio)~~	~~80~~
~~P64014~~	~~尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR(Urinealbumin/creatinineratio)~~	~~315~~
06003C	尿蛋白 Urineprotein	15
09006C	醣化血紅素 HbA1C(HemoglobinA1c)	200
09016C	肌酐、尿 Creatinine(U)CRTN	40
09015C	肌酐、血 Creatinine(B)CRTN	40
09040C	全蛋白 Totalprotein	40
12111C	微白蛋白(免疫比濁法)Microalbumin(Nephelometry)	275

附件 2

中醫師開具檢查(驗)項目-按衛生福利部函釋訂定健保給付之支付標準範圍

1071016

資格	衛生福利部函釋 所列項目	健保給付之支付標準編號 範圍	說明
同一人兼具醫師、中醫師雙重資格，而以中醫師資格開(執)業者	1.醫事檢驗	第二章「特定診療」第一節「檢查」之第一項「尿液檢查」至第十項「穿刺液採取液檢查」醫令項目	執行左列項目，限於C表，且未規範特定專科醫師申報之診療項目。
	2.普通放射檢查	第二章「特定診療」第二節「放射線診療」之第一項「X光檢查費」之第一款「普通檢查」醫令項目	
	3.心電圖檢查	醫令編號 18001C-18004C。	
具中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷，僅具中醫師資格者	1.常規尿液	第二章「特定診療」第一節「檢查」之第一項「尿液檢查」一、一般尿液檢查	
	2.糞便檢查	第二章「特定診療」第一節「檢查」之第二項「糞便檢查」	
	3.普通血液	第二章「特定診療」第一節「檢查」之第三項「血液學檢查」	
	4.生化檢查	第二章「特定診療」第一節「檢查」之第四項「生化學檢查」一、一般生化學檢查	
	5.普通放射檢查	第二章「特定診療」第二節「放射線診療」第一項「X光檢查費」之第一款「普通檢查」醫令項目	
	6.靜止狀態心電圖	醫令編號 18001C	
特考及格之中醫師	不得開具檢查(驗)單。	不得申報檢查(驗)項目	

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：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫條文修訂案，提請討論。

說明：

一、 全民健康保險會於 116 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過提升用藥品質給付為 292.5 百萬元與醫療服務成本指數改變率所增加之預算 1,255.1 百萬元。

二、 為反應物價成本及服務農曆春節民眾看診需求，規劃每日藥費、診察費及春節服務加成提高給付，預算不足部分由醫療成本部分支應。

三、 因三高疾病易引發其他疾病與併發症，醫師看診時需更為仔細，增加治療的困難度，為照護民眾健康及減少民眾重病的發生率，建議於支付標準附表 4.4.2 特殊疾病中增加部分的適應症，以完善包覆相關的疾病照護。

中全會建議：

一、建議每日藥費由 38 元調高為 39 元。(不足部分由非協商項目支付)

二、診察費第一階段調整多 10 點，依健保署推算第一段門診診察費增加 10 點推估增加財務衝擊 390.1 百萬元。(由非協商項目支付)

三、春節期間提供醫療服務：參照健保署規劃診察費加成部分除夕至初三加成 100%，初四及初五則加成 50%，小年夜、小年夜前一日及初六加成 30%，推估約為 29.3 百萬點。(由非協商項目支付)

四、建議增加支付標準附表 4.4.2 特殊疾病適應症如下：

	收案條件不屬於特殊疾病的診斷
高血糖	E08　起因於潛在病的糖尿病 E09　藥物或化學物導致之糖尿病
高血脂	E78.0 純高膽固醇血症

	E78.1 純高三酸甘油酯血症 E78.2 混合型高血脂症 E78.3 高乳糜微粒血症 E78.4 其他高血脂症 E78.5 高血脂症 (Hyperlipidemia,unspecified)
高血壓	I10 本態性(原發性)高血壓 I11 高血壓性心臟病 I12 高血壓性慢性腎臟病 I13 高血壓性心臟及慢性腎臟病 I15 續發性高血壓 I67.4 高血壓性腦病變 I87.3 慢性靜脈高血壓(特發性) I97.3 醫療處置後高血壓

本署意見：

一、每日藥費由38元調高為39元：

(一) 預算來源：依據116年總額協商結果，中醫門診總額一般服務新增「提升中醫藥費」項目，規劃調升每日藥費1點，新增預算292.5百萬元，預算不足部分以一般服務「醫療服務成本指數改變率」796.1百萬元支應。

(二) 財務影響評估：

1. 申報A21「每日藥費」統計：113年醫令申報量為342.8百萬件，114年申報量為355.2百萬件。
2. 以114年 A21醫令申報量及成長率3.6%【355.2百萬件/342.8百萬件-1=3.6%】，推估116年申報量為381.5百萬件，本案調升1點116年約需增加381.5百萬元。

(三) 另依116年總額本項協定結果，請本署會同中醫門診總額相關團體持續提升用藥品質，檢討慢性病合理用藥日數及民眾自費原因，減少自費用藥情形，並於116年8月前提出專案報告。爰請中全會依前述協定事項提供執行方式相關說明。

二、 門診診察費第一階段調升10點：

(一) 本項係調整門診診察費：

1. 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫

職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者：每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分。

2. 不符前項之中醫醫療院所：每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分。

(二) 預算來源：依據116年總額協商結果，未編列調升診察費之預算，中全會建議本項以一般服務「醫療服務成本指數改變率」796.1百萬元支應。

(三) 財務影響評估：

1. 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者：

(1) 依各醫令之113年及114年申報量，推估116年「每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分」申報量為0.7百萬件。

(2) 以表定點數增加10點計算，推估增加財務衝擊7.1百萬元。

2. 不符前項之中醫醫療院所：

(1) 依各醫令之113年及114年申報量，推估116年「每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分」申報量為38.3百萬件。

(2) 以表定點數增加10點計算，推估增加財務衝擊383.0百萬元。

3. 綜上，推估增加財務衝擊390.1百萬元。

三、 春節期間提供醫療服務：

(一) 查現行西醫係以「春節加成獎勵方案」執行，惟考量前開方案係為紓解春節期間急診壅塞、鼓勵分級醫療，建請中全會說明中醫春節加成獎勵對紓解春節期間急診壅塞之助益。

(二) 預算來源：依據116年總額協商結果，未編列「中醫春節加成獎勵方案」之預算，中全會建議本項以一般服務「醫療服務成本指數改變率」796.1百萬元支應。

(三) 財務影響評估：以115年度前述方案獎勵方式及115年春節期間中醫「門診診察費」及「藥品調劑費」申報點數計算

（表1）。

1. 除夕至初三加成100%：115年合計申報點數為5.1百萬點，加成100%之財務衝擊為5.1百萬點。
2. 初四至初五加成50%：115年合計申報點數為17.2百萬點，加成50%之財務衝擊為8.6百萬點。
3. 小年夜及其餘連假加成30%：115年合計申報點數為52.0百萬點，加成30%之財務衝擊為15.6百萬點。
4. 綜上，財務衝擊為29.3百萬點。

表 1：春節期間提供醫療服務

春節期間	加成	申報醫令量（萬件）	申報點數（百萬點）	財務衝擊（百萬點）
過年連假 1	30%	16.91	45.5	13.6
小年夜	30%	1.28	3.6	1.1
除夕	100%	1.69	4.5	4.5
初一	100%	0.04	0.1	0.1
初二	100%	0.06	0.2	0.2
初三	100%	0.14	0.4	0.4
初四	50%	1.09	2.3	1.2
初五	50%	5.54	14.8	7.4
過年連假 2	30%	1.03	2.9	0.9
			合計	**29.3**

(四) 本署重視中醫院所於春節期間持續提供醫療服務之貢獻，惟本次春節獎勵方案係為鼓勵醫院及西醫基層診所提供輕急症診療服務，使民眾得於社區獲得適當醫療處置，以達急診分流之政策目的。考量中、西醫診療特性及急性疾病處置方式不同，對急診分流之效益亦有所差異，爰建議依各醫療專業之服務特性及政策需求，評估獎勵措施之適用性。

四、 修訂附表4.4.2 特殊疾病適應症

(一) 查「附表4.4.2特殊疾病」之支付標準項目如下：

診療項目	適應症規範
中度複雜性針灸 (D05、D06)	1. 附表 4.4.1 所列疾病。 2. 無附表 4.4.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。
高度複雜性針灸	1. 附表 4.4.3 所列疾病。

診療項目	適應症規範
(D07、D08)	2. 中度複雜性針灸適應症(附表 4.4.1)合併有附表 4.4.2 特殊疾病。
中度複雜性傷科 (E03、E04、E13、E14)	1. 附表 4.5.1 所列疾病。 2. 無附表 4.5.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。
高度複雜性傷科-中度複雜性傷科合併特殊疾病 (E07、E08)	適應症為中度複雜性傷科適應症附表4.5.1)且合併有特殊疾病(附表 4.4.2) 。

註：內含前開診療項目之針灸合併傷科項目皆適用適應症規範。

(二) 財務影響評估：

1. 針灸處置項目(表2)：
   (1) 一般針灸及電針治療案件轉換為中度複雜性針灸案件：主診斷為本次新增之「特殊疾病」之一般針灸及電針治療案件全年推估約3.2萬件，此類病人處置轉換為「中度複雜性針灸」每件增加100點，推估增加3.2百萬點。
   (2) 中度複雜性針灸案件轉換為高度複雜性針灸案件：任一次診斷為本次新增之「特殊疾病」之中度複雜性針灸案件全年推估約4萬件，此類病人處置轉換為「高度複雜性針灸」每件增加100點，推估增加4百萬點。
2. 傷科處置項目(同表2)：
   (1) 一般傷科案件轉換為中度複雜性傷科案件：主診斷為本次新增之「特殊疾病」之一般傷科案件全年推估570件，此類病人處置轉換為「中度複雜性傷科」每件增加200點，推估需增加0.1百萬點。
   (2) 中度複雜性傷科案件轉換為高度複雜性傷科案件：任一次診斷為本次新增之「特殊疾病」之中度複雜性傷科案件全年推估1,466件，此類病人處置轉換為「高度複雜性傷科」每件增加450點，推估增加0.7百萬點。

