



全民健康保險醫療給付費用中醫門診
總額 109 年第 4 次研商議事會議

109 年 11 月 19 日 (星期四) 下午 14:00
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」

109 年第 4 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

一、歷次會議決定/決議事項辦理情形	報 1-1
二、中醫門診總額執行概況報告	報 2-1
三、109 年第 1-2 季點值報告	報 3-1
四、110 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目	報 4-1
五、110 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商會議」召開會議時程確認案	報 5-1
六、修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案	報 6-1

肆、討論事項

一、建議修訂 CIS「指標代碼 0013006-針傷同一療程一次完成者」指標操作型定義	討 1-1
二、110 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之風險調整移撥款分配方式修訂案	討 2-1
三、中醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂案(草案)	討 3-1
四、建請修訂 110 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案條文案	討 4-1
五、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則條文	討 5-1
六、建請修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第四章第七章使用規範	討 6-1
七、建請修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第四章、第五章、第六章及第八章	討 7-1
八、建議修訂增加中醫針灸、傷科療程中「未做處置只開內服藥」代碼	討 8-1

九、建請修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文案	討 9-1
十、建請修訂「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文案	討 10-1
十一、建請修訂「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」條文案	討 11-1
十二、建請修訂「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文案	討 12-1
十三、建請修訂「中醫慢性(腎病門診加強照護計畫)修訂案	討 13-1

伍、臨時動議：

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 109年第3次研商議事會議紀錄

時間：109年9月3日下午2時

地點：中央健康保險署大禮堂(臺北市信義路3段140號18樓)

主席：李組長純馥代

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
古代表濱源	古濱源	陳代表憲法	陳憲法
吳代表材炫	吳材炫	黃代表怡超	黃純英代
吳代表清源	吳清源	黃代表俊元	黃俊元
李代表麥	李麥	黃代表建榮	陳曉鈞代
卓代表青峰	廖奎鈞代	黃代表頌儼	黃頌儼
林代表宏任	鄭耀明代	葉代表育韶	請假
侯代表毓昌	侯毓昌	詹代表永兆	詹永兆
施代表純全	請假	蔡代表三郎	蔡三郎
柯代表富揚	柯富揚	蔡代表宗憲	蔡宗憲
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表明鎮	請假
孫代表茂峰	孫茂峰	蔡代表淑鈴	請假
曹代表榮穎	曹榮穎	盧代表胤雯	黃泰平代
許代表美麗	王銘勇代	羅代表永達	羅永達
郭代表朝源	郭朝源	蘇代表守毅	蘇守毅

列席單位及人員：

衛生福利部社保司	蘇芸蒂
衛生福利部中醫藥司	陳昭蓉
衛生福利部醫事司	請假
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、陳淑美
台灣醫院協會	董家琪、洪毓婷
中華民國中醫師公會全國聯合會	李敬、賴宛而、王逸年
本署醫務管理組	劉林義、洪于淇、楊秀文
	楊淑美、宋宛蓁、鄭正義
本署醫審及藥材組	連恆榮、梁淑媛
本署企劃組	陳泰諭
本署違規查處室	陳怡蓓
本署臺北業務組	葉惠珠、黃寶玉

本署北區業務組
本署中區業務組
本署南區業務組
本署高屏業務組
本署東區業務組

吳煥如、黃文雯
林淑惠
賴文琳
施怡如
鄭翠君

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

貳、報告事項

第一案

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：

一、洽悉。

二、下列事項列入追蹤，餘解除列管。

1. 序號 1-1：請中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)思考日劑藥費如何以科學方法表達當次處方內容案：藥品型態為「丸劑」、「膠囊」及「錠劑」者，請中全會研議提供院所申報藥品品項時如何呈現其每錠、每顆規格(單位含量)之方式。
2. 序號 1-2：中藥日劑藥費與生技新藥進行評估個別品項核價併行之可行性。
3. 序號 4：請中全會與中醫內科醫學會確認後，提供腎毒性中藥藥品名稱，以利健保署「醫療資訊雲端查詢系統」之建置及監測該類藥品異常使用情形。

第二案

案由：中醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案

案由：109 年第 1 季點值結果報告

決定：經計算各區浮動點值及平均點值如下，本季點值供參，不辦理結算事宜。

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.84600303	0.90290912
北區	0.86648611	0.92069357
中區	0.83102298	0.89296241
南區	0.89464820	0.93759738
高屏	0.84632825	0.90629623
東區	1.13026569	1.08380896
全區	0.85666062	0.91138956

第四案

案由：108 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：

一、洽悉。

二、模擬取消無障礙就醫環境指標項目之品保款核發金額（如下表），請參考。

單位：元

院所 屬性	家數	結算版	模擬版	差額	醫院差額分布			
		A	B	值 C=B-A	最小值	中位數	最大值	平均每 家
診所	3,857	42,624,502	42,597,950	-26,552				
醫院	109	3,730,741	3,757,326	26,585	0	79	3,035	244
總計	3,966	46,355,243	46,355,276	33				

*模擬版係指取消加計 5%無障礙就醫環境指標項目。

參、討論事項

第一案

案由：有關中華民國中醫師公會全國聯合會提案 109 年中醫門診總額結算方式建請依現行方式按季結算。

決議：109 年中醫門診總額結算方式建議採 109 年上半年採「半年結算」，下半年維持現行「按季結算」一節，後續由本署向衛生福利部轉達醫界代表意見。

肆、散會：15 時 20 分

伍、與會人員發言摘要(詳附件)。

參、報告事項

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

說明：

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	108_1_報(3)：中醫門診總額執行概況報告	<p>1. 請中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)思考日劑藥費，如何以科學方法表達當次處方內容案：藥品型態為「丸劑」、「膠囊」及「錠劑」者，請中全會研議提供院所申報藥品品項時如何呈現其每錠、每顆規格(單位含量)之方式。</p> <p>2. 中藥日劑藥費與生技新藥進行評估個別項核價併行之可行性。</p>	<p>1. 中全會於109年8月25日函復無法就藥物產品之規格研訂統一規範，另建議本署或可於藥廠申請健保給付用藥時，請其一併填具藥品規格等資料。</p> <p>2. 本署有關藥品於現行申報格式相關欄位包括：藥品(項目)代號、藥品給藥日份、藥品使用頻率、給藥途徑/作用部位、總量等，均為呈現該項藥品之用法；而中藥藥品許可證之相關內容，如成分所含細項及各細項之含量等規格，將另由藥品檔收載及管理。</p> <p>3. 有關上述藥品檔收載及管理部分，本署資訊組將於109年11月底中藥資料檔建置中藥品項之主成分含量資料欄位，並將透過與中醫藥司中藥許可證資訊系統進行藥品許可證主成分含量等資料介接。</p> <p>考量中藥原物料多屬於作物、農產品，易受供需關係變動，天候氣象影響，造成經常性價格波動，經請中藥相關同業公會協助做市場藥價調查，亦未有正面回應及提供每公克或每錠售價。爰此，將依108年4月17日之與會代表建議，維持目前日劑藥費之制度，先從藥品檔收載先行建檔管理。</p>	<p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 繼續列管 解除列管</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 繼續列管 解除列管</p>

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
2	109_1_ 討 (1) 「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」討論案。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 請中全會與中醫內科醫學會確認後，提供腎毒性中藥藥品名稱，以利健保署「醫療資訊雲端查詢系統」之建置及監測該類藥品異常使用情形。 2. 本案相關策略將由台灣腎臟醫學會召開會議盤點排定優先順序及期程，將俟台灣腎臟醫學會評估後配合辦理。 	中全會業於109年9月18日以(109)全聯醫總富字0704號函表示經查相關文獻及論著，目前健保給付之科學中藥沒有明確實證有腎毒性，若後續中全會有通報相關腎毒性中藥，將配合於「醫療資訊雲端查詢系統」建置及監測該類藥品異常使用情形。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
3	109_2_ 報 (4)_ 109年全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額結算方式，將採「全年結算」案	<ol style="list-style-type: none"> 1. 通過。 2. 有關109年全年結算之相關作業如有執行疑義，請盡速研議可行方案供本署參考。 	109年中醫門診總額結算方式業奉部長核示採109年上半年採「半年結算」，本署將據以辦理結算事宜。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管
4	109_3_報 (4)_108年中醫門診總額品質保證保留款核發結果	請本署提供模擬取消無障礙就醫環境指標項目之品保款核發金額。	已於109年第3次中醫總額研商會議紀錄公布模擬取消無障礙就醫環境指標項目之品保款核發金額。	<input checked="" type="checkbox"/> 解除列管 <input type="checkbox"/> 繼續列管

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 109 年 9 月 18 日
發文字號：(109)全聯醫總富字 0704 號
速 別：
附 件：

主 旨：經查相關文獻及論著，目前健保給付之科學中藥沒有明確實
證有腎毒性，請鑒察。

說 明：

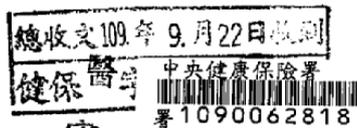
- 一、依大署 109 年 9 月 3 日召開之「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 109 年第 3 次研商議事會議」追蹤事項辦理。
- 二、據本會查閱相關學刊及文獻，目前健保使用之科學中藥未有明確實證有腎毒性，本會將賡續追蹤各類論著文獻，若發現有腎毒性科學中藥，將立即向大署通報；同時本會亦持續密切注意 ADR 通報系統，若發覺腎毒性科學中藥，將即時通報大署加入雲端查詢系統。



正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

理事長 柯富揚

第 1 頁，共 1 頁



審

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 2-1）

決定：



中醫門診總額執行概況

中央健康保險署
109年11月19日



大綱

- 點值預估
- 醫療供給及利用情形
- 中醫專案執行報告



點值預估



點值預估假設

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%，風險基金則由五分區之一般服務預算項下全年移撥4,200萬元、每季1,050萬元，再依109年校正後申請醫療費分負擔)占率分配。
 - 2-1. 五分區占率公式= $((109\text{年當季全區預算}\times 97.78\%) - \text{提撥金額 } 1,050\text{萬元}) \times 109\text{年當季分區相關指標}$ 。
 - 2-2. 109年分區預算調整指標共計有6項，預估實際採用之校正資料為實際預算占率(72%)、戶籍人口佔率(13%)、同期就醫次數權值占率(9%)、人數利用及醫療點數成長率(5%)、偏鄉人口預算分配調升機制(1%)。
 - 2-3. 原地區預算分配所採用之第5項指標中醫師密度並未列入預估作業考量，且其校正占率(5%)均移至實際預算占率。
 3. 預算攤月以108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108年得出每季各月之費用占率。
 4. 分區調後總額以送核補報占率(99.6464%)校正，該占率以前一年同期(108Q3)結算金額計算得之。
- 三. 預估點數：以預估核減率調整之，預估核減率採108下半年爭審後核減率，各分區分別計



109年第3季中醫門診總額 各分區點值推估

月份	就醫 分區	跨區就醫調整後總額 (百萬)	預估點數(百萬)		預估點值	
			非浮動	浮動	浮動點值	平均點值
第3季	臺北	2,007	809	1,431	0.8368	0.8957
	北區	854	366	553	0.8824	0.9292
	中區	1,711	666	1,200	0.8708	0.9169
	南區	937	401	600	0.8926	0.9356
	高屏	1,068	441	706	0.8875	0.9308
	東區	150	47	93	1.1025	1.0682
	合計	6,727	2,731	4,584	0.8717	0.9196

製表日期：109年11月4日。

註：108Q3結算全國平均點值0.8906。



109年第3季醫療供給及 利用情形



特約醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
105年9月	1010	443	998	490	509	60	3510
106年9月	1032	444	1010	497	522	62	3567
107年9月	1064	446	1024	502	536	67	3639
108年9月(A)	1085	460	1032	515	542	70	3704
109年9月(B)	1115	466	1054	523	547	71	3776
成長率(B/A)-1	2.8%	1.3%	2.1%	1.6%	0.9%	1.4%	1.9%
增減數B-A	30	6	22	8	5	1	72

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 特約醫事服務機構家數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
108年9月(A)	22	13	32	26	18	8	119
109年9月(B)	25	12	32	26	22	9	126
成長率(B/A)-1	13.6%	-7.7%	0.0%	0.0%	22.2%	12.5%	5.9%
增減數B-A	3	-1	0	0	4	1	7

註1：資料來源-本署醫事機構服務檔之醫院層級(含醫學中心、區域醫院、地區醫院)登載「中醫診療科別」者之家數。
 註2：109年9月較去年同期家數增減名單：
 臺北(+3)：新增3家：淡水馬偕醫院、新光醫院、新北市立土城醫院。
 北區(-1)：減少1家：臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院。
 中區(0)：新增2家：光田綜合醫院、佛教正德醫院。
 減少2家：祥恩醫院、長安醫院。
 南區(0)：無變動。
 高屏(+4)：國軍高雄總醫院左營分院、民眾醫院、博田國際醫院、
 東區(+1)：臺北榮民總醫院臺東分院。
 註3：資料來源為特約醫事機構管理檔。
 註4：成長率為當年各月與去年同期之比較。



中醫師數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
105年9月	1820	770	1684	789	865	107	6035
106年9月	1864	773	1718	816	910	113	6194
107年9月	1942	799	1787	845	930	127	6430
108年9月(A)	2032	842	1826	869	947	139	6655
109年9月(B)	2078	874	1872	878	991	149	6842
成長率(B/A)-1	2.3%	3.8%	2.5%	1.0%	4.6%	7.2%	2.8%
增減數B-A	46	32	46	9	44	10	187

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。
 註3：醫師合計數係各分區醫師數之加總



醫院執業之中醫師人數

年月	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
105年9月	186	92	188	124	83	30	703
106年9月	190	97	191	133	97	32	740
107年9月	202	103	203	146	105	39	798
108年9月(A)	212	100	213	157	102	48	832
109年9月(B)	221	106	217	141	115	57	857
成長率(B/A)-1	4.2%	6.0%	1.9%	-10.2%	12.7%	18.8%	3.0%
增減數B-A	9	6	4	-16	13	9	25

註1：資料來源-本署醫事機構服務檔醫院層級(含醫學中心、區域醫院、地區醫院)執業之中醫師人數。
 註2：成長率係與前一年同期比較。
 註3：醫師合計數係各分區醫師數之加總



每萬人口中醫師數

年度	104	105	106	107	108	109Q3
臺北	2.4	2.43	2.52	2.61	2.71	2.73
北區	2.08	2.13	2.12	2.22	2.29	2.28
中區	3.72	3.81	3.91	4.00	4.07	4.09
南區	2.35	2.41	2.55	2.59	2.69	2.64
高屏	2.31	2.41	2.5	2.59	2.66	2.69
東區	1.93	2.03	2.31	2.52	2.82	2.76
總計	2.57	2.63	2.72	2.81	2.90	2.90

註：每萬人口中醫師數=中醫師數/(戶籍人口數/10000)。



各區每萬人口中醫師數與全國比率

年度	104	105	106	107	108	109Q3
臺北/全區	0.93	0.92	0.93	0.93	0.93	0.94
北區/全區	0.81	0.81	0.78	0.79	0.79	0.79
台中/全區	1.44	1.45	1.44	1.42	1.40	1.41
南區/全區	0.91	0.91	0.94	0.92	0.93	0.91
高屏/全區	0.90	0.92	0.92	0.92	0.92	0.93
東區/全區	0.75	0.77	0.85	0.90	0.97	0.95
全區	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00



每萬人口中醫師數組距 各區鄉鎮數

年月	每萬人口 中醫師組距	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計	合計%
108年9月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	15	13	5	13	23	15	84	22.8%
	0<X<1	17	11	18	23	20	7	96	26.1%
	1≤X<2	15	12	9	18	15	3	72	19.6%
	2≤X<3	10	5	9	9	8	2	43	11.7%
	3≤X	13	6	27	14	11	2	73	19.8%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
109年9月 鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	14	11	4	12	23	15	79	21.5%
	0<X<1	17	13	16	24	20	7	97	26.4%
	1≤X<2	14	11	11	19	14	3	72	19.6%
	2≤X<3	12	6	9	8	7	1	43	11.7%
	3≤X	13	6	28	14	13	3	77	20.9%
	合計	70	47	68	77	77	29	368	100%
較去年同期 增減鄉鎮數	無中醫師鄉鎮	-1	-2	-1	-1	0	0	-5	
	0<X<1	0	2	-2	1	0	0	1	
	1≤X<2	-1	-1	2	1	-1	0	0	
	2≤X<3	2	1	0	-1	-1	-1	0	
	3≤X	0	0	1	0	2	1	4	
	合計	0	0	0	0	0	0	0	

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

13



整體申報概況 【分區別】

年季	分區	申報件數		申報醫療費用		平均每件 醫療費用點數	
		值(千件)	成長率	值(百萬點)	成長率	值	成長率
109Q3	台北	3,015.3	-0.1%	2,275.3	4.0%	754.59	4.2%
	北區	1,302.3	-2.7%	947.6	2.5%	727.67	5.3%
	中區	2,633.5	-4.7%	1,912.9	-0.1%	726.37	4.9%
	南區	1,366.2	-3.8%	1,042.7	1.6%	763.22	5.6%
	高屏	1,548.0	-3.4%	1,185.8	2.3%	766.02	5.9%
	東區	191.7	0.7%	160.1	7.3%	835.21	6.6%
	全區	10,057.0	-2.7%	7,524.5	2.2%	748.18	5.1%

註1：資料來源：截至109年11月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：件數不含慢性病連續處方箋調劑、補報部分醫令或醫令差額、交付機構案件。

註4：成長率為與前一年同期比較。

註5：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。

109年3月起調升每日藥費2點

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

14



整體醫療費用點數申報

【費用分類+分區別】

年季	項目 分區	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
109Q3	台北	815.6	8.5%	14.4	-2.1%	953.3	2.0%	492.0	1.3%	2,275.3	4.0%
	北區	372.0	5.8%	5.5	-0.1%	412.8	-0.6%	157.4	3.2%	947.6	2.5%
	中區	670.8	2.8%	12.5	-3.9%	829.1	-2.3%	400.4	0.0%	1,912.9	-0.1%
	南區	407.5	4.8%	5.9	-9.5%	426.1	-1.5%	203.3	2.2%	1,042.7	1.6%
	高屏	448.1	5.6%	7.2	1.8%	492.1	-0.8%	238.4	3.0%	1,185.8	2.3%
	東區	51.7	9.4%	1.1	4.4%	61.2	2.3%	46.0	12.5%	160.1	7.3%
	合計	2,765.8	5.7%	46.6	-2.6%	3,174.5	-0.4%	1,537.6	1.8%	7,524.5	2.2%

註1：資料來源：截至109年11月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點。

註5：109年Q3藥費貢獻度91.4%。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

15



整體申報醫療費用點數

【案件分類+分區別】

年季	分區/案件 分類	21.中醫一般案件		22.中醫其他專案		24.中醫慢性病		25.中醫至無中醫 鄉巡迴醫療服務	
		值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率
109Q3	台北	1,093.4	4.6%	27.6	-45.0%	426.2	12.9%	6.7	10.1%
	北區	496.7	-1.7%	14.7	-1.8%	208.8	12.7%	13.4	24.0%
	中區	1,041.4	-2.2%	45.1	-11.8%	270.6	13.0%	6.5	29.5%
	南區	500.6	-2.3%	33.3	0.0%	232.6	8.8%	10.6	54.6%
	高屏	584.4	-2.6%	22.1	25.5%	221.5	13.6%	16.9	21.6%
	東區	58.1	5.0%	4.3	-23.4%	23.8	19.1%	15.7	0.2%
	全區	3,774.6	-0.2%	147.1	-14.9%	1,383.6	12.4%	69.7	19.6%

註1：資料來源：截至109年11月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點。

衛生福利部中央健康保險署

Bureau of National Health Insurance

16



整體申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(續)

年季	分區/案件分類	28.中醫慢性病連續處方調劑		29.中醫針灸、傷科及脫臼整復		30.中醫特定疾病門診加強照護		31.中醫居家(108.6新增)		合計	
		值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(千)	成長率	值(百萬)	成長率
109Q3	台北	0.14	21.4%	716.7	1.8%	4.1	5.6%	459.0	78%	2,275.3	4.0%
	北區	0.48	87.6%	210.0	2.8%	3.5	-16.0%	125.9	#VALUE!	947.6	2.5%
	中區	0.16	-51.8%	541.5	-0.9%	5.9	-6.8%	1,648.2	48191%	1,912.9	-0.1%
	南區	0.00	-58.3%	256.0	1.4%	8.0	1.4%	1,537.8	2057%	1,042.7	1.6%
	高屏	.	0%	332.1	2.3%	7.9	5.7%	953.2	#VALUE!	1,185.8	2.3%
	東區	.	0%	52.7	3.0%	1.7	19.2%	3,815.3	50886%	160.1	7.3%
	全區	0.78	8.9%	2,109.0	1.2%	31.1	-0.2%	8,539.4	2408%	7,524.5	2.2%

註1：資料來源：截至109年11月2日倉儲資料。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。
 註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點。
 註5：#VALUE!表示去年同期無申報費用



醫院中醫科申報概況 【分區別】

年季	分區	項目 申報件數		申報醫療費用		平均每件醫療費用點數	
		值(千件)	成長率	值(百萬點)	成長率	值	成長率
109Q3	台北	272.1	-5.9%	271.3	-0.1%	997.31	6.2%
	北區	93.6	-10.4%	105.8	-2.5%	1130.87	8.8%
	中區	232.2	2.4%	223.2	6.8%	961.24	4.3%
	南區	156.3	-6.2%	170.7	0.0%	1092.28	6.6%
	高屏	100.2	2.7%	105.4	9.2%	1051.85	6.4%
	東區	37.4	6.3%	38.5	14.5%	1028.23	7.7%
	全區	891.7	-3.0%	914.9	2.8%	1026.00	6.0%

註1：資料來源：截至109年11月2日倉儲資料。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。
 註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點。



醫院中醫科醫療費用點數申報 【費用分類+分區別】

年季	項目 分區	藥費		藥品調劑費		診察費		診療費		合計	
		點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	點數 (百萬)	成長率	值 (百萬)	成長率
109Q3	台北	126.6	3.6%	5.8	-4.9%	82.4	-4.1%	56.5	-1.2%	271.3	-0.1%
	北區	53.8	-2.4%	1.8	-9.3%	28.5	-8.2%	21.7	6.5%	105.8	-2.5%
	中區	83.7	9.0%	4.9	3.4%	71.9	4.9%	62.7	6.5%	223.2	6.8%
	南區	67.6	4.4%	3.1	-9.9%	45.4	-5.6%	54.6	0.3%	170.7	0.0%
	高屏	39.9	10.8%	2.0	10.4%	32.4	5.0%	31.0	11.8%	105.4	9.2%
	東區	12.7	12.8%	0.8	9.2%	12.0	5.8%	13.0	26.5%	38.5	14.5%
	合計	384.3	5.0%	18.4	-2.1%	272.6	-1.2%	239.6	4.6%	914.9	2.8%

註1：資料來源：截至109年11月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點。

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

19



醫院中醫科申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】

年季	分區/案件 分類	21.中醫一般案件		22.中醫其他專案		24.中醫慢性病		25.中醫至無中醫 鄉巡迴醫療服務	
		值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率
109Q3	台北	45.3	-5.8%	21.3	-0.5%	142.5	4.6%	1.1	7.7%
	北區	8.9	-16.6%	11.9	-0.3%	67.4	-0.1%	0	0%
	中區	55.8	17.5%	37.6	-15.5%	72.3	20.2%	0.9	27.8%
	南區	24.3	-5.8%	28.4	-2.5%	68.0	7.4%	3.0	20.1%
	高屏	18.4	-4.8%	19.8	25.2%	40.0	10.4%	1.9	26.1%
	東區	7.8	13.9%	3.7	23.6%	10.4	4.4%	1.4	2.1%
	全區	160.5	1.5%	122.8	-2.4%	400.7	7.3%	8.4	18.9%

註1：資料來源：截至109年11月2日倉儲資料。

註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。

註3：成長率為與前一年同期比較。

註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點。

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

20



醫院中醫科申報醫療費用點數 【案件分類+分區別】(續)

年季	分區/案件分類	28.中醫慢性病連續處方調劑		29.中醫針灸、傷科及脫臼整復		30.中醫特定疾病門診加強照護		31.中醫居家(108.6新增)		合計	
		值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(百萬)	成長率	值(千)	成長率	值(百萬)	成長率
109Q3	台北	0.14	22.7%	57.6	-6.4%	3.0	5.5%	395.2	53%	271.3	-0.1%
	北區	0.48	87.6%	16.0	-5.5%	0.9	-27.1%	17.1	#VALUE!	105.8	-2.5%
	中區	0.11	-66.3%	51.4	0.1%	4.2	-4.1%	837.6	24442%	223.2	6.8%
	南區	0.00	-47.2%	39.1	-9.4%	7.1	4.9%	863.9	1112%	170.7	0.0%
	高屏	.	0%	21.1	4.2%	3.6	9.8%	510.1	#VALUE!	105.4	9.2%
	東區	.	0%	13.3	15.6%	1.1	27.9%	716.4	9474%	38.5	14.5%
	全區	0.72	5.0%	198.5	-3.0%	19.8	2.9%	3,340.3	881%	914.9	2.8%

註：#VALUE!表示去年同期無申報費用

- 註1：資料來源：截至109年11月2日倉儲資料。
 註2：醫療費用點數為申請點數+部分負擔，且為核減前點數。
 註3：成長率為與前一年同期比較。
 註4：108年3月起調升每日藥費2點及針傷科治療處置費12點。109年3月起調升每日藥費2點。
 註5：#VALUE!表示去年同期無申報費用



109年Q3各區費用分析解構圖





中醫專案執行報告 (含醫院層級執行情形)



中醫專案計畫

- 推動內容：
 - 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(104年新增)
 - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫(105年新增)
 - 癌症患者加強照護整合方案(移併西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫下腫瘤相關子計畫、化放療延長照護試辦計畫、乳肝癌門診加強照護計畫)
 - 中醫急症處置計畫(107年新增，5月1日生效)
 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109年新增，4月1日生效)



西醫住院病患中醫特定疾病 輔助醫療計畫

院所層級	109Q3			
	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	13	1,491	13.9	15.75
區域醫院	37	2,264	21.3	23.64
地區醫院	40	1,038	11.3	13.32
總計	90	4,250	46.4	52.72

註：109年全年預算204百萬，累計至第3季預算執行率68.2%。

資料來源：截至109年11月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



癌症患者加強照護整合計畫

院所層級	109Q3			
	院所家數	照護人數	照護人次(千次)	醫療點數(百萬點)
醫學中心	13	2,351	13.1	19.13
區域醫院	33	1,767	11.2	19.06
地區醫院	22	506	3.1	4.82
基層院所	45	641	2.7	3.62
總計	113	5,226	30.3	46.63

註：109年全年預算194百萬，累計至第3季預算執行率67.3%。

資料來源：截至109年11月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫提升孕產照護品質計畫

院所層級	109Q3			
	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	7	430	2.0	2.24
區域醫院	10	1,086	6.6	7.68
地區醫院	11	68	0.4	0.38
基層院所	77	1,633	8.7	9.53
總計	105	3,178	17.7	19.82

註：109年全年預算90百萬，累計至第3季預算執行率60.6%。

資料來源：截至109年11月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

院所層級	109Q3			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
醫學中心	3	175	425	51.5
區域醫院	3	23	44	6.0
地區醫院	1	3	9	1.3
基層院所	67	768	2,384	259.5
總計	74	969	2,862	318.2

註：109年全年預算22百萬，累計至第3季預算執行率42.6%。

108年預算10百萬，108年前3季預算執行率已超過100%。

資料來源：截至109年11月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫急症處置計畫

院所層級	109Q3			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
醫學中心	5	216	279	35.1
區域醫院	5	10	10	1.3
地區醫院				
基層院所				
總計	10	226	289	36.4

註：109年全年預算10百萬，累計至第3季預算執行率7.7%。108年執行率4.0%。
資料來源：截至109年11月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

院所層級	109Q3			
	院所家數	照護人數	照護人次(次)	醫療點數(萬點)
醫學中心	3	155	562	88.4
區域醫院	9	195	623	106.6
地區醫院	10	93	340	54.0
基層院所	35	337	1491	212.8
總計	57	780	3016	461.9

註：109年全年預算50百萬，109年4月實施，累計至第3季預算執行率12%。
資料來源：截至109年11月2日健保倉儲門診清單明細檢視表。



各分區申報專案費用點數

單位：萬點

分區別	住院輔助	癌症整合	孕產	鼻炎	急症	腎病	合計	占率
台北	984.6	719.3	327.7	109.2	11.2	46.0	2197.9	17.3%
北區	342.2	679.6	194.8	88.1	0.4	18.8	1323.8	10.4%
中區	2044.5	975.6	612.8	98.6	9.5	208.2	3949.3	31.0%
南區	870.5	1096.3	714.9	21.3	.	98.8	2801.7	22.0%
高屏	788.4	1111.2	93.1	1.0	0.2	49.4	2043.2	16.0%
東區	241.6	81.4	39.3	0.1	15.0	40.7	418.0	3.3%
全署	5271.7	4663.4	1982.5	318.2	36.4	461.9	12734.0	100.0%



敬請指教

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109年第1-2季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、第2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109年第1-2季結算結果說明如下（附件報3）：

（一）109年第1-2季各區點值如下表：

結算季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
108年第1季	浮動點值	0.8285	0.8381	0.8330	0.9064	0.8663	1.1887	0.8542
	平均點值	0.8886	0.9008	0.8909	0.9424	0.9156	1.1247	0.9069
108年第2季	浮動點值	0.8419	0.8575	0.8439	0.8814	0.8747	1.1861	0.8612
	平均點值	0.8964	0.9124	0.8978	0.9271	0.9208	1.1241	0.9110
109年第1~2季	浮動點值	0.8584	0.8859	0.8447	0.9004	0.8660	1.1292	0.8702
	平均點值	0.9103	0.9320	0.9012	0.9409	0.9181	1.0836	0.9195