表 2：針灸處置及傷科處置新增之「特殊疾病」之財務衝擊

診療項目轉換	原支付點數	轉換後支付點數	轉換後差額	推估申報量	財務衝擊(萬點)
一般針改為中度針	227	327	100	31,746	317.5
中度針改為高度針	327	427	100	40,335	403.4
一般傷改為中度傷	227	427	200	570	11.4
中度傷改為高度傷	427	877	450	1,466	66.0
			合計	74,117	798.2

3. 針灸合併傷科處置項目：

依各醫令之轉換情形，以 114 年及 115 年各針傷合併處置主次診斷為新增之「特殊疾病」申報情形推估年申報量，並以支付點數差額推估，約增加 1.5 百萬元(表 3)。

表 3：針灸合併傷科處置新增之「特殊疾病」之財務衝擊

診療項目代碼	診療項目	支付點數	對應診療項目代碼	對應診療項目	對應支付點數	轉換後差額	推估申報量	財務衝擊(萬點)
F01 F02	一般針灸合併一般傷科--另開內服藥 一般針灸合併一般傷科--未開內服藥	454	F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第一次	754	300	2,546	76.4
			F38	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第二至六次－另開內服藥	554	100	338	3.4
			F39	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第二至六次－未開內服藥	554	100	991	9.9
F06	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)--起始次	1,104	F40	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)--起始次	1,204	100	29	0.3
F07	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)--後續治療－另開內服藥	454	F41	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)--後續治療－另開內服藥	554	100	94	0.9
F08	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)--後續治療－未開內服藥	454	F42	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷)--後續治療－未開內服藥	554	100	138	1.4
F18 F19	電針合併一般傷科--另開內服藥 電針合併一般傷科--未開內服藥	454	F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第一次	754	300	112	3.4
			F38	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第二至六次－另開內服藥	554	100	15	0.2

診療項目代碼	診療項目	支付點數	對應診療項目代碼	對應診療項目	對應支付點數	轉換後差額	推估申報量	財務衝擊(萬點)
			F39	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第二至六次－未開內服藥	554	100	43	0.4
F35 F36	中度複雜性針灸合併一般傷科--另開內服藥 中度複雜性針灸合併一般傷科--未開內服藥	554	F54	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第一次	854	300	1,286	38.6
			F55	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第二至六次－另開內服藥	654	100	195	2.0
			F56	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第二至六次－未開內服藥	654	100	676	6.8
F52 F53	高度複雜性針灸合併一般傷科--另開內服藥 高度複雜性針灸合併一般傷科--未開內服藥	654	F54	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科--療程第一次	854	200	191	3.8
						合計	6,654	147.3

註：F01、F02、F18、F19、F35、F36、F52、F53 以現行對應項目各療程申報比率推估。

4. 綜上，推估本項目一年約需9.5百萬元。

(三)116年度未編列相關預算支應，請中全會確認是否以「醫療服務成本指數改變率」796.1百萬元支應。

擬辦：修訂後支付標準如附件 (頁次討 6-8～討 6-14) ，將依程序提至醫療服務共同擬訂會議報告。

決議：

附件

第四部　中　醫

第一章　門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費 (一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≦50)	
A82	－看診時聘有護理人員在場服務者	~~293~~ 303
A83	－看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	~~323~~ 333
A41	－看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	~~508~~ 518
A84	－看診時未聘有護理人員在場服務者	~~283~~ 293
A85	－看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	~~313~~ 323
A42	－看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	~~498~~ 508
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次部分(>50)	
A86	－看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	－看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A43	－看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	435
A88	－看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	－看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
A44	－看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	425
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≦30)	
A01	－看診時聘有護理人員在場服務者	~~340~~ 350
A11	－看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	~~370~~ 380
A45	－看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	~~560~~ 570
A02	－看診時未聘有護理人員在場服務者	~~330~~ 340
A12	－看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	~~360~~ 370
A46	－看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	~~550~~ 560
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50)	
A03	－看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	－看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	260
A47	－看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	475
A04	－看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	－看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	250

編號	診療項目	支付點數
A48	－看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	465
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70)	
A05	－看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	－看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A49	－看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	415
A06	－看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	－看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
A50	－看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	405
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一百五十人次以下部分(71-150)	
A07	－未開具慢性病連續處方	90
A17	－開具慢性病連續處方	120
A51	－開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	325
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一百五十人次部分(>150)	
A08	－未開具慢性病連續處方	50
A18	－開具慢性病連續處方	80
A52	－開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	305
	6.山地離島地區	
A09	－看診時聘有護理人員在場服務者	340
A19	－看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	370
A53	－看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	560
A10	－看診時未聘有護理人員在場服務者	330
A20	－看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	360
A54	－看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	550

編號	診療項目	支付點數
	註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指看診時須有護理人員在場服務。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。院所應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報『護理人員跟診時段』，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項，未填報者，不予支付該類診察費。 2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則七規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。 3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。 4.每月看診日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月實際看診日數超過二十三日者，以二十三日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。	

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
A21	每日藥費 註： 1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。 2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。	~~38~~ 39

附表 4.4.2 特殊疾病

一、衛生福利部公告之罕見疾病。

二、下表所列疾病：

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日 起適用	中文病名
A15	A15	呼吸道結核病
B01	B01	水痘
B02	B02	帶狀疱疹
B05	B05	麻疹
B06	B06	德國麻疹
B20	B20	人類免疫不全病毒疾病
B97.2	B97.2、U07.1	歸類於他處冠狀病毒所致的疾病
B97.3	B97.3	歸類於他處反轉錄病毒所致的疾病
D65	D65	瀰漫性血管內凝血症
D66	D66	遺傳性第VIII凝血因子缺乏症
D67	D67	遺傳性第IX凝血因子缺乏症
D68	D68	其他凝血缺乏
D69	D69	紫斑症及其他出血性病態
D70	D70	嗜中性白血球缺乏症
D82	D82	與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症
D83	D83	常見多樣性免疫缺乏症
D84	D84	其他免疫缺乏症
E04	E04	其他非毒性甲狀腺腫
E05	E05	甲狀腺毒症
E06	E06	甲狀腺炎
E08	E08	起因於潛在病的糖尿病
E09	E09	藥物或化學物導致之糖尿病
E10	E10	第一型糖尿病
E11	E11	第二型糖尿病
E13	E13	其他特定糖尿病
E15	E15	非糖尿病的低血糖性昏迷
E28	E28	卵巢功能障礙
E78.0	E78.0	純高膽固醇血症
E78.1	E78.1	純高三酸甘油酯血症
E78.2	E78.2	混合型高血脂症
E78.3	E78.3	高乳糜微粒血症
E78.4	E78.4	其他高血脂症
E78.5	E78.5	高血脂症
F90	F90	注意力不足過動症
F95	F95	抽搐症
I10	I10	本態性(原發性)高血壓
I11	I11	高血壓性心臟病
I12	I12	高血壓性慢性腎臟病

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日 起適用	中文病名
I13	I13	高血壓性心臟及慢性腎臟病
I15	I15	續發性高血壓
I67.4	I67.4	高血壓性腦病變
I87.3	I87.3	慢性靜脈高血壓(特發性)
I97.3	I97.3	醫療處置後高血壓
I20	I20	心絞痛
I21	I21	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)
I22	I22	續發性 ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)
I23	I23	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)後造成之併發症(二十八天內)
I24	I24	其他急性缺血性心臟病
I25	I25	慢性缺血性心臟病
I26	I26	肺栓塞
I27	I27	其他肺性心臟病
I28	I28	其他肺血管疾病
I42	I42	心肌病變
I50	I50	心臟衰竭
I71	I71	主動脈瘤及剝離
I73	I73	其他末梢血管疾病
I74	I74	動脈栓塞及血栓症
I80	I80	靜脈炎及血栓靜脈炎
I82	I82	其他靜脈栓塞及血栓
I89	I89	其他非感染性之淋巴管和淋巴結疾患
J44	J44	慢性阻塞性肺病
J45	J45	氣喘
J93	J93	氣胸及氣漏
J96	J96	呼吸衰竭，他處未歸類
J98	J98	其他呼吸衰竭
K72	K72、K76.82	肝衰竭，他處未歸類者
K74	K74	肝纖維化及硬化
K80	K80	膽結石
L10	L10	天疱瘡
L11	L11	其他棘層鬆解性疾患
L12	L12	類天疱瘡
L40	L40	乾癬
L51	L51	多形性紅斑
L52	L52	結節性紅斑
L89	L89	壓迫性潰瘍
L94	L94	其他局限性結締組織疾患
L97	L97	下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者
M33	M33	皮多肌炎
M34	M34	全身性硬化症(硬皮症)

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日 起適用	中文病名
M35	M35	結締組織其他全身性侵犯
M35.0	M35.0	乾燥症候群(Sjogren 氏)
M35.00	M35.00	乾燥症候群
N18	N18	慢性腎臟疾病
N19	N19	腎衰竭
O10~O16、 O20~O29	O10~O16、O20~O29	妊娠
R64	R64	惡病質

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「照護機構中醫醫療照護方案」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 63 次會議決議辦理。