（二）中醫專案計畫：

醫療試辦計畫	109Q1~Q2 單位：千元			
	Q1+Q2預算數 A (註1)	當季暫結金額D	未支用金額 (D)-(A)	當季浮動點值
1. 醫療資源不足地區改善方案	67,800	66,728	1,072	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	102,000	86,386	15,614	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	45,000	34,723	10,277	1.0000
4. 癌症患者加強照護整合方案	97,000	83,935	13,065	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	11,000	6,185	4,815	1.0000
6. 中醫急症處置計畫	5,000	402	4,598	1.0000
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(註2)	25,000	1,305	23,695	1.0000
7. 品質保證保留款(另行結算)	46,406			
8. 網路頻寬補助費用(註1、4)	74,000	38,355	35,645	
合計	473,206	316,714		

註1. 各項專款當季預算數含前一季未支用金額。網路頻寬補助費用為全年預算數。

註2. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫自109年4月公告實施，另品質保證保留款及網路頻寬補助費用採全年預算列計。

註3. 當季暫結金額=1點/元*當季支用金額。

註4. 網路頻寬補助費用累計至本季執行率為51.83%。

三、擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

四、依據109年5月14日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研

商議事會議109年第2次會議決議採全年結算，惟考量新冠肺炎
疫情及營運財務狀況，業奉示109年上半年採半年結算、下半年
恢復按季結算。

決定：

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1918R02

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：109/11/04

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)109年調整後地區一般服務醫療給付費用總額

1. 109年第1季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

= 109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_G109合計) × 第1季預算占率(h_q1)

= 26,452,283,870 × 23.055689%(h_q1)

= 6,098,756,302 (D1)

2. 109年第2季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

= 109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_G109合計) × 第2季預算占率(h_q2)

= 26,452,283,870 × 25.383041%(h_q2)

= 6,714,394,060 (D2)

註：

1. 依據108年11月14日「中醫門診總額研商議事會議」108年第4次會議決定，以103-107年(近五年)之各季核定點數平均占率做為109年各季預算重分配之依據。109年各季預算占率分別為：第1季：23.055689%，第2季：25.383041%，第3季：25.656373%，第4季：25.904897%。

2. 109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_G109合計)為26,452,283,870元，各季調整後預算如下：

109年第1季預算6,441,689,356元，調整後預算為6,098,756,302元 = 26,452,283,870 × 23.055689%(h_q1)。

109年第2季預算6,594,570,638元，調整後預算為6,714,394,060元 = 26,452,283,870 × 25.383041%(h_q2)。

109年第3季預算6,505,523,716元，調整後預算為6,786,696,617元 = 26,452,283,870 × 25.656373%(h_q3)。

109年第4季預算6,910,500,160元，調整後預算為6,852,436,891元

= 109年全年預算 - 109年第1季預算 - 109年第2季預算 - 109年第3季預算

= 26,452,283,870元 - 6,098,756,302元 - 6,714,394,060元 - 6,786,696,617元

= 6,852,436,891元。

(二)109年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G109合計)

項目	107年各季一般服務醫療給付費用總額 (Q107)	106年各季校正投保人口預估成長率差額 (PEOP106)	107年違反特管辦法之扣款(註1) (B2)	108年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (Q108) =(Q107+PEOP106+B2)×(1+3.457%)	107年各季校正投保人口預估成長率差值 (PEOP107)	108年違反特管辦法之扣款(註2) (B3)	109年調整前各季一般服務醫療給付費用總額 (Q109) =(Q108+PEOP107+B3)×(1+4.696%)	106年品質保證保留款(註3) (C106)	109年調整前各季一般服務醫療給付費用分配至各分區預算 (OPD_G109) =(Q109-C106)	醫療資源不足地區之論量計酬結算金額 (B4)
第1季	5,920,423,246	12,990,477	3,388,873	6,142,037,862	14,957,785	1,060,634	6,447,238,604	5,549,248	6,441,689,356	48,284,301
第2季	6,062,733,370	16,615,262	3,388,873	6,293,017,741	10,132,122	1,060,634	6,600,256,222	5,685,584	6,594,570,638	58,603,723
第3季	5,991,550,653	8,634,087	3,388,873	6,211,117,153	6,907,224	1,060,634	6,511,133,243	5,609,527	6,505,523,716	0
第4季	6,351,658,230	19,932,649	3,388,874	6,595,362,803	9,809,264	1,060,632	6,916,461,387	5,961,227	6,910,500,160	0
合計	24,326,365,499	58,172,475	13,555,493	25,241,535,559	41,806,395	4,242,534	26,475,089,456	22,805,586	26,452,283,870	106,888,024

註：

- 108年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q108)
= (107年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q107)+106年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP106) + 107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+3.457%)。
※108年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B2) 13,555,493元，按季均分。
- 109年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q109)
= (108年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q108)+107年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP107) + 108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+4.696%)。
※一般服務成長率為4.696%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.092%，協商因素成長率1.604%。
※依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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108年度中醫一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會108年第3次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。
※109年中醫總額前一年度違反特管辦法之扣款(B3) 4,242,534元，按季均分。
- 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%)。
- 依據「109年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式計畫」，按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再進行預算分配。

二、專款專用費用總額

(一) 醫療資源不足地區改善方案 全年預算 = 135,600,000

第1季:預算=135,600,000/4= 33,900,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 10

(1)獎勵開業已支用點數 : 7,119,171(J1) (浮動點數 : 5,007,294 ; 非浮動點數 : 2,111,877)
 (2)獎勵開業保障給付收入 : 9,694,069(J2)
 (3)獎勵開業論次費用 : 52,000(J3)
 (4)小計已支用點數(J1+J3) : 7,171,171(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 9,746,069(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 : 2,239,103(J6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 19,029,600(J7)
 (3)小計已支用點數 : 21,268,703(J8) 暫結金額= 1元/點× 21,268,703(J8)= 21,268,703(J9)

3. 合計:

已支用點數： 28,439,874(J4+J8)
 暫結金額： 31,014,772(J10=J5+J9)
 未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 33,900,000 - 31,014,772= 2,885,228

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 2,885,228= 36,785,228

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 10

(1)獎勵開業已支用點數 : 9,574,273(K1) (浮動點數 : 6,981,846 ; 非浮動點數 : 2,592,427)
 (2)獎勵開業保障給付收入 : 12,183,660(K2)
 (3)獎勵開業論次費用 : 86,000(K3)
 (4)小計已支用點數(K1+K3) : 9,660,273(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 12,269,660(K5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數 : 2,687,057(K6)
 (2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 20,756,960(K7)
 (3)小計已支用點數 : 23,444,017(K8) 暫結金額= 1元/點× 23,444,017(K8)= 23,444,017(K9)

3. 合計:

已支用點數： 33,104,290(K4+K8)
 暫結金額： 35,713,677(K10=K5+K9)
 未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 36,785,228 - 35,713,677= 1,071,551

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1918R02

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：109/11/04

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：4

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 1,071,551= 34,971,551

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= 34,971,551 - 0= 34,971,551

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 33,900,000= 67,800,000

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= 67,800,000 - 0= 67,800,000

全年合計:全年預算=135,600,000

1. 中醫獎勵開業服務計畫:

結算家數： 11

(1)獎勵開業已支用點數 : 16,693,444(N1) (浮動點數 : 11,989,140 ; 非浮動點數 : 4,704,304)

(2)獎勵開業保障給付收入 : 21,877,729(N2)

(3)獎勵開業論次費用 : 138,000(N3)

(4)小計已支用點數(N1+N3) : 16,831,444(N4) 結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 22,015,729(N5)

2. 中醫門診巡迴醫療服務計畫:

(1)中醫巡迴門診診察費加1成已支用點數 : 4,926,160(N6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數 : 39,786,560(N7)

(3)小計已支用點數 : 44,712,720(N8) 結算金額= 44,712,720(N9)

(如當季暫結金額大於預算金額，則結算金額為當季預算)

3. 合計:

已支用點數： 61,544,164(N4+N8)

全年結算金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)： 66,728,449

全年未支用金額= 全年預算 - 全年結算金額=135,600,000 - 66,728,449 = 68,871,551

註：依據「109年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1918R02

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：109/11/04

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：6

(二) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

全年預算=204,000,000

第1季:預算= 204,000,000/4= 51,000,000

	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：	36,206,236(V01)	34,223,990(VF01)	1,982,246(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,088,808(V02)	3,847,613(VF02)	241,195(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,960,187(V03)	1,843,013(VF03)	117,174(VN03)
(4)小計：	42,255,231(V04)	39,914,616(VF04)	2,340,615(VN04)

已支用點數= 42,255,231

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 42,255,231

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 51,000,000 - 42,255,231 = 8,744,769

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 204,000,000/4+ 8,744,769= 59,744,769

	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：	37,505,858(W01)	35,534,025(WF01)	1,971,833(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,497,682(W02)	4,292,641(WF02)	205,041(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,127,569(W03)	1,987,643(WF03)	139,926(WN03)
(4)小計：	44,131,109(W04)	41,814,309(WF04)	2,316,800(WN04)

已支用點數= 44,131,109

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 44,131,109

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 59,744,769 - 44,131,109 = 15,613,660

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1918R02

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：109/11/04

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：7

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 204,000,000/4+ 15,613,660= 66,613,660

	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)小計：	0(X04)	0(XF04)	0(XN04)
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=	66,613,660 - 0 =	66,613,660	

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 204,000,000/4+ 66,613,660= 117,613,660

	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)小計：	0(Y04)	0(YF04)	0(YN04)
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=	117,613,660 - 0 =	117,613,660	

全年合計:全年預算= 204,000,000

	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：	73,712,094(Z01)	69,758,015(ZF01)	3,954,079(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	8,586,490(Z02)	8,140,254(ZF02)	446,236(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,087,756(Z03)	3,830,656(ZF03)	257,100(ZN03)
(4)小計：	86,386,340(Z04)	81,728,925(ZF04)	4,657,415(ZN04)
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)=	86,386,340		
未支用金額= 全年預算 - 第1-4季已暫結金額=	204,000,000 - 86,386,340 =	117,613,660	

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 = 90,000,000

第1季:

$$\text{預算} = 90,000,000/4 = 22,500,000$$

$$\text{已支用點數} = 16,312,063$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 16,312,063$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 22,500,000 - 16,312,063 = 6,187,937$$

第2季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 90,000,000/4 + 6,187,937 = 28,687,937$$

$$\text{已支用點數} = 18,410,792$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 18,410,792$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 28,687,937 - 18,410,792 = 10,277,145$$

第3季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 90,000,000/4 + 10,277,145 = 32,777,145$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 32,777,145 - 0 = 32,777,145$$

第4季:

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 90,000,000/4 + 32,777,145 = 55,277,145$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 55,277,145 - 0 = 55,277,145$$

全年合計:

$$\text{全年預算} = 90,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 34,722,855$$

$$\text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算)} = 34,722,855$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{第1-4季已暫結金額} = 90,000,000 - 34,722,855 = 55,277,145$$

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

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1918R02

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：109/11/04

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：9

(四)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=194,000,000

第1季:

預算 = 194,000,000/4 = 48,500,000

	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：	13,611,411	11,462,762	2,148,649
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	15,419,197	15,419,197	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,456,070	1,456,070	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	4,236,009	4,236,009	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	3,909,221	3,909,221	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,477,704	2,265,821	211,883
(7)小計：	41,109,612	38,749,080	2,360,532

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 41,109,612

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點 × 第1季已支用點數 = 48,500,000 - 41,109,612 = 7,390,388

第2季:預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 194,000,000/4 + 7,390,388 = 55,890,388

	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：	14,520,116	12,275,237	2,244,879
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	15,348,337	15,348,337	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,499,495	1,499,495	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	4,524,244	4,524,244	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	4,347,552	4,347,552	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,585,199	2,330,848	254,351
(7)小計：	42,824,943	40,325,713	2,499,230

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 42,824,943

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點 × 第2季已支用點數 = 55,890,388 - 42,824,943 = 13,065,445

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1918R02

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：109/11/04

109年第 1~2季

結算主要費用年月起迄:109/01-109/06

核付截止日期:109/09/30

頁次：10

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 194,000,000/4+ 13,065,445= 61,565,445

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	0	0	0
(7)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= 61,565,445 - 0= 61,565,445

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 194,000,000/4+ 61,565,445= 110,065,445

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療：	0	0	0
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	0	0	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	0	0	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	0	0	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	0	0	0
(7)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= 110,065,445 - 0= 110,065,445

全年合計: 全年預算= 194,000,000

	已支用點數	浮動點數	非浮動點數
(1)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療：	28,131,527	23,737,999	4,393,528
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	30,767,534	30,767,534	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	2,955,565	2,955,565	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	8,760,253	8,760,253	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	8,256,773	8,256,773	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	5,062,903	4,596,669	466,234
(7)小計：	83,934,555	79,074,793	4,859,762

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)

= 41,109,612+ 42,824,943+ 0+ 0= 83,934,555

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 194,000,000 - 83,934,555= 110,065,445

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)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算 = 22,000,000

第1季:

預算 = 22,000,000/4 = 5,500,000
 已支用點數 = 3,484,058 (浮動點數: 2,463,128 非浮動點數: 1,020,930)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 3,484,058
 未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 5,500,000 - 3,484,058 = 2,015,942

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,500,000 + 2,015,942 = 7,515,942
 已支用點數 = 2,700,972 (浮動點數: 1,914,601 非浮動點數: 786,371)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 2,700,972
 未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點×第2季已支用點數 = 7,515,942 - 2,700,972 = 4,814,970

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,500,000 + 4,814,970 = 10,314,970
 已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0
 未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點×第3季已支用點數 = 10,314,970 - 0 = 10,314,970

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 5,500,000 + 10,314,970 = 15,814,970
 已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0
 未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點×第4季已支用點數 = 15,814,970 - 0 = 15,814,970

全年合計:

全年預算 = 22,000,000
 已支用點數 = 6,185,030
 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)
 = 3,484,058 + 2,700,972 + 0 + 0 = 6,185,030
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 22,000,000 - 6,185,030 = 15,814,970

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

(六)中醫急症處置計畫 全年預算= 10,000,000

第1季:

預算 = 10,000,000/4 = 2,500,000

已支用點數 = 193,185 (浮動點數: 191,919 非浮動點數: 1,266)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 193,185

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 2,500,000 - 193,185 = 2,306,815

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 10,000,000/4 + 2,306,815 = 4,806,815

已支用點數 = 208,979 (浮動點數: 208,277 非浮動點數: 702)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 208,979

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 4,806,815 - 208,979 = 4,597,836

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 10,000,000/4 + 4,597,836 = 7,097,836

已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 7,097,836 - 0 = 7,097,836

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 10,000,000/4 + 7,097,836 = 9,597,836

已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0

未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 9,597,836 - 0 = 9,597,836

全年合計:

全年預算 = 10,000,000

已支用點數 = 402,164

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)

= 193,185 + 208,979 + 0 + 0 = 402,164

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 10,000,000 - 402,164 = 9,597,836

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。

(七)中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫 全年預算= 50,000,000

第1季:

預算 = 50,000,000/4 = 12,500,000
 已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0
 未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 12,500,000 - 0 = 12,500,000

第2季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 12,500,000 + 12,500,000 = 25,000,000
 已支用點數 = 1,305,318 (浮動點數: 1,305,318 非浮動點數: 0)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 1,305,318
 未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 25,000,000 - 1,305,318 = 23,694,682

第3季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 12,500,000 + 23,694,682 = 36,194,682
 已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0
 未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 36,194,682 - 0 = 36,194,682

第4季:

預算 = 當季預算 + 前一季未支用金額 = 12,500,000 + 36,194,682 = 48,694,682
 已支用點數 = 0 (浮動點數: 0 非浮動點數: 0)
 暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 0
 未支用金額 = 第4季預算 - 1元/點×第1季已支用點數 = 48,694,682 - 0 = 48,694,682

全年合計:

全年預算 = 50,000,000
 已支用點數 = 1,305,318 (浮動點數: 0 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)
 = 0 + 1,305,318 + 0 + 0 = 1,305,318
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 50,000,000 - 1,305,318 = 48,694,682

註：依據「中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫」，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。

=====

(八)網路頻寬補助費用 全年預算= 74,000,000

第1季已支用點數： 18,969,497
 第2季已支用點數： 19,385,303
 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： 38,354,800

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 38,354,800
 未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 74,000,000 - 38,354,800 = 35,645,200

註：預算如有不足，依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」略以，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。

(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+109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%)+60,800,000
 =(5,519,653,839+29,594,349)×0.10%+(5,663,148,319+22,435,537)×0.10%+(5,585,243,310+24,284,110)×0.10%
 +(5,943,856,930+17,370,269)×0.10%+60,800,000
 =5,549,248+5,685,584+5,609,527+5,961,227+60,800,000
 =83,605,586

※依據衛生福利部108年12月6日衛部健字第1083360163號公告「109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109年度之品質保證保留款(60.8百萬元)合併運用(計83.6百萬元)。

三、一般服務費用總額(註1)

(一)第1季一般服務費用總額

1. 第1季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 6,098,756,302 (D1)

— 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 48,284,301 (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 6,050,472,001 (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	2,904,520	1,286,225	4,190,745	4,190,745
北區	5,709,406	2,918,829	8,628,235	8,628,235
中區	2,895,603	1,158,379	4,053,982	4,053,982
南區	4,163,986	1,950,065	6,114,051	6,114,051
高屏	9,181,096	4,227,319	13,408,415	13,408,415
東區	8,623,313	3,265,560	11,888,873	11,888,873
合計	33,477,924	14,806,377	48,284,301(B2)	48,284,301(B4)

※醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 = 每點1元×(浮動點數+非浮動點數)。

2. 第1季東區分區一般服務預算總額(D6) = (E) × 2.22% = 6,050,472,001 × 2.22% = 134,320,478 (加總後四捨五入至整數位)

3. 第1季扣除風險基金(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D1_5) = (E) × 97.78% - 10,500,000 = 5,905,651,523 (加總後四捨五入至整數位) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 67% = 5,905,651,523 × 67% = 3,956,786,520 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 13% = 5,905,651,523 × 13% = 767,734,698 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 5,905,651,523 × 9% = 531,508,637 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 5,905,651,523 × 5% = 295,282,576 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 5,905,651,523 × 5% = 295,282,576 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 5,905,651,523 - 3,956,786,520 - 767,734,698 - 531,508,637 - 295,282,576 - 295,282,576 = 59,056,516

4. 第1季指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q1+97Q1+98Q1		108年2月		108年1~3月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 = (Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 = (Ai2/ΣAi2)	各區就醫次數比率加總 (a)	全區就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後指標3占率 = (Ai3/ΣAi3)
臺北	3,748,499,441	28.8812%	7,640,678	33.1571%	925,861.246426		29.5241%	30.0837%
北區	1,545,478,864	11.9075%	3,777,596	16.3931%	422,819.313543		13.4830%	13.7385%
中區	3,528,900,120	27.1892%	4,580,526	19.8774%	800,420.847394		25.5240%	26.0077%
南區	1,966,439,444	15.1509%	3,342,956	14.5069%	441,639.289190		14.0831%	14.3500%
高屏東區	2,189,713,132	16.8712%	3,702,081	16.0655%	486,881.283044 58,332.020214		15.5258%	15.8201%
小計	12,979,031,001	100.0000%	23,043,837	100.0000%	3,135,953.999811	3,135,954	98.1400%	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	108年1~3月							
分區	人數利用率成長率(p)	醫療費用成長率(r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算(Ai1) (註4)	各分區各季經指標4加權後之預算(Ai4) =(Ai1)×(1+指標4權值)	指標4占率 =(Ai4/ΣAi4)
臺北	0.026014	0.071763	-0.045749	2	0.00	3,748,499,441	3,748,499,441	29.0542%
北區	0.033139	0.088132	-0.054993	5	-0.05	1,545,478,864	1,468,204,921	11.3799%
中區	0.013989	0.065341	-0.051352	4	0.00	3,528,900,120	3,528,900,120	27.3521%
南區	0.011399	0.062748	-0.051349	3	0.00	1,966,439,444	1,966,439,444	15.2416%
高屏	0.010426	0.051321	-0.040895	1	0.00	2,189,713,132	2,189,713,132	16.9722%
小計						12,979,031,001	12,901,757,058	100.0000%

指標5(註8)(S5)

指標	當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率			
計算期間	108年11月			
分區	指標5權值和(Σdr_peop)	各分區各季總預算(Ai1)	各分區各季經指標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)	指標5占率(Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	0.005313	3,748,499,441	3,768,415,219	29.0804%
北區	0.010932	1,545,478,864	1,562,374,039	12.0567%
中區	-0.012181	3,528,900,120	3,485,914,588	26.9004%
南區	-0.002003	1,966,439,444	1,962,500,666	15.1444%
高屏	-0.004717	2,189,713,132	2,179,384,255	16.8181%
小計		12,979,031,001	12,958,588,767	100.0000%

5. 第1季各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	28.8812%	33.1571%	30.0837%	29.0542%	29.0804%
北區	11.9075%	16.3931%	13.7385%	11.3799%	12.0567%
中區	27.1892%	19.8774%	26.0077%	27.3521%	26.9004%
南區	15.1509%	14.5069%	14.3500%	15.2416%	15.1444%
高屏	16.8712%	16.0655%	15.8201%	16.9722%	16.8181%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

6. 第1季各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註9)：

$$\begin{aligned}
 \text{第1季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 59,056,516 - 25,714,261 \\
 &= 33,342,255
 \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	偏鄉院所當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.78742180	27,558,475	5,858,328
北區	0.81069430	16,705,836	3,162,511
中區	0.81516659	27,801,507	5,138,646
南區	0.86562617	49,393,501	6,637,199
高屏	0.82172977	27,584,949	4,917,577
小計		149,044,268	25,714,261(M1)

7. 第1季各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned} \text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 10,500,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\ &= 10,500,000 - 899,712 \\ &= 9,600,288 \text{ (Gh)} \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	風險基金撥付院所 當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.78742180	0	0
北區	0.81069430	0	0
中區	0.81516659	967,425	178,812
南區	0.86562617	2,399,814	322,472
高屏	0.82172977	2,234,970	398,428
小計		5,602,209	899,712(R1)

8. 第1季其他5分區一般預算服務總額(BD1) = 第1季預算Ga + 第1季預算Gb + 第1季預算Gc + 第1季預算Gd + 第1季預算Ge + 第1季預算Gf + 臺北、北區風險基金分配款(Gh)。

分區	預算(Ga) =GA×指標1占率	預算(Gb) =GB×指標2占率	預算(Gc) =GC×指標3占率	預算(Gd) =GD×指標4占率	預算(Ge) =GE×指標5占率	預算(Gf) =N×指標1占率	臺北、北區 風險基金分 配款 (Gh)	各區預算(BD1) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,142,767,428	254,558,562	159,897,464	85,791,990	85,869,354	9,629,643	4,800,144	1,743,314,585
北區	471,154,355	125,855,517	73,021,314	33,602,862	35,601,334	3,970,229	4,800,144	748,005,755
中區	1,075,818,600	152,605,697	138,233,172	80,765,985	79,432,194	9,065,492	0	1,535,921,140
南區	599,488,769	111,374,505	76,271,489	45,005,789	44,718,774	5,051,652	0	881,910,978
高屏	667,557,368	123,340,417	84,085,198	50,115,950	49,660,920	5,625,239	0	980,385,092
小計	3,956,786,520	767,734,698	531,508,637	295,282,576	295,282,576	33,342,255	9,600,288	5,889,537,550

(二)第2季一般服務費用總額

1. 第2季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 6,714,394,060 (D2)

－ 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 58,603,723 (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 6,655,790,337 (E)

各分區醫療資源不足地區改善方案_論量計酬：

就醫分區	浮動點數	非浮動點數	合 計	論量計酬結算金額
臺北	3,213,007	1,465,284	4,678,291	4,678,291
北區	7,261,387	3,822,554	11,083,941	11,083,941
中區	3,969,884	1,591,217	5,561,101	5,561,101
南區	4,674,853	2,098,443	6,773,296	6,773,296
高屏	10,993,985	5,051,901	16,045,886	16,045,886
東區	10,545,457	3,915,751	14,461,208	14,461,208
合計	40,658,573	17,945,150	58,603,723(B2)	58,603,723(B4)

※醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額＝ 每點1元×(浮動點數＋非浮動點數)。

2. 第2季東區分區一般服務預算總額(D6) = (E) × 2.22% = 6,655,790,337 × 2.22% = 147,758,545 (加總後四捨五入至整數位)

3. 第2季扣除風險基金(D7)後可分配至其他5分區一般預算服務總額(D2_5) = (E) × 97.78% - 10,500,000 = 6,497,531,792 (加總後四捨五入至整位數) (註3、10)

指標1預算(GA) = (D2_5) × 67% = 6,497,531,792 × 67% = 4,353,346,301 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D2_5) × 13% = 6,497,531,792 × 13% = 844,679,133 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D2_5) × 9% = 6,497,531,792 × 9% = 584,777,861 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D2_5) × 5% = 6,497,531,792 × 5% = 324,876,590 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D2_5) × 5% = 6,497,531,792 × 5% = 324,876,590 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 6,497,531,792 - 4,353,346,301 - 844,679,133 - 584,777,861 - 324,876,590 = 64,975,317

4. 第2季指標 1至指標 5之計算過程：

指標	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q2+97Q2+98Q2		108年5月		108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%	7,638,785	33.1475%	977,855.745869		30.1554%	30.7312%
北區	1,656,701,975	12.1341%	3,786,058	16.4291%	442,739.091833		13.6533%	13.9140%
中區	3,696,250,352	27.0722%	4,580,202	19.8752%	822,455.648340		25.3631%	25.8474%
南區	1,992,139,000	14.5909%	3,339,762	14.4924%	445,300.786006		13.7323%	13.9945%
高屏 東區	2,262,525,558	16.5713%	3,700,047	16.0558%	493,617.317059 60,755.410705		15.2223%	15.5129%
小計	13,653,289,449	100.0000%	23,044,854	100.0000%	3,242,723.999812	3,242,724	98.1264%	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	108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	0.002252	0.055474	-0.053222	2	0.00	4,045,672,564	4,045,672,564	29.8492%
北區	0.016988	0.080847	-0.063859	4	0.00	1,656,701,975	1,656,701,975	12.2233%
中區	-0.003574	0.055423	-0.058997	3	0.00	3,696,250,352	3,696,250,352	27.2712%
南區	0.008031	0.076377	-0.068346	5	-0.05	1,992,139,000	1,892,532,050	13.9632%
高屏	0.013234	0.064630	-0.051396	1	0.00	2,262,525,558	2,262,525,558	16.6931%
小計						13,653,289,449	13,553,682,499	100.0000%

指標5(註8)(S5)

指標	當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率			
計算期間	109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	0.002577	4,045,672,564	4,056,098,262	29.6706%
北區	0.007040	1,656,701,975	1,668,365,157	12.2042%
中區	-0.008406	3,696,250,352	3,665,179,672	26.8110%
南區	-0.000091	1,992,139,000	1,991,957,715	14.5713%
高屏	0.011635	2,262,525,558	2,288,850,043	16.7429%
小計		13,653,289,449	13,670,450,849	100.0000%

5. 第2季各分區指標 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%	33.1475%	30.7312%	29.8492%	29.6706%
北區	12.1341%	16.4291%	13.9140%	12.2233%	12.2042%
中區	27.0722%	19.8752%	25.8474%	27.2712%	26.8110%
南區	14.5909%	14.4924%	13.9945%	13.9632%	14.5713%
高屏	16.5713%	16.0558%	15.5129%	16.6931%	16.7429%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

6. 第2季各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註9)：

$$\begin{aligned}
 \text{第2季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 64,975,317 - 23,309,454 \\
 &= 41,665,863
 \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	偏鄉院所當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.78742180	24,579,335	5,225,032
北區	0.81069430	13,743,750	2,601,771
中區	0.81516659	25,768,067	4,762,804
南區	0.86562617	44,659,434	6,001,055
高屏	0.82172977	26,469,924	4,718,792
小計		135,220,510	23,309,454(M1)

7. 第2季各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned} \text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 10,500,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\ &= 10,500,000 - 961,588 \\ &= 9,538,412 \text{ (Gh)} \end{aligned}$$

分區	前一季浮動點值	風險基金撥付院所 當季核定浮動點數	補至每點1元所需預算
臺北	0.78742180	0	0
北區	0.81069430	0	0
中區	0.81516659	1,136,415	210,047
南區	0.86562617	2,416,635	324,733
高屏	0.82172977	2,394,163	426,808
小計		5,947,213	961,588(R1)

8. 第2季其他5分區一般預算服務總額(BD2) = 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 + 臺北、北區風險基金分配款(Gh)。

分區	預算(Ga) =GA×指標1占率	預算(Gb) =GB×指標2占率	預算(Gc) =GC×指標3占率	預算(Gd) =GD×指標4占率	預算(Ge) =GE×指標5占率	預算(Gf) =N×指標1占率	臺北、北區 風險基金分 配款 (Gh)	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,289,961,809	279,990,016	179,709,254	96,973,063	96,392,834	12,346,220	4,769,206	1,960,142,402
北區	528,239,394	138,773,179	81,365,992	39,710,640	39,648,589	5,055,777	4,769,206	837,562,777
中區	1,178,546,617	167,881,667	151,149,873	88,597,745	87,102,663	11,279,866	0	1,684,558,431
南區	635,192,405	122,414,279	81,836,738	45,363,168	47,338,743	6,079,424	0	938,224,757
高屏	721,406,076	135,619,992	90,716,004	54,231,974	54,393,761	6,904,576	0	1,063,272,383
小計	4,353,346,301	844,679,133	584,777,861	324,876,590	324,876,590	41,665,863	9,538,412	6,483,760,750