二、條文 116 年度修正如下：

項次	修正條文	原條文
三	施行期間 116 年 1 月 1 日至 116 年 12 月 31 日。	施行期間 115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日
六	執行目標 (一)本年度以至少 250 家照護機構為目標。 (二)以達成 120,000 服務人次，服務總天數 8,000 天為目標。	執行目標 (一)本年度以至少 200 家照護機構為目標。 (二)以達成 80,000 服務人次，服務總天數 6,000 天為目標。
七	申請資格 (二)中醫師資格：須執業於該保險醫事服務機構之專、兼任醫師。	申請資格 (二)中醫師資格：須執業登記於該保險醫事服務機構之專任醫師。
九	醫療服務提供方式 (二)前開同一時段提供診療服務之中醫師，以一名為限，服務照護機構數以2家為限。	醫療服務提供方式 (二)前開同一時段提供診療服務之中醫師，以一名為限。
十	給付項目及支付標準：(二) 論量支付：2. 每診次以25人次為上限， 26人次以上部分，自申報點數最少之案件計算起，不予支付；照護機構核定床數50床以上者，每增加50床可增加25人次~~每診次以25人次為上限~~；~~26人次以上部分，~~自申報點數最少之案件計算起，不予支付；若同一時段至2家照護機構者，每家機構看診人次不得大於25人次。	給付項目及支付標準：(二) 論量支付：2. 每診次以15人次為上限，16人次以上部分，自申報點數最少之案件計算起，不予支付；照護機構核定床數50床以上者每診次以25人次為上限；26人次以上部分，自申報點數最少之案件計算起，不予支付。

本署意見：

一、依 116 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配協商結果，本方案全年經費 15.1 百萬元，較 115 年增加 4.3 百萬元（以自然成長進行預算編列）。

二、針對中全會建議修訂事項，本署說明如下：

(一)同意修訂施行目標。

(二)申請資格：查近年執行院所數、服務照護機構家數、服務人數/人次及服務天數皆逐年成長,爰目前參與本方案之中醫師人力應屬充足，尚無放寬兼任醫師參與之必要性，考量方案歷年點值偏低，且116年未增列本項費用，爰建議維持現行規定。

(三)醫療服務提供方式：為確保醫師有充足時間提供診療服務及維持照護品質，且116年預算僅增加自然成長診次費用，依評核委員意見：建議加強經費預估之精準度，檢討費用支付及醫療利用合理性，建議維持現行同一時段至一家照護機構提供服務之規定。

(四)給付項目及支付標準：

1.分析 115 年 1－8 月機構中醫方案申請及實際執行情形如下表：

(1) 核定床數≦49床：實際執行照護機構家數121家、服務診次 3,040 診次（其中 1,149 診次(37.8%)服務人數達上限15人)，每診次平均人數12人。

(2) 核定床數≧50床：實際執行照護機構家數180家、服務診次 4,975 診次（其中 1,160 診次(23.3%)服務人數達上限25人)，每診次平均人數17人。

2.考量調升每診次服務人次上限，恐影響診療量能及照護品質，且現行7成以上診次未達服務人次上限；另以115年1-8月費用申報狀況,每人次平均申報點數約907點推估，若每診次增加5人次，推估全年增加約5,450萬點，惟116年中醫總額一般服務預算未編列相關經費支應,**爰建議維持現行服務人次上限。**

(五)綜上，未免計畫執行數逾100%,建議中全會於117年總額應編列相對應之預算，以符合評核委員之意見。

※115 年 1 月至 8 月機構中醫方案實際執行情形

床數	實際執行機構數	實際服務診次	每診次平均診療人數
49 床以下	121	3,040	12
50~99 床	86	2,368	17
100~149 床	30	772	17
150 床以上	64	1,835	18
總計	301	8,015	15

※115 年 1 月至 8 月機構中醫方案每診次實際執行人數分布情形

	1-5 人		6-10 人		11-15 人		16-20 人		21-25 人		26-30 人		總計
床數	診次	%	診次	%	診次	%	診次	%	診次	%	診次	%	診次
49 床以下	209	6.9%	851	28.0%	1,953	64.2%	27	0.9%	-	-	-	-	3,040
50 床以上	287	5.8%	601	12.1%	1,030	20.7%	1,081	21.7%	1,964	39.5%	12	0.2%	4,975
總計	496	6.2%	1452	18.1%	2,983	37.2%	1,108	13.8%	1,964	24.5%	12	0.1%	8,015

三、另為利實務執行及簡化行政作業，本署建議修訂以下條文：

(一)醫療服務提供方式：

1. 如遇臨時或突發事由，事前向中醫全聯會及保險人分區業務組之報備，**增加得以電子郵件方式**；另政府公告假期或天然災害停止上班(課)日為休診日，**當地衛生主管機關報備函未同意核准或未經本署核備之日期**，亦無須請院所另行提出休診申請。
2. 院所如欲變更**執行醫事人員**，應依原方案變更流程，檢送變更計畫書及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。

(二)醫療費用申報與審查：門診日報表電子檔得以**上傳至健保資訊網服務系統(VPN)**方式備查。

決議：

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

110年12月30日健保醫字第1100017739號公告
111年12月28日健保醫字第1110122970號公告修訂
112年12月19日健保醫字第1120125466號公告修訂
114年1月23日健保醫字第1140101705號公告修訂
114年12月16日健保醫字第1140666365號公告修訂
115年12月00日健保醫字第0000000000號公告修訂

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

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

三、預算來源

(一) 本方案論次支付費用由全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「照護機構中醫醫療照護方案」專款項目下支應。

(二) 本方案論量支付費用由中醫門診總額一般服務預算支應。

四、施行機構

(一) 依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設立標準」、「長期照顧服務機構設立標準」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」等法規命令設置立案之護理之家、老人安養、養護機構、住宿式長照機構、身心障礙福利機構之住宿機構或榮譽國民之家。

(二) 各縣市至少以服務一家照護機構為原則，並以護理之家為優先。

(三) 每家照護機構僅能接受一家中醫門診特約醫事服務機構提供服務。

五、施行期間

~~115~~116年1月1日至~~115~~116年12月31日。

六、執行目標

(一) 本年度以至少~~200~~250家照護機構為目標。

(二) 以達成~~80,000~~120,000服務人次，服務總天數~~6,000~~8,000天為目標。

七、申請資格

(一) 保險醫事服務機構：須最近二年內未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

(二) 中醫師資格：須執業登記於該保險醫事服務機構之專任醫師。

(三) 照護機構須備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀錄。

(四) 保險醫事服務機構於照護機構須建置全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將住民健保卡攜回院所。

八、申請與審查程序及須檢附之文件

(一) 申請與審查程序

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

(二) 須檢附之文件

1. 保險醫事服務機構申請時須檢附本方案申請表(附件1)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書(附件2)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表(附件3)、及計畫書；申請延

續執行者，須檢附本方案申請表(附件1)及經當地衛生主管機關核准報備支援之中醫師、相關醫事人員同意函。

2. 前開計畫書內容應包含：

(1) 書寫格式：以 word 形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，標楷書14號定型，橫式書寫。

(2) 封面：包括方案名稱、執行單位、執行期間。

(3) 前言：請敘述執行方案動機，包括照護機構地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。

(4) 目的：分點具體列述執行方案所要達成之目標。

(5) 執行方案：

A. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。

B. 每週診療時間。

C. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。

D. 照護機構地址及住民數。

(6) 經當地衛生主管機關核准報備支援之中醫師、相關醫事人員同意函。

(7) 評估預期效益：請詳述執行方案實施後預期達成之效益指標。

九、醫療服務提供方式

(一) 保險醫事服務機構指派中醫師及必要之醫事人員，至照護機構提供中醫醫療服務，每週以一個時段為限，每時段至少須三小時。

(二) 前開同一時段提供診療服務之中醫師，以一名為限。

(三) 若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前以書面函文送保險人分區業務組備查並副知中醫全聯會及該照護機構，服務異動者，應檢附門診異動表(附件4)；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫全聯會及保險人分區業務組以電話或、傳真或電子郵件方式報備，並得事後核准；行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，當地衛生主管機關之報備函未登載日期且未經本署核備日期不須補診及報備。

(四) 前項若執行院所或照護機構因時間或場地無法配合，得經雙方協調同

意，報請保險人分區業務組備查且不須補診。另為保障照護機構住民權益，如有常態性休診未補診情形，得作為次年度中醫全聯會及所轄保險人分區業務組審查及核定參考。

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

十、給付項目及支付標準：

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

(二) 論量支付：

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

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

(三) 支付規定：

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

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

(四) 本方案論次費用預算按季均分，結算方式如下：

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

2.若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

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

十一、 醫療費用申報與審查

(一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1) 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

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

(3) 就醫科別：請填報「60中醫科」。

3. 論次費用：支付標準編號 P6901C。

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

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

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

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

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

十二、 評核指標

照護機構接受本方案之中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較114年減少。

十三、 執行報告

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

十四、 退場機制

(一) 參與本方案之保險醫事服務機構，如於方案執行期間有違反特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約之日起退出執行本方案。

(二) 辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、資料不齊全(含書面資料及電子檔案)或參與方案有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本方案日起退出本方案。

(三) 保險醫事服務機構如經保險人終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人申請複核，但以一次為限。

十五、 其他事項

(一) 報備支援規定：支援醫事人員均應依醫事相關法規向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請中醫師考量醫療負擔能力提供支援服務。

(二) 本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料。

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

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

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案
申請表

申請日期：　　年　月　　日

<table>
<tr><td>醫事服務
機構名稱</td><td colspan="2"></td><td>醫事服務
機構代碼</td><td></td></tr>
<tr><td>醫事服務
機構地址</td><td colspan="2"></td><td>醫事服務
機構電話
(聯絡人)</td><td></td></tr>
<tr><td>照護機構
名稱</td><td colspan="2"></td><td>機構代碼</td><td></td></tr>
<tr><td>照護機構
地址</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">照護機構
電話(聯絡人)</td></tr>
<tr><td>執行時段</td><td colspan="4">每週　　次，每星期
上午(下午)　時　分至　時　　分，共　　小時</td></tr>
<tr><td colspan="5">參與照護方案醫事人力</td></tr>
<tr><td colspan="2">醫師</td><td colspan="2">藥事人員</td><td>護理人員</td></tr>
<tr><td colspan="2">位</td><td colspan="2">位</td><td>位</td></tr>
<tr><td>醫事類別</td><td>醫事人員姓名</td><td colspan="2">身分證統一編號</td><td>證書字號</td></tr>
<tr><td>醫師</td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>(藥師)</td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>(護理師/護士)</td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">院所印章</td><td colspan="3">負責醫師簽章：</td></tr>
<tr><td colspan="5">註：
1.參與本方案中醫師及相關醫事人員，應依各該醫事人員法相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援。參與照護方案醫事人力眾多，可另行檢附名冊。
2.本表填報以單一照護機構為限。</td></tr>
</table>

附件 2

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書

特約醫事服務機構名稱：＿＿＿＿＿＿ 代號：＿＿＿＿＿＿

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

一、每月20日（併費用申報作業辦理）前，至健保資訊網服務系統(VPN)「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院住民名冊。

二、醫事人員執行相關診療服務後，於醫療院所病歷及照護機構診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章。

三、申請支援核備檢送之相關文件資料正確無誤，檢附下列資料，□1.前往支援醫療作業說明表、□2.衛生主管機關核定公文影本或醫事人員報備支援申請書、□3.支援照護機構之門診時程表、□4.照護機構立案證明影本。□5.照護機構平面圖(標示診療室位置)、□6.照護機構診察室照片數張(須清晰可見整體空間及內部配置)。

四、於照護機構建置健保卡讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將院民健保卡攜回院所。刷卡方式說明：＿＿＿＿＿＿

五、照護機構必須配合保險人因業務需要所為之訪查或調閱相關資料。

特約醫事服務機構及 負責醫師大、小印章	照護機構印章及負責人印章

中華民國 年 月 日

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表

服務機構代號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 服務機構名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

照護機構代號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 照護機構名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

※注意事項：

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

中華民國　　年　　月　　日

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

年　　月門診異動表

一、申請單位資料：

1. 醫療院所名稱：

2. 負責醫師：

3. 聯絡電話：(　　)

4. 聯絡地址：□□□

二、照護機構資料：

1. 照護機構名稱：

2. 電話：

3. 地址：

三、支援照護機構時段異動表：

(一)原支援照護機構時段：

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

(二)異動後時段：

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

全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表

中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案論次費用

受理日期:	受理編號：		
醫事服務機構名稱:	醫事服務機構代號：	醫事類別：	費用年月：

編號	醫事人員姓名	醫事人員身分證字號	支付別	日期	服務地點	服務時段	服務時數	診療人次	申請金額
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
小計									

總表	項目 支付表	申請次數	服務時數	診療人次	每次 申請金額	申請金額額總數
	P6901C					
	總計					

負責醫師姓名：

醫事服務機構地址：

電話：

印信：

一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄:於最後一頁填寫。

二、支付別：P6901C，每診次支付 1,000 點，每診次至少三小時，未達三小時不予支付。

三、診療人次：填寫當次診療之人次。

四、填寫時同一請領人姓名應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」。

填表日期：　年　月　日

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案門診日報表

所屬分會：
承辦單位：
醫事服務機構代碼：
服務地點：
核准代碼：
照護機構代碼：

日期		月	日	時間: 時 分～ 時 分																
編號	姓名	身分證統一編號	出生年月日	性別	電話	診察費	藥費(天)	調劑費		治療處置						醫療費用	部分負擔	申請費用	身份別	備註

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

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「中醫三高病人加強照護計畫」條文修訂案，提請討論。

說明：

一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第 63 次會議決議辦理。

二、為方便院所查詢建議在第九條、費用申報及支付方式「(二)3.支付方式：依方案評核指標達成情形分四級支付」，協助提供評核指標資訊平台供院所照護個案查詢及「(三) 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」是否可新增開放 VPN 或醫令代碼上傳可供院所查詢。

三、為方便臨床第一時間收案，給予民眾即時的優質照護，建議先不預設主治醫師，以核定名冊為依據，建請將全民健康保險中醫三高病人加強照護方案 XML 批次上傳格式中「d007 醫事人員身份證號」列為非必要欄位。

四、建議修正文字如下：

	建議修訂條文	原條文
六	收案對象(會員) (一)保險人每半年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 ICD-10-CM 第 1-3 位診斷碼中具三高[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(同時使用中西醫則歸屬於就醫次數	收案對象(會員) (一)保險人每半年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，交付參與方案之中醫院所提供健康管理。

<table>
<tr><td></td><td>較多之醫別），做為較需照護名單，交付參與方案之中醫院所提供健康管理。</td><td></td></tr>
<tr><td>八
（一）</td><td>執行內容(一)參與院所需於保險人提供較需照護名單後，取得收案會員同意，收案會員以保險人提供之最新一次較需照護名單為準。</td><td>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 VPN(詳附件 2)，於收案後 3 個月內通知收案會員已被本方案收案及取得收案會員同意，收案會員以保險人提供之最新一次較需照護名單為準。</td></tr>
<tr><td>九
（一）</td><td>費用申報及支付方式（一）
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。（醫令申報代碼 P00000）。
(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。（醫令申報代碼 P00000）。
(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。（醫令申報代碼 P00000）。</td><td>費用申報及支付方式（一）
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。</td></tr>
<tr><td>九
（一）</td><td>費用申報及支付方式（一）
4.檢驗數據
收案會員於方案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)。<table><tr><td>疾病型態</td><td>檢驗(查)項目</td></tr><tr><td>高血壓</td><td>血壓紀錄上傳 VPN</td></tr><tr><td>高血糖</td><td>HbA1c、LDL</td></tr><tr><td>高血脂</td><td>LDL</td></tr></table></td><td>費用申報及支付方式（一）
4.檢驗數據
收案會員於方案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。<table><tr><td>疾病型態</td><td>檢驗(查)項目</td></tr><tr><td>高血壓</td><td>血壓</td></tr><tr><td>高血糖</td><td>HbA1c、LDL</td></tr><tr><td>高血脂</td><td>LDL</td></tr></table></td></tr>
</table>

九 (三) 1.	1.會員急診率(30分) (1) ≦收案會員30百分位，得20分。 (2) >收案會員30百分位，但≦收案會員45百分位，得16分。 (3) >收案會員45百分位，但≦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。	1.會員急診率(20分) (5) ≦收案會員30百分位，得20分。 (6) >收案會員30百分位，但≦收案會員45百分位，得16分。 (7) >收案會員45百分位，但≦收案會員65百分位，得10分。 (8) 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。
九 (三) 4.	刪除(因成人預防保健檢查項目依年齡、年度會產生可執行的差異，將分數10分移至會員急診率)	方案評核指標 4.成人預防保健檢查率(10分) (1)≧35%，得10分。 (2)＜35%，但≧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》以上會員數)。 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。
九 (四)	本方案相關費用於執行年度結束後由保險人各分區業務組依方案執行結果核定後核付。	本方案相關費用由保險人各分區業務組依方案執行結果核定後核付。
附件一	受訓日期	受訓課程名稱及日期 (檢附相關證明)

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：

<table>
<tr><td rowspan="3">基本資料</td><td>院所名稱</td><td></td><td>院 所 代 碼</td><td></td></tr>
<tr><td>方案聯絡人姓名</td><td></td><td>方案聯絡人電話</td><td></td></tr>
<tr><td>方案聯絡人 E-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="11">審核項目</td><td>醫 師 姓 名</td><td>身分證字號</td><td>中醫師證書字號</td><td>受訓~~課程名稱及~~日期
~~(檢附相關證明)~~</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">保險醫事服務機構自評項目</td><td colspan="2">請 V 選</td><td>備註</td></tr>
<tr><td colspan="2">院所是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反 □違反</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">醫師是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反 □違反</td><td></td></tr>
<tr><td>機構章戳</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>(本欄位由審查單位填寫)
審核意見欄</td><td colspan="4">1□審核通過。
2□不符合規定。
3□資料不全，請於　月　日內補齊。
4□其他

審核日期：　年　月　日</td></tr>
</table>

本署意見：

一、針對中醫全聯會建議修訂事項，本署說明如下：

（一）建議將指標達成情形提供院所查詢：本方案指標計算已建置完成，刻正進行 VPN 查詢及下載功能建置，於建置期間，本署分區業務組可協助下載相關指標計算結果提供院所參考。

（二）建議收案資料上傳內容，將「醫事人員身份證號」欄位改為非必填：收案資料批次上傳或單筆登錄係指已有收案日期、醫師 ID 等資料後進行收案，且如後續欲修改收案醫師，亦可通知本署各分區業務組協助修改。

（三）建議將三高相關第 2、3 診斷碼納入較需照護名單擷取條件中及中西醫就醫次數以分派至就醫多之醫別：

1. 本年第二次派案個案已擷取就醫主、次診斷為三高者，並排除以三高為主診斷於西醫就醫者做為較需照護名單，交付予三高就醫件數最高的中醫院所收案照護。
2. 本方案已明訂收案對象排除西醫照護方案，如欲調整分派原則，建議應與西醫團體協議獲共識後據以修訂。

（四）建議刪除「將會員資料上傳至健保資訊網服務系 VPN，於收案後 3 個月內通知收案會員」規定：查家醫計畫及地區醫院全人全社區照護計畫採派案方式提供院所較需照護名單，需由院所進行收案，並於收案 3 個月內通知個案並取得收案同意，考量收案應獲病人知情同意，以避免後續爭議，爰建議維持條文規定。

（五）建議收案列入 P 碼申報與核定，方便雲端查詢與臨床追蹤與照護：考量個案管理費係每年支付一次，且尚需按收案月份、院所醫師參與月份等條件等比例支付且有不給付條件，與每月申報 P 碼模式不同，爰建議維持現行規定。

（六）建議刪除個案管理費「收案會員於方案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」規定：本項規定係為了避免院所收案後未實際收案照護，如欲刪除本項，建議新增「於收案院所無三高相關就醫紀錄，則不予核付本項費用」規定。