(二)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
108年 第1季	1,669,592,992	713,524,412	1,484,346,920	848,280,761	940,830,044	5,656,575,129
第2季	1,871,698,676	794,599,676	1,620,336,000	899,998,784	1,014,016,856	6,200,649,992
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_108)	3,541,291,668	1,508,124,088	3,104,682,920	1,748,279,545	1,954,846,900	11,857,225,121
109年 第1季	1,743,314,585	748,005,755	1,535,921,140	881,910,978	980,385,092	5,889,537,550
第2季	1,960,142,402	837,562,777	1,684,558,431	938,224,757	1,063,272,383	6,483,760,750
第3季	0	0	0	0	0	0
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_109)	3,703,456,987	1,585,568,532	3,220,479,571	1,820,135,735	2,043,657,475	12,373,298,300
預算成長率	4.58%	5.14%	3.73%	4.11%	4.54%	4.35%

※預算成長率 = [109年全年分區預算(BD_109)/108年全年分區預算(BD_108) - 1] × 100%。

註：

1. 依據「109年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫」辦理。
2. 按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依東區預算占率2.22%，其餘五分區預算占率97.78%進行預算分配。
3. 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、D2)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D1_5、D2_5)=調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1、D2)-東區分區一般服務預算總額(D6)。
4. 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： \sum 各分區各季總預算加總($\sum Ai1$)
 - (2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
5. 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： \sum 各分區去年同期戶籍人口數加總($\sum Ai2$)。
 - (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。
6. 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： \sum 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總($\sum Ai3$)。
 - (2)條件說明：保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人；資料擷取時間點：院所申報資料【不含職業災害(案件分類B6)案件】及中醫醫療照護試辦計畫及收容對象醫療服務計畫】案件，該費用年月次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。
 - (3)計算步驟：<1>計算去年同期全國就醫人數(季)(p)，<2>計算每位病患於各區就醫次數(a)，<3>計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)=每位病患於各區就醫次數(a)/ \sum 每位病患於各區就醫次數(a)，<4>各區每位病患之就醫次數比率(T)=各區 \sum 每位病患於各區就醫次數比率($\sum a\%$)，<5>計算各區每人就醫次數之權值(K1)=各區每位病患之就醫次數比率(T)/全國就醫人數(p)，<6>扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值($\sum K1$)。
7. 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(108年該季/107年同期)-1。
 - (3)醫療費用點數成長率(r)：(108年該季申報醫療費用點數/107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(案件分類B6)案件、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，其值需大於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。
8. 指標5：當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率
 - (1)分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母： \sum 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。
 - (2)條件說明：「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」，採用季中數值。「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計，採用季中數值。

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

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

=-5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值：

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

=+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。

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

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

=各分區 \sum 各鄉鎮市區權值(dr_peop)。

※成長率之計算係與前季季中比較。

9. 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)108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。

10. 風險基金提撥及分配：

(1)109年度自五分區之一般服務預算項下全年移撥4,200萬元，每季1,050萬元。

(2)院所資格:除東區外之五分區鄉鎮市區，該地區當月月底僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，但排除符合指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」者或屬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者。

(3)當季撥付風險基金院所後之剩餘款餘額，50%分配予臺北分區，50%分配予北區分區。

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

(1)操作定義：

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

b. 成長率=(109年該區 $yT / 108$ 年該區 $yT) - 1$ 。

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

(2)撥補程序

a. 於109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。

四、第1~2季合計一般服務各分區浮動點值之計算

1. 一般服務各區預算及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	調整後分區 一般服務預算
1-臺北分區	2,578,210,201(BF)	1,490,105,105(BG)	163,775(BJ)	3,703,456,987(BD3)
2-北區分區	1,014,797,148(BF)	686,474,461(BG)	46,691(BJ)	1,585,568,532(BD3)
3-中區分區	2,273,200,310(BF)	1,300,155,591(BG)	100,124(BJ)	3,220,479,571(BD3)
4-南區分區	1,148,285,352(BF)	786,113,638(BG)	48,617(BJ)	1,820,135,735(BD3)
5-高屏分區	1,360,297,873(BF)	865,653,727(BG)	28,162(BJ)	2,043,657,475(BD3)
6-東區分區	168,462,225(BF)	91,828,677(BG)	21,107(BJ)	282,079,023(BD3)
7-合計	8,543,253,109(GF)	5,220,331,199(GG)	408,476(GJ)	12,655,377,323(GD3)

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(BD3)
 - (各分區一般服務核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款)
 - 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	= [3,703,456,987	- (1,490,105,105	- 0) -	163,775] /	2,578,210,201 =	0.85842035
北區分區	= [1,585,568,532	- (686,474,461	- 0) -	46,691] /	1,014,797,148 =	0.88593802
中區分區	= [3,220,479,571	- (1,300,155,591	- 0) -	100,124] /	2,273,200,310 =	0.84472268
南區分區	= [1,820,135,735	- (786,113,638	- 0) -	48,617] /	1,148,285,352 =	0.90044994
高屏分區	= [2,043,657,475	- (865,653,727	- 0) -	28,162] /	1,360,297,873 =	0.86596885
東區分區	= [282,079,023	- (91,828,677	- 0) -	21,107] /	168,462,225 =	1.12921006

3. 全區浮動每點支付金額 = [加總調整後分區一般服務預算總額(GD3)
 - (加總核定非浮動點數(GG) - 緩起訴捐助款)
 - 加總自墊核退點數(GJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [12,655,377,323 - (5,220,331,199 - 0) - 408,476] / 8,543,253,109 = 0.87023497

4. 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)

$$= [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD3)} \\ \div [\text{一般服務核定浮動點數(BF)} \\ + \text{該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{緩起訴捐助款} \\ + \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)}]]$$

臺北分區	= [3,703,456,987]	[/ [2,578,210,201 + 1,490,105,105 - 0 + 163,775]	= 0.91028045
北區分區	= [1,585,568,532]	[/ [1,014,797,148 + 686,474,461 - 0 + 46,691]	= 0.93196466
中區分區	= [3,220,479,571]	[/ [2,273,200,310 + 1,300,155,591 - 0 + 100,124]	= 0.90122267
南區分區	= [1,820,135,735]	[/ [1,148,285,352 + 786,113,638 - 0 + 48,617]	= 0.94090723
高屏分區	= [2,043,657,475]	[/ [1,360,297,873 + 865,653,727 - 0 + 28,162]	= 0.91809347
東區分區	= [282,079,023]	[/ [168,462,225 + 91,828,677 - 0 + 21,107]	= 1.08361894

5. 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)

$$= [12,655,377,323] \div [8,543,253,109 + 5,220,331,199 - 0 + 408,476] = 0.91945539$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$= [\text{加總調整後分區一般服務預算總額(GD3)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B4)}] \\ \div [\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(GG)} - \text{緩起訴捐助款} + \text{加總分區自墊核退點數(GJ)} + \\ \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)}]$$

$$= [12,655,377,323 + 359,654,343 + 106,888,024] \div [8,543,253,109 + 5,220,331,199 - 0 + 408,476 + 354,470,058 + 106,888,024] \\ = 0.92243206$$

註：

- 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額(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) + 中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫 + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算
= 66,728,449 + 86,386,340 + 34,722,855 + 83,934,555 + 6,185,030 + 402,164 + 1,305,318 + 38,354,800 + 41,634,832
= 359,654,343
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 109年品質保證保留款預算/4

五、說明

- 第1季結算費用年月包括:費用年月108/12(含)以前:於109/04/01~109/06/30期間核付者。費用年月109/01~109/03:於109/01/01~109/06/30期間核付者。
- 第2季結算費用年月包括:費用年月109/03(含)以前:於109/07/01~109/09/30期間核付者。費用年月109/04~109/06:於109/04/01~109/09/30期間核付者。
- 依據109年11月19日「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額109年第4次研商議事會議」決定,109年第1-2季採合併結算。一般服務部門、專款及其他部門中涉及「當季」係指109年第1-2季結算點值;「前一季」及「最近一季」係指108年第4季結算點值。

報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：110 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做為各季預算重分配之依據。
- 二、110 年各季預算按 104~108 年各季核定點數平均占率(如下表)重分配後之占率如下:第 1 季 23.000553%、第 2 季 25.315451%、第 3 季 25.684291%、第 4 季 25.999705%。

年季	104 占率	105 占率	106 占率	107 占率	108 占率	104-108年 平均占率
Q1	23.468%	22.193%	23.306%	23.079%	22.957%	23.000553%
Q2	25.344%	25.724%	25.181%	25.277%	25.051%	25.315451%
Q3	25.233%	25.714%	26.237%	25.432%	25.806%	25.684291%
Q4	25.955%	26.369%	25.276%	26.212%	26.187%	25.999705%
合計	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- 三、另 110 年中醫門診一般服務之保障項目擬比照 109 年保障項目，除藥費依藥物給付項目外，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點 1 元支付，並報健保會同意後實施。

決定：

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商會議」
召開會議時程案。

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，至少每 3 個月開會乙次，必要時得召開臨時會議。

二、110 年會議時間，擬訂如下表，請代表預留時間：

會議名稱	第 1 次 會議	第 2 次 會議	第 3 次 會議	第 4 次 會議	第 1 次 臨時會
會議日期	2/25 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)

決定：

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」
(下稱研商議事作業要點)案。

說明：

- 一、依現行研商議事作業要點及衛生福利部性別平等推動計畫(108至111年)辦理。
- 二、研商議事作業要點第三點略以，保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表、專家學者及政府機關代表出席，現行要點雖未明列代表因故不能出席時代理人指定及出席之相關規定，惟實質上已比照現行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議事規範，請其於指派代表時一併提報順位代理人 2 名，並於代表因故無法出席時依代理人順序由 1 人代理出席。
- 三、又依衛生福利部性別平等推動計畫(108至111年)所訂院層級議題略以，促進公私部門決策參與之性別平等，任一性別不少於三分之一；考量代理人及代表均有機會進入會議參與公部門決策，擬納入修訂。
- 四、考量健保法第61條已明列會議資訊公開相關規定，爰將原第八點規定刪除。
- 五、為讓上述代理規定更臻明確及促進決策參與之性別平等，本署擬修訂研商議事作業要點，修訂如附件1，重點如下：
 1. 為促進公部門決策參與之性別平等，新增各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於3分之1為原則。
 2. 為使總額研商議事會議代理規定更為明確，明列代表代理人及列席單位出席規範(新增第6條)。
 3. 刪除與健保法第61條會議資訊公開之相關規定。

擬辦：會上如有共識，將辦理後續公告修訂事宜。

決定：

法規名稱：[全民健康保險法](#) EN

法規類別：行政 > 衛生福利部 > 社會保險目

第 61 條

健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。

第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。

前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。

第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點

101 年 10 月 30 日健保醫字第 1010009170 號公告
101 年 11 月 29 日健保醫字第 1010074100 號修訂公告
102 年 9 月 18 日健保醫字第 1020033811 號修訂公告
105 年 10 月 25 日健保醫字第 1050034087 號修訂公告
109 年 0 月 0 日健保醫字第 109000000 號修訂公告

- 一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。
- 二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)至少每 3 個月召開一次會議，必要時得召開臨時會議。
- 三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席：
 - (一) 保險付費者代表 2 名。
 - (二) 保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：
 1. 醫院總額：
 - (1) 各層級醫院代表 20 名至 28 名，由台灣醫院協會推薦。
 - (2) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (3) 特殊材料提供者代表 1 名。
 - (4) 藥品提供者代表 1 名。
 - (5) 中華民國護理師護士公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6) 西醫基層代表 2 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (7) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 2. 西醫基層總額：
 - (1) 西醫基層醫事服務提供者代表 18 至 29 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。
 - (2) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 3 名。
 - (3) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (4) 藥品提供者代表 1 名。
 - (5) 中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (6) 中華民國物理治療師公會全國聯合會代表 1 名。
 - (7) 醫院代表 2 名，由台灣醫院協會推薦。
 3. 牙醫門診總額：
 - (1) 牙醫門診相關醫療服務提供者代表 15 名，由中華民國牙

醫師公會全國聯合會推薦。

(2) 中華民國牙醫師公會全國聯合會代表 1 名。

(3) 台灣醫院協會代表 4 名。

(4) 中華民國藥師公會全國聯合會代表 1 名。

(5) 中華牙醫學會代表 1 名。

(6) 中華民國醫院牙科協會代表 2 名。

4. 中醫門診總額：

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

(2) 台灣醫院協會代表 2 名。

5. 門診透析：

(1) 醫院門診透析醫療服務提供者 5 至 9 名，由台灣醫院協會推薦。

(2) 台灣醫院協會代表 1 名。

(3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者 4 名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。

(4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表 1 名。

(5) 台灣腎臟醫學會代表 1 名。

(三) 專家學者 3 名。

(四) 政府機關代表：

1. 主管機關代表 1 名。

2. 保險人代表 2 名。

3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表 1 名。

4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表 1 名。

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

(一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。

(二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。

(三) 專家學者由保險人遴選。

(四) 機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為 2 年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。

本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

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

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、代理人及列席單位出席規範：

(一) 研商議事會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。

(二) 由保險人遴選之專家學者代表，應親自出席，不得代理。

(三) 列席單位出席人員以 2 名為限。

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

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

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

(一) 會議議程。

(二) 會議內容實錄。

(三) 利益揭露聲明書。

~~前項第一款事項，應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。並於會議結束後十日內，公開出席名單及會議內容實錄。~~

肆、討論事項

討論事項 第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建議修訂 CIS「指標代碼 0013006-針傷同一療程一次完成者」
指標操作型定義，提請討論。

說明：

- 一、依本會 109 年 10 月 18 日中醫門診醫療服務審查執行會第 39 次會議決議事項辦理。
- 二、「指標代碼 0013006-針傷同一療程一次完全者」為大署 CIS (Central Intelligent System) 指標，指標條件定義為『往前一個月歸戶，當月同就醫序號有出現只申報 1 次針傷者，即列入異常名單』。依照指標條件設定邏輯，即使是前一個月療程的延續（第 7 次、第 13 次…），當月同就醫序號只出現一次就會列入抽樣。
- 三、建議排除當月療程就醫序號只出現第一次時，比對上一個月及下~~一個~~月有相同病名者。

健保署意見：

同意中醫師公會全國聯合會所提案之「當月療程就醫序號只出現第一次時，比對上一個月有相同病名者。」視為同一療程之延伸治療，惟當月療程若僅執行一次，下個月又重新開始新療程仍有不合理之處，故僅比對前一個月相同主診斷且執行療程次數>1 次之針傷案件，若有比對到則不列為異常案件。

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：檢送 110 年度全民健康保險中醫門診醫療給付一般服務地區
預算分配計畫之風險調整移撥款分配方式，提請討論。

說明：

一、依大部全民健康保險會 109 年 9 月 25 日第 4 屆 109 年第 7 次
委員會議暨本會 109 年 10 月 18 日中醫門診醫療服務審查執行
會第 39 次會議等決議事項辦理。

二、「110 年中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」本會
建議「一般服務」（不含 106 年度於一般服務之品質保證保留
款額度新臺幣 22.8 百萬元）地區預算分配方式：

(1)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分
為六個地區。

(2)分配方式：

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

2. 其他五分區預算，依下列參數占率分配：

(1)各分區實際收入預算占率：67 %。

(2)各分區戶籍人口數占率：13 %。

(3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

(4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

(5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

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

3. 於分配其他五分區(不含東區)預算前，自五分區預算移撥
3,500萬元，作為風險調整移撥款分配方式：

(1)按季結算，符合適用條件之院所(計畫條文肆、二、(二))，
其符合資格期間之一般服務核定之浮動點數，以前一季該
區浮動點值為基礎，補至最高每點 1 元之差額。

(2)當季預算如有不足，則以當季核定浮動點數之占率分配；如有剩餘，則餘額 55%分配予臺北分區，45%分配予北區分區。

三、本次條文主要部分、預算分配(三)風險風險調整移撥款之提撥及分配：

	109 年方案	110 年方案修訂
(一)	提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 4,200 萬元，每季 1,050 萬元。	提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 <u>3,500</u> 萬元，每季 <u>875</u> 萬元。
(二)	其他五分區預算，依下列參數占率分配 (1)各分區實際收入預算占率：67 %。 (2)各分區戶籍人口數占率：13 %。 (3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。 (4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。 (5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。 (6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則歸入依「各分區實際收入預算占率」分配。	其他五分區預算，依下列參數占率分配 (1)各分區實際收入預算占率：67 %。 (2)各分區戶籍人口數占率：13 %。 (3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率： <u>10%</u> 。 (4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差： <u>4%</u> 。 (5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。 (6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則歸入依「各分區實際收入預算占率」分配。
(三)	分配方式： 1. 按季結算，符合適用條件之院所，其符合資格期間之一般服務核定之浮動點數，以前一季該區浮動點值為基礎，補至最高每點 1 元之差額。 2. 當季預算如有不足，則以當季核定浮動點數之占率分配；如有剩餘，則餘額 <u>50%分配予臺北分區，50%分配予北區分區</u> 。	分配方式： 1. 按季結算，符合適用條件之院所，其符合資格期間之一般服務核定之浮動點數，以前一季該區浮動點值為基礎，補至最高每點 1 元之差額。 2. 當季預算如有不足，則以當季核定浮動點數之占率分配；如有剩餘，則餘額 <u>55%分配予臺北分區，45%分配予北區分區</u> 。

健保署意見：

有關中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區分配預算，本署尊重中醫全聯會意見，並請提健保會討論。

決議：

附錄

109110年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、計畫期間：110年1月1日起至110年12月31日止。

肆、預算分配：

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

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

二、風險基金之提撥及分配：

(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥~~4,200~~3,500萬元，每季~~1,050~~875萬元。

(二)適用分配之院所資格：除東區外之五分區鄉鎮市區，該地區當月底僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，但排除符合指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」之偏鄉中醫門診特約醫事服務機構或屬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。

(三)分配方式：

1.按季結算，符合適用條件之院所，其符合資格期間之一般服務核定之浮動點數，以前一季該區浮動點值為基礎，補至最高每點1元之差額。

2. 當季預算如有不足，則以當季核定浮動點數之占率分配；如有剩餘，則餘額50%分配予臺北分區，50%分配予北區分區55%分配予臺北分區，45%分配予北區分區。

三、109110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提撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

(一)67%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)13%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

(三)910%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)54%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。

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

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

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為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)108109年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3. 108109年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = $\Sigma 108109$ 年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數 / $\Sigma 108109$

年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

4. 109~~110~~年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以108~~109~~年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

四、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，以及含臺北分區、北區分區之風險基金分配款，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、中醫全聯會與全民健康保險保險人（以下稱保險人）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，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

附件1：指標之操作型定義

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

指標：

指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率

分子：各分區各季總預算(Ai1)

分母： Σ 各分區各季總預算加總($\Sigma Ai1$)

條件說明：

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

指標2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總($\Sigma Ai2$)

條件說明：

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

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)

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

條件說明：

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

之案件。

三、計算步驟：

(一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)

(二)計算每位病患於各區就醫次數(a)

(三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)

=每位病患於各區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)

(四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)

(五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)

=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)

(六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)

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

四、舉例說明：

(一)本季全國中醫就診病患有4人(p)

(二)計算(a)、(a%)、(T)

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

(三)計算各分區就醫次數之權值

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

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 $(107109\text{年該季}/106108\text{年同期}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(107109\text{年該季申報醫療費用點數}/106108\text{年同期申報醫療費用點數}) - 1$ 。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

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

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數≤ 全國平均值：

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

= +5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

= 各分區 \sum 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

條件說明：

一、 偏鄉定義為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) $\frac{108}{109}$ 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、 109 年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = $\sum 109$ 年每月申報醫療費

用 / Σ 109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、109110年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以108109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)+風險調整移撥款分配款 GH

$$\text{指標1預算 GA} = (T) * 97.78\% * 67\%$$

$$\text{指標2預算 GB} = (T) * 97.78\% * 13\%$$

$$\text{指標3預算 GC} = (T) * 97.78\% * 9\mathbf{10}\%$$

$$\text{指標4預算 GD} = (T) * 97.78\% * 5\mathbf{4}\%$$

$$\text{指標5預算 GE} = (T) * 97.78\% * 5\%$$

$$\text{指標6預算 GF} = (T) * 97.78\% * 1\%$$

二、 各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

$$= \text{各季預算 GA} * \text{指標1占率} (A_{i1} / \sum A_{i1})。$$

$$\begin{aligned} & \text{指標1占率} (A_{i1} / \sum A_{i1}) \\ & = 95\text{年第4季至}98\text{年第3季之各區各季預算} (A_{i1}) / \sum 95\text{年第4} \\ & \quad \text{季至}98\text{年第3季之各區各季預算} (\sum A_{i1})。 \\ & \text{※占率：四捨五入至小數點第6位} \end{aligned}$$

(二) 各分區各季預算 Gb

$$\begin{aligned} & = \text{各季預算 GB} * \text{指標2占率} (A_{i2} / \sum A_{i2})。 \\ & \text{指標2占率} (A_{i2} / \sum A_{i2}) \\ & = \text{去年同期各分區戶籍人口數} (A_{i2}) / \sum \text{去年同期各分區戶籍人} \\ & \quad \text{口數} (\sum A_{i2})。 \\ & \text{※占率：四捨五入至小數點第6位} \end{aligned}$$

(三) 各分區各季預算 Gc

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

指標3占率 $(A_{i3} / \sum A_{i3})$

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

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

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

※各分區各季經指標4加權後之預算 (A_{i4})

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

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

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

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

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

※各分區指標5權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 (A_{i5})

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

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

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

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 Gf

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

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 + 50%分配予臺北分區，50%分配予北區分區。55%分配予臺北分區，45%分配予北區分區當季之風險基金分配款 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 $T_y = \Sigma$ 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 = $(109110$ 年該區各季核算 $T_y / 107109$ 年該區各季核算 $T_y) - 1$ 。

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

(二) 撥補程序

1. 於109110年第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算 T_y 負成長之分區補至零成長。

● 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。

	109年該區 全年 預算 Ty (百萬元) V	110年該區全 年 預算 Ty (百萬元) W	成長 率 W/V-1	負成長 分區 差額 X	撥補比 例 Y	撥補方式 X*Y=Z	調整 金額 Z	撥補後 Ty W+Z	撥補後成 長率
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長分 區小計		14,178.9			100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

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

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

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

三、平均點值

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

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

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

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、依大署 109 年 9 月 22 日健保醫字第 1090034057 號函暨本會 109 年 10 月 18 日中醫門診醫療服務審查執行會第 39 次會議決議事項辦理。

二、旨揭修正意見對照表如下：

條次	建議新增修條文	原條文	健保署意見
陸、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。	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，得核發品質保證保留款；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。	無修訂意見
陸、二	<p><u>符合核發品質保證保留款資格核定分數計算：</u></p> <p>1. <u>符合本方案第捌點第一項者，給予核定分數 20 分。</u></p> <p>2. <u>符合本方案第捌點第二項者，給予核定分數 15 分。</u></p> <p>3. <u>符合第捌點第三至六項者，各給予核定分數 10 分。</u></p> <p>4. <u>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。</u></p> <p>5. <u>符合本方案第玖點第二至五項者，各給予扣核定分數 5 分。</u></p>	(新增核發品質保證保留款資格核定分數計算)	除配合增列計算核定分數外，其餘無意見。

陸、三	<u>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。</u>	(新增)	除配合增列計算前 90%之院所核定分數外，其餘無意見。
柒、六	未符合「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。	(新增不予核發品質保證保留款情形)	依中全會建議增訂 1 項不予核發指標。
壹拾、 註 3	年平均核減率 (全年 <u>複核</u> 核減點)/(全年申請點數+部分負擔) (<u>未完成複核月份以初核核減率計算，截取時間點為次年 2 月底前</u>)	年平均核減率 (全年 <u>初核</u> 核減點數)/(全年申請點數+部分負擔)	健保署意見： 依中全會建議修訂年平均核減率分子為全年複核核減點。

健保署意見：

依總額協商之決議：本署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，爰同意修訂 110 年品保款方案。

決議：

全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)

中華民國107年1月8日健保醫字第1060016997號公告修訂

中華民國108年5月31日健保醫字第1080007611號公告修訂

中華民國109年2月7日健保醫字第1090001213號公告修訂

中華民國109年0月0日健保醫字第1090000000號公告修訂

壹、依據：

依據全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、預算來源：

全民健康保險年度中醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、支用條件：

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

伍、預算分配方式：

一、核算基礎：

(一)該院所之核算基礎(A)

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

說明：當年申報醫療服務點數以次年1月底為截止點。

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

各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=

60% × 各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數

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

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

陸、核發資格：

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

二、符合核發品質保證保留款資格核定分數計算：

1. 符合本方案第捌點第一項者，給予核定分數20分。

2. 符合本方案第捌點第二項者，給予核定分數15分。

3. 符合第捌點第三至六項者，各給予核定分數10分。

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

5. 符合本方案第玖點第二至五項者，各給予扣核定分數5分。

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

柒、中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

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

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

三、中醫門診特約醫事服務機構當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條至第四十條等所列違規情事之一，並經處分者以保險人第一次發函處分日期認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者。

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「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。

捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則：

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

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

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

過45天(含)以上者，依核算基礎(A)加計20%。(註4)

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

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

六、為推動中醫門診特約醫事服務機構於健保資訊網服務系統(Virtual Private Network，以下稱VPN)公告連續假期排班等變動情形，鼓勵院所即時更新排班時間，院所「每月完成門診時間網路登錄」者，依核算基礎(A)加計10%，未全年完成門診時間網路登入者則不予加計(註6)。

玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：

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

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

三、「同日重複就診率」超過80百分位者，核算基礎(A)減計10%(註8)。

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

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

拾、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

拾壹、中醫門診總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義
註1：年平均核付率	年平均核減率 (全年初核核減點數)/(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	(全年初 <u>複核</u> 核減點數)/(全年申請點數+部分負擔) <u>(未完成複核月份以初核核減率計算，截取時間點為次年2月底前)</u>
註4：中醫門診特約醫事服務機構於每年週日看診超過30天及45天以上者	以門診申報資料之「就醫日期」認定週日是否看診，含同一療程。
註5：健保雲端藥歷系統查詢率	1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度查詢健保雲端藥歷系統資料。 2. 公式說明： 分子：分母中健保雲端藥歷系統查詢人數 分母：中醫門診病人數 3. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】
註6：「每月完成門診時間網路登錄」	院所每月於VPN之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。(院所可於VPN系統「上次登錄日期」判斷上個月是否完成登錄)。
註7：「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 <u>總和</u> / 分母 <u>總和</u> 。 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)、 <u>29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)</u> 、 <u>30(中醫特定疾病門診加強照護)</u> 、 <u>31(中醫居家)</u> 。之專款項目案件
註8：「同日重複就診率」	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件。 2. 公式說明：

指標項目	操作型定義
	<p>分子：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶，計算就診2次（含）以上之筆數。</p> <p>分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。</p> <p>3. 指標計算：分子<u>總和</u> / 分母<u>總和</u>。</p> <p>4. 指標進行百分位排序。</p> <p>5. 資料排除以下任一條件者：案件分類 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)案件、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、<u>29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)</u>、<u>30(中醫特定疾病門診加強照護)</u>、<u>31(中醫居家)</u>之專款項目案件。</p>
註9：「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」	<p>1. 資料範圍：所有屬中醫門診給藥天數小於等於7日案件。</p> <p>2. 公式說明： 分子：按同一院所及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為1日之重複日數。 分母：同一院所給藥案件之給藥日份加總。 ※給藥案件係藥費不為0，或給藥天數不為0。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p> <p>4. 指標進行百分位排序。</p> <p>5. 資料排除以下任一條件者：案件分類為 A3(預防保健)、B6(職災案件)、22(中醫其他專案)、25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、及29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)之案件。</p>
註10：「院所提供慢性病照護未達一定比例」	<p>1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件(案件分類21)、中醫其他專案案件分類22)之特定治療項目(一)為 JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、中醫慢性病(案件分類24)及中醫慢性病連續處方調劑(案件分類28)之案件。</p> <p>2. 說明：慢性病給藥7天以上之件數占率 A. 分子：分母院所當年度申報下列案件分類，給藥7天以上之件數總計。 案件分類：22(中醫其他專案)之特定治療項目為(一)JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 B. 分母：院所當年度申報下列案件分類之件數總計。 案件分類：21(中醫一般案件)、22(中醫其他專案)之特定治療項目(一)為 JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】</p> <p>3. 資料排除診察費為0或補報原因註記為「2：補報部分醫令或醫令差額」之案件。</p>

指標項目	操作型定義
【核發費用計算範例】	<p>1. 該院所核算基礎(A)= (該院所申報當年醫療服務點數-當年申報藥費)× 該院所平均核付率(含部分負擔)</p> <p>2. 各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B) = 60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數</p> <p>3. 各院所品質保證保留款核算基礎合計= $\Sigma(B)$ = (60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數)之合計</p> <p>4. 試算範例如下:</p> <p>(1) 僅符合基本資格(無本條文之柒、捌、玖條之情事)者 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算× $(A) \times 60\% / \Sigma(B)$</p> <p>(2) 僅符合基本資格及教學研究績效卓著者(+10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算 $\times(A) \times (60\%+10\%) / \Sigma(B)$</p> <p>(3) 符合基本資格且於無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮地區開業者(+100%)、教學研究績效卓著者(+10%)但「同日重複就診率」超過80百分位者(-10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算× $A \times (60\%+100\%+10\%-10\%) / \Sigma B$</p>

表 1：108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	11,449,248	11,585,584	11,509,527	11,861,227	46,405,586

製表日期：109年7月15日

表 2：108年中醫門診總額品質保證保留款符合分配條件及領取品保款之家數統計

分區	符合分配條件			不符合分配條件		符合分配條件且領取品保款金額不為0之院所家數百分比 (E) = (B) / (A)	不符核發資格之院所家數百分比 (F) = (D) / (A)
	各分區院所家數 (A) = (B)+(C)+(D)	領取品保款金額 不為0之院所家數 (B)【註 2】	核發品質保證保留款 之金額	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 (D)【註 4】		
臺北	1,162	908	13,295,383	247	7	78.1%	21.3%
北區	487	402	5,905,127	76	9	82.5%	15.6%
中區	1,102	895	13,074,767	192	15	81.2%	17.4%
南區	553	432	5,923,000	112	9	78.1%	20.3%
高屏	583	483	7,358,304	98	2	82.8%	16.8%
東區	79	63	798,662	15	1	79.7%	19.0%
總計	3,966	3,183	46,355,243	740	43	80.3%	18.7%

註1：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46,355,243元，與預算相較差距14元。

註2：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3：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)，其中申請之醫療費

註4：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、第37條、第38條、第39條或第40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。

製表日期:107年7月2日

製表單位:醫務管理組

表3、符合分配條件之院所層級與領取金額分布

	院所家數	領取金額	領取家數比例	領取金額比例
醫學中心	12	1,000,984	0.4%	2.2%
區域醫院	30	2,081,619	0.9%	4.5%
地區醫院	28	745,665	0.9%	1.6%
基層院所	3,156	42,526,975	97.8%	91.7%
小計	3,226	46,355,243	100%	100%

註. 符合分配條件之院所包括3138家領取金額不為0與43家核算基礎減計至0之院所

表4、依核發金額級距分級之家數及核發金額

核發金額 百分位	院所家數			核發金額(單位:千元)			
	1	2	3	醫院	基層	醫院	基層
核發金額為0	0	0	0	0	43		
0-10百分位	0	1	0	1	320	1	547
10-20百分位	0	1	1	2	322	9	1,256
20-30百分位	0	0	1	1	344	7	1,989
30-40百分位	0	2	2	4	309	32	2,371
40-50百分位	0	0	2	2	343	21	3,256
50-60百分位	1	0	1	2	324	23	3,746
60-70百分位	0	1	2	3	270	42	3,814
70-80百分位	0	2	5	7	285	125	4,933
80-90百分位	0	4	9	13	322	319	7,535
90百分位以上	11	19	5	35	274	3,250	13,080
總計	12	30	28	70	3,156	3,828	42,527

表5 符合指標減計/加計院所數

原因別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
減計	7	12	1	18	2	5	42
	8	12	7	14	5	4	47
	9	285	69	208	92	113	792
	10	452	208	492	146	177	1495
加計	1	0	0	0	2	0	2
	4	23	14	29	11	9	90
	D-0.1	16	118	243	95	81	687
	D-0.2	53	24	34	10	7	94
	E	797	401	806	431	490	2982
	F	960	457	991	492	540	3512
	G	428	131	353	225	213	1380
	H	26	82	135	28	44	324

註.

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

8. 同日重複就診率超過全國80百分位者，減計10%。

9. 7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過全國80百分位者，減計10%。

10. 慢性病給藥七天以上之件數占率為3%以下者。

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

4-從事教學研究且績效卓著

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

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

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

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

H-中醫特約基層院所提供無障礙就醫環境者，依核算基礎(A)加計5%。

討論事項 第四案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：有關 110 年度「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」條文修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 109 年 10 月 18 日中醫門診醫療服務審查執行會第 39 次會議決議事項辦理。
- 二、依評核會委員建議提高執行目標及照護偏鄉反應實際看診情形，做條文調整，修正條文對照表如下：

條次	建議新增修條文	原條文
六(二)2.	本計畫以達成服務人次 <u>200,000</u> 人次，服務總天數 <u>10,000</u> 天為執行目標。	本計畫以達成服務人次 <u>145,000</u> 人次，服務總天數 <u>5,700</u> 天為執行目標。
十一 (三)2.(2)	B. 並應就保險對象逐案併每月其他醫療費用向保險人申報。	B. 並應就保險對象逐案併每月其他醫療費用向保險人申報， <u>每位中醫師每月巡迴看診診次平均門診量限定 70 人次，超過 70 人次之部分，其門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療處置費，自申請金額最少之案件計算起，不予支付，如巡迴醫療服務點屬山地、離島或由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查核定之特殊情形，該巡迴醫療服務點每位中醫師每診次平均門診量不受 70 人次限制。</u>

十一 (三)2.(2)	C. 執行本計畫時，平均門診量前 70 人次之門診診察費，適用醫療服務支付標準第四部中醫部門之第一階段門診診察費(支付標準編號：A01、A11、A02、A12)； <u>超過 70 人次之部分，適用醫療服務支付標準第四部中醫部門之第二階段門診診察費(支付標準編號：A03、A13、A04、A14)。</u>	C. 執行本計畫時，平均門診量前 70 人次之門診診察費，適用醫療服務支付標準第四部中醫部門之第一階段門診診察費(支付標準編號：A01、A11、A02、A12)。
----------------	---	---

健保署說明：

一、針對中醫全聯會建議事項，說明如下：

一、調整巡迴醫療服務之總天數與人次目標數一案，建議如下：

1. 目標服務總天數調整為 10,000 天。
2. 目標服務總人次調整為 240,000 人，109 年 1-8 月巡迴平均門診量為 24 人次，全年服務總人次應可逾 240,000 人次。
3. 近 (106-109) 年巡迴醫療服務計畫執行數如下：

年度	106	107	108	109 年 1-8 月
服務總天數	7,986	9,808	11,174	8,234
服務總人次	190,998	235,807	278,599	209,758

二、巡迴醫療取消每月巡迴平均門診量限定 70 人次限制及增加平均門診量人次若大於 70 人次者，其門診診察費費用給付方式調整為第二階段給付一事，**建議維持以特殊情形專案認定不受限制，本署及中醫全聯會適時提醒院所必要時申請專案審查**，說明如下：

1. 110 年預算及所需經費推估：

(1) 110 年全年預算為 140.6 百萬元，較 109 年增加 500 萬元。

(2) 以 109 年第一、二季較 108 年同期成長率(1.07%)推估，110 年巡迴醫療及獎勵開業所需費用已近 110 年預算。

2. 增加平均門診量人次若大於 70 人次者，其門診診察費給付方式調整為第二階段給付一事，估算影響：

(1) 經分析 109 年 1-8 月每月看診診次平均看診量，計有 6 個中醫師、6 家中醫院所、7 個巡迴點，每月巡迴平均門診量大於 70 人

次(最高為 96 人次)，其中 4 個巡迴點依本方案規定屬山地及專案核備為特殊情形不受 70 人次限制、3 個巡迴點未申請專案核備。

- (2) 依本方案規定屬山地及專案核備為特殊情形不受 70 人次限制者，超過 70 人次部分，門診診察費預估減少 27,720 點；未申請專案核備者，超過 70 人次部分，門診診察費預估增加 182,520 點，門診診察費合計增加 154,800 點(以中醫門診總額一般服務預算支應)，另診察費加計 1 成由本計畫專款支應，預估增加 1 萬 5,480 點。
3. 經統計 109 年度門診時段巡迴醫療平均每診次為 3.2 小時，若取消每月平均看診人次上限可能影響民眾就醫品質。
4. 綜上，考量 110 年預算實不宜增加其他經費支出，且為維護醫療品質，建議維持以特殊情形專案認定不受 70 人次限制，並請本署分區業務組及中醫全聯會適時提醒院所必要時申請專案審查。

二、本署另建議計畫修訂處摘要如下:(詳附表)

- (一) 施行區域修正：截至 109 年 10 月 31 日無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 79 個，故刪除已有中醫師執業之苗栗縣頭屋鄉、彰化縣大城鄉、嘉義縣布袋鎮、高雄市梓官區及連江縣南竿鄉。僅有 1 家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 77 個，故刪除新竹縣新埔鎮及苗栗縣三灣鄉；新增苗栗縣頭屋鄉、彰化縣大城鄉、嘉義縣布袋鎮、屏東縣恆春鎮及連江縣南竿鄉。
- (二) 新增開診規範：
 1. 比照勞動基準法規定，勞工繼續工作 4 小時，至少應有 30 分鐘之休息，新增兩門診時段間至少間隔半小時。
 2. 明確規範獎勵開業服務計畫支援醫師報備須於 7 個工作日前函知中醫全聯會並請中醫全聯會函轉所轄分區業務組備查之規定。
 3. 新增巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。
- (三) 補充計畫文字敘述：
 1. 申請獎勵開業計畫之資格，已受訓滿兩年之醫師敘明檢具相關證明文件。
 2. 獎勵開業計畫申請與審查程序，通知審查結果至完成開業及特約敘明係以通知函寄達日起算。
 3. 巡迴醫療計畫之開診規範，於變更計畫補充敘明包含核備醫事人員。

4. 補充敘明本方案執行報告檢送予中醫全聯會。
5. 本方案執行期間巡迴醫療施行區域有新設立之中醫院所，現行辦理方式係以原核定內容至年底，為使語意明確，敘明依原核定內容執行方案。

110 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案修正對照表

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
(本項未修正)	<p>一、依據： 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。</p>	
(本項未修正)	<p>二、目的： 鼓勵中醫師至中醫醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分布，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護。</p>	
<p>三、預算來源： <u>110</u> 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 <u>140.6</u> 百萬元。</p>	<p>三、預算來源： <u>109</u> 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為 <u>135.6</u> 百萬元。</p>	<p>修正年度及全年經費。</p>
<p>(一)獎勵開業服務計畫：以 <u>109 年 10 月 31 日</u> 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。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：以 <u>109 年 10 月 31 日</u> 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。</p>	<p>四、施行區域：</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫：以 <u>108 年 10 月 31 日</u> 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。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：以 <u>108 年 10 月 31 日</u> 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。</p> <p>(三)附件 1-2 之施行地區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限，以原開業之中醫保險醫事服務機構為巡迴醫療服務計畫優先申請對象，也開放其他中醫保險醫事服務機構申請，惟巡迴醫療服務地點須與原開業</p>	<p>修正施行鄉鎮區：</p> <p>1. 附件 1-1：無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 79 個，故刪除已有中醫師執業之苗栗縣頭屋鄉、彰化縣大城鄉、嘉義縣布袋鎮、高雄市梓官區及連江縣南竿鄉。</p> <p>2. 附件 1-2：僅有 1 家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 77</p>

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>之中醫保險醫事服務機構設址地點為不同村(里)。特殊情況者，由所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組會同中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)專案評估後核定。</p> <p>(四)於本方案執行期間，經保險人及中醫全聯會評估並報經全民健康保險中醫門診總額研商議事會議同意，確屬適用本方案之地區，始可開放符合本方案申請資格之中醫師申請。</p>	<p>個，故刪除新竹縣新埔鎮及苗栗縣三灣鄉；新增苗栗縣頭屋鄉、彰化縣大城鄉、嘉義縣布袋鎮、屏東縣恆春鎮及連江縣南竿鄉。</p>
<p>五、施行期間：自公告日起至 110 年 12 月 31 日。</p>	<p>五、施行期間：自公告日起至 109 年 12 月 31 日。</p>	<p>修正年度。</p>
<p>(本項未修正)</p>	<p>六、年度目標：</p> <p>(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。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p> <p>1. 鼓勵中醫師至醫療資源不足地區提供中醫巡迴醫療服務，本年度以至少執行 80 個鄉鎮(區)數為目標。</p>	
<p>2. 本計畫以達成服務人次 240,000 人次，服務總天數 10,000 天為執行目標。</p>	<p>2. 本計畫以達成服務人次 145,000 人次，服務總天數 5,700 天為執行目標。</p>	<p>中醫全聯會建議提高服務總人次 200,000 人次，服務總天數 10,000 天。經統計近三年執行成效，依中醫全聯會意見修訂目標總天數，惟 109 年 1-8 月平均門診量為 24 人</p>

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
		次，全年服務總人次應可逾 240,000 人次，故調整目標總人次至 240,000 人次。
(本項未修正)	<p>七、申請資格：</p> <p>(一)申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近 2 年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。</p> <p>(二)保險醫事服務機構須具備全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡設備，並確實刷卡、上傳及登錄資料。</p>	
(三)獎勵開業服務計畫：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 <u>(檢具相關證明文件)</u> 不受此限。	(三)獎勵開業服務計畫：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不受此限。	因本署無中醫負責醫師訓練計畫且受訓滿兩年之醫師名單，為利審查資格增加中醫師資格需檢具相關證明文件。
(本項未修正)	(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	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	申請辦理本計畫，其他中醫師不得以支援方式辦理。	
(本項未修正)	<p>八、申請與審查程序及須檢附之文件：</p> <p>(一)申請與審查程序：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 符合申請資格者，須自方案公告日起15個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中醫全聯會受理收件。 2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。 3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。 4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結果送請所轄區保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會。 	
5. 獎勵開業服務計畫：申請中醫師經保險人分區業務組審查結果 <u>通知函寄達</u> 日起，應於二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	5. 獎勵開業服務計畫：申請中醫師經保險人分區業務組 <u>通知</u> 審查結果日起，應於二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。	明確定義通知審查之起算日期。

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
時間表。		
<p>6. 巡迴醫療服務計畫：自核定日(發文日)起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執行之延續性，<u>109</u> 年度原有計畫延續至 <u>110</u> 年度執行，且符合 <u>110</u> 年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至 <u>110</u> 年計畫公告實施日當月底止，<u>110</u> 年度應重新提出申請。</p> <p>(二)須檢附之文件：</p> <p>1. 獎勵開業服務計畫</p> <p>(1)<u>110</u> 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請表(附件 2)。</p>	<p>6. 巡迴醫療服務計畫：自核定日(發文日)起執行；另為確保巡迴醫療服務計畫執行之延續性，<u>108</u> 年度原有計畫延續至 <u>109</u> 年度執行，且符合 <u>109</u> 年度公告之施行區域者，其實施日期追溯至 <u>109</u> 年計畫公告實施日當月底止，<u>109</u> 年度應重新提出申請。</p> <p>(二)須檢附之文件：</p> <p>1. 獎勵開業服務計畫</p> <p>(1)<u>109</u> 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請表(附件 2)。</p>	修正年度。
(本項未修正)	<p>(2)獎勵開業服務計畫書，其內容應包含：</p> <p>A. 書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號定型，橫式書寫。</p> <p>B. 前言。</p> <p>C. 開業服務地區之現況分析(含當地人口分布狀況、地理環境概況、交通情況、醫療資源分析)。</p> <p>D. 預定開業之詳細地址，並檢附診間空間規劃分配圖。</p> <p>E. 醫療人力資源：請</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>詳述醫事人力名單 (含姓名、其學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。</p> <p>F. 預定醫療門診時間表。</p> <p>2. 巡迴醫療服務計畫：</p> <p>(1) 109 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請表(附件 3)、醫事人員名冊(附件 4)。</p> <p>(2) 巡迴醫療服務計畫書，其內容應包含：</p> <p>A. 書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號定型，橫式書寫。</p> <p>B. 封面：包括計畫名稱、執行單位、巡迴醫療服務點所屬縣市、鄉鎮(區)、執行期間。</p> <p>C. 前言：請敘述巡迴醫療服務動機，包括巡迴醫療服務地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。</p> <p>D. 目的：分點具體列述巡迴醫療服務所要達成之目標。</p> <p>E. 巡迴醫療服務地點現況分析，請依下列項目分別具體列述相關內容：</p> <p>a. 巡迴醫療服務點</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>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。</p> <p>b. 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴醫療服務點地理環境概況(檢附簡要地圖更佳)、對外交通情形、當地距最近中醫特約醫事服務機構所需車程時間等。</p> <p>c. 醫療需求情形：請詳述巡迴醫療服務點所屬地區之醫療服務使用狀況、現存各類醫事人員及各類醫事服務機構情形。</p> <p>F. 執行計畫：</p> <p>a. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。</p> <p>b. 每週診療時間。</p> <p>c. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>d. 巡迴醫療服務設置點地址及空間配置圖。</p> <p>G. 經當地衛生主管機關報備核准之中醫師、相關醫事人員及巡迴地點同意函。</p> <p>H. 評估預期效益：請詳述巡迴醫療服務實施後預期達成之效益指標。</p>	
(本項未修正)	<p>九、開診規範：</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫：</p> <p>1. 經中醫全聯會評估通過之申請案件，於評估結果通知函寄達 2 個月內未完成開業登記並申請為中醫門診特約醫事服務機構者，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。</p>	
<p>2. 門診服務時數，每週至少提供五天 35 小時(每週至少須含 2 次夜診)，每一門診時段至少 3 小時，<u>且兩門診時段間至少間隔半小時</u>，且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；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。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</p>	<p>2. 門診服務時數，每週至少提供五天 35 小時(每週至少須含 2 次夜診)，每一門診時段至少 3 小時，且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；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。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</p>	<p>1. 因實務面部分獎勵開業診所門診服務時段為午診 13:30-17:30、晚診 17:30-21:00，為保障民眾診療品質，比照勞動基準法規規定，勞工繼續工作 4 小時，至少應有 30 分鐘之休息，增列兩診次間</p>

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
<p>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。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。<u>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 7 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。</u></p>	<p>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。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。</p>	<p>至少間隔半小時。</p> <p>2. 因巡迴計畫有規範醫師核備支援事宜，且實務面獎勵開業計畫亦有醫師支援門診時段情事，爰增列支援醫師核備事宜。</p>
<p>(本項未修正)</p>	<p>3. 執行本計畫之保險醫事服務機構可同時申請巡迴醫療服務計畫，但巡迴看診時數不列入上述門診服務時數計算。</p> <p>4. 開業登記日起至月底未滿一個月者，則按實際門診日數發給保障額度(計算方式：分子為實際看診天數，分母為當月應提供之開診天數)。</p> <p>5. 門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單(附件 5、6)於前月 25 日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。</p>	
<p>6. 中醫全聯會及保險人分區</p>	<p>6. 中醫全聯會及保險人分</p>	<p>酌修文字。</p>

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
業務組將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段， 做人員及 以電話抽查有無依所訂門診時段提供服務。	區業務組將不定期依保險醫事服務機構所訂門診時段， 做人員及 電話抽查有無依所訂門診時段提供服務。	
(本項未修正)	7. 經中醫全聯會及保險人分區業務組查證保險醫事服務機構無故休診同一年累計達二週或同一年連續請假休診二個月者(不含請產假之負責醫師)，即終止該醫事服務機構執行本計畫。	
(本項未修正)	<p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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(特殊地區每天及每週之巡迴次數及醫師數由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查後核定)。 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(發文日)一個月內開始執行，超過一個月仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本 	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>計畫之辦理。如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流…等，得事後核准。</p> <p>4. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。</p> <p>5. 至離島地區執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構，若因天候狀況導致交通受阻，巡迴醫療服務得增加服務天數 1 天(限申報 1 診次)。當次執行完畢後，應檢具當地衛生主管機關報備函、交通延誤證明(由航空公司、船公司或警察機關等單位開立)等資料，向所轄保險人分區業務組申請備查且副知中醫全聯會，並依規定申報當日產生之醫療費用及論次費用。</p>	
<p>6. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務時間、每週服務次數或地點、<u>核備醫事人員等</u>，須先將變更計畫及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更巡迴醫療服務者</p>	<p>6. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務時間、每週服務次數或地點，須先將變更計畫及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更巡迴醫療服務者應俟保險</p>	<p>執行本方案時常變更醫事人員名單，為明確規範變更計畫內容增列醫事人員異動亦需核備。</p>

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
<p>應俟保險人分區業務組核定後，始得變更計畫。</p>	<p>人分區業務組核定後，始得變更計畫。</p>	
<p>(本項未修正)</p>	<p>7. 申請巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請依附件 7 辦理)。</p> <p>8. 保險人應將本年度巡迴醫療服務相關訊息(含執行之保險醫事服務機構名稱、時間及地點)建置於保險人全球資訊網網站，以供查詢。</p> <p>9. 巡迴時間、時段、地點，依執行本計畫之保險醫事服務機構申請書所列時間表為依據，惟保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮西醫、牙醫及中醫之巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。</p>	
<p><u>10. 巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。</u></p>		<p>為便利提供民眾整合性服務，整合當地資源比照西醫醫不足計畫增列。</p>
<p>(本項未修正)</p>	<p>十、支付方式</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫：</p> <p>1. 獎勵標準：</p> <p>(1)第一級：除第二級、第三級以外之醫療資源不足地區，每月保障額度 30 萬點。</p> <p>(2)第二級：醫療資源不足之山地地區，每月保障額度 35 萬點。</p> <p>(3)第三級：醫療資源不足之離島地區，每月保障額度 40 萬點。</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>2. 醫療費用計算：</p> <p>(1)按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)申報醫療費用。</p> <p>(2)管理原則(年限計算：自醫事服務機構簽約日開始累進計算服務年限；每月總服務量計算：包含門診、巡迴醫療服務量，不含代辦案件及其他預算案件)：</p> <p>A. 承辦本計畫後第七個月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 35%者，以 80%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度 35%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供 1 點巡迴醫療服務計畫；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 20%者，以 70%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度 20%者，須自次月起於該開業鄉鎮提供 2 點巡迴醫療服務計畫。</p> <p>B. 滿一年者，自第十三個月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 45%者，以 75%核付保障額度，若</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>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；若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度 30%者，以 65%核付保障額度，若連續 2 個月未達保障額度 30%者，須自次次月起於該開業鄉鎮提供 2 點巡迴醫療服務計畫。</p> <p>C. 滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定總點數(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；若當月核定總點數(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。</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>D. 獎勵開業之醫事服務機構依上述 A 至 C 點規定提供巡迴醫療服務後，須依其最高巡迴點之數量持續提供巡迴醫療服務至當年度 12 月底。</p> <p>E. 若獎勵開業之醫事服務機構未依上述 A 至 C 點規定於該開業鄉鎮承辦巡迴醫療服務計畫，經所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案評估後，由保險人分區業務組終止本方案之辦理。惟若屬特殊情況者，得專案向保險人分區業務組申請至鄰近本方案施行地區提供巡迴醫療服務計畫。</p> <p>註：依行政院人事行政總處公告之春節日數占該月份日數之比率，調整管控額度之百分比。</p> <p>(3) 自辦理本計畫之年度開始起算，第三年年底終止計畫補助(延續辦理期間不須另提出申請)，且不再接受同一申請人申請本計畫；又延續辦理計畫者，其起迄日期應依原申請年度計算，支付方式依年度方案規定辦理。</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>(4)本計畫中醫師參與巡迴醫療服務之醫療費用(含診察費加成)併入保障額度計算，每月核定點數(含部分負擔)未達保障額度者，不予支付當月巡迴醫療服務之論次費用。</p> <p>(5)本計畫申報之門診診察費納入門診合理量及針灸傷科脫臼整復合理量計算。</p> <p>3. 每點支付金額之結算：</p> <p>(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。</p> <p>(2)每月核定點數(含部分負擔)低於保障額度者：依本方案第十項第一款第二目醫療費用計算之管理原則核付，其保障額度之點數依該區當季之浮動點值計算，惟每點支付金額不低於 1 元。</p> <p>4. 承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件 8)，並於次月費用申報時以電子檔案，報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明																								
	<p>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。</p> <p>2. 本計畫之論次支付方式：各地區別論次支付點數及申報代碼如下，偏遠及山地離島地區分類詳附件 1-1，中醫資源不足地區詳附件 1-2。</p>																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>地區</th> <th>支付點數</th> <th>申報代碼</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0. 中醫資源不足(註)</td> <td>2,000</td> <td>P23064</td> </tr> <tr> <td>1. 一級偏遠</td> <td>3,000</td> <td>P23007</td> </tr> <tr> <td>2. 二級偏遠</td> <td>5,000</td> <td>P23063</td> </tr> <tr> <td>3. 山地</td> <td>8,800</td> <td>P23008</td> </tr> <tr> <td>4. 一級離島</td> <td>11,000</td> <td>P23009</td> </tr> <tr> <td>5. 二級離島</td> <td>12,100</td> <td>P23010</td> </tr> <tr> <td>6. 三級離島</td> <td>13,200</td> <td>P23011</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數 10,000</p>			地區	支付點數	申報代碼	0. 中醫資源不足(註)	2,000	P23064	1. 一級偏遠	3,000	P23007	2. 二級偏遠	5,000	P23063	3. 山地	8,800	P23008	4. 一級離島	11,000	P23009	5. 二級離島	12,100	P23010	6. 三級離島	13,200	P23011
地區	支付點數	申報代碼																								
0. 中醫資源不足(註)	2,000	P23064																								
1. 一級偏遠	3,000	P23007																								
2. 二級偏遠	5,000	P23063																								
3. 山地	8,800	P23008																								
4. 一級離島	11,000	P23009																								
5. 二級離島	12,100	P23010																								
6. 三級離島	13,200	P23011																								
<p>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。</p> <p>4. 本計畫醫療服務支付標準申報規定：</p> <p>(1) 本計畫申報之門診診察費不納入門診合理量計算。</p> <p>(2) 針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應</p>																										

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>申報針灸合併傷科治療（編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94）。</p> <p>(3)針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療每次診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制。</p> <p>(4)本計畫之針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不併入該院所之合計申報量計算，且不受醫療服務支付標準第四部中醫通則五至通則七針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療申報量打折支付之規定限制。</p> <p>(5)巡迴醫療服務之案件因非至保險醫事服務機構就醫，爰不得申報初診門診診察費(A90)。</p> <p>(6)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。</p> <p>5. 依本計畫所申請之專款專用支付項目費用不列入「109年度中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>6. 執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件8),並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查,並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p> <p>(三)本方案點值結算方式： 本方案之專款預算，按季均分，並以獎勵開業計畫為優先，由本預算優先支付。即各季預算先扣除獎勵開業服務計畫之費用後，巡迴醫療服務計畫之「論次支付」及「門診診察費之加成支付」項目，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算；即以全年預算扣除獎勵開業服務計畫之費用後，其餘支付項目皆採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。</p>	
(本項未修正)	<p>十一、醫療服務申報、審查與管理原則：</p> <p>(一)執行本方案之保險醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。</p> <p>(二)本方案須配合健保卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定，保險對象均應繳驗健保卡，如有首次加保及遺</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>失補發或換發等未及領卡情事，須填具健保卡例外就醫名冊(如附件 9)。未依健保卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予支付；另巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料，若巡迴醫療服務之巡迴點無法連線者，經保險人分區業務組確認評估後，以專案申請方式執行巡迴服務。</p> <p>(三)醫療費用申報與審查：</p> <p>1. 門診醫療費用點數申報格式與填報作業</p> <p>(1)總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。</p> <p>(2)點數清單段</p> <p>A. 案件分類：請填報「25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)」。</p> <p>B. 特定治療項目代號</p> <p>(一)</p> <p>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)」。</p> <p>b. 巡迴醫療服務計畫請填報「C6(醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫)」。</p> <p>C. 部分負擔代號及部分負擔點數</p> <p>a. 山地離島地區：請填報免收部分負擔規定山地離島地區之就醫代</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>碼「007」，部分負擔點數請填0。</p> <p>b. 非山地離島地區：依現行全民健康保險法第四十三、四十八條規定辦理，若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，部分負擔得予減免20%。</p> <p>2. 巡迴醫療服務計畫：</p> <p>(1) 保險醫事服務機構依本保險醫療服務支付標準第四部表定之支付點數申報門診診察費，申報時不須加計成數。</p> <p>(2) 本計畫採「論次加論量」支付方式：</p> <p>A. 應依據論次費用申請表格式(附件10)於次月20日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)及郵寄紙本至保險人分區業務組。</p> <p>B. 並應就保險對象逐案併每月其他醫療費用向保險人申報，每位中醫師每月巡迴看診診次平均門診量限定70人次，超過70人次之部分，其門診診</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療處置費，自申請金額最少之案件計算起，不予支付，如巡迴醫療服務點屬山地、離島或由所轄保險人分區業務組會同中醫全聯會專案審查核定之特殊情形，該巡迴醫療服務點每位中醫師每診次平均門診量不受 70 人次限制。</p> <p>C. 執行本計畫時，平均門診量前 70 人次之門診診察費，適用醫療服務支付標準第四部中醫部門之第一階段門診診察費(支付標準編號：A01、A11、A02、A12)。</p> <p>(3)管理原則：執行巡迴醫療服務者，若連續 5 個月每月每診平均就醫人次少於 10 人(不含 10 人)，由中醫全聯會函請執行者，於次月更換巡迴醫療服務點；若經更換巡迴醫療服務點後，再連續 3 個月，每月每診平均就醫人次少於 10 人(不含 10 人)，由中醫全聯會評估後，轉請保險人分區業務組通知該院所終</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>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。</p>	
<p>十二、執行報告： 執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告予中醫全聯會；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益；巡迴醫療服務計畫執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。</p>	<p>十二、執行報告： 執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益；巡迴醫療服務計畫執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。</p>	<p>明確敘明執行報告檢送單位。</p>
<p>(本項未修正)</p>	<p>十三、考核事項： (一)考核程序：參與本方案之保險醫事服務機構，1 年至少考核 1 次。 1. 於 1 月 1 日至 6 月 30 日期間開始執行方案者：應於 7 月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點(附件 11-1、11-2)。 2. 自 7 月 1 日後始執行本方案者：應於 12 月底前，向所轄保險人分區業務組填報考核要點(附件 11-1、11-2)。 3. 考核成績將作為下年度審核之參考。另保險人分區業務組視需要依其自評項目進行實地審查。 (二)考核方式與項目： 1. 實地考核或電話抽查評核(由保險人分區業務組依實際情況，自行評估選用評核方式)。 2. 開業地點民眾意見評核。</p>	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>3. 實際開業服務內容分析評核。</p> <p>4. 綜合討論及評分。</p> <p>(三)考核結果：</p> <p>1. 評分結果為 96 分(含)以上者，列入優等。</p> <p>2. 評分結果為 80~95 分者，列入良等。</p> <p>3. 評分結果為 71~79 分者，列入觀察等級，由保險人分區業務組予以觀察一季要求改善，次年度未達 80 分者，則不予執行本方案。</p> <p>4. 評分結果為 70 分(含)以下者，列入輔導等級，由保險人分區業務組予以輔導一季要求改善，經複核未改善者，終止執行本方案。</p>	
(本項未修正)	<p>十四、注意事項：</p> <p>(一)辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、日報表資料不齊全(含書面資料及電子檔案)、未依本方案規定事項辦理者，經保險人分區業務組及中醫全聯會重新評估後，由保險人分區業務組同意更換、裁撤或終止本方案之辦理。</p>	
(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 <u>原核定內容</u> 至當年度年底。	(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至當年度年底。	依現行辦理方式，明確敘明係以原核定內容至年底。
(本項未修正)	十五、違規處理	