（七）建議品質照護獎勵費之方案評核指標增加會員急診率(20

分)佔比至(30 分)，並刪除「4.成人預防保健檢查率(10 分)」：考量本方案為第一年實施，相關指標達標情形尚須觀察，且經初步分析，截至 115 年 8 月成人預防保健檢查率已達滿分院所約 66%(66/100)，爰建議維持原指標。

(八) 建議將方案中清楚明訂「費用核定時點」：同意修訂。

(九) 建議刪除附件 1「方案申請書」中填具受訓課程名稱及日期後需「檢附相關證明及受訓課程名稱」之文字，統一由中醫師全聯會定期檢送上課合格名單予健保署核備，並轉知分區業務組：同意修訂，並將於問答集新增「如為其他學(協)會舉辦之三高防治教育訓練課程，則須檢附課程名稱及相關證明文件」。

二、本署另建議方案修訂處摘要如下:(詳如後附修正對照表)

(一) 收案對象(會員)：

1. 修訂收案對象截取條件：中醫師於診療三高相關疾病時，常將三高相關診斷碼列於次診斷代碼，爰修訂收案對象為最近一年具有三高相關主、次診斷代碼者。

2. 新增結案條件：將 VPN 收載之結案原因明訂於方案內，且如收案時間較長時可能與本署相關方案重複收案，經醫師評估個案應可自行照護，爰一併新增為結案條件。

(二) 參與方案醫療院所、醫師資格及申請資格：為簡化行政流程，院所可透過函文或 VPN 線上申請方式參與本方案，爰刪除院所申請核定後，分區業務組須函復院所並副知中醫全聯會之規定。

(三) 執行內容：

1. 新增「如未於 3 個月內取得會員同意應進行結案」等文字說明(原於問答集說明)。

2. 新增與西醫院所建立合作模式，如為同院亦可以轉介或會診方式，以完善三高病人個案照護。

(四) 支付費用：

1. 個案管理費：

(1) 生活習慣自評加成費：生活型態評估量表/生活習慣自評之建檔方式有 2 種，可由民眾於健康存摺自填或由院所協助於 VPN 建檔，爰增加文字說明。

(2) 個人健康資料加成費，以單一個案不重複給付為原則，

新增以每人支付一次為限，而生活習慣自評加成費，以每人每年支付一次為限。

(3)不予核付之規定，將「會員應至少有一筆三高疾病相關之檢驗數據」改為「於收案院所須有就醫紀錄」：為避免其他院所未上傳檢驗資料而影響參與院所權益，並考量院所上傳收案會員基本資料後，可能會有未實際執行會員照護等情形。

2. 明訂「費用核定時點」：本方案相關費用於執行年度結束後由保險人分區業務組依方案執行結果核定後核付。

(五)退場機制：增訂部分科別或服務停約及依計畫特性，授權分區業務組得視違規情節另予考量之規範。

決議：

附件

「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」修正對照表

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
(同現行條文)	**一、計畫依據** 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。		
(同現行條文)	**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防治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 自公告日起至~~115~~116年12月31日。	**三、施行期間** 自公告日起至115年12月31日。	修正年度。	
(同現行條文)	**四、執行目標** 收案照護人數達3萬人。		
(同現行條文)	**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）保險人每半年依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取~~前~~最近一年門診明細清單資料(排除	**六、收案對象(會員)** （一）保險人每半年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	修正收案會員擷取條件： （一）考量每半年提供一次較需照	中醫全聯會： 1. 建議將第2、3診斷碼納入較需照護名單擷取條件中。

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
（二）外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)，以主、次診斷代碼中具三高[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，交付參與方案之中醫院所提供健康管理。	（二）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，交付參與方案之中醫院所提供健康管理。	（二）護名單，其資料係採最新資料擷取，爰酌修文字。 （三）考量中醫師於執行一般門診業務時，因應病人當次就診之主要症狀與治療需求，三高相關疾病診斷，實務上常列於次診斷代碼，而非主診斷代碼，爰明確定義診斷代碼採主、次診斷。	(1) 此方案之收案對象資料由健保署每半年擷取前一年門診明細清單資料排除計畫規定條件後，做為較需照護名單交付院所參考。 (2) 中醫診療不分科，醫師於執行一般門診業務時，因應病人當次就診之主要症狀與治療需求，三高相關疾病診斷，實務上常列於**第2或第3診斷碼**，而非第1診斷碼。 (3) 目前健保署於擷取「三高較需照護名單」時，若僅以第1診斷碼作為篩選條件，將可能造成實際具有三高疾病且符合加強照護條件之病人未被納入名單，形成個案流失，無法有效提供照護資源之情形。

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
			2. 中西醫就醫次數以分派至就醫多之醫別。 本署： 1. 本年第二次派案個案已擷取就醫主、次診斷為三高者皆納入較需照護名單，擬同意中醫全聯會修正建議。 2. 本方案已明訂收案對象排除西醫照護方案，如欲調整分派原則，建議應與西醫團體協議獲共識後據以修訂。
(同現行條文)	（二）前述名單排除全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫、全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫、衛生福利部國民健康署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。		
(同現行條文)	（三）交付原則：以三高就醫件數最高之		

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
	中醫保險醫事服務機構收案照顧。 （四）每名醫師之收案人數上限為100人。		
（五）結案條件： 1. 個案死亡。 2. 個案遷徙且長期失聯。 3. 個案不同意收案。 4. 與相關照護計畫/方案重複收案，且經醫師評估可自行照護。		新增結案條件： （一）將目前VPN收載之結案原因明訂於方案內。 （二）考量收案時間較長時可能與本署相關方案重複收案，經醫師評估個案應可自行照護，爰新增為結案條件。	
七、參與方案醫療院所、醫師資格及申請資格 （一）申請參與本方案之中醫師：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，且每年應接受8小時三高防治教育訓練課程(包含高血壓、高血糖、高血脂)。	**七、參與方案醫療院所、醫師資格及申請資格** （一）申請參與本方案之中醫師：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，且每年應接受8小時三高防治教育訓練課程(包含高血壓、高血糖、高血脂)。	刪除附件1「(檢附相關證明) 及受訓課程名稱」文字： 考量目前由中醫全聯會舉辦教育訓練定期(每季)提交8小時三高防治教育訓練課程名單予本署建檔，爰刪除「(檢附相關證明)及受訓課程名稱」，並將於問答集新增「如為其他學(協)會舉辦之三高	中醫全聯會： 建議刪除附件1「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案申請書」中填具受訓課程名稱及日期後需「檢附相關證明及受訓課程名稱」之文字。統一由中醫師全聯會定期檢送上課合格名單予健保署核備，並轉知分區業務組。

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
		防治教育訓練課程，則須檢附課程名稱及相關證明文件」。	本署： 同意中醫全聯會修正建議，並將於問答集新增「如為其他學(協)會舉辦之三高防治教育訓練課程，則須檢附課程名稱及相關證明文件」。
(同現行條文)	（二）申請參與本方案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方案申請(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	（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方案申請(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	考量院所可透過函文或 VPN 線上申請方式參與本方案，分區業務組實際作業不一定會發函予院所及中醫全聯會，且	

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
起執行本方案。	本方案。	中醫全聯會可至本署全球資訊網查詢本署同意參與本方案院所名單，爰刪除「由保險人分區業務組函復險醫事服務機構副知中醫全聯會」，以簡化行政流程。	
（四）因離職而退出醫師之會員，可由原參與院所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人~~各~~分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原院所已參加本方案醫師，則需由院所主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。	（四）因離職而退出醫師之會員，可由原參與院所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原院所已參加本方案醫師，則需由院所主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。	配合方案內其他文字酌修。	
(同現行條文)	（五）前一年度已參加本方案之醫療院所或醫師，若未有本方案十一、退場機制所列之情形者，得延續執行本方案，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<u>或登錄</u>至健保資訊網服務系統VPN(詳附件2)<u>進行收案</u>，於收案後3個月內通知收案會員已被本方案收案及取得收案會員同意，	**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)，於收案後3個月內通知收案會員已被本方案收案及取得收案會員同意，收案會員以保險人提供之最新	一、 考量現行VPN收案資料已可以透過批次上傳及單筆登錄方式進行收案，爰微調文字。	<u>中醫全聯會：</u> <u>1. 刪除「將會員資料上傳至健保資訊網服務系 VPN(詳附件 2)，於收案後3個月內通知收案會員已被本方案</u>

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
如未能於3個月內通知或未取得會員同意，參與院所須將收案會員進行結案。收案會員以保險人提供之最新一次較需照護名單為準。 （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或同院轉介、會診、共同照護機制。 （四）應製作本方案收案會員權利義務說明書或方案會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本方案內容及其權益、義務，並提供收案會員確認回饋機制，並留存備查。	一次較需照護名單為準。 （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）應製作本方案收案會員權利義務說明書或方案會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本方案內容及其權益、義務，並提供收案會員確認回饋機制，並留存備查。	二、現行VPN作業並無暫存功能，爰附件2「登錄資料未完整」改為「已收案但未登錄基本資料」應於兩個月內補正，以符合實務作業。 三、依據本方案問答集項次2說明，新增「如未取得會員同意應進行結案」等文字說明。 四、依據本方案問答集項次11說明，新增「與西醫院所建立合作模式，如為同院亦可以轉介或會診之方式」等文字說明，並同步修正附件1文字。	收案及」。 2. 建議開放可單筆收案，方便臨床一發現個案後即可登錄VPN收案資料，第一時間完成收案。 3. 若採行批次申請收案者，檔案須上傳xml檔，不但耗費資訊費用且要資訊人力協助轉檔上傳，建議先以核定名冊為收案對象即可登錄收案。 4. 若採行批次上傳申請者，不預設主治醫師，可待臨床醫師決定收案後即確定主治醫師，以提升收案及時性。 本署： 1. 查家醫計畫及地區醫院全人全社區照護計畫採派案方式提供院所