110 年度建議條文	109 年度原條文	說明
	<p>(一)辦理本方案之保險醫事服務機構或醫事人員，如因涉及違反特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一，自保險人第一次發函處分所載之停約日起即停止執行本方案(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，另獎勵開業服務計畫費用支付方式自當年度執行本計畫起至本計畫終止日，以保障額度總額九折支付。</p> <p>(二)因違反前項規定而停止執行本方案者，得於收到該函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所須文件，向保險人分區業務組提起申復。</p>	
(本項未修正)	<p>十六、本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，於實施半年後進行期中檢討，並於年終向健保會提送年度執行報告，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。</p>	
(本項未修正)	<p>十七、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。</p>	

109110 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
施行區域一覽表-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區

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

註 1：本一覽表統計截止日期：108109 年 10 月 31 日，共 8479 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。

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

縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區		
新北市	三芝區	台南市	柳營區	屏東縣	麟洛鄉		
	金山區		六甲區		鹽埔鄉		
	萬里區		西港區		高樹鄉		
	貢寮區		七股區		林邊鄉		
	石碇區		將軍區		南州鄉		
	八里區		山上區		九如鄉		
宜蘭縣	蘇澳鎮		楠西區		花蓮縣	琉球鄉	
	三星鄉		南化區			炭頂鄉	
新竹縣	關西鎮		官田區			台東縣	鳳林鎮
	新埔鎮		玉井區				壽豐鄉
	芎林鄉	口湖鄉	光復鄉				
苗栗縣	卓蘭鎮	雲林縣	林內鄉	瑞穗鄉			
	銅鑼鄉		二崙鄉	太麻里鄉			
	三義鄉		褒忠鄉	卑南鄉			
	造橋鄉		元長鄉	池上鄉			
	三灣鄉		四湖鄉	澎湖縣		湖西鄉	
	頭屋鄉		布袋鎮	金門縣	金沙鎮		
台中市	石岡區	東石鄉	金寧鄉				
	彰化縣	線西鄉	嘉義縣	連江縣	南竿鄉		
埔鹽鄉		六腳鄉					
二水鄉		義竹鄉					
田尾鄉		梅山鄉					
芳苑鄉		大埔鄉					
竹塘鄉		湖內區					
大城鄉		六龜區					
南投縣	集集鎮	高雄市	杉林區				
	鹿谷鄉		永安區				
	中寮鄉		彌陀區				
	魚池鄉		甲仙區				
	國姓鄉	屏東縣	恆春鎮				
	長治鄉						

註 1：本一覽表統計截止日期：108109 年 10 月 31 日，共 7477 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。

109110 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 鄉鎮區	縣 市 村			
	地 區 別	<input type="checkbox"/> 偏遠	<input type="checkbox"/> 山地	<input type="checkbox"/> 離島		
	電 話					
	地 址					
評 估 情 形	中 醫 全 聯 會 評 估 意 見	<input type="checkbox"/> 同意， <input type="checkbox"/> 不同意		原 因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				

109110 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

巡迴醫療服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	醫事服務 機構名稱		醫事服務 機構代碼		電 話	
	醫師姓名		身 分 證 統 一 編 號		中醫師證 書 字 號	台 中 字 第 號
	醫 師 學 經 歷					
	醫事服務 機構地址					
服 務 地 區 及 時 間	服 務 區	區分會 鄉鎮區	縣 市 村	服 務 間	每 週	次每星期
	地 點		地 址			
	時 段		電 話			
	承 作 方 式	一律為論次加論量				
評 估 情 形	中 醫 全 聯 會 評 估 意 見	<input type="checkbox"/> 同意， <input type="checkbox"/> 不同意		原 因		
		中醫全聯會主任委員簽章：				

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

109110 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

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

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

院所印章：

負責醫師簽章：

**109110 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：

印

健保代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國 年 月 日

門診時段異動表辦法：

1. 依「109110 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之第九項開診規範辦理。
2. 每月門診時段異動表應於前月二十五日之前送至中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查。

**109110 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① 月 日 時起至 月 日 時

② 月 日 時起至 月 日 時

③ 月 日 時起至 月 日 時

④ 月 日 時起至 月 日 時

合計 天 小時

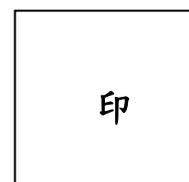
執業地點： 縣市 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



休診及補班規範：

1. 依「**109110** 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。

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

109110 年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

二、標示應包含下列內容

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

三、標示製作內容及規格

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

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

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

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

四、支付原則及核銷方式

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

109 110 年全民健康保險巡迴醫療服務之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報

立牌

直立旗

布條

核銷金額： 元

原始支出憑證黏貼處

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

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

註：1. 本表由醫療院所自存備查，不須再寄送至保險人分區業務組。

106.10.5 版

2. 本表請院所自行印製使用。

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

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	申 請 金 額	核 減 額	核 定 額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
本 頁 小 計											
總 表	項 目	申 次	請 診 數 人	療 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	
	支 付 別										
	P23064 案件										
	P23007 案件										
	P23063 案件										
	P23008 案件										
	P23009 案件										
	P23010 案件										
	P23011 案件										
	P23065 案件										
總 計											

負責醫師姓名：	一、本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得給支付。
醫事服務機構地址：	二、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。
電話：	三、支付別：中醫：中醫門診巡迴醫療服務計畫：論次費用「次」計填寫。
印信：	P23064 中醫資源不足地區中醫師巡迴醫療費用（次）。
	P23007 一級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。
	P23063 二級偏遠地區中醫師巡迴醫療費用（次）。
	P23008 山地地區中醫師巡迴醫療費用（次）。
	P23009 一級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。
	P23010 二級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。
	P23011 三級離島中醫師巡迴醫療費用（次）。
	(註:如為臺灣本島開業之中醫保險醫事服務機構，至僅有一家中醫保險醫事服務機構開業之離島地區，辦理巡迴醫療服務計畫者，得申報 P23065，支付點數 10,000 點)
	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）。

109110 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案院所考核表 開業 巡迴

填報日期： 年 月 日

- 一、考核對象： 中醫診所
 二、考核地點： 鄉(區) 村(里)

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

※每 1 開業或巡迴點(村或里)檢附 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

- 1、是否有中低收入戶減免掛號費或免收掛號費？
是(10分) 否(0分)
- 2、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？
明顯(5分) 不明顯(3分) 無(0分)
- 3、開業診所或巡迴地點是否有全民健保之標誌？
是(5分) 否(0分)

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

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

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	解釋用藥與促進健康衛教
請黏貼符合主題之相片	請黏貼符合主題之相片
空間及環境清潔衛生	診療設備
請黏貼符合主題之相片	請黏貼符合主題之相片

109110 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案**民眾滿意度調查表**

親愛的女士/先生：

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

1、請問您對此中醫醫療服務滿意度如何？

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

2、請問您對此中醫服務據點就醫滿意度如何？

(1)您今天花多久時間到達此中醫服務據點?(僅指去程)

- 10分鐘以內(3分) 11~30分鐘(2分) 30分鐘~1小時(1分)

(2)您到此中醫服務據點看病是否方便？

- 非常方便(3分) 方便(2分) 普通(1分) 不方便(0分)

(3)是否有收取不當之收費？ 是(0分) 否(3分)

(4)您接受此中醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多5個)

- 設備好(1分) 醫師技術好(1分) 環境衛生(1分)
- 候診時間短(1分) 服務態度親切有禮(1分) 方便(1分)
- 重視病人意見(1分) 提供充足醫療常識(1分) 藥有效(1分)

謝謝您！撥空填寫本問卷調查表

鄉(區)

村(里)

中醫診所

年

月

討論事項 第五案

提案單位：本署醫務管理組

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通則條文修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 109 年 8 月 21 日衛部爭字第 1093460750 號函、中華民國中醫師公會全國聯合會 109 年 10 月 12 日(109)全聯醫總富字第 0756 號函及 109 年 10 月 20 日(109)全聯醫總富字第 0775 號函辦理。
- 二、為使支付標準更臻明確，建議增訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第四部中醫通則條文（附件）：
 - （一）第二章藥費及第三章藥品調劑費通則增列「限中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報」：
 1. 現行全民健康保險未核付藥局調劑中藥相關費用，惟仍有藥局進行中藥調劑並申報中藥藥品調劑費及每日藥費，經本署否准給付而致生爭議，爰衛生福利部全民健康保險爭議審議會建議本署研議修正支付標準第四部中醫第二章藥費及第三章藥品調劑費，比照第二部西醫第一章第六節調劑費及第七節藥費分別表列各特約層級機構相對應點數，或於通則規範僅限中醫院所申報，以資明確。
 2. 本案經函詢中華民國中醫師公會全國聯合會，表示同意支付標準第四部中醫第二章藥費及第三章藥品調劑費通則增列「限中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報」。
 - （二）增列「合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量採合併計算」：
 1. 現行實務上醫療費用採合併申報之醫院，其門診合理量係採合併計算。惟檢視支付標準，僅第二部西醫第一章第一節門診診察費通則三明列「合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算」，第四部中醫則未明列。

2. 經函詢中醫師公會全國聯合會表示同意比照第二部西醫，於第四部中醫通則增訂「合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算」。

三、費用影響評估：本案係依現行實務作業增列支付標準文字，使規範更臻明確，未涉及財務影響。

決 定：

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：建請修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第四章第七章使用規範，提請討論。

說明：

- 一、依本會 109 年 10 月 18 日中醫門診醫療服務審查執行會第 39 次會議決議事項辦理。
- 二、本會擬對脈診儀檢查、舌診儀檢查的執行增加使用規範，增加適應症及執行限制。
- 三、建議增訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第四章第七章：
 - (一)註 6：執行本章節之中醫師申報限執業滿 5 年之專任醫師承作，院所申報總量月平均限六人。
 - (二)註 7：申報本章節適應症之定義需為附表 4.7.1 所列病名。(詳附件)

健保署意見：

- 一、針對脈診儀及舌診儀檢查規範中醫師承作資格或適應症，本署尊重中醫師全聯會醫療專業意見。
- 二、本案經洽中醫師公會全國聯合會，表示註 6 係限制每位醫師每月申報脈診儀及舌診儀檢查合計以 6 次為限，爰建議文字修正「本章節限執業滿 5 年之專任中醫師申報，每位醫師每月舌等診儀檢查費及脈診儀檢查費總計以申報 6 人次為限」。
- 三、經中醫師全聯會於 109 年 11 月 10 日以電子郵件補充本章節適應症之診斷碼 (ICD-10-CM)，其中列有「其他特定疾病」惟無相關疾病名稱及診斷碼 (ICD-10-CM)，請中醫師全聯會說明。
- 四、108 年申報本章檢查費總計 25,354 件 (脈診儀檢查 11,028 件，舌診儀檢查 14,326 件)，總計 12,677,000 點 (脈診儀檢查 5,514,000 點，舌診儀檢查 7,163,000 點)，平均每位中醫師月申報量為 23 件，月申報量 ≤ 6 件之人月數約占 51.7%。本案因屬申報條件限縮，爰不增加醫療費用。

五、修訂後支付標準草案詳見附件。

中全會修訂建議

附件一

附表 4.7.1

舌診儀、脈診儀檢查適應症

疾病分類	適應症	診斷標準
心血管循環系統疾病	1. 心臟衰竭	1. 心臟衰竭：左心室射出率 $\leq 35\%$ ；左心室射出率介於 $36\%-50\%$ ，合併典型心臟衰竭症狀；左心室射出率 $>50\%$ ，合併典型心臟衰竭症狀，且經心臟專科醫師確診者。
	2. 急性冠狀動脈疾病	2. 急性冠狀動脈疾病：3個月內曾因胸痛接受心導管檢查，確診有冠狀動脈阻塞或置入支架者。
	3. 深層靜脈栓塞	3. 深層靜脈栓塞：靜脈超音波檢查或靜脈攝影檢查確診者。
	4. 心律不整	4. 心律不整：經心臟專科醫師確診者。
肝膽腸胃消化系統疾病	1. 肝硬化	1. 肝硬化：經肝臟超音波檢查或肝組織切片診斷為肝硬化者。
	2. 消化性潰瘍	2. 消化性潰瘍：經腸胃道內視鏡確定診斷者。
	3. 大腸激躁症	3. 大腸激躁症：至少三個月(連續或反覆發作)有以下五項中符合兩項以上的條件：(1)排便次數改變(每天三次以上或每週少於三次)，(2)大便形態改變(硬團塊或是稀便、水便)，(3)排便感覺改變(如必須用力，急便，或是感覺排不乾淨)，(4)大便中帶黏液，(5)腹脹。
	4. 慢性肝炎	4. 慢性肝炎：經肝臟超音波檢查或實驗室檢查確立診斷者。

肺部呼吸系統	1. 慢性阻塞性肺病	1. 慢性阻塞性肺病：肺功能檢查確診者 ($FEV1/FVC \leq 70\%$)
	2. 氣喘	2. 氣喘：病史、理學檢查及實驗室的檢查，各方面的資料綜合判斷確立診斷者。
腎泌尿系統	1. 慢性腎衰竭	1. 慢性腎衰竭：Stage III：中度慢性腎衰竭 $GFR: 30 \sim 59 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ；Stage IV：重度慢性腎衰竭 $GFR: 15 \sim 29 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ；Stage V：末期腎臟病變 $GFR: < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$
	2. 腎或泌尿道結石	2. 腎或泌尿道結石：影像學（超音波或電腦斷層）確診者。
免疫系統	1. 全身性紅斑狼瘡 2. 類風濕性關節炎 3. 全身性硬化症	經風濕免疫科專科醫師確診者。
耳鼻喉系統	1. 過敏性鼻炎	常見的臨床症狀為早上起床之後連續性打噴嚏、流鼻水及易鼻塞等三大症狀，其它常見的合併症狀有鼻子癢、眼睛癢、眼睛紅或是喉嚨常會有搔癢感。這些症狀再加上典型的過敏病史（包括家族史）、理學檢查與過敏病的實驗室檢查（包括嗜酸性白血球與 IgE 的總量、特異性 IgE 抗體、或過敏原皮膚試驗）就可確定診斷。
內分泌系統	1. 糖尿病	1. 糖尿病：以下四項符合一項者，糖化血色素 (A1C) $\geq 6.5\%$ ；二次以上空腹血漿葡萄糖濃度 $\geq 126 \text{ mg/dl}$ ；葡萄糖耐量試驗二小時血漿葡萄糖濃度 $\geq 200 \text{ mg/dl}$ ；典型糖尿病症狀，譬如：多尿、多渴、多食，無法解釋的體重減輕，加上任意血漿葡萄糖濃度 $\geq 200 \text{ mg/dl}$

	2. 甲狀腺功能亢進或低下	2. 實驗數據符合且有典型臨床表現者
神經精神系統	1. 重度憂鬱症	1. 重度憂鬱症：符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。
	2. 精神分裂症	2. 精神分裂症：符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。
	3. 腦中風	3. 腦中風：臨床表現符合，經神經科醫師診斷，並有影像學依據者。
	4. 帕金森氏症	4. 帕金森氏症：經神經科醫師診斷者。
	5. 失智症	5. 失智症：經神經科醫師診斷者。
腫瘤系統	惡性腫瘤(癌症)	經腫瘤專科醫師診斷，有影像學與病理切片依據者。
婦產科疾病	1. 子宮肌瘤	1. 子宮肌瘤：經婦產科醫師診斷，並有影像學依據者(超音波或磁振造影等)。
	2. 子宮內膜異位症	2. 子宮內膜異位症：有內診、超音波記錄或腹腔鏡檢查，經婦產科醫師診斷者。
	3. 不孕症	3. 不孕症：結婚一年內有正常之性行為仍無法懷孕，經婦產科醫師診斷者。
其他特定疾病		

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：建請修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第四章、第五章、第六章及第八章，提請討論。

說明：

- 一、依本會 109 年 10 月 18 日中醫門診醫療服務審查執行會第 39 次會議決議事項辦理。
- 二、全民健康保險會於 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過協商項目提升中醫針灸處置照護品質預算為 181.0 百萬及提升中醫傷科處置照護品質預算為 153.0 百萬。
- 三、本會擬新增複雜度針灸及傷科處支付代碼，以 108 年申請 ICD-10 案件，推算約需 334.0 百萬元，修正支付標準如附件二。

健保署意見：

- 一、110 年度一般服務預算可用於調整支付標準合計 829.7 百萬元，分述如下：
 - (一) 非協商因素：「醫療服務成本指數改變率」預估增加金額 495.7 百萬元。
 - (二) 協商因素：
 1. 「中醫針灸處置品質提升」預計增加 181.0 百萬元，執行目標為提升中醫針灸處置照護品質。
 2. 「中醫傷科處置品質提升」預計增加 153.0 百萬元，執行目標為提升中醫傷科處置照護品質。
- 二、中醫師全聯會提案調整項目之財務影響：
 - (一) 新增複雜度針灸及傷科處支付代碼：
 1. 108 年各項針灸治療、傷科治療、脫臼整復費治療處置及針灸(合併傷科)治療之申報案件，依中醫師全聯會提供之新增複雜性分類，以申報案件之主診斷進行支付代碼重新分類：(表一)
 - (1) 針灸案件：108 年原申報點數 4,599.2 百萬點，重新分類支付代碼後預估費用為 4,780.3 百萬點，增加 181.1 百萬點。
 - (2) 傷科治療及脫臼整復費治療處置：108 年原申報點數 598.4 百萬點，重新分類支付代碼後預估費用為 692.7 百萬點，增加 94.3

百萬點。

(3) 針灸(合併傷科)治療：108年原申報點數115.1百萬點，重新分類支付代碼後預估費用為120.0百萬點，增加4.9百萬點。

2. 承上，重新分類支付代碼後，預估費用增加總計280.3百萬點。

(二) 修訂支付標準第四部針灸及傷科治療相關合理量通則：(表二)

1. 以108年申報案件，依現行支付標準合理量規範計算，應核扣點數總計約61.3百萬點。另依中醫師全聯會提供之新針傷處置定義重新分類後之醫令及合理量規範計算，應核扣點數總計約103.1百萬點。

2. 承上，以重新分類支付代碼及修改後合理量通則計算，預估合理量核扣點數計41.8百萬點。

(三) 承上，本案預估費用增加總計238.5百萬點【280.3百萬點-41.8百萬點】，預算尚足以支應。

三、修訂後支付標準草案詳見附件。

(表一)

醫令代碼	醫令名稱	點數	件數	件數*點數
第四章 針灸治療				
B41	針灸治療處置費(含材料費) - 另開內服藥	227	2,490,473	565,337,371
B42	針灸治療處置費(含材料費) - 未開內服藥	227	16,413,733	3,725,917,391
B43	電針治療 - 另開內服藥	227	69,610	15,801,470
B44	電針治療 - 未開內服藥	227	434,116	98,544,332
B45	複雜性針灸治療 - 另開內服藥	307	88,812	27,265,284
B46	複雜性針灸治療 - 未開內服藥	307	541,685	166,297,295
第五章 傷科治療				
B53	傷科治療處置費(含材料費) - 另開內服藥	227	280,163	63,597,001
B54	傷科治療處置費(含材料費) - 未開內服藥	227	2,238,671	508,178,317
B55	複雜性傷科治療 - 另開內服藥	307	12,549	3,852,543
B56	複雜性傷科治療 - 未開內服藥	307	69,331	21,284,617
B57	複雜性傷科治療 - 骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477	862	411,174
第六章 脫臼整復費治療處置				
B61	脫臼整復費(含材料費) - 同療程第一次就醫	327	1,071	350,217
B62	脫臼整復費(含材料費) - 同療程複診，另開內服藥	227	336	76,272
B63	脫臼整復費(含材料費) - 同療程複診，未開內服藥	227	2,665	604,955
第八章 針灸(合併傷科)治療				
B80	針灸(合併傷科)治療(含材料費) - 另開內服藥	227	47,197	10,713,719
B81	針灸(合併傷科)治療(含材料費) - 未開內服藥	227	423,902	96,225,754
B82	針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費) - 另開內服藥	307	3,273	1,004,811
B83	針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費) - 未開內服藥	307	12,374	3,798,818
B84	針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費) - 骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477	361	172,197
B85	電針(合併傷科)治療(含材料費) - 另開內服藥	227	377	85,579
B86	電針(合併傷科)治療(含材料費) - 未開內服藥	227	1,796	407,692
B87	電針(合併複雜性傷科)治療(含材料費) - 另開內服藥	307	18	5,526
B88	電針(合併複雜性傷科)治療(含材料費) - 未開內服藥	307	230	70,610
B89	電針(合併複雜性傷科)治療(含材料費) - 骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477	0	0
B90	複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費) - 另開內服藥	307	1,788	548,916
B91	複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費) - 未開內服藥	307	6,653	2,042,471
B92	複雜性針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費) - 另開內服藥	307	14	4,298
B93	複雜性針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費) - 未開內服藥	307	4	1,228
B94	複雜性針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費) - 骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477	0	0

醫令代碼	醫令名稱		點數	件數	件數*點數
第四章 針灸治療					
D01	針灸治療處置費(含材料費)	- 另開內服藥	227	2,396,276	543,954,652
D02	針灸治療處置費(含材料費)	- 未開內服藥	227	15,890,792	3,607,209,784
D03	電針治療	- 另開內服藥	227	64,520	14,646,040
D04	電針治療	- 未開內服藥	227	393,791	89,390,557
D05	中度複雜性針灸治療	- 另開內服藥	327	40,775	13,333,425
D06	中度複雜性針灸治療	- 未開內服藥	327	229,296	74,979,792
D07	高度複雜性針灸治療	- 另開內服藥	427	147,324	62,907,348
D08	高度複雜性針灸治療	- 未開內服藥	427	875,655	373,904,685
第五章 傷科治療					
E01	傷科治療處置費(含材料費)	- 另開內服藥	227	274,511	62,313,997
E02	傷科治療處置費(含材料費)	- 未開內服藥	227	2,217,605	503,396,335
E03	中度複雜性傷科治療(同療程第1次就醫)	- 另開內服藥	427	1,164	497,028
E04	中度複雜性傷科治療(同療程第1次就醫)	- 未開內服藥	427	4,410	1,883,070
E05	高度複雜性傷科治療多部位損傷第一次處置	- 另開內服藥	877	8,350	7,322,950
E06	高度複雜性傷科治療多部位損傷第一次處置	- 未開內服藥	877	24,274	21,288,298
E07	高度複雜性傷科治療合併有特殊疾病第一次處置	- 另開內服藥	877	11	9,647
E08	高度複雜性傷科治療合併有特殊疾病第一次處置	- 未開內服藥	877	13	11,401
E09	高度複雜性傷科治療脫臼整復第一次復位處置治療(第一次定義含再次復位)	- 另開內服藥	1177	346	407,242
E10	高度複雜性傷科治療脫臼整復第一次復位處置治療(第一次定義含再次復位)	- 未開內服藥	1177	1,141	1,342,957
E11	高度複雜性傷科治療骨折第一次復位處置治療(第一次定義含再次接骨)	- 另開內服藥	1277	8,666	11,066,482
E12	高度複雜性傷科治療骨折第一次復位處置治療(第一次定義含再次接骨)	- 未開內服藥	1277	65,157	83,205,489
第八章 針灸(合併傷科)治療					
F01	針灸(合併傷科)治療(含材料費)	- 另開內服藥	227	43,964	9,979,828
F02	針灸(合併傷科)治療(含材料費)	- 未開內服藥	227	391,852	88,950,404
F03	針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)	- 另開內服藥(療程2-6)次	227	533	120,991
F04	針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)	- 未開內服藥(療程2-6)次	227	5,209	1,182,443
F05	針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)	- 同療程第1次就醫	427	1,760	751,520
F06	針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	227	2,684	609,268
F07	針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	227	18,589	4,219,703
F08	針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	877	4,389	3,849,153
F09	針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	227	13	2,951
F10	針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	227	33	7,491
F11	針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	877	10	8,770
F12	針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	227	79	17,933
F13	針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	227	663	150,501
F14	針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	1177	154	181,258

F15	針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	227	1,365	309,855
F16	針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	227	11,921	2,706,067
F17	針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	1277	1,394	1,780,138
F18	電針(合併傷科)治療(含材料費)	- 另開內服藥	227	286	64,922
F19	電針(合併傷科)治療(含材料費)	- 未開內服藥	227	1,325	300,775
F20	電針(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)	- 另開內服藥(療程2-6)次	227	18	4,086
F21	電針(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)	- 未開內服藥(療程2-6)次	227	124	28,148
F22	電針(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)	- 同療程第1次就醫	427	86	36,722
F23	電針(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	227	8	1,816
F24	電針(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	227	230	52,210
F25	電針(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	877	88	77,176
F26	電針(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	227	0	0
F27	電針(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	227	0	0
F28	電針(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	877	0	0
F29	電針(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	227	0	0
F30	電針(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	227	14	3,178
F31	電針(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	1177	2	2,354
F32	電針(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	227	7	1,589
F33	電針(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	227	65	14,755
F34	電針(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	1277	6	7,662
F35	中度複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)	- 另開內服藥	327	301	98,427
F36	中度複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)	- 未開內服藥	327	1,065	348,255
F37	中度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)	- 另開內服藥(療程2-6)次	327	79	25,833
F38	中度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)	- 未開內服藥(療程2-6)次	327	615	201,105
F39	中度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)	- 同療程第1次就醫	427	239	102,053
F40	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	327	2	654
F41	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	327	24	7,848

F42	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	877		7	6,139
F43	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	327		0	0
F44	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	327		0	0
F45	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	877		0	0
F46	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	327		0	0
F47	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	327		0	0
F48	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	1177		0	0
F49	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	327		0	0
F50	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	327		0	0
F51	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	1277		0	0
F52	高度複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)	- 另開內服藥	427		245	104,615
F53	高度複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)	- 未開內服藥	427		850	362,950
F54	高度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)	- 另開內服藥(療程2-6)次	427		956	408,212
F55	高度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)	- 未開內服藥(療程2-6)次	427		4,774	2,038,498
F56	高度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)	- 同療程第1次就醫	427		1,621	692,167
F57	高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	427		0	0
F58	高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	427		0	0
F59	高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	877		0	0
F60	高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	427		30	12,810
F61	高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	427		173	73,871
F62	高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	877		16	14,032
F63	高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	427		0	0
F64	高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	427		0	0
F65		- 第一線處置治療	1177		0	0
F66	高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)	- 另開內服藥(後續治療)	427		18	7,686
F67	高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)	- 未開內服藥(後續治療)	427		86	36,722
F68	高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)	- 第一線處置治療	1277		15	19,155

(表二)

	現行通則		修正後通則	
	規範	應核扣點數	規範	應核扣點數
通則五	<u>複雜性傷科處置</u> (編號：B55、 B56、B57、B82、 B83、B84、B87、 B88、B89、B92、 B93、B94)每位專 任醫師每月上限 為六十人次，超 過六十人次部分 改以通則七範圍 醫令計算	556,080	<u>中度複雜性針灸處置</u> (編號：D05、D06、 F35、F36、F37、F38、 F39、F40、F41、F42、 F43、F44、F45、F46、 F47、F48、F49、F50、 F51 等)每月上限為一 百人次，超過一百人 次部分改以 D01、 D02、D03、D04 醫令 計算	925,800
			<u>高度複雜性針灸處置</u> (編號：D07、D08、 F52、F53、F54、F55、 F56、F57、F58、F59、 F60、F61、F62、F63、 F64、F65、F66、F67、 F68 等)每月上限為七 十人次，超過七十人 次部分改以 D01、 D02、D03、D04 醫令 計算	43,654,800
通則六	中醫醫療院所平 均每位專任醫師 每月申報另開內 服藥之針灸、傷 科、脫臼整復及 針灸(合併傷科) 治療處置費(編 號：B41、B43、 B45、B53、B62、 B80、B85、B90)	12,440,168	中醫醫療院所平均每 位專任醫師每月申報 另開內服藥之針灸、 傷科、脫臼整復及針 灸(合併傷科)治療處 置費(編號：D01、 D03、E01、E03、E05、 E07、E09、E11、F01、 F03、F06、F09、F12、 F15、F18、F20、F23、	10,139,296

	每位專任醫師每月上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分者五折支付。		<u>F26、F29、F32</u>)每位專任醫師每月上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分者五折支付。	
通則七	中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號： <u>B42、B44、B46、B54、B61、B63、B81、B86、B91</u> 者，九折支付，四十六人次以上，支付點數以零計。	48,295,589	中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號： <u>D02、D04、D06、D08、E02、F02、F19、F36、F53</u> 者，九折支付，四十六人次以上，支付點數以零計。	48,370,887