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
			較需照護名單，需由院所進行收案，並於收案3個月內通知個案並取得收案同意，考量收案應獲病人知情同意，以避免後續爭議，爰建議維持條文規定。 2. 現行VPN已開發單筆收案及結案功能，以利院所作業。 3. 收案資料批次上傳或單筆登錄係指已有收案日期、醫師ID等資料後進行收案，且如後續欲修改醫師，亦可通知本署各分區業務組協助修改。
(同現行條文)	（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		

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
	驗費。 （六）本方案限單一院所收案，不得重複；參與本方案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）參與本方案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~~，並以每人支付一次為限。 (3)生活習慣自評加成費：完成生活習慣自評建檔者或收案對象自行至健康存摺填寫生活型態評估量表(附件4)，每人支付40點~~/年~~，並以每人每年支付一次為限。	**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。	一、 依據本方案問答集項次15說明，生活型態評估量表/生活習慣自評之建檔方式有2種，可由民眾自行至健康存摺填寫或院所協助至VPN填報，爰增加文字說明。 二、 個人健康資料加成費，考量如個案於前一年已有建置資料，將不重複給付。而生活習慣自評加成	中醫全聯會： 收案列入P碼申報與核定，方便雲端查詢與臨床追蹤與照護之用，並且可供必要之醫療服務及轉介佐參。 本署： 考量個案管理費係每年支付一次，且尚需按收案月份、院所醫師參與月份等條件等比例支付且有不給付條件，與每月申報P碼模式不同，爰建議維持現行規定。

<table>
<tr><th>116年修正條文</th><th>115年現行條文</th><th>修正說明</th><th>中醫全聯會建議修正及本署回應</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>費，以每人每年支付一次為限。</td><td></td></tr>
<tr><td>(同現行條文)</td><td>2. 收案會員及死亡個案之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，參與方案之特約院所或醫師於參與方案期間，如因故中途退出本方案，則依方案參與月份數按比例核付個案管理費(收案未滿3個月退出者除外)，其餘費用則不予核付。</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4. ~~收案會員於方案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。~~
<table><tr><th>~~疾病型態~~</th><th>~~檢驗(查)項目~~</th></tr><tr><td>~~高血壓~~</td><td>~~血壓~~</td></tr><tr><td>~~高血糖~~</td><td>~~HbA1c、LDL~~</td></tr><tr><td>~~高血脂~~</td><td>~~LDL~~</td></tr></table>4. 會員若於方案執行期間於收案院所無三高相關就醫紀錄，則不予核付本項費用。</td><td>4.收案會員於方案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。
<table><tr><th>疾病型態</th><th>檢驗(查)項目</th></tr><tr><td>高血壓</td><td>血壓</td></tr><tr><td>高血糖</td><td>HbA1c、LDL</td></tr><tr><td>高血脂</td><td>LDL</td></tr></table></td><td>一、 考量院所上傳收案會員基本資料後，可能會有未實際執行會員照護等情形；爰新增於方案執行期間於收案院所須有三高相關就醫紀錄之不予核付條件。
二、 如已有前項不予核付條件，為避免其他院所未上傳檢驗資料而影響參與院所權益，爰刪除本項規</td><td>中醫全聯會：
1. 刪除「4. 收案會員於方案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。」上傳檢查檢驗數據之規定已做為「品質照護獎勵費」的方案評核指標項目，故不應再依此做為不予核付個案管理費之核扣依據。
2. 新增血壓紀錄透</td></tr>
</table>

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
		定。	過醫令或VPN可分次上傳的功能，以利持續追蹤及即時查詢。 3. 若院所已依規定完成各項檢驗，僅因未及時上傳檢驗數據，即遭不予給付個案管理費，恐有失公平。 本署： 本項規定係為了避免院所收案後未實際收案照護，如欲刪除本項，建議新增「於收案院所無三高相關就醫紀錄，則不予核付本項費用」規定。
（二）品質照護獎勵費： 1. 會員若於方案執行期間於收案院所無就醫紀錄，則不予核付本項費用。 2. 方案實施第一年會員須連續被收案照護達6個月始得核付本項費用，第2年起會員須連續被收案照護達9個月始得核付本項費用。	（二）品質照護獎勵費： 1. 會員若於方案執行期間於收案院所無就醫紀錄，則不予核付本項費用。 2. 方案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。	酌修文字。	
(同現行條文)	3. 支付方式：依方案評核指標達成情		

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
	形分四級支付： (1)特優級：方案評核指標分數≧80分，則支付每人1,000點。 (2)良好級：方案評核指標分數介於70分≦～＜80分，則支付每人750點。 (3)輔導級：方案評核指標分數介於60分≦～＜70分，則支付每人500點。 (4)不支付：方案評核指標分數＜60分，則不予支付。		
（三）方案評核指標： (同現行條文)	（三）方案評核指標： 1. 會員急診率(20分) (1)≦收案會員30百分位，得20分。 (2)>收案會員30百分位，但≦收案會員45百分位，得16分。 (3)>收案會員45百分位，但≦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。		中醫全聯會： 1. 增加會員急診率(20分)佔比至(30分)，並刪除「4.成人預防保健檢查率(10分)」。 2. 因成人預防保健檢查項目依年齡、年度會產生可執行的差異，建議另行研議替代指標。 本署： 考量本方案為第一年實施，相關指標達標情形尚須觀察，且經初步分析，截至115年8月成

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
			人預防保健檢查率已達滿分院所約66%(66/100)，爰建議維持原指標。
(同現行條文)	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.≧60%，得25分。 B.<60%，但≧55%，得20分。 C.<55%，但≧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.≧60%，得25分。 B.<60%，但≧55%，得20分。 C.<55%，但≧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。		

<table>
<tr><th>116年修正條文</th><th>115年現行條文</th><th>修正說明</th><th>中醫全聯會建議修正及本署回應</th></tr>
<tr><td></td><td>(3)控制良好範圍：
<table>
<tr><th rowspan="2">疾病組合</th><th colspan="2">檢驗項目控制良好範圍</th></tr>
<tr><th>HbA1c</th><th>LDL</th></tr>
<tr><td>高血糖</td><td>< 7%；80 歲以上病人為 <8%</td><td><100 mg/ dL</td></tr>
<tr><td>高血脂</td><td>-</td><td><100 mg/ dL</td></tr>
<tr><td>高血糖+高血脂</td><td>< 7%；80 歲以上病人為 <8%</td><td><100 mg/ dL</td></tr>
</table>
(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</td><td></td><td></td></tr>
</table>

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
	獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。		
(同現行條文)	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)≧70%，得20分。 (2)<70%，但≧60%，得15分。 (3)<60%，但≧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)≧35%，得10分。 (2)＜35%，但≧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》以上會員數)。 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、	4.成人預防保健檢查率(10分) (1)≧35%，得10分。 (2)＜35%，但≧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》以上會員數)。 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	酌修文字，以避免誤解須於收案的院所接受成人健檢。	

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。	理者。		
（四）本方案相關費用於執行年度結束後由保險人~~各~~分區業務組依方案執行結果核定後核付。	（四）本方案相關費用由保險人各分區業務組依方案執行結果核定後核付。	明訂「費用核付時點」。	中醫全聯會： 建議將方案中有關「費用核定時點」之文字敘述更清楚明訂。 本署： 同意中醫全聯會修正建議。
(同現行條文)	（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。		
(同現行條文)	**十、執行報告** 執行本方案之保險醫事服務機構，應於方案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）參加本方案之保險醫事服務機	**十一、退場機制** （一）參加本方案之保險醫事服務機	依本署115年8月7日第 1158131892 號	

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
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等情形之一，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，應自保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起終止，退出執行本方案。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，保險人分區業務組得視違規情節及醫療院所提供本方案服務之成效，另予考量。 (二) 前項處以停約之保險醫事服務機構，屬部分科別或服務項目停約者，得繼續參加本方案，惟不得提供受處分之診療科別或服務項目之醫療服務。 (三) 參與方案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，致自動退出本方案。	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等情形之一，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，應自保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起終止，退出執行本方案。 (二) 參與方案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，致自動退出本方案。	簽，本署後續於修訂相關專案計畫時，一律於退場機制增訂部分科別或服務停約及依計畫特性，授權分區業務組得視違規情節另予考量之規範，以為齊一。	
(同現行條文)	(三) 經核定終止方案資格或方案不予續辦。 (四) 保險人提供評核指標介於60分至70分(60分≦評核指標＜70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		

116年修正條文	115年現行條文	修正說明	中醫全聯會建議修正及本署回應
	改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得繼續參加本方案(方案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分)，應退出本方案，1年內不得再加入本方案。 （五）如評核指標未達60分者(評核指標＜60分)，應退出本方案，1年內不得再加入本方案。本項規定於方案實施第二年起適用，方案實施第一年比照上述評核指標介於60分至70分(60分≦評核指標＜70分)之院所辦理。		
(同現行條文)	**十二、**執行本方案之保險醫事服務機構，未依本方案規定事項執行者，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方案。		
(同現行條文)	**十三、**新年度方案未公告前，延用前一年度方案；新年度方案依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度方案者，得執行至保險人公告日之次月底止。		
(同現行條文)	**十四、**本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。		

附件1

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：

<table>
<tr><td rowspan="3">基本資料</td><td>院所名稱</td><td></td><td>院 所 代 碼</td><td></td></tr>
<tr><td>方案聯絡人姓名</td><td></td><td>方案聯絡人電話</td><td></td></tr>
<tr><td>方案聯絡人 E-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="11">審核項目</td><td>醫 師 姓 名</td><td>身分證字號</td><td>中醫師證書字號</td><td>受訓~~課程名稱及~~日期
~~(檢附相關證明)~~</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">保險醫事服務機構自評項目</td><td>請 V 選</td><td>備註</td></tr>
<tr><td colspan="2">院所是否二年內未違反健保相關法規</td><td>□未違反　□違反</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">醫師是否二年內未違反健保相關法規</td><td>□未違反　□違反</td><td></td></tr>
<tr><td>機構章戳</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>(本欄位由審查單位填寫)
審核意見欄</td><td colspan="4">1□審核通過。
2□不符合規定。
3□資料不全，請於　月　日內補齊。
4□其他

審核日期：　年　月　日</td></tr>
</table>

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或同醫院中醫轉介西醫資料之共享

(四)其他合作模式

附件2

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、 參與方案之醫師需透過醫事服務機構向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~~收案資料經本系統上傳或登錄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，對於已收案但未完成收案資料登錄~~未完整~~之醫療院所應於收案後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。

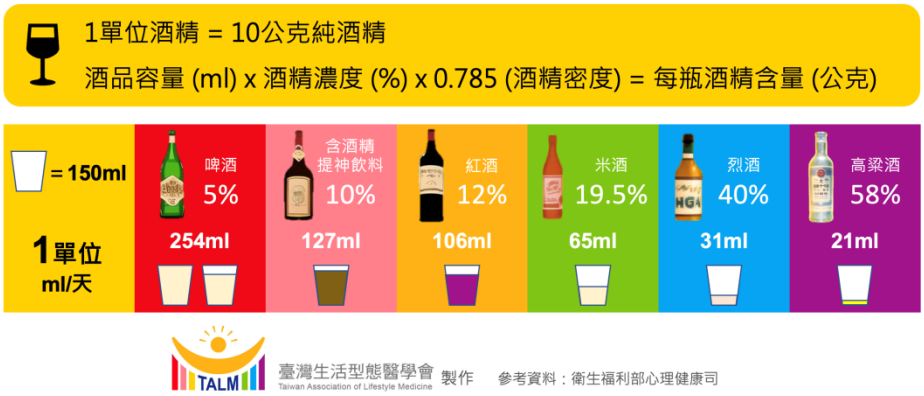
附件3

「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(皆為必填)			
姓名		性別	□男 □女
出生日期	西元 年 月 日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉(鎮)
家庭生命週期： □新婚夫婦 □第一個小孩誕生 □有學齡兒童 □有青少年子女 □子女外出創業 □空巢 □老化的家庭			
醫療病史及菸酒檳習慣(部分必填)			
慢性病史 □1.高血壓 □2.糖尿病 □3.腎臟病 □4.缺血性心臟病 □5.心律不整 □6.心臟衰竭 □7.腦血管疾病 □8.腫瘤 □9.貧血 □10.關節炎 □11.高膽固醇血症 □12.痛風或高尿酸血症 □13.過敏性鼻炎 □14.氣喘 □15.慢性肺疾病 □16.消化性潰瘍 □17.功能性腸胃問題 □其他			
家族病史及相關健康問題 (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) □1.無 □2.糖尿病【 】 □3.高血壓【 】 □4.心臟病【 】 □5.腦血管病變(中風)【 】 □6.高血脂【 】 □7.腎臟病或尿毒症【 】 □8.惡性腫瘤【 】 □9.遺傳性腎臟疾病【 】 □10.多囊腎【 】 □11.痛風【 】 □12.自體免疫性疾病【 】 □13.其他【 】 □14.不知			
長期藥物使用（使用達 3 個月以上） □降血壓藥 □胰島素 □降血糖藥 □降血脂藥 □降尿酸藥 □NSAID □中草藥 □其他_____			
食物過敏史食物名稱：		藥物過敏史藥物名稱：	
抽菸：(非必填) 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			
喝酒：(非必填) 1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常喝 (每週>2 天)			
嚼檳榔：(非必填) 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)			
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)			

附件4　　生活型態評估量表

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	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)

	
	(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
16	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」)
	(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
17	我每晚大約睡幾個小時？
	少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多 (0、3、5分)
18	我每天大約吃幾份水果？(1份是1拳頭大小或一碗8分滿) 
	少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(0、1、2 分)
19	我每天坐著的總時間大約有幾小時？
	少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多(3、1、0 分)
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)。

	
	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

討論事項第九案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關116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 63 次會議決議辦理。

二、 全民健康保險會於116年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過本項116年給付為65.8百萬與原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8百萬元)合併運用(計88.6百萬元)。

三、 修正第三條施行期間年度為：116年1月1日至116年12月31日。

本署意見：

一、114 年中醫門診總額品質保證保留款實施方案核發情形(如頁次討9-4~討9-5頁)。

二、本署業於115年9月30日以健保醫字第1150664308號函請中全會參酌評核會委員研擬修訂品保款方案，惟本次提案指標項目並未修正，請中全會於會上說明未修正之原因。

三、方案第玖條第4項為減計指標：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(案件分類 21)、中醫慢性病(案件分類 24)、中醫慢性病連續處方調劑(案件分類 28)及過敏性鼻炎照護計畫(案件分類 22)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%。第玖條第4項文字及操作型定義修正條文如下：

指標項目	原條文或操作型定義	修訂後條文或操作型定義	說明
第玖條第4項為減計指標	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）。	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未達~~為~~3%~~(含)以下~~者，依核算基礎(A)減計10%（註11）。	本項指標為減計項目，為避免已達3%院所因指標計算：分子/分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】仍被列入減計，爰建議將給藥七天以上之件數占率為3%(含)以下者之(含)刪除。
註11：「院所提供慢性病照護未達一定比例」	1.資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件(案件分類21)、中醫慢性病(案件分類24)及中醫慢性病連續處方調劑(案件分類28)之案件。 2.說明：慢性病給藥7天以上之件數占率 A.分子：分母院所當年度申報下列案件分類，給藥7天以上之件數總計。 案件分類：24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 B.分母：院所當年度申報下列案件分類之件數總計。 案件分類：21(中醫一般案件)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病	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)、中醫慢性病(案件分類24)及中醫慢性病連續處方調劑(案件分類28)之案件。 2.說明：慢性病給藥7天以上之件數占率 A.分子：分母院所當年度申報下列案件分類，給藥7天以上之件數總計。 案件分類：24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 B.分母：院所當年度申報下列案件分類之件數總計。 案件分類：21(中醫一般案件)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 C.指標計算：分子/分	因部分中醫診所僅申報案件分類為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)，未申報前述(案件分類21、22、24、28)之案件。爰建議本項指標操作型定義增列排除僅申報案件分類為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)、

	連續處方調劑)之案件。 C.指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第 2 位(4 捨 5 入)】 3.資料排除診察費為 0 或補報原因註記為「2：補報部分醫令或醫令差額」之案件。.	母。【取至小數點後第 2 位(4 捨 5 入)】 3.資料排除診察費為 0 或補報原因註記為「2：補報部分醫令或醫令差額」之案件。 4.資料排除以下任一條件者:案件分類為 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)。	29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)之中醫診所(如頁次討 9-14 頁)。

四、 方案第柒條第 2 項不予核發指標：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。(全年複核核減點數)/(全年申請點數+部分負擔)。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。

1. 部分中醫院所反映年平均核減率採全年複核核減點數，經本署專審後於 115 年 5 月同意補付，據此再重新計算中醫診所 114 年度平均核減率，即未達不予核發之條件。惟本項指標截取時間點為次年 2 月底(傳票日期)前，未完成複核月份以初核核減率計算。
2. 115 年 11 月 5 日本署企劃組函示依方案操作型定義辦理。
3. 請中全會是否參考院所意見，修正本方案規定，處理類似情形。

五、 為保障保險對象就醫權益，醫院部分科別或服務項目停約者，中醫科得繼續參加本方案，惟不得提供受處分之診療科別或服務項目之醫療服務。如有特殊情形，保險人分區業務組得視醫療院所違規情節，另予考量。

決議：

表 1：114 年度中醫門診總額品質保證保留款預算

年季	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季	合計
預算數	12,999,248	13,135,584	13,059,527	13,411,227	52,605,586

製表日期：115 年 7 月 1 日

預算:	52,605,586
申復:	243,613
實際預算:	52,361,973

表2、114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(1109家)		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】		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	1,311	927	13,257,930	335	49	70.7%	25.6%	3.7%
北區	535	402	8,041,378	112	21	75.1%	20.9%	3.9%
中區	1,173	926	15,719,909	194	53	78.9%	16.5%	4.5%
南區	598	419	5,557,928	159	20	70.1%	26.6%	3.3%
高屏	629	490	8,699,719	116	23	77.9%	18.4%	3.7%
東區	83	56	1,085,085	21	6	67.5%	25.3%	7.2%
總計	4,329	3,220	52,361,949	937	172	**74.4%**	21.6%	4.0%

註1：114年預算係合計106年於一般服務之額度及114年編列之品質保證保留款額度共52,605,586元，扣減申復金額243,613元，實際預算52,361,973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，故實際核發52,361,949，與預算相較結餘24元。

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。

(九)114年符合核發品質保證保留款資格前30%之院所，核算基礎(A)再加計100%。

製表日期:115年7月1日

製表單位:醫務管理組

附件

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4月14日健保醫字第1150106626號公告修訂
中華民國115年0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，獎勵績效卓著之中醫門診特約醫事服務機構。

參、預算來源：

全民健康保險年度中醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、支用條件：

一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次。

二、提供資料及來源：本方案第柒點第四項、第五項、第七項及第捌點第三項與第玖點第一項，由中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）於次年2月底前提供名單並函請全民健康保險保險人(以下稱保險人)辦理結算。

伍、預算分配方式：

一、核算基礎：

(一)該院所之核算基礎(A)

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

說明：當年申報醫療服務點數及年平均核付率以次年1月底為截止點。

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

各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=

60%×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)。為保障保險對象就醫權益，屬醫院部分科別或服務項目停約者，得繼續參加本方案，惟不得提供受處分之診療科別或服務項目之醫療服務。如有特殊情形，保險人分區業務組得視醫療院所違規情節，另予考量。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)。

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、「全民健康保險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）。

三、「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）。

四、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未達~~為~~3%~~(含)以下~~者，依核算基礎(A)減計10%（註11）。

拾、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，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 ：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 ：「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）。
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_%	資料範圍：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。