疾病分類	適應症 (ICD-10-CM)	診斷標準
心血管循環系統疾病	1.心臟衰竭 I50; I11.0; I13; I97.13; O75.4; I09.81	1.心臟衰竭： <u>左心室射出率\leq35%；左心室射出率介於36%-50%，合併典型心臟衰竭症狀；左心室射出率$>$50%，合併典型心臟衰竭症狀，且經心臟專科醫師確診者。</u>
	2.急性冠狀動脈疾病 I24	2.急性冠狀動脈疾病： <u>3個月內曾因胸痛接受心導管檢查，確診有冠狀動脈阻塞或置入支架者。</u>
	3.深層靜脈栓塞 I82	3.深層靜脈栓塞： <u>靜脈超音波檢查或靜脈攝影檢查確診者。</u>
	4.心律不整 I47; I49; R00	4.心律不整： <u>經心臟專科醫師確診者。</u>
肝膽腸胃消化系統疾病	1.肝硬化 K70; K71; K74	1.肝硬化： <u>經肝臟超音波檢查或肝組織切片診斷為肝硬化者。</u>
	2.消化性潰瘍 K25~K28	2.消化性潰瘍： <u>經腸胃道內視鏡確定診斷者。</u>
	3.大腸激躁症 K58	3.大腸激躁症： <u>至少三個月(連續或反覆發作)有以下五項中符合兩項以上的條件：(1)排便次數改變(每天三次以上或每週少於三次)，(2)大便形態改變(硬團塊或是稀便、水便)，(3)排便感覺改變(如必須用力，急便，或是感覺排不乾淨)，(4)大便中帶黏液，(5)腹脹。</u>
	4.急慢性肝炎 B15~B19	4.急慢性肝炎： <u>經肝臟超音波檢查或實驗室檢查確立診斷者。</u>
肺部呼吸系統	1.慢性阻塞性肺病 J44	1.慢性阻塞性肺病： <u>肺功能檢查確診者 (FEV1/FVC\leq70%)</u>
	2.氣喘 J45	2.氣喘： <u>病史、理學檢查及實驗室的檢查，各方面的資料綜合判斷確立診斷者。</u>
腎泌尿系統	1.慢性腎衰竭 N18.3; N18.4; N18.5	1.慢性腎衰竭： <u>Stage III：中度慢性腎衰竭 GFR：30~59 ml/min/1.73 m²；Stage IV：重度慢性腎衰竭 GFR：15~29 ml/min/1.73 m²；Stage V：末期腎臟病變 GFR：$<$15 ml/min/1.73 m²</u>
	2.腎或泌尿道結石 N20~N23	2.腎或泌尿道結石： <u>影像學(超音波或電腦斷層)確診者。</u>
免疫系統	1.全身性紅斑狼瘡 M32 2.類風濕性關節炎 M05; M06; M08 3.全身性硬化症	<u>經風濕免疫科專科醫師確診者。</u>

<u>疾病分類</u>	<u>適應症 (ICD-10-CM)</u>	<u>診斷標準</u>
	<u>M34</u>	
<u>耳鼻喉系統</u>	<u>1.過敏性鼻炎</u> <u>J30</u>	<u>常見的臨床症狀為早上起床之後連續性打噴嚏、流鼻水及易鼻塞等三大症狀，其它常見的合併症狀有鼻子癢、眼睛癢、眼睛紅或是喉嚨常會有搔癢感。這些症狀再加上典型的過敏病史(包括家族史)、理學檢查與過敏病的實驗室檢查(包括嗜酸性白血球與 IgE 的總量、特異性 IgE 抗體、或過敏原皮膚試驗)就可確定診斷。</u>
<u>內分泌系統</u>	<u>1.糖尿病</u> <u>E08~E11; E13; O24</u>	<u>1.糖尿病：以下四項符合一項者，糖化血色素(A1C)≥6.5%；二次以上空腹血漿葡萄糖濃度≥126mg/dl；葡萄糖耐量試驗二小時血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl；典型糖尿病症狀，譬如：多尿、多渴、多食，無法解釋的體重減輕，加上任意血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl</u>
	<u>2.甲狀腺功能亢進或低下</u> <u>E02; E03; E05</u>	<u>2.實驗數據符合且有典型臨床表現者</u>
<u>神經精神系統</u>	<u>1.重度憂鬱症</u> <u>F32; F33</u>	<u>1.重度憂鬱症：符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。</u>
	<u>2.精神分裂症</u> <u>F20; F21; F25</u>	<u>2.精神分裂症：符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。</u>
	<u>3.腦中風</u> <u>G45.0~G46.8; I60~I68</u>	<u>3.腦中風：臨床表現符合，經神經科醫師診斷，並有影像學依據者。</u>
	<u>4.帕金森氏症</u> <u>G20; G21</u>	<u>4.帕金森氏症：經神經科醫師診斷者。</u>
	<u>5.失智症</u> <u>F01~F03; G30; G31</u>	<u>5.失智症：經神經科醫師診斷者。</u>
<u>腫瘤系統</u>	<u>惡性腫瘤(癌症)</u> <u>C00~C96</u>	<u>經腫瘤專科醫師診斷，有影像學與病理切片依據者。</u>
<u>婦產科疾病</u>	<u>1.子宮肌瘤</u> <u>D25</u>	<u>1.子宮肌瘤：經婦產科醫師診斷，並有影像學依據者(超音波或磁振造影等)。</u>
	<u>2.子宮內膜異位症</u> <u>N80</u>	<u>2.子宮內膜異位症：有內診、超音波紀錄或腹腔鏡檢查，經婦產科醫師診斷者。</u>
	<u>3.不孕症</u> <u>N46; N97</u>	<u>3.不孕症：結婚一年內有正常之性行為仍無法懷孕，經婦產科醫師診斷者。</u>
<u>其他特定疾病</u>		

中全會建議修訂_附件二

第四部 中 醫

通則：

一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、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、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

(一)經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，得按下列計算方式申報門診診察費：

1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*二十三日)】

2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為五十人(含)以下，申報編號 A82、A83、A84、A85。

3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出五十人以上，申報編號 A86、A87、A88、A89。

(二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。

三、針灸治療編號、傷科治療編號~~脫臼整復治療~~及針灸合併傷科治療編號不得同時申報，針灸、傷科及~~脫臼整復~~如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：B80、B81~~、B82、B83、B84~~、B85、B86、~~B87、B88、B89~~、B90、B91、B92、B93~~、B94~~新增代碼)。

四、針灸、傷科及~~脫臼整復~~需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。

五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科~~脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含

~~複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每月上限為六十人次，超過六十人次部分改以通則七範圍醫令計算~~中度複雜性針灸處置(編號：BXX等)每月上限為一百人次，超過一百人次部分改以通則七範圍醫令計算、高度複雜性針灸處置(編號：BXX等)每月上限為七十人次，超過七十人次部分改以通則七範圍醫令計算(每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「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、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)。

- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科~~脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43~~、B45、B53、B62~~、B80、B85~~、B90~~、**新增代碼**)每位專任醫師每月上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分者五折支付。
- 七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科~~脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44~~、B46、B54、B61、B63~~、B81、B86~~、B91~~者，九折支付，四十六人次以上，編號：B41、B42、B43、B44~~、B45、B46~~、B53、B54、~~B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94~~**、新增代碼者**，支付點數以零計。
- 八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科~~脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療合計申報量 = (當月針灸、傷科~~脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療處置總人次 / 當月專任中醫師總看診日數)。
- 九、中醫醫療院所專任醫師於產假期間全月未看診，支援醫師得以該全月未看診之專任醫師數，依合理量規定申報該月份門診診察費及針灸、傷科~~脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。
- 十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第四章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
B41	針灸治療處置費(含材料費) —另開內服藥	227
B42	—未開內服藥	227
B43	電針治療 —另開內服藥	227
B44	—未開內服藥	227
B45	複雜性針灸治療 —另開內服藥	307
B46	—未開內服藥	307
	註1：申報與審查方式依附表 4.4.1 規定辦理。	
	註2：本項申報適應症請詳附表 4.4.2。	
<u>BXX</u>	<u>中度複雜性針灸治療</u> <u>--另開內服藥</u>	<u>327</u>
<u>BXX</u>	<u>--未開內服藥</u>	<u>327</u>
	<u>註1：申報與審查方式依附表 4.4.3 規定辦理。</u>	
	<u>註2：本項申報適應症請詳附表 4.4.4 或無合乎中度複雜性針灸治療適應症(詳附表 4.4.4)但合併有特殊疾病詳附表 4.4.5。</u>	
	<u>註3：治療需針灸兩個部位或以上(頭頸部或軀幹部或四肢，任兩部位或以上)</u>	
	<u>註4：需合併輔助治療(拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸，等任一治療)</u>	
	<u>註5：治療總時間至少 10 分鐘以上。</u>	
<u>BXX</u>	<u>高度複雜性針灸治療</u> <u>--另開內服藥</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--未開內服藥</u>	<u>427</u>

註 1:申報與審查方式依附表 4.4.3 規定辦理。
註 2:本項申報適應症請詳附表 4.4.6 或符合中度複雜針灸適應症(詳附表 4.4.4)合併有特殊疾病(詳附表 4.4.5)。
註 3:治療需針灸兩個部位或以上(頭頸部或軀幹部或四肢,任兩部位或以上)
註 4:需合併輔助治療(拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸,等任一治療)
註 5:治療總時間至少 20 分鐘以上

附表 4.4.3 複雜性針灸申請給付及支付原則

- 一、中度複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.4 所列病名或無合乎中度複雜性針灸治療適應症(附表 4.4.4 所列病名)但合併有特殊疾病附表 4.4.5 所列病名。
- 二、高度複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.6 所列病名或合乎中度複雜性針灸治療適應症(附表 4.4.4 所列病名)且合併有特殊疾病附表 4.4.5 所列病名。
- 三、費用申報與審查相關規定：
 - 1.院所每月專任中醫師平均申報中度複雜性針灸處置上限為一百人次、高度複雜性針灸處置上限為七十人次，超出人次部分改以通則七範圍醫令計算。
 - 2.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執行審查。
 - 3.抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.4、附表 4.4.5 及附表 4.4.6 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.4.4 中度複雜性針灸適應症

ICD-10-C M	中文病名
G43	偏頭痛
G50	三叉神經疾患
G51	顏面神經疾患
G52	其他腦神經疾患
G90	自主神經系統疾患

ICD-10-C M	中文病名
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
H02	眼瞼其他疾患
H04	淚道系統之疾患
H05	眼窩疾患
H52	屈光及調節作用疾患
H10	結膜炎
H20	虹膜睫狀體炎
H25	老年性白內障
H26	其他白內障

附表 4.4.5 特殊疾病適應症

ICD-10-CM	中文病名
A15	呼吸道結核病
B01	水痘[水痘]
B02	帶狀疱疹[帶狀疱疹]
B05	麻疹
B06	德國麻疹[德國麻疹]
B20	人類免疫不全病毒疾病
B97.2	歸類於他處冠狀病毒所致的疾病
B97.3	歸類於他處反轉錄病毒所致的疾病
D65	瀰漫性血管內凝血症[去纖維蛋白徵候群]

ICD-10-CM	中文病名
D66	遺傳性第VIII凝血因子缺乏症
D67	遺傳性第IX凝血因子缺乏症
D68	其他凝血缺乏
D69	紫斑症及其他出血性病態
D70	嗜中性白血球缺乏症
D82	與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症
D83	常見多樣性免疫缺乏症
D84	其他免疫缺乏症
E04	其他非毒性甲狀腺腫
E05	甲狀腺毒症(甲狀腺機能亢進)
E06	甲狀腺炎
E10	第一型糖尿病
E11	第二型糖尿病
E13	其他特定糖尿病
E15	非糖尿病的低血糖性昏迷
E28	卵巢功能障礙
F90	注意力不足過動症
F95	抽搐症
I20	心絞痛
I21	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI) 與非 ST 段上升之心肌梗塞 (NSTEMI)
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	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 (28 天內)
I24	其他急性缺血性心臟病
I25	慢性缺血性心臟病
I26	肺栓塞
I27	其他肺性心臟病
I28	其他肺血管疾病
I42	心肌病變

ICD-10-CM	中文病名
I50	心臟衰竭
I71	主動脈瘤及剝離
I73	其他末梢血管疾病
I74	動脈栓塞及血栓症
I80	靜脈炎及血栓靜脈炎
I82	其他靜脈栓塞及血栓
I89	其他非感染性之淋巴管和淋巴結疾患
J44	慢性阻塞性肺病
J45	氣喘
J93	氣胸及氣漏
J96	呼吸衰竭，他處未歸類
J98	其他呼吸衰竭
K72	肝衰竭，他處未歸類者
K74	肝纖維化及硬化
K80	膽結石
L10	天庖瘡
L11	其他棘層鬆解性疾患
L12	類天庖瘡
L40	乾癬
L51	多形性紅斑
L52	結節性紅斑
L89	壓迫性潰瘍
L94	其他局限性結締組織疾患
L97	下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者
M33	皮多肌炎
M34	全身性硬化症(硬皮症)
M35	結締組織其他全身性侵犯
M35.0	乾燥症候群[Sjogren 氏]
M35.00	乾燥症候群
N18	慢性腎臟疾病
N19	腎衰竭

ICD-10-CM	中文病名
010~016 、 020~029	妊娠
R64	惡病質

附表 4.4.6 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中文病名
A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	腦膜良性腫瘤
D33	腦瘤併發神經功能障礙(73)
D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	(三) 其他器質性精神病態
F03-F05	(一) 老年期及初老年期器質性精神病態【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】
F05	(二) 亞急性譫妄
F20、F21、F25	(四) 思覺失調症
F22、F23、F24	(六) 妄想狀態
F30-F39	(五) 情感性精神病
F84	(七) 源自兒童期之精神病
F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	脊髓小腦症
G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	巴金森病
G35	多發性硬化症
G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	癲癇

ICD-10-CM	中文病名
G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	重症肌無力症
G71	肌肉特發性疾患
G80	嬰兒腦性麻痺
G81	偏癱
G82-G83+B91	其他麻痺性徵候群（急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群）
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
G93.7	雷氏症候群
H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	其他脈絡膜疾患
H33	視網膜退化及裂孔
H34	視網膜血管阻塞
H35	視網膜其他疾患
H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	青光眼
H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	玻璃體疾患
H46	眼球神經炎
H47	視(第2)神經及視路之其他疾患
H49	麻痺性斜視
H50	其他斜視
H51	其他雙側眼運動疾患
H53	視覺障礙

ICD-10-CM	中文病名
H54	失明及低視力
H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	腦梗塞
M45	僵直性脊椎炎
M62.3	截癱性不動症候群
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
Q11	無眼症、小眼畸形及巨眼畸形
Q13	前段眼先天性畸形
Q12	先天性水晶體畸形
Q14	後段眼先天性畸形
Q15	眼其他先天性畸形
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.2、S14.3、S24.2、 S34.2、S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、S24.9、	胸、腰椎、囊和骨盆神經損傷

ICD-10-CM	中文病名
S34.5、S34.6、S34.8、 S34.9	
S44.0-S44.5、 S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、 S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、 S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、 S74.8-S74.9、 S84.0-S84.2、 S84.8-S84.9、 S94.0-S94.3、 S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷
P91	其他新生兒腦狀態障礙
如附件	衛生福利部公告之罕見疾病名單

第五章 傷科治療

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
B53	傷科治療處置費(含材料費)	
	—另開內服藥	227
B54	—未開內服藥	227
	註： 1. 標準作業程序 (1)四診八綱辨證。 (2)診斷。 (3)理筋手法。 2. 適應症 (1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。 (3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩（凝肩）等。	
	複雜性傷科治療	
B55	—另開內服藥	307
B56	—未開內服藥	307
B57	—骨折、脫臼整復第一次復位處置治療	477
	註： 1、申報與審查方式依附表4.5.1規定辦理。 2、本項申報適應症請詳附表4.5.2。 3、B57「骨折、脫臼整復第一次復位處置治療」係指該患者受傷部位初次到醫療院所做接骨、復位之處理治療，且不得與B61併同申報。	
	<u>中度複雜性傷科治療第一次處置治療</u>	
<u>BXX</u>	<u>—另開內服藥</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>—未開內服藥</u>	<u>427</u>
	註： 1、申報與審查方式依附表4.5.3規定辦理。	

	<p>2、<u>本項申報適應症請詳附表4.5.4或無合乎中度複雜性傷科治療適應症(詳附表4.5.4)但合併有特殊疾病詳附表4.4.5</u></p> <p>3、<u>需合併輔助治療(藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療、或夾板固定治療等任一治療)。</u></p> <p>4、<u>中度複雜性傷科治療第一次處置治療(BXX)係指該患者受傷部位初次到醫療院所做之處理治療。</u></p> <p>5、<u>總處置時間至少10分鐘以上</u></p> <p>6、<u>療程2-6次以一般處置申報。</u></p>	
	<u>高度複雜性傷科治療</u>	
<u>BXX</u>	<u>多部位損傷第一次處置</u>	
	<u>—另開內服藥</u>	<u>877</u>
<u>BXX</u>	<u>—未開內服藥</u>	<u>877</u>
	<u>註：本項多部位損傷第一次處置(BXX)申報適應症請詳附表4.5.5</u>	
<u>BXX</u>	<u>合併有特殊疾病第一次處置</u>	
	<u>—另開內服藥</u>	<u>877</u>
<u>BXX</u>	<u>—未開內服藥</u>	<u>877</u>
	<u>註：本項合併有特殊疾病第一次處置(BXX)申報為合乎中度複雜性傷科治療適應症(詳附表4.5.4)合併有特殊疾病申報適應症(詳附表4.4.5)</u>	
<u>BXX</u>	<u>脫臼整復第一次復位處置治療(第一次定義含再次復位)</u>	
	<u>—另開內服藥</u>	<u>1177</u>
<u>BXX</u>	<u>—未開內服藥</u>	<u>1177</u>
	<u>註：本項脫臼整復第一次復位處置治療(BXX)申報適應症請詳附表4.5.6</u>	
<u>BXX</u>	<u>骨折第一次復位處置治療(第一次定義含再次接骨)</u>	<u>1277</u>
	<u>—另開內服藥</u>	
<u>BXX</u>	<u>—未開內服藥</u>	<u>1277</u>
	<u>註：本項骨折第一次復位處置治療(BXX)申報適應症請詳附表4.5.7</u>	

	<p>註：1、高度複雜性傷科治療需合併輔助治療(藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療、或夾板固定治療等任一治療)。</p> <p>2、高度複雜性傷科治療第一次處置治療(包括合併有特殊疾病第一次處置(BXX)，多部位損傷第一次處置(BXX)，脫臼整復第一次復位處置治療(BXX)，骨折第一次復位處置治療(BXX))係指該患者受傷部位初次到醫療院所做之處理治療。</p> <p>3、後續療程處置以一般處置申報。</p> <p>4、總處置時間至少20分鐘以上</p>
--	---

~~第六章 脫臼整復費治療處置~~

~~通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。~~

編號	診療項目	支付點數
B61	脫臼整復費(含材料費)	
B61	同療程第一次就醫	327
B62	同療程複診，另開內服藥	227
B63	同療程複診，未開內服藥	227

附表 4.5.3 複雜性傷科申請給付及支付原則

一、複雜性傷科適應症之定義

1. 中度複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.4 所列之傷病病名或無合乎中度複雜性傷科適應症(附表 4.5.4 所列病名)但合併有特殊疾病附表 4.4.5 所列病名。
2. 高度複雜性傷科之多部位損傷申報適應症請詳附表 4.5.5 所列之傷病病名。
3. 高度複雜性傷科之合併有特殊疾病申報適應症為合乎中度複雜性傷科適應症(附表 4.5.4 所列病名)且合併有特殊疾病附表 4.4.5 所列病名。
4. 高度複雜性傷科之多部位損傷申報適應症請詳附表 4.5.6 所列之傷病病名。
5. 高度複雜性傷科之骨折申報適應症請詳附表 4.5.7 所列之傷病病名。

二、費用申報與審查相關規定：

1. 按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。
2. 病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。
3. 申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.4.5、附表 4.5.4 至表 4.5.7 所列之適應症。
4. 抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.5、附表 4.5.4 至表 4.5.7 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.5.4 中度複雜性傷科治療 ICD-10-CM 表列

ICD-10-CM	中英文病名
G45、G46	其他腦血管疾病
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
G81	偏癱
G90	自主神經系統疾患

G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	腦梗塞
I67	其他腦血管疾病
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M40	脊椎後彎症及脊椎前彎症
M41	脊椎側彎症
M42	脊椎骨軟骨症
M43	其他變形性背部病變
M45	僵直性脊椎炎
M46	其他發炎性脊椎病變
M47	退化性脊椎炎
M48	其他脊椎病變
M50	頸椎椎間盤疾患
M51	胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患
M53	其他背部病變，他處未歸類者
M62.3	截癱性不動症候群
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
M80	骨質疏鬆症伴有病理性骨折
M87	骨壞死
M88	變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]
M90.5	歸類於他處疾病所致之骨壞死

M90.6	腫瘤疾病引起之變形性骨炎
M95.2	頭部其他後天性變形
M95.3	頸部後天性變形
M95.4	胸部及肋骨之後天性變形
M95.5	骨盆後天性變形
M95.8	肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形
M95.9	肌肉骨骼系統之後天性變形
M96	術中及術後併發症及肌肉骨骼系統疾患，他處未歸類者
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.2、S14.3、S24.2、 S34.2、S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、S24.9、 S34.5、S34.6、S34.8、 S34.9	胸交感神經系統的損傷、胸、腹部，下背部和骨盆水平神經損傷
S44.0-S44.5、 S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、	肩及上肢末梢神經之損傷

S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、 S64.8-S64.9	
S74.0-S74.2、 S74.8-S74.9、 S84.0-S84.2、 S84.8-S84.9、 S94.0-S94.3、 S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷

附表 4.5.5 高度複雜性傷科治療(多部位損傷)

ICD-10-CM	中文病名
M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
M13.89	更年期關節炎，多處部位
M13.0	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
M12.9	未明示之關節病變，多處部位
M24.10	關節軟骨疾患，多處部位
M24.50	關節緊縮，多處部位
M24.60	關節粘連，多處部位
M24.80	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
M12.39	復發性風濕，多處部位
M25.50	關節痛，多處部位
M25.60	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
R26.2	行走障礙，多處部位
M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
T14.8	軀幹多處挫傷
S40.019A	上肢多處挫傷
S70.10XA-S70.12XA、 S80.10XA-S80.12XA	下肢多處挫傷

ICD-10-CM	中文病名
T14.8	下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位置挫傷，他處未歸類者
S47	肩及上臂多處位置壓砸傷
S47	上肢多處位置壓砸傷
S77.0、S77.1、S87.0、S87.8、S97.0、S97.1、S97.8	下肢多處壓砸傷
S77.2	多處及未明示位置之壓砸傷
S77.20XA	多處位置壓砸傷，他處未歸類者
T07	其他明示位置之損傷，包括多處

附表 4.5.6 高度複雜性傷科治療(脫臼)

ICD-10-CM	中文病名
S43.0-S43.3、S53.0-S53.1、S63.0、S63.1-S63.2、S73.0、S83.21-S83.24、S83.001A-S83.096A、S83.101A-S83.196A、S93.0、S93.3、S13.1-S13.2、S33.1-S33.3、S23.1-S23.2、S43.2、S33.30XA-S33.39XA	脫臼
S03.0-S03.1、S13.0-S13.2、S23.0-S23.2、S33.0-S33.3、S43.0-S43.3、S53.0-S53.1、S63.0-S63.2、S73.0、S83.0、S83.1、S93.0、S93.1、S93.3	脫臼之後期影響

附表 4.5.7 高度複雜性傷科治療(骨折)

ICD-10-CM	中文病名
(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第 7 位碼 P、Q、R	癒合不良及不癒合之骨折
(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第 7 位碼 P、Q、R	癒合不良之骨折

ICD-10-CM	中文病名
(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第7位碼P、Q、R	不癒合之骨折
S02.0+S06	顱骨穹窿骨折
S02.1+S06	顱骨底部骨折
S02.2、S02.6	臉骨骨折
S02.4	顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性
S02.3	眶底閉鎖性骨折
S02.8-S02.9	其他顏面骨閉鎖性骨折
S02.8-S02.9+S06	其他及性質不明之顱骨骨折
S02.9+S06	多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者
S12.0-S12.9	脊柱骨折，閉鎖性
S14.1、S24.1	頸椎骨折，閉鎖性，
S34.1	腰椎骨折，閉鎖性
S34.1	胛骨及尾骨骨折，閉鎖性
S14.1	未明示之脊柱骨折，閉鎖性
S22.3-S22.4	肋骨閉鎖性骨折
S22.2	胸骨閉鎖性骨折
S22.5	連枷胸（多條肋骨塌陷性骨折）
S12.9	喉部及氣管閉鎖性骨折
S32.3-S32.9	骨盆骨折
S32.4	髌白閉鎖性骨折
S32.5	恥骨閉鎖性骨折
S32.3、S32.6、S32.810A-S32.811A	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
S32.89XA	骨盆之其他骨折，閉鎖性
S22.9	診斷欠明之軀幹骨骨折
S22.9XXA	軀幹骨骨折，閉鎖性
S42.001A-S42.036A	鎖骨閉鎖性骨折
S42.101A-S42.199A	肩胛骨骨折
S42.113A、S42.116A	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
S42.201A-S42.296A	肱骨上端閉鎖性骨折
S42.301A-S42.399A	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折

ICD-10-CM	中文病名
S42.1-S42.4	肱骨下端骨折，閉鎖性
S42.101A-S42.496A	肱骨踝上骨折，閉鎖性
S52.101A-S52.189A	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
S52.201A-S52.399A	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
S52.501A-S52.699A	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
S52.90XA-S52.92XA	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
S62.001A-S62.186A	腕骨骨折
S62.201A-S62.399A	掌骨骨折
S62.501A-S62.669A	一個或多個手指骨骨折
S62.90XA-S62.92XA	手骨之多處閉鎖性骨折
S42.90XA-S42.92XA、 S52.90XA-S52.92XA、 S22.20XA、S22.39XA、 S22.49XA	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨 和胸骨者，閉鎖性
S72.001A-S72.099A	股骨頸骨折
S72.101A-S72.26XA	經由粗隆之骨折，閉鎖性
S72.001A-S72.009A	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
S72.301A-S72.499A	股骨骨折，閉鎖性
S82.001A-S82.099A	閉鎖性髕骨之骨折
S82.101A-S82.199A	脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折
S82.201A-S82.299A、 S82.401A-S82.499A	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
S82.201A-S82.299A	僅脛骨幹閉鎖性骨折
S82.401A-S82.499A	僅腓骨幹閉鎖性骨折
S82.201A-S82.299A+S82.401 A-S82.499A	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
S82.201A-S82.209A、 S82.401A-S82.409A	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
S82.201A-S82.209A	僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折
S82.401A-S82.409A	僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
S82.201A-S82.209A+S82.401 A-S82.409A	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折

ICD-10-CM	中文病名
S82.51XA-S82.66XA	閉鎖性踝骨折
S92.001A-S92.066A	閉鎖性跟骨骨折
S92.101A-S92.56XA	其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性
S92.401A-S92.919A	閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折
S82.90XA-S82.92XA	閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折
T07	閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及下肢與肋骨和胸骨者
T14.8	閉鎖性未明示部位之骨折
S02+第7位碼S	顱骨及面骨骨折之後期影響
(S12.9、S22.0、S22.9、S32.9)+第7位碼S	脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病灶者
S42.2-S42.9、S52.9、S62.9	上肢骨折後期影響
S72.0-S72.2+第7位碼S	股骨頸骨折後期影響
(S72.3-S72.4、S82.0-S82.6、S82.9、S92.0-S92.9)+第7位碼S	下肢骨折後期影響
T07	多處及未明示骨折之後期影響

第八章 針灸(合併傷科)治療

通則：1. 限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

2. 以下各診療項目適用其內含單項診療項目之各項規範

編號	診療項目	支付點數
B80	針灸(合併傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	227
B81	--未開內服藥	227
B82	針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	307
B83	--未開內服藥	307
B84	骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
BXX	針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費) --另開內服藥(療程 2-6)	227
BXX	--未開內服藥(療程 2-6)	227
BXX	--中度複雜性傷科治療療程第一次處置治療	427
BXX	針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費) --另開內服藥(後續療程)	227
BXX	--未開內服藥(後續療程)	227
BXX	--高度複雜性傷科治療(多部位損傷)第一次處置治療	877
BXX	針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費) --另開內服藥(後續療程)	227
BXX	--未開內服藥(後續療程)	227
BXX	--高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病)第一次處置治療	877
BXX	針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費) --另開內服藥(後續療程)	227
BXX	--未開內服藥(後續療程)	227
BXX	--高度複雜性傷科治療(脫臼)第一次處置治療	1177
BXX	針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費) --另開內服藥(後續療程)	227
BXX	--未開內服藥(後續療程)	227
BXX	--高度複雜性傷科治療(骨折)第一次處置治療	1277

	<u>電針(合併傷科)治療(含材料費)</u>	
B85	--另開內服藥	<u>227</u>
B86	--未開內服藥	<u>227</u>
	電針(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
B87	==另開內服藥	307
B88	==未開內服藥	307
B89	==骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
	複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)	
B90	==另開內服藥	307
B91	==未開內服藥	307
	複雜性針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
B92	==另開內服藥	307
B93	==未開內服藥	307
B94	==骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
	註：B84、B89、B94係指該患者受傷部位初次到醫療院所做針灸	
	合併接骨、復位之處理治療，且不得與B57、B61併同申報。	
	<u>電針(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)</u>	
BXX	--另開內服藥(療程2-6)	<u>227</u>
BXX	--未開內服藥(療程2-6)	<u>227</u>
BXX	--中度複雜性傷科治療療程第一次處置治療	<u>427</u>
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)</u>	
BXX	--另開內服藥(後續療程)	<u>227</u>
BXX	--未開內服藥(後續療程)	<u>227</u>
BXX	--高度複雜性傷科治療(多部位損傷)第一次處置治療	<u>877</u>
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)</u>	
BXX	--另開內服藥(後續療程)	<u>227</u>
BXX	--未開內服藥(後續療程)	<u>227</u>
BXX	--高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病)第一次處置治療	<u>877</u>
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)</u>	
BXX	--另開內服藥(後續療程)	<u>227</u>
BXX	--未開內服藥(後續療程)	<u>227</u>