指標項目	操作型定義
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 %	資料範圍：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。
註8:「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」院所核算基礎加計_5 %	資料範圍：當年度曾參與「居家醫療照護整合計畫」院所。
註9 :「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」	1. 分母：全年同一院所、同月看診總人數加總。 2. 分子：全年同一院所、同一病人、同月看診次數8次（含）以上人數加總。 3. 指標計算(S)：分子總和 / 分母總和。 4. 全年計算平均比率，進行百分位排序。 5. 所有資料排除符合以下任一條件者： (1) 診察費＝0 (2) 案件類別 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)。之專款項目案件。

指標項目	操作型定義
註10：「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」	1. 資料範圍：所有屬中醫門診給藥天數小於等於7日案件。 2. 公式說明： 分子：按同一院所及病人ID歸戶，計算每個ID的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為1日之重複日數。 分母：同一院所給藥案件之給藥日份加總。 ※給藥案件係藥費不為0，或給藥天數不為0。 3. 指標計算：分子 / 分母。 4. 指標進行百分位排序。 5. 資料排除以下任一條件者：案件分類為A3(預防保健)、B6(職災案件)、22(中醫其他專案)、25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)及31(中醫居家)之案件。
註11：「院所提供慢性病照護未達一定比例」	1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件(案件分類21)、中醫慢性病(案件分類24)及中醫慢性病連續處方調劑(案件分類28)之案件。 2. 說明：慢性病給藥7天以上之件數占率 A. 分子：分母院所當年度申報下列案件分類，給藥7天以上之件數總計。 案件分類：24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 B. 分母：院所當年度申報下列案件分類之件數總計。 案件分類：21(中醫一般案件)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點

指標項目	操作型定義
	後第2位(4捨5入)】 3. 資料排除診察費為0或補報原因註記為「2：補報部分醫令或醫令差額」之案件。 4. 資料排除以下任一條件者:案件分類為 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)。
【核發費用計算範例】	1. 該院所核算基礎(A)= (該院所申報當年醫療服務點數-當年申報藥費)× 該院所平均核付率(含部分負擔) 2. 各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B) = 60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數 3. 各院所品質保證保留款核算基礎合計=Σ(B)= (60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數)之合計 4. 符合核發資格之分數計算原則，如下: ①符合本方案第捌點第二項者，核予20分。 ②符合本方案第捌點第三項者，核予15分。 ③符合第捌點第四至九~~六~~項者，各核予10分。 ④符合本方案第玖點第一項者，當年度申報醫療費用之中醫師扣減2分，單一中醫院所最多扣減10分。 ⑤符合本方案第玖點第二至四~~五~~項者，各扣減5分。 ⑥符合核發品質保證保留款資格中醫院所，依前項分數加總並由高而低排列，取前90百分位進行核發。 ⑦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%。

指標項目	操作型定義
	5.試算範例如下: (1)僅符合基本資格(無本方案第柒、捌、玖點之情事)者 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算×（A）× 60% /Σ(B) (2)僅符合基本資格及教學研究績效卓著者(+10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算×(A)×(60%+10%)/Σ(B) (3)符合基本資格且於無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮地區開業者(+100%)、教學研究績效卓著者(+10%)但「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」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

附件

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。

附表一

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點
申請書

申請日期：　年　月　日

基本資料	院所名稱		院所代碼	
	負責醫師姓名		院所醫師數	名
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	上課日期
			台中字第　號	
			台中字第　號	
			台中字第　號	
			台中字第　號	
			台中字第　號	
			台中字第　號	
			台中字第　號	
			台中字第　號	
			台中字第　號	

	項目	審查結果	備註
檢送項目	學分證明書	□符合□未符合□其他	
	中藥用藥安全管理及品質提升作業要點查檢表	□符合□未符合□其他	

保險醫事服務機構	機構章戳		中醫全聯會審核意見欄	1□審核通過 2□不符合規定 3□資料不全，請補齊 4□ 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。

附表二

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點
查檢表

醫療院所名稱：　　醫療院所代碼：

地址：　　電話：

填表日期：

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

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

討論事項第十案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「116年度總額地區預算分配方式」修訂案，提請討論。

說明：

一、依本會全民健保中醫門診醫療服務審查執行會第63次會議決議暨中華民國中醫師公會全國聯合會115年10月19日(115)全聯醫總毅字第0797號函辦理。

二、建議年度修正及主要條文如下:

條文	修正條文	原條文
參、	計畫期間：116年1月1日至116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：	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。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: 一、東區預算占率 2.30%，先予分配；其餘五分區預算占率 97.70%。 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： 1、其中 380 百萬元用於補助	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： 1、自 115 年第 1 季起用於補助點值至 0.93 元之差

	點值，補助方式如下： (1)自116年第1季起用於補助點值至0.96元之差值，逐季使用至預算使用完畢為止。補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至0.96元之差值(且補助後平均點值不得高於次低分區的平均點值)。 (2)當季浮動點值低於0.96元之分區，最高補至0.96元，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116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 20 百萬元按季均分，撥予中區 10 百萬元、南區3百萬元、高屏區7百萬元。 三、 116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)62%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 %預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分	值，逐季使用至預算使用完畢為止。 2、當季浮動點值低於0.93元之分區，最高補至0.93元，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%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 %預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

	配。 (三)11%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。	(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。

本署意見：

有關 116 年中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區分配預算，本案預訂納入 115 年 11 月 23 日全民健康保險會第 7 屆 115 年第 10 次委員會議討論，將依會議決議辦理。

決議：

116 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、計畫期間：116 年 1 月 1 日起至 116 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。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:

一、東區預算占率 2.30%，先予分配；其餘五分區預算占率 97.70%。

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：

1、其中 380 百萬元用於補助點值，補助方式如下：

(1)自 116 年第 1 季起用於補助點值至 0.96 元之差值，逐季使用至預算使用完畢為止。補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.96 元之差值(且補助後平均點值不得高於次低分區的平均點值)。

(2)當季浮動點值低於 0.96 元之分區，最高補至 0.96 元，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~~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 116 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 20 百萬元按季均分，撥予中區 10 百萬元、南區 3 百萬元、高屏區 7 百萬元。

三、 116 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)62%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 %預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

(三)11%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」定義為須符合下列條件之一：

(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。

(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)115 年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

A.116 年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以 115 年 12 月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

B.115 年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = Σ115 年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數/Σ115 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。

2. 執行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。

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(ΣAi1) 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(ΣAi2) 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(ΣAi3) 條件說明：

一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。

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

三、計算步驟：

(一)計算去年同期全國就醫人數(季)(p)

(二)計算每位病患於各區就醫次數(a)

(三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)

＝每位病患於各區就醫次數(a)/Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)

(四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

＝各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率(Σa%)

(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(ΣK1)

四、舉例說明：

(一)本季全國中醫就診病患有 4 人(p)

(二)計算(a)、(a%)、(T)

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

(三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數 P	各區每位病患之就醫次數比率(T)	權值 (K1)=T/(全區 P)	扣除東區分區	權值(K2)
台北	3	838095	0.209524	0.209524	0.232241
北區	3	428968	0.107242	0.107242	0.118870
中區	2	916667	0.229167	0.229167	0.254014
南區	4	024603	0.256151	0.256151	0.283923
高屏	3	400397	0.100099	0.100099	0.110952
東區	3	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（115 年該季/114 年同期）-1。

三、　醫療費用點數成長率(r)：(115 年該季申報醫療費用點數/114 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% ；(pr）產生的最小值中，其值小於 0 且 r 值大於 0 之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以 0 計。

指標 5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母：Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

一、　「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。

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

三、　戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。

四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。

五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數

=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)

六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

＝ -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

＊各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為 0 或無中醫師鄉鎮，其權值以 0 計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 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(Σdr_peop)

= 各分區 Σ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

＊成長率之計算係與前季季中比較。

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)=115 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、 115 年全國每月申報醫療費用點數之平均值=Σ115 年每月申報醫療費用/

Σ115 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、 116 年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以 115 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)＊97.70%＊ 62 %

指標 2 預算 GB= (T)＊97.70%%＊ 17 %

指標 3 預算 GC= (T)＊97.70%＊ 11 %%

指標 4 預算 GD= (T)＊97.70%＊ 4%

指標 5 預算 GE= (T)＊97.70%＊5%

指標 6 預算 GF= (T)＊97.70%＊ 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（Ai3/ΣAi3)。

指標 3 占率（Ai3/ΣAi3）
＝ 各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值（Ai3）/Σ 去年同期每人於各分區就醫次數之權值（ΣAi3)。
※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（Ai4/ΣAi4）。

※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（Ai4）

＝95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算（Ai1）＊(1+指標 4 權值 K2)

※各分區各季經指標 4 加權後之預算占率（Ai4/ΣAi4）

＝各分區各季經指標 4 加權後之預算（Ai4）/Σ 各分區各季經指標

4 加權後之預算（ΣAi4）

※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（Ai5/ΣAi5）。

※各分區指標 5 權值＝各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標 5 加權後之預算（Ai5）

＝95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算（Ai1）＊【1+指標 5 權值和(Σdr_peop)】

※各分區各季經指標 5 加權後之預算占率（Ai5/ΣAi5）

＝各分區各季經指標 5 加權後之預算（Ai5）/Σ 各分區各季經指標

5 加權後之預算（ΣAi5）

※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（Ai1/ΣAi1）。

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

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

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

1. 成長率=(116 年該區各季核算 Ty /115 年該區各季核算 Ty)-1 。

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

（二） 撥補程序

1. 於 116 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。

 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。

	115年該區全年預算Ty（百萬元）	116年該區全年預算Ty（百萬元）	成長率	負成長分區差額	撥補比例	撥補方式	調整金額	撥補後Ty	撥補後成長率
	V	W	W/V-1	X	Y	X*Y=Z	Z	W+Z	
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長分區小計		14,178.9			100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、 藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、 浮動點值

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

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

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

三、 平均點值

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

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

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