BXX	<u>--高度複雜性傷科治療(脫臼)第一次處置治療</u>	<u>1177</u>
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)</u>	
BXX	<u>--另開內服藥(後續療程)</u>	<u>227</u>
BXX	<u>--未開內服藥(後續療程)</u>	<u>227</u>
BXX	<u>--高度複雜性傷科治療(骨折)第一次處置治療</u>	<u>1277</u>
	<u>中度複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)</u>	
BXX	<u>--另開內服藥</u>	<u>327</u>
BXX	<u>--未開內服藥</u>	<u>327</u>
	<u>中度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)</u>	
BXX	<u>--另開內服藥(後續療程)</u>	<u>327</u>
BXX	<u>--未開內服藥(後續療程)</u>	<u>327</u>
BXX	<u>--中度複雜性傷科治療療程第一次處置治療</u>	<u>427</u>
	<u>中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)</u>	
BXX	<u>--另開內服藥(後續療程)</u>	<u>327</u>
BXX	<u>--未開內服藥(後續療程)</u>	<u>327</u>
BXX	<u>--高度複雜性傷科治療(多部位損傷)第一次處置治療</u>	<u>877</u>
	<u>中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)</u>	
BXX	<u>--另開內服藥(後續療程)</u>	<u>327</u>
BXX	<u>--未開內服藥(後續療程)</u>	<u>327</u>
BXX	<u>--高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病)第一次處置治療</u>	<u>877</u>
	<u>中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)</u>	
BXX	<u>--另開內服藥(後續療程)</u>	<u>327</u>
BXX	<u>--未開內服藥(後續療程)</u>	<u>327</u>
BXX	<u>--高度複雜性傷科治療(脫臼)第一次處置治療</u>	<u>1177</u>
	<u>中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)</u>	
BXX	<u>--另開內服藥(後續療程)</u>	<u>327</u>
BXX	<u>--未開內服藥(後續療程)</u>	<u>327</u>
BXX	<u>--高度複雜性傷科治療(骨折)第一次處置治療</u>	<u>1277</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)</u>	

<u>BXX</u>	<u>--另開內服藥</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--未開內服藥</u> <u>高度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--另開內服藥(後續療程)</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--未開內服藥(後續療程)</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--中度複雜性傷科治療療程第一次處置治療</u> <u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--另開內服藥(後續療程)</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--未開內服藥(後續療程)</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--高度複雜性傷科治療(多部位損傷)第一次處置治療</u> <u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)</u>	<u>877</u>
<u>BXX</u>	<u>--另開內服藥(後續療程)</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--未開內服藥(後續療程)</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病)第一次處置治療</u> <u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)</u>	<u>877</u>
<u>BXX</u>	<u>--另開內服藥(後續療程)</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--未開內服藥(後續療程)</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--高度複雜性傷科治療(脫臼)第一次處置治療</u> <u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)</u>	<u>1177</u>
<u>BXX</u>	<u>--另開內服藥(後續療程)</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--未開內服藥(後續療程)</u>	<u>427</u>
<u>BXX</u>	<u>--高度複雜性傷科治療(骨折)第一次處置治療</u>	<u>1277</u>

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：建請於中醫針灸、傷科療程中增加「未做處置只開內服藥」代碼，提請討論。

說明：

- 一、依本會 109 年 10 月 18 日中醫門診醫療服務審查執行會第 39 次會議決議事項辦理。
- 二、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」之第四部中醫醫療費用審查注意事項第十五條規定為「同一療程中，只開給內服藥不施以傷科針灸治療而再申報診察費者，應以不同疾病且於病歷上有詳細記載者為限」。而患者要求只要求給於內服藥不施以傷科針灸治療時，常造成院所困擾，建請增訂申報代碼，以符合院所實際申報需求。

健保署意見：

- 一、依全民健康保險醫療辦法第 8 條規定略以，「同一療程」係指診療項目於一定期間施行之連續治療。中醫針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者，自首次治療日起三十日內，六次以內治療為療程。
- 二、另依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則規範略以，針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。
- 三、綜上，依醫療辦法第 8 條，於同一診斷下，倘病人無法配合完成中醫師病歷所載治療計畫之針灸、傷科及脫臼整復治療療程，該療程即終止，院所依實際提供之醫療服務及療程次數申報健保費用；若為不同疾病就醫，則當次診療案件得以另一筆門診診察費及處置項目申報。

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「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 109 年 10 月 18 日中醫門診醫療服務審查執行會第 39 次會議決議事項辦理。
 - 二、全民健康保險會於 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過本項 110 年給付 234 百萬元，新增「呼吸困難照護」項目，較前一年度增加 30 百萬元。
- 二、建議新增修訂文字對照表如下：

條次	新修訂條文
二	針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷及、脊髓損傷及呼吸困難患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、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。(文字修訂)
三(二)	<u>呼吸困難(ICD-10：J12-J18、J43-J45、J69、J70、J80、J81、J84、J90、J91、J93、J94、J96、J98、J99、P23、P24、P28、R06)</u> 自住院日起之當次住院病患，需中醫輔助醫療協助者。(新增)
八、(二)4.	<u>呼吸困難：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)、巴氏量表(Barthel Index)</u> 做為評估標準。(新增)
十(一)2.(2)	特定治療項目(一)：請填報「C8(腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療)」、「JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」 及 、「JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」及「J*(呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療)」。
通則七	本計畫之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。(刪除)
P33056	<u>生理評估(限呼吸困難患者適用)</u> (1) <u>呼吸頻率(RR)，心率(HR)，血氧飽和度(SpO2)</u> (2) <u>巴氏量表(Barthel Index)</u> 給付點數 1,000 (新增)

健保署意見：

- 一、本計畫 110 年預算增加 30 百萬元，計 234 百萬元，以現行計畫內容預估 110 年執行情形如下：

(一) 本計畫 109 年 1-8 月申報約 121.7 百萬點，依 108 年同期占全年比率 65%，預估 109 年全年執行量約 187.2 百萬點【121.7 百萬點/65%】，與 108 相較成長率為 5%【187.2 百萬點/178.6 百萬點-1】。

(二) 以 109 年預估全年執行量及成長率，預估 110 年執行量約為 196.6 百萬元【187.2 百萬點*(1+5%)】，尚在預算金額內。

二、依中醫師全聯會提案，以下事項提請說明：

(一) 原 110 年總額協商所提增列「呼吸照護」之診斷碼及提至本會議之「呼吸困難」診斷碼臚列如下，請中醫全聯會說明增列多項診斷碼之適宜性：

	診斷碼	符合適應症人數
總額協商 「呼吸照護」 診斷碼	J96(呼吸衰竭，他處未歸類)、 P28(周產期之其他呼吸性病況)、 R092(呼吸停止)	68,239
本會議 「呼吸困難」 診斷碼	J12(病毒性肺炎,他處未歸類)、 J13(肺炎鏈球菌性肺炎)、 J14(流行感冒嗜血桿菌所致之肺炎)、 J15(細菌性肺炎，他處未歸類者)、 J16(其他病原菌所致之肺炎，他處未歸類者)、 J17(歸類於他處疾病所致之肺炎)、 J18(肺炎)、 J43(肺氣腫)、 J44(慢性阻塞性肺病)、 J45(氣喘)、 J69(固體和液體所致之肺炎)、 J70(其他外物所致之呼吸病症)、 J80(成人呼吸窘迫症候群)、 J81(肺水腫)、	319,233

	<p>J84(其他間質性肺疾病)、 J91(他處已歸類之肋膜積水)、 J93(氣胸及氣漏)、 J94(其他的肋膜病況)、 J96(呼吸衰竭，他處未歸類)、 J98(其他呼吸衰竭)、 J99(歸類於他處疾病所致之呼吸系統疾患)、 P23(先天性肺炎)、 P24(新生兒吸入)、 P28(周產期之其他呼吸性病況)、 R06(呼吸異常)</p>	
--	---	--

(二) 請中醫師全聯會說明刪除「本計畫之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)」條文原因。

(三) 請確認 P33056 生理評估(限呼吸困難患者適用)是否亦適用本計畫支付標準表第五章管理照護費之附註：

1. 每一個案住院期間限申報一次費用。

2. P33053、P33054、P33055、P33056 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。

(四) 有關本計畫八、執行方式(二)療效評估標準 4. 呼吸困難，依中醫師全聯會提出評估項目為呼吸頻率、心率、血氧飽和度、巴氏量表(Barthel Index)，請中醫師全聯會說明下列事項：

1. 呼吸頻率及心率係護理人員照護住院病人每日必要進行之生命徵象監測，爰包含於住院護理費中。

2. 呼吸困難病人之血氧飽和度，現行西醫已有相關支付標準「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器 (每次)」(57017C)30 點及「脈動式或耳垂式血氧飽合監視器 (一天)」(57018B) 360 點。

3. 承上，呼吸困難評估項目多為住院病人由西醫執行且申報健保費用之項目，考量資源不重複原則，請說明中醫師執行本項目是否有重複申報健保費用之虞。

4. 上述何項評估項目需上傳評估結果至本署 VPN。

三、如依中醫師全聯會提案，財務影響預估如下：

(一) 新增呼吸困難適應症：

108 年聘有中醫師之醫院申報主診斷及次診斷符合呼吸困難適應症之住院病人共計 319,233 人，以 108 年腦血管等 3 項疾病住院病人平均收案率 10% 及平均每人醫療費用 16,091 點估算，需增加約 513.7 百萬點，超過 110 年預算額度。

(二) 刪除每二週不得申報超過七次：

經統計 108 年申報本計畫每二週申報超過 7 次 P33001 (中醫輔助醫療診察費) 者，總計 2,067 人，7,208 次，平均每人額外申報 3.5 次。經計算每二週申報 7 次者共 2,133 人，以平均每人增加申報件數 3.5 次，並以 108 年平均每次醫療點數 1,135 點計算，需增加約 8.5 百萬點【2,133 件*3.5 次*1,135 點】。

(三) 上述 2 項費用合計增加 522.2 百萬元，並加上原計畫預估 110 年執行量 196.6 百萬元，總計 718.8 百萬元，超出本計畫預算 484.8 百萬元。

P33056 生理評估(限呼吸困難患者適用)

(3)氣喘：氣喘評估測驗 ACT (Asthma Control Test)

慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表 CAT (COPD assessment test)

其他：呼吸困難評估量表 MMRC (Modified Medical Research Council)

氣喘評估測驗 ACT (Asthma Control Test)

ACT氣喘控制測驗

以下共5個問題，請以過去4週內的實際狀況作答，將每題得分加總。

- 在過去4週內，您的氣喘會讓您無法完成一般的工作、課業或家事嗎？ 分數

1 2 3 4 5
總是如此 經常如此 有時如此 很少如此 不曾如此

- 在過去4週內，您多常發生呼吸急促的情形？

1 2 3 4 5
一天超過1次 一天1次 一週3至6次 一週1至2次 完全沒有發生過

- 在過去4週內，您多常因氣喘症狀(喘鳴、咳嗽、呼吸急促、胸悶或胸痛)而讓您半夜醒來或提早醒來？

1 2 3 4 5
一天4次或一週以上 一週2或3次 一週1次 1或2次 完全沒有發生過

- 在過去4週內，您多使用急救性藥或噴霧型藥物(例如：Albuterol[®](舒坦寧[®])、Ventolin[®](泛得林[®])、Berotec[®](備勞喘[®])或Bricanyl[®](撲可喘[®])等氣喘藥物)？

1 2 3 4 5
一天3次或3次以上 一天1或2次 一週2或3次 一週1次或更少 完全沒有使用過

- 在過去4週內，您自認為氣喘控制程度如何？

1 2 3 4 5
完全沒有受到控制 控制不好 稍微受到控制 控制良好 完全受到控制

加總

25分：在過去4週中，氣喘全面得到控制
20~24分：在過去4週中，氣喘控制良好，但尚未全面獲得控制
低於20分：在過去4週中，氣喘未受到控制



慢性阻塞肺病評估量表 CAT

姓名：

日期：



請填寫 COPD 評估問卷(CAT)以評估你慢性阻塞肺病(COPD)的情況？

這問卷幫助你及醫療人員評估慢性阻塞肺病（COPD）對你身心健康及日常生活的影響。測試結果及其分數可幫助你及醫療人員改善對你慢性阻塞肺病（COPD）的處理方法，及讓治療發揮最大的作用。

請就以下每題，選出一個最符合你現況的一格，並劃上“X”號。請確保每題只選一個答案。

例子： 我十分快樂 0 1 2 3 4 5 我十分傷心

	分數
我沒有咳嗽 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我不停咳嗽	<input type="text"/>
我肺內完全沒有痰液 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我肺內完全充滿痰液	<input type="text"/>
我胸口完全沒有繃緊的感覺 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我胸口感到十分繃緊	<input type="text"/>
當我行上斜路或上一層樓梯時，我沒有氣喘 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 當我行上斜路或上一層樓梯時，我感到十分氣喘	<input type="text"/>
我在家中的活動不受限制 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我在家中的活動十分受限制	<input type="text"/>
儘管我的肺部情況，我仍有信心離家外出 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 因為我的肺部情況，我完全沒有信心離家外出	<input type="text"/>
我睡得很好 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我因肺部情況而睡得不好	<input type="text"/>
我精力充沛 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我完全沒有精力	<input type="text"/>
	總分 <input type="text"/>

COPD 評估測試由 GSK 支持的 COPD 跨學科國際專家組開發。關於 COPD 評估測試的 GSK 活動由包括獨立外部專家在內的管治委員會進行監督，其中一名擔任主席。

CAT、COPD 評估測試和 CAT 標識是 GSK 藥業公司的商標。©2009 GSK。版權所有。

呼吸困難評估量表 MMRC (Modified Medical Research Council)

表 2.4 藉由 mMRC 問卷評估呼吸困難

請勾選最符合的方格。(限填一格)	
mMRC 0 級：我只有在激烈運動時才感覺到呼吸困難。	<input type="checkbox"/>
mMRC 1 級：我在平路快速行走或上小斜坡時感覺呼吸短促。	<input type="checkbox"/>
mMRC 2 級：我在平路時即會因呼吸困難而走得比同齡的朋友慢，或是我以正常步調走路時必須停下來才能呼吸。	<input type="checkbox"/>
mMRC 3 級：我在平路約行走 100 公尺或每隔幾分鐘就需停下來呼吸。	<input type="checkbox"/>
mMRC 4 級：我因為呼吸困難而無法外出，或是穿脫衣物時感到呼吸困難。	<input type="checkbox"/>

討論事項第十案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文修訂乙案，
提請討論。

說明：

- 一、依本會 109 年 10 月 18 日中醫門診醫療服務審查執行會第 39 次會議決議事項辦理。
- 二、全民健康保險會於 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過本項 110 年給付 245 百萬元，較前一年度增加 51 百萬元。
- 三、修訂重點如下：刪除方案給付項目及支付標準通則「~~七：本計畫之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。~~」。

健保署意見：

- 一、本計畫 110 年預算增加 51 百萬元，計 245 百萬元，以現行計畫內容預估 110 年執行情形如下：
 - (一) 本計畫 109 年 1-8 月申報約 115.2 百萬點，依 108 年同期占全年比率 62%，預估 109 年全年執行量約 185.8 百萬點【115.2 百萬點/62%】，與 108 相較成長率為 19%【185.8 百萬點/156.5 百萬點-1】。
 - (二) 以 109 年預估全年執行量及成長率，預估 110 年執行量約為 221.1 百萬元【185.8 百萬點*(1+19%)】，尚在預算金額內。
- 二、請中醫師全聯會說明刪除申報上限條文之原因。
- 三、如依中醫師全聯會提案，刪除每二週不得申報超過七次，經統計 108 年每二週申報超過 7 次者，總計 250 人，2,771 次，平均每人額外申報 11 次。經計算每二週申報 7 次者共 316 人，以平均每人增加申報件數 11 次，並以 108 年平均每次醫療點數 1,531 點計算，需增加約 5.3 百萬點【316 人*11 次*1,531 點】，並加上原計畫預估 110 年執行量 221.1 百萬元，總計 226.4 百萬元，預算尚足以支應。

討論事項第十一案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

一、全民健康保險會於 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過本項 110 年給付 24 百萬元，較前一年度增加 2 百萬元。

二、中執會中區分會建議修訂：

(1)建議刪除五、結案條件中：

(一)個案照護滿三個月(以收案日起算滿 105 日)。

(二)1、未連續照護【「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」大於 21(不含)天】者，視為中斷照護。

3、收案後 35 日內未完成後測並登錄健保資訊服務網路系統(以下稱 VPN)者。

(2)附件一、過敏性鼻炎控制評估測試量表。期望檢討。

(3)附件三、支付標準表：編號：P58005 管理照護費，支付點數 200修正為 300 點。

健保署意見：

一、本計畫 110 年預算增加 2 百萬元，計 24 百萬元，以現行計畫內容預估 110 年執行情形如下：

(一)本計畫 109 年 1-8 月申報約 8.5 百萬點，依 108 年同期占全年比率 63%，預估 109 年全年執行量約 13.5 百萬點【8.5 百萬點/63%】，與 108 相較成長率為-2%【13.5 百萬點/13.8 百萬點-1】。

(二)以 109 年預估全年執行量及成長率，預估 110 年執行量約為 13.5 百萬元【13.5 百萬點*(1+0%)】(成長率為負值，視同零成長)，尚在預算金額內。

二、依中醫師全聯會提案，以下事項提請說明：

(一)本提案刪除多項結案條件：

1. 原計畫規範個案照護滿 3 個月，屬已接受完整療程照護，應予結案。請說明刪除原因，並提供接受完整療程照護所需時間。
2. 「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」大於 21(不含)天，視為中斷照護應予結案。請說明刪除原因，考量中斷照護可能無法

達到改善過敏性鼻炎兒童之學習情形與生活品質，爰本署建議仍應予結案。

3. 依本計畫內容九、執行方式(二)略以「個案完成第一次 RCAT 評估量表（前測）後，後續每 28 天應執行一次 RCAT 評估量表，每次評估應間隔 28 天，必要時得延後 7 天(即前次後測日+28 天至 35 天)」，非依計畫執行方式照護之個案，應予結案。請中醫師全聯會說明刪除本結案條件之原因，且本量表係評估過敏性鼻炎控制程度之量表，宜訂有請參與院所依規定時程完成評估及資料登錄之規範，若實務上有窒礙難行之處，請提供實務上可調整之措施。

(二) 有關附件一「過敏性鼻炎控制評估測試量表」期望檢討部分，請中醫師全聯會補充說明。

(三) 請說明提升 P58005「管理照護費」之原因。

三、依中醫師全聯會提案，財務影響預估如下：

(一) 經查 108 年結案之原因及人數統計（詳如下表）：

1. 本計畫 108 年結案者總計 1,924 人，結案原因以「個案因自願退出、失聯」609 人及「其他原因」601 人為最多。另中醫師全聯會建議刪除之結案條件係經系統自動結案部分，分別為個案照護滿三個月 445 人、未連續照護 0 人及五週內未完成後測並登錄 VPN 者 1 人。

結案原因		結案人數
轉至其他院所接受治療		5
病情穩定，已轉入本院一般中醫服務		146
因急性醫療所需無法接受治療		35
個案自願退出或失聯		609
其他原因(由院所自行登打結案，多數結案原因係病人未依時間回診)		601
系統結案	個案照護滿三個月(以收案日起算滿 13 週+1)	445
	個案照護期間為三個月，未連續照護(前後就醫日期相減大於 14(不含)天)	0

	分數改善未達3分且總分小於21(不含)分	82
	五週內未完成後測並登錄 VPN 者	1

2. 本項財務評估後補。

(二) P58005「管理照護費」支付點數自 200 調升為 300 點：

1. 109 年 1-8 月申報約 7,083 件，依 108 年同期占全年比率 63%，預估 109 年全年執行量約 11,243 件【7,083 件/63%】，與 108 相較成長率為-3%【11,243 件/11,617 件-1】。
2. 以 109 年預估全年執行量及成長率，預估 110 年執行量約為 11,243 件【11,243 件*(1+0%)】(成長率為負值，視同零成長)，費用增加 1.1 百萬【11,243 件*(300 點-200 點)】。

討論事項第十二案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 109 年 10 月 18 日中醫門診醫療服務審查執行會第 39 次會議決議事項辦理。
- 二、全民健康保險會於 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過本項 110 年給付 90 百萬元。
- 三、為增加受孕成功率本會建議對女性年齡設限、增加退場機制及減輕行政流程，本會建議修正文字如下對照表下：

條次	建議新增修條文	原條文
三(一)	助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕男性及女性患者(女性年齡需介於20~45歲)，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關的診斷依據。	助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕男性及女性患者，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關的診斷依據。
五	<p>結案條件：符合結案條件之患者當年度該院所不能再收案。</p> <p>(一)助孕：</p> <p>1. 女性患者：</p> <p>(1)自初次收案日起算六個月，基礎體溫未見高低溫雙相曲線、或雖有雙相曲線但高溫期短於10天者。(病歷應登載基礎體溫均溫<u>低溫期、高溫期天數，是否有排卵低溫</u>)，<u>(2)患者在同一院所收案滿兩年卻未受孕者，該患者應暫停收案一年。</u></p> <p>2. 男性患者，自初次收案日起算六個月，精液檢查報</p>	<p>結案條件：符合結案條件之患者當年度該院所不能再收案。</p> <p>(一)助孕：</p> <p>1. 女性患者，自初次收案日起算六個月，基礎體溫未見高低溫雙相曲線、或雖有雙相曲線但高溫期短於10天者。(病歷應登載基礎體溫均溫、高溫期天數)。</p> <p>2. 男性患者，自初次收案日起算六個月，精液檢查報告異常項目無進步者。(病歷應登載各次檢驗報告，未登載驗報告即應結案)</p>

	告異常項目無進步者。(病歷應登載各次檢驗報告，未登載驗報告即應結案) <u>3、兩年內有申報女性助孕專案計畫(P39001、P39002、P39005、P39007)的院所，卻無女性受孕成功病例者，該院所應自次年度起暫停計畫一年。</u>	
九、執行方式(一) 1.	(1) 女性患者: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)、 體質證型 、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) 女性患者: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)、 <u>體質證型</u> 、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。
附件二、支付標準表編號: P39001、P39002及P39005	(3) 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)、 體質證型 、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、……。	(4) 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)、 <u>體質證型</u> 、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、……。

四、量表修正如下：

A. 助孕診療紀錄表(每季提供予中醫全聯會)-女性

姓名	生日	收案日期	低溫期天數	高溫期天數	本季排卵低溫	是否受孕	次診斷(請填不孕症之其他病名)	是否曾接受西醫不孕治療(複選)	其他
			①少於10天。 ②11-20天。 ③21天以上。 ④高低溫紊亂無規律	①少於10天。 ②11-20天。 ③21天以上。 ④高低溫紊亂無規律	①>=2次。 ②1次。 ③無。		①. 沒有治療 ①. 西藥 ②. 人工受孕 ③. 試管嬰兒		

B. 助孕診療紀錄表(每半年提供予中醫全聯會)-男性

姓名	生日	收案日期	最近檢驗日期	精蟲數	形態良率	液化	雜質	活動力	是否受孕	次診斷 (請填不孕症之其他病名)	其他

健保署意見：

一、依中醫師全聯會提案，以下事項提請說明，及本署建議：

(一)本計畫旨為提升受孕率及保胎率，請說明限制女性年齡需介於 20~45 歲之原因。

(二)考量計畫內容「五、結案條件」係規範病人之結案條件，爰建議「兩年內有申報女性助孕專案計畫(P39001、P39002、P39005、P39007)的院所，卻無女性受孕成功病例者，該院所應自次年度起暫停計畫一年。」獨立列項為「退場機制」，並建議訂定收案滿一定個案，始啟動本退場機制。

二、本案多屬限縮申報條件及修改評估之項目，爰不增加醫療費用。

討論事項第十三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依本會 109 年 10 月 18 日中醫門診醫療服務審查執行會第 39 次會議決議事項辦理。
- 二、全民健康保險會於 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議通過本項 110 年給付 50.0 百萬元。
- 二、為增加收案的合理性及院所實際收案現況，建議修正文字如下對照表下：

條次	建議新增修條文	原條文
九	<p>執行方式</p> <p>(二)檢查數據：</p> <p>1. 收案時</p> <p>(1)CKD stage2須檢附之檢查數據：血壓、eGFR、血清肌酐酸 (Serum creatinine, 以下稱Cr)、UPCR (或糖尿病病人採UACR) →低密度脂蛋白(LDL)及糖化血色素 (Hemoglobin Alc, 以下稱HbA1C, 糖尿病病人必填)。</p> <p>(2)CKD stage3~5須檢附之檢查數據：血壓、eGFR、血清肌酐酸 (Serum creatinine, 以下稱Cr)及糖化血色素 (Hemoglobin Alc, 以下稱HbA1C, 糖尿病病人必填)。</p> <p>3. 屬CKD stage 3~54者：每3個月須重新檢附本檢查數據。</p> <p>4. 屬CKD stage 5者：每個月須重新檢附本檢查數據。</p>	<p>執行方式</p> <p>(二)檢查數據：</p> <p>1. 收案時須檢附之檢查數據：血壓、eGFR、血清肌酐酸 (Serum creatinine, 以下稱Cr)、UPCR (或糖尿病病人採UACR)、低密度脂蛋白(LDL)及糖化血色素 (Hemoglobin Alc, 以下稱HbA1C, 糖尿病病人必填)。</p> <p>3. 屬CKD stage 3~4者：每3個月須重新檢附本檢查數據。</p> <p>4. 屬CKD stage 5者：每個月須重新檢附本檢查數據。</p>
支付標準表 P64012	<p>中醫慢性腎臟病治療功能性評估：</p> <p>(3)需於病歷及本署 VPN 登錄</p> <p>(A)stage2 病人血壓、eGFR、血清肌酐酸</p>	<p>中醫慢性腎臟病治療功能性評估：</p> <p>(3)需於病歷及本署 VPN 登錄病人血壓、eGFR、血清肌酐酸 (Serum creatinine,</p>

	(Serum creatinine, Cr)、UPCR (或糖尿病患者的 UACR) → 低密度脂蛋白(LDL)、糖化血色素(HbA1C, 糖尿病患者必填)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。 (B)CKD stage3~5 須檢附之檢查數據：血壓、eGFR、血清肌酐酸 (Serum creatinine, 以下稱 Cr)。	Cr)、UPCR (或糖尿病患者的 UACR)、低密度脂蛋白(LDL)、糖化血色素(HbA1C, 糖尿病患者必填)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。
P64010	中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次) 註： 1. 限與 P64009 合併申報；同次療程結束後統一申報。 <u>2. P64001、P64002、P64003、P64004、P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 及 P64010 每週限申報 3 次。</u>	中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次) 註： 1. 限與 P64009 合併申報；同次療程結束後統一申報。 2. P64009 及 P64010 每週限申報 3 次。
P64011	註 3： <u>限 49 天至 63 天申報一次。</u>	註 3： <u>限 60 天申報一次。</u>
P64014	尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR(Urine albumin/creatinine ratio) <u>給付 350 點</u>	尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR(Urine albumin/creatinine ratio) 給付 80 點
註 2	P64001、P64002、P64003、P64004、P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 每次診療限擇一申報 → 且給藥日分不得重複。	P64001、P64002、P64003、P64004、P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 每次診療限擇一申報，且給藥日分不得重複。
註 3	(P64005、P64006、P64007、P64008) 及 (P64009、P64010) 不得併報。	(P64005、P64006、P64007、P64008) 及 (P64009、P64010) 不得併報。
附表一	CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表：二、病史紀錄：*(3)服用 <u>中草藥</u> 或 偏方	CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表：二、病史紀錄：*(3)服用 <u>中草藥</u> 或 偏方

健保署意見：

- 一、本計畫自 109 年 4 月 1 日起施行，109 年預算數 50 百萬元，109 年 4-8 月執行量約 4.3 百萬點，執行率 8.6%。本計畫 110 年預算數維持 50 百萬元。
- 二、有關中醫師全聯會提案，提請中醫師全聯會說明事項及本署建議，詳表一。
- 三、依中醫師全聯會提案，財務影響預估如下：

(一)P64011「疾病管理照護費」(500 點)自 60 天申報一次，改為每 49-63 天申報一次：

- 1. 109 年 4-8 月申報本項支付標準總計 652 人，754 件。
- 2. 原申報頻率為每 60 天限申報一次，則每個案年度至多申報 7 次。倘改為每 49 天限申報一次，每個案年度至多申報 8 次，倘以收案 700 人計算，推估增加費用 0.4 百萬元【700 人*500 點*(8 次-7 次)】。

申報天數限制 (A)	年申報次數 (365/A，採無條件進位) (B)	預估申報點數 (B 次*700 人*500 點) (C)
60 天	7 次(6.08)	2,450,000
63 天	6 次(5.79)	2,100,000
49 天	8 次(7.45)	2,800,000

(二)P64014「尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR(Urine albumin/creatinine ratio)」調升給付點數 80 點至 350 點：109 年 4-8 月申報本項支付標準總計 41 人，44 件。以等比例推算全年約申報 106 件【44 件/5 月*12 月】，推估增加費用 0.03 百萬點【106 件*(350 點-80 點)】。若調整為 315 點，約增加 0.02 百萬點【106 件*(315 點-80 點)】。

(三)上述 2 項費用合計增加 0.43 百萬點，預算尚足以支應。另有關 P64005、P64006、P64007 及 P64008 放寬於療程案件申報之費用影響，待評估財務衝擊後，資料後補。

表一

條次	中醫師全聯會建議新增修條文	原條文	中醫師全聯會修訂重點	本署意見
九	<p>執行方式 (二)檢查數據： 1. 收案時 <u>(1)CKD stage2須檢附之檢查數據：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱Cr)、UPCR(或糖尿病病人採UACR)及糖化血色素(Hemoglobin A1c,以下稱HbA1C, 糖尿病病人必填)。</u> <u>(2)CKD stage3~5須檢附之檢查數據：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱Cr)及糖化血色素(Hemoglobin A1c,以下稱HbA1C, 糖尿病病人必</u></p>	<p>執行方式 (二)檢查數據： 1. 收案時須檢附之檢查數據：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱 Cr) 、UPCR (或糖尿病病人採 UACR)、低密度脂蛋白(LDL) 及糖化血色素(Hemoglobin A1c, 以下稱 HbA1C, 糖尿病病人必填)。 3. 屬 CKD stage 3~4者：每3個月須重新檢附本檢查數據。 4. 屬CKD stage 5者：每個月須重新檢附本檢查數據。</p>	<p>1. 收案時需檢附之檢查數據： (1) 各分期皆刪除 LDL。 (2) 另 CKD stage3-5 刪除 UPCR (或糖尿病病人採 UACR)。 2. CKD stage 5 放寬重新檢附</p>	<p>1. 低密度脂蛋白(LDL) 及 UPCR(或糖尿病病人 UACR)為全民健康保險醫療服務給付項目第八部第三章初期慢性腎臟病(下稱 CKD方案)新收案及追蹤管理之必要檢驗項目, 亦為全民健康保險末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(下稱 Pre-ESRD方案)新收案及年度評估之必要檢驗項目。 2. 本方案旨在透過中醫介</p>

	<p>填)。 3.屬CKD stage 3~5者：每3個月須重新檢附本檢查數據。 4.屬CKD stage 5者：每個月須重新檢附本檢查數據。</p>		<p>數據之頻率：每月改為每3個月。</p>	<p>入，減緩腎病惡化，延緩洗腎時程，並發展中西醫結合之照護模式，請中醫師全聯會說明中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫不需檢驗此二項目之原因。</p>
<p>支付標準表 P6401 2</p>	<p>中醫慢性腎臟病治療功能性評估： (3)需於病歷及本署VPN登錄 (A)stage2病人血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, Cr)、UPCR (或糖尿病患者的UACR) 低密度脂蛋白(LDL)、糖化血色素(HbA1C, 糖尿病患者必</p>	<p>中醫慢性腎臟病治療功能性評估： (3)需於病歷及本署VPN登錄病人血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, Cr)、UPCR (或糖尿病患者的UACR)、低密度脂蛋白(LDL)、糖化血色素(HbA1C, 糖尿病患者必填)、腎功能性評估及慢性腎疾分期。</p>	<p>有關中醫慢性腎臟病治療功能性評估須於VPN登錄之檢查數據： (1) 各CKD分期皆刪除LDL。 (2) 另CKD stage3-5 刪除UPCR</p>	<p>1. 同上述。 2. 另請中醫師全聯會說明CKD stage3-5病人於年度評估免進行UPCR (或糖尿病患者的UACR)、糖化血色素(HbA1C, 糖尿病患者必填)、腎功能性評估及慢性腎疾分期之原因。</p>

	<p>填)、腎功 能評估及 慢性腎疾 病分期。</p> <p><u>(B)CKD</u> <u>stage3~5</u> <u>須檢附之</u> <u>檢查數</u> <u>據：血壓、</u> <u>eGFR、血</u> <u>清肌酐酸</u> <u>(Serum</u> <u>creatinine,</u> <u>以下稱</u> <u>Cr)。</u></p>		<p>(或糖 尿病者 的 UACR)、糖 化血 色素 (HbA1 C，糖 尿病者 必填)、 腎功評 估慢性 腎疾分 期。</p>	
P6401 0	<p>中醫慢性腎 臟病針 灸照護 費(同療 程第 2~6次)</p> <p>註： 1.限與 P64009 合併申 報；同次 療程結束 後統一申 報。</p>	<p>中醫慢性腎臟病 針灸照護費 (同療程第 2~6次)</p> <p>註： 1.限與 P64009 合 併申報；同次 療程結束後 統一申報。 2.P64009 及 P64010 每週 限申報 3 次。</p>	<p>1. 開 放 本 項 得 與 P6400 1、 P6400 2、 P6400 3、 P6400 4、</p>	<p>1. 若屬療程案 件，其門診 診察費不得 重複申報。 因 P64001-P64 009 包含診 察費，且 P64001-P64 004 係僅開 藥未有針灸 治療，不符 針灸治療 程範圍。爰</p>

	2. P64001、 P64002、 P64003、 P64004、 P64005、 P64006、 P64007、 P64008、 P64009 及 P64010 每週限申 報3次。		P6400 5、 P6400 6、 P6400 7、 P6400 8合併 申報。 2. 刪 除 程 令 療 程 後 一 療 醫 於 程 統 一 申 報。	本項仍建議 與 P64009 合併申報， 並依療程規 定申報。 2. 另 P64005-P64 008 已依開 藥日數訂有 不同點數， 爰應依給藥 日數申報， 不應調整為 「每週申報 限3次」。
P6401 1	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：CKD stage 2 病 人 後 續 每 6 個 月 須 重 新 檢 附 於 病 歷； CKD stage 3~4	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：CKD stage 2 病 人 後 續 每 6 個 月 須 重 新 檢 附 於 病 歷；CKD stage 3~4 病 人 後 續 每 3 個 月 須 重 新 檢 附 於 病 歷；CKD stage 5 病 人 後 續 每 個 月 須 重 新 檢 附 於 病 歷。 3. 限 60 天 申 報 一	疾病管理 照護費自 60天申報 一次，改 為每 49-63天 申報一 次。	1. 請 中 醫 師 全 聯 會 確 認 各 CKD stage 需 重 新 檢 附 檢 查 數 據 於 病 歷 之 頻 率，並 請 說 明 調 整 日 數 原 因。 2. 請 中 醫 師 全 聯 會 說 明 設 定 申 報 頻 率 上 限，是 否 院 所 超 過 63 日 未 申 報 本 項，即 無 法 再 行 申 報。

	病人後續每3個月須重新檢附於病歷；CKD stage 5病人後續每個月須重新檢附於病歷。 3. <u>限49天至63天申報一次。</u>	<u>次。</u>		
P64014	尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR(Urine albumin/creatinine ratio) <u>給付350點</u>	尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR(Urine albumin/creatinine ratio) <u>給付80點</u>	調升 UACR給付點數自80點至350點	本項檢驗(查)值須進行2項檢驗(查)項目後，始得計算，包含09016C「肌酐、尿」(40點)及12111C「微白蛋白(免疫比濁法)」(275點)，總計315點，爰建議本項醫令修正為315點。
註2	P64001、 P64002、 P64003、 P64004、 P64005、 P64006、 P64007、 P64008、 P64009 每次診療限擇一申報， 且給藥日分不得重複。	P64001、 P64002、 P64003、 P64004、 P64005、 P64006、 P64007、 P64008、P64009 每次診療限擇一申報， <u>且給藥日分不得重複。</u>	刪除有開藥醫令「給藥日分不得重複」之文字	1. 經洽全聯會表示本項係因院所反映，實務上為使用藥銜接，病人可於給藥日份屆滿前幾日回診就醫，惟資訊廠商按計畫規定「給藥日分」不得重複而設定

				<p>該次就醫不 得開藥，無 法順利銜接 用藥。資投 2. 基於健康保 源不重原則， 入之原仍應保 本項，並研議 留其他配套措 施，例如規 範得視給藥幾 剩餘日之本計 天前依本醫 天畫先行就 領藥。</p>
註 3	(P64005、 P64006、 P64007、 P64008)及 (P64009、 P64010)不 得併報。	(P64005、 P64006、 P64007、P64008) 及 (P64009、 P64010) 不得併 報。	開放 (P64005、 P64006、 P64007、 P64008) 及 (P64009、 P64010) 得併報。	<p>3. 經洽中醫師 全聯會表 因實務上 人成就醫 次就醫及 開藥後 灸，惟經 療程需開 無僅施行 治療，爰 議本計畫 放P64005、 P64006、 P64007及 P64008亦 與P64010 同申報療 案。若屬 4. 考量若 程案診重 門診得。 報。P64005- P64009包 察費，爰建</p>

				議修正為 「同一療程 P64005、 P64006、 P64007、 P64008、 P64009不得 併報」。
附表 一	CKD新收個案 基本資料 與病史紀錄 表：二、病 史紀錄：(3) 服用中藥 或偏方	CKD新收個案 基本資料與 病史紀錄：二、 服用中藥或 偏方	文字修正	本署無意見。

第四部 中 醫

附件

通則：

一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、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、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

(一)經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，得按下列計算方式申報門診診察費：

1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*二十三日)】

2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為五十人(含)以下，申報編號 A82、A83、A84、A85。

3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出五十人以上，申報編號 A86、A87、A88、A89。

(二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。

(三)合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

三、針灸、傷科、~~脫臼整復~~及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及~~脫臼整復~~如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：~~B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94~~F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68)。

四、針灸、傷科及~~脫臼整復~~需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。

五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、~~脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含~~複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)~~每位專任醫師每月上限為六十人次，~~超過六十人次部分~~中度複雜性針灸處置(編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51等)每月上限為一百人次，~~超過一百人次部分~~改以通則七範圍-D01、D02、D03、D04醫令計算，其中~~高度複雜性針灸處置(編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68等)~~每月上限為七十人次，~~超過七十人次部分~~改以通則七範圍-D01、D02、D03、D04醫令計算(每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二

十六日者，以二十六日計；位於「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、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)。

六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科→~~脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：~~B41、B43、B45、B53、B62、B80、B85、B90~~D01、D03、E01、E03、E05、E07、E09、E11、F01、F03、F06、F09、F12、F15、F18、F20、F23、F26、F29、F32)每位專任醫師每月上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分者五折支付。

七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科→~~脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號：~~B42、B44、B46、B54、B61、B63、B81、B86、B94~~D02、D04、D06、D08、E02、F02、F19、F36、F53者，九折支付，四十六人次以上，編號：~~B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94~~D01、D02、D03、D04、D05、D06、D07、D08、E01、E02、E03、E04、E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68者，支付點數以零計。

八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科→~~脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療合計申報量＝(當月針灸、傷科→~~脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療處置總人次／當月專任中醫師總看診日數)。

九、中醫醫療院所專任醫師於產假期間全月未看診，支援醫師得以該全月未看診之專任醫師數，依合理量規定申報該月份門診診察費及針灸、傷科→~~脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。

十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第二章 藥費

通則：限中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

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。	37

第三章 藥品調劑費

通則：限中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
A31	藥品調劑費 — 修習中藥課程達適當標準之藥師調劑	23
A32	— 中醫師親自調劑 註：1.未開藥者不得申報藥品調劑費。 2.修習中藥課程達適當標準之藥師調劑者，須先報備，經證明核可後申報。	13

第四章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
	針灸治療處置費(含材料費)	
B41D01	—另開內服藥	227
B42D02	—未開內服藥	227
	電針治療	
B43D03	—另開內服藥	227
B44D04	—未開內服藥	227
	<u>複雜性針灸治療</u>	
B45	—另開內服藥	307
B46	—未開內服藥	307
	註1：申報與審查方式依附表 4.4.1 規定辦理。	
	註2：本項申報適應症請詳附表 4.4.2。	
	<u>中度複雜性針灸治療</u>	
D05	—另開內服藥	327
D06	—未開內服藥	327
	註1：申報與審查方式依附表 4.4.3 規定辦理。	
	註2：本項申報適應症請詳附表 4.4.4，或無合乎中度複雜性針灸治療適應症(詳附表 4.4.4)但合併有特殊疾病(詳附表 4.4.5)。	
	註3：治療需針灸兩個部位或以上(頭頸部或軀幹部或四肢，任兩部位或以上)。	
	註4：需合併輔助治療(拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸，等任一治療)。	
	註5：治療總時間至少 10 分鐘以上。	
	<u>高度複雜性針灸治療</u>	
D07	—另開內服藥	427
D08	—未開內服藥	427
	註1：申報與審查方式依附表 4.4.3 規定辦理。	
	註2：本項申報適應症請詳附表 4.4.6，或符合中度複雜針灸適應症(詳附表 4.4.4)合併有特殊疾病(詳附表 4.4.5)。	
	註3：治療需針灸兩個部位或以上(頭頸部或軀幹部或四肢，任兩部位或以上)	
	註4：需合併輔助治療(拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅	

外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸，等任一治療)

註 5：治療總時間至少 20 分鐘以上

第五章 傷科治療

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
<u>B53E01</u>	傷科治療處置費(含材料費) —另開內服藥	227
<u>B54E02</u>	—未開內服藥	227
	註： 1.標準作業程序 (1)四診八綱辨證。 (2)診斷。 (3)理筋手法。 2.適應症 (1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。 (3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩（凝肩）等。	
	<u>複雜性傷科治療</u>	
<u>B55</u>	—另開內服藥	307
<u>B56</u>	—未開內服藥	307
<u>B57</u>	—骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
	註： 1、申報與審查方式依附表4.5.1規定辦理。 2、本項申報適應症請詳附表4.5.2。 3、 <u>B57「骨折、脫臼整復第一線復位處置治療」係指該患者受傷部位初次到醫療院所做接骨、復位之處理治療，且不得與B61併同申報。</u>	
<u>E03</u>	<u>中度複雜性傷科治療療程第一次處置治療</u> —另開內服藥	<u>427</u>
<u>E04</u>	—未開內服藥	<u>427</u>
	註： <u>1、申報與審查方式依附表4.5.3規定辦理。</u> <u>2、本項申報適應症請詳附表4.5.4，或無合乎中度複雜性傷科治療適應症(詳附表4.5.4)但合併有特殊疾病(詳附表4.4.5)。</u> <u>3、需合併輔助治療(藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療、或夾板固定治療等任一治療)。</u> <u>4、中度複雜性傷科治療第一次處置治療(E03、E04)係指該患者受傷部位初次到醫療院所做之處理治療。</u>	

<u>5、總處置時間至少10分鐘以上。</u>	
<u>6、療程2-6次以一般處置(E01、E02)申報。</u>	

<u>高度複雜性傷科</u>		
<u>E05</u>	<u>多部位損傷第一線處置</u> <u>—另開內服藥</u>	<u>877</u>
<u>E06</u>	<u>—未開內服藥</u>	<u>877</u>
<u>註：本項多部位損傷第一線處置(E05、E06)申報適應症請詳附表4.5.5。</u>		
<u>E07</u>	<u>合併有特殊疾病第一線處置</u> <u>—另開內服藥</u>	<u>877</u>
<u>E08</u>	<u>—未開內服藥</u>	<u>877</u>
<u>註：本項合併有特殊疾病第一線處置(E07、E08)申報為合乎中度複雜性傷科治療適應症(詳附表4.5.4)合併有特殊疾病申報適應症(詳附表4.4.5)。</u>		
<u>E09</u>	<u>脫臼整復第一線復位處置治療(第一次定義含再次復位)</u> <u>—另開內服藥</u>	<u>1177</u>
<u>E10</u>	<u>—未開內服藥</u>	<u>1177</u>
<u>註：本項脫臼整復第一線復位處置治療(E09、E10)申報適應症請詳附表4.5.6。</u>		
<u>E11</u>	<u>骨折第一線復位處置治療(第一次定義含再次接骨)</u> <u>—另開內服藥</u>	<u>1277</u>
<u>E12</u>	<u>—未開內服藥</u>	<u>1277</u>
<u>註：本項骨折第一線復位處置治療(E11、E12)申報適應症請詳附表4.5.7。</u>		
<u>註：1、高度複雜性傷科治療需合併輔助治療(藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療、或夾板固定治療等任一治療)。</u>		
<u>2、高度複雜性傷科治療第一線處置治療(包括合併有特殊疾病第一線處置(E07、E08)，多部位損傷第一線處置(E05、E06)，脫臼整復第一線復位處置治療(E09、E10)，骨折第一線復位處置治療(E11、E12))，係指該病人受傷部位初次到醫療院所做之處理治療。</u>		
<u>3、後續治療處置以一般處置(E01、E02)申報。</u>		
<u>4、總處置時間至少20分鐘以上。</u>		

~~第六章 脫臼整復費治療處置~~

~~通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。~~

編號	診療項目	支付點數
B61	脫臼整復費(含材料費) —同療程第一次就醫—	327
B62	—同療程複診，另開內服藥	227
B63	—同療程複診，未開內服藥	227

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費 註：1.申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。 2.前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報。 3.前項中醫特約醫事服務機構限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。 4.申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載(應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)。 5.B71、B72 每項每位病人每月限申報一次。 <u>6. 本章節限執業滿5年之專任中醫師申報，每位醫師每月舌診儀檢查費及脈診儀檢查費總計以申報6人次為限。</u> <u>7. 申報本章節適應症之定義需為附表4.7.1所列病名。</u>	500

第八章 針灸(合併傷科)治療

通則：1.限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

2.以下各診療項目適用其內含單項診療項目之各項規範

編號	診療項目	支付點數
<u>B80F01</u>	針灸(合併傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	227
<u>B81F02</u>	--未開內服藥	227
	<u>針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)</u>	
<u>B82</u>	--另開內服藥	307
<u>B83</u>	--未開內服藥	307
<u>B84</u>	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
	<u>針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)</u>	
<u>F03</u>	--另開內服藥(療程2-6)次	<u>227</u>
<u>F04</u>	--未開內服藥(療程2-6)次	<u>227</u>
<u>F05</u>	--療程第一次處置治療	<u>427</u>
	<u>針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)</u>	
<u>F06</u>	--另開內服藥(後續治療)	<u>227</u>
<u>F07</u>	--未開內服藥(後續治療)	<u>227</u>
<u>F08</u>	--第一線處置治療	<u>877</u>
	<u>針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)</u>	
<u>F09</u>	--另開內服藥(後續治療)	<u>227</u>
<u>F10</u>	--未開內服藥(後續治療)	<u>227</u>
<u>F11</u>	--第一線處置治療	<u>877</u>
	<u>針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)</u>	
<u>F12</u>	--另開內服藥(後續治療)	<u>227</u>
<u>F13</u>	--未開內服藥(後續治療)	<u>227</u>
<u>F14</u>	--第一線處置治療	<u>1177</u>
	<u>針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)</u>	
<u>F15</u>	--另開內服藥(後續治療)	<u>227</u>
<u>F16</u>	--未開內服藥(後續治療)	<u>227</u>
<u>F17</u>	--第一線處置治療	<u>1277</u>
	電針(合併傷科)治療(含材料費)	
<u>B85F18</u>	--另開內服藥	227
<u>B86F19</u>	--未開內服藥	227

編號	診療項目	支付點數
	<u>電針(合併複雜性傷科)治療(含材料費)</u>	
B87	<u>—另開內服藥</u>	307
B88	<u>—未開內服藥</u>	307
B89	<u>—骨折、脫臼整復第一線復位處置治療</u>	477
	<u>電針(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)</u>	
F20	<u>--另開內服藥(療程 2-6)次</u>	227
F21	<u>--未開內服藥(療程 2-6)次</u>	227
F22	<u>--療程第一次處置治療</u>	427
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)</u>	
F23	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	227
F24	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	227
F25	<u>--第一線處置治療</u>	877
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)</u>	
F26	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	227
F27	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	227
F28	<u>--第一線處置治療</u>	877
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)</u>	
F29	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	227
F30	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	227
F31	<u>--第一線處置治療</u>	1177
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)</u>	
F32	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	227
F33	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	227
F34	<u>--第一線處置治療</u>	1277
	<u>複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)</u>	
B90	<u>—另開內服藥</u>	307
B91	<u>—未開內服藥</u>	307
	<u>複雜性針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)</u>	
B92	<u>—另開內服藥</u>	307
B93	<u>—未開內服藥</u>	307
B94	<u>—骨折、脫臼整復第一線復位處置治療</u>	477

編號	診療項目	支付點數
	註：B84、B89、B94 係指該患者受傷部位初次到醫療院所做針灸合併接骨、復位之處理治療，且不得與 B57、B61 併同申報。	
<u>F35</u>	<u>中度複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)</u> <u>--另開內服藥</u>	<u>327</u>
<u>F36</u>	<u>--未開內服藥</u>	<u>327</u>
<u>F37</u>	<u>中度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)</u> <u>--另開內服藥(療程 2-6)次</u>	<u>327</u>
<u>F38</u>	<u>--未開內服藥(療程 2-6)次</u>	<u>327</u>
<u>F39</u>	<u>--療程第一次處置治療</u>	<u>427</u>
<u>F40</u>	<u>中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)</u> <u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F41</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F42</u>	<u>--第一線處置治療</u>	<u>877</u>
<u>F43</u>	<u>中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)</u> <u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F44</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F45</u>	<u>--第一線處置治療</u>	<u>877</u>
<u>F46</u>	<u>中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)</u> <u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F47</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F48</u>	<u>--第一線處置治療</u>	<u>1177</u>
<u>F49</u>	<u>中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)</u> <u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F50</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F51</u>	<u>--第一線處置治療</u>	<u>1277</u>
<u>F52</u>	<u>高度複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)</u> <u>--另開內服藥</u>	<u>427</u>
<u>F53</u>	<u>--未開內服藥</u>	<u>427</u>
<u>F54</u>	<u>高度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)</u> <u>--另開內服藥(療程 2-6)次</u>	<u>427</u>
<u>F55</u>	<u>--未開內服藥(療程 2-6)次</u>	<u>427</u>
<u>F56</u>	<u>--療程第一次處置治療</u>	<u>427</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(多部位損傷))治療(含材料費)</u>	

編號	診療項目	支付點數
<u>F57</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F58</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F59</u>	<u>--第一線處置治療</u>	<u>877</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(合併有特殊疾病))治療(含材料費)</u>	
<u>F60</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F61</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F62</u>	<u>--第一線處置治療</u>	<u>877</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(脫臼))治療(含材料費)</u>	
<u>F63</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F64</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F65</u>	<u>--第一線處置治療</u>	<u>1177</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療(骨折))治療(含材料費)</u>	
<u>F66</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F67</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F68</u>	<u>--第一線處置治療</u>	<u>1277</u>

(刪)

~~附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付及支付原則~~

~~四、複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.2 所列病名。~~

~~五、費用申報與審查相關規定：~~

~~1. 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執行審查。~~

~~2. 抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。~~

(刪)

附表 4.4.2 ~~複雜性針灸適應症~~

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
140-208	C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
225	D33	腦瘤併發神經功能障礙(73)
290	F03-F05	(一) 老年期及初老年期器質性精神病態【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】
293.1	F05	(二) 亞急性譫妄
294	F02、F04、F09	(三) 其他器質性精神病態
295	F20、F21、F25	(四) 思覺失調症
296	F30-F39	(五) 情感性精神病
297	F22、F23、F24	(六) 妄想狀態
299	F84	(七) 源自兒童期之精神病
小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)。		
045.1	A80	(一) 急性脊髓灰白質炎併有其他麻痺者
343	G80	(二) 嬰兒腦性麻痺
344+ 138	G82-G83+B91	(三) 其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
358.0	G70	重症肌無力症
脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)		
806	S14.1+S12.0-S12.6 →S24.1+S22.0→ S34.1+S22.0-S32.0	(一) 脊柱骨折，伴有脊髓病灶
952	S14.1、S24.1、S34.1	(二) 無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
336	G95	(三) 其他脊髓病變
急性腦血管疾病		
430	I60	(一) 蜘蛛膜下腔出血
431、432	I61、I62	(二) 腦內出血
433、434	I65、I66、I63	(三) 腦梗塞
435-437	G45、G46、I67	(四) 其他腦血管疾病
345	G40	癲癇
332	G20、G21	帕金森病
334	G11、G94	脊髓小腦症
851	S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
852	S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
950	S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
953	S14.2 、 S14.3 、 S24.2 、 S34.2 、 S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
954	S14.5 、 S24.3 、 S24.4 、 S24.8 、 S24.9 、 S34.5 、 S34.6 、 S34.8 、 S34.9	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
955	S44.0 – S44.5 、 S44.8 – S44.9 、 S54.0 – S54.3 、 S54.8 – S54.9 、 S64.0 – S64.4 、 S64.8 – S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
956	S74.0 – S74.2 、 S74.8 – S74.9 、 S84.0 – S84.2 、 S84.8 – S84.9 、 S94.0 – S94.3 、 S94.8 – S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷

(刪)

~~附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則~~

~~一、複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。~~

~~二、費用申報與審查相關規定：~~

- ~~1.院所每月專任中醫師平均申報上限為六十人次，超出部分依現行支付標準支付。~~
- ~~2.按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。~~
- ~~3.病歷記載應依規定書寫。~~
- ~~4.申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症。~~
- ~~5.抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.5.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。~~

(刪)

附表 4.5.2 複雜性傷科適應症

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
71119	M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
71129	M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
71639	M13.89	更年期關節炎，多處部位
71659	M13.0	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
71689	M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
71699	M12.9	未明示之關節病變，多處部位
71809	M24.10	關節軟骨疾患，多處部位
71849	M24.50	關節緊縮，多處部位
71859	M24.60	關節粘連，多處部位
71889	M24.80	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
71899	M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
71939	M12.39	復發性風濕，多處部位
71949	M25.50	關節痛，多處部位
71959	M25.60	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
71979	R26.2	行走障礙，多處部位
71999	M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
7338	(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)	癒合不良及不癒合之骨折
73381	(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)	癒合不良之骨折
73382	(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)	不癒合之骨折
8000-8004	S02.0	顱骨穹窿骨折
80100-80149	S02.1	顱骨底部骨折
802.0及802.2	S02.2、S02.6	臉骨骨折
8024	S02.4	顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性
8026	S02.3	眶底閉鎖性骨折
8028	S02.8-S02.9	其他顏面骨閉鎖性骨折
8030-8034	S02.8-S02.9	其他及性質不明之顱骨骨折
8040-8044	S02.9	多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者
80500-80508	S12.0-S12.9	脊柱骨折，閉鎖性
8060及8062	S12.0-S12.6、S22.0	頸椎骨折，閉鎖性
8064	S32.0	腰椎骨折，閉鎖性
8066	S32.1-S32.2	骶骨及尾骨骨折，閉鎖性
8068	S12.9、S22.0、	未明示之脊柱骨折，閉鎖性

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
	S32.0-S32.1	
8070	S22.3-S22.4	肋骨閉鎖性骨折
8072	S22.2	胸骨閉鎖性骨折
8074	S22.5	連枷胸(多條肋骨塌陷性骨折)
8075	S12.9	喉部及氣管閉鎖性骨折
808.0	S32.3-S32.9	骨盆骨折
8080	S32.4	髌白閉鎖性骨折
8082	S32.5	恥骨閉鎖性骨折
8084-80843	S32.3、S32.6、 S32.810-S32.811	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
80849	S32.89	骨盆之其他骨折，閉鎖性
809.0	S22.9	診斷欠明之軀幹骨骨折
8090	S22.9	軀幹骨骨折，閉鎖性
81000-81003	S42.001-S42.036	鎖骨閉鎖性骨折
81100-81103	S42.101-S42.199	肩胛骨骨折
81109	S42.113、S42.116	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
81200-81209	S42.201-S42.296	肱骨上端閉鎖性骨折
8122	S42.301-S42.399	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折
8124	S42.1-S42.4	肱骨下端骨折，閉鎖性
81241-81249	S42.101-S42.496	肱骨踝上骨折，閉鎖性
81300-81308	S52.101-S52.189	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
8132-81323	S52.201-S52.399	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
8134-81344	S52.501-S52.699	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
8138-81383	S52.90-S52.92	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
81400-81409	S62.001-S62.186	腕骨骨折
81500-81509	S62.201-S62.399	掌骨骨折
81600-81603	S62.501-S62.669	一個或多個手指骨骨折
8170	S62.90-S62.92	手骨之多處閉鎖性骨折
8190	S42.90-S42.92、S52.90- S52.92、S22.20、 S22.39、S22.49	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性
82000-82009	S72.001-S72.099	股骨頸骨折
8202-82022	S72.101-S72.26	經由粗隆之骨折，閉鎖性
8208	S72.001-S72.009	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
8210-82129	S72.301-S72.499	股骨骨折，閉鎖性
8220	S82.001-S82.099	閉鎖性髌骨之骨折
8230-82302	S82.101-S82.199	脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
8232	S82.201-S82.299 S82.401-S82.499	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
82320	S82.201-S82.299	僅脛骨幹閉鎖性骨折
82321	S82.401-S82.499	僅腓骨幹閉鎖性骨折
82322	S82.201-S82.299 S82.401-S82.499	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
8238	S82.201-S82.209 S82.401-S82.409	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82380	S82.201-S82.209	僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折
82381	S82.401-S82.409	僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82382	S82.201- -S82.209+S82.401- -S82.409	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
8240-8248	S82.51-S82.66	閉鎖性踝骨折
8250	S92.001-S92.066	閉鎖性跟骨骨折
8252-82529	S92.101-S92.5	其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性
8260	S92.401-S92.919	閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折
8270	S82.90-S82.92	閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折
8280	T07	閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及 下肢與肋骨和胸骨者
8290	T14.8	閉鎖性未明示部位之骨折
8310-8320- 8330-8340- 8350-8360- 8363-8365- 8370-8380- 8390-8392- 8394-8396	S43.0-S43.3 S53.0-S53.1-S63.0 S63.1-S63.2-S73.0 S83.21-S83.24-S83.001 -S83.096-S83.101 -S83.196-S93.0-S93.3 S13.1-S13.2 S33.1-S33.3 S23.1-S23.2-S43.2 S33.30-S33.39	脫臼
9228	T14.8	軀幹多處挫傷
9238	S40.019	上肢多處挫傷
9244	S70.10-S70.12-S80.10- -S80.12	下肢多處挫傷
9248	T14.8	下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位 置挫傷，他處未歸類者
92709	S47	肩及上臂多處位置壓砸傷
9278	S47	上肢多處位置壓砸傷
9288	S77.0-S77.1-S87.0 S87.8-S97.0-S97.1 S97.8	下肢多處壓砸傷

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
929.0	S77.2	多處及未明示位置之壓砸傷
9290	S77.20	多處位置壓砸傷，他處未歸類者
9050	S02	顱骨及面骨骨折之後期影響
9051	(S12.9、S22.0、S22.9、S32.9)	脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病性者
9052	S42.2、S42.9、S52.9、S62.9	上肢骨折後期影響
9053	S72.0、S72.2、S72.8、S72.9、S79.0、S79.1	股骨頸骨折後期影響
9054	(S72.3、S72.4、S82.0、S82.6、S82.8、S82.9、S89.0、S89.3、S92.0、S92.9)	下肢骨折後期影響
9055	T07	多處及未明示骨折之後期影響
9056	S03.0、S03.1、S13.0、S13.2、S23.0、S23.2、S33.0、S33.3、S43.0、S43.3、S53.0、S53.1、S63.0、S63.2、S73.0、S83.0、S83.1、S93.0、S93.1、S93.3	脫臼之後期影響
9598	T07	其他明示位置之損傷，包括多處

附表 4.4.3 複雜性針灸申請給付及支付原則

六、 中度複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.4 所列病名或無合乎中度複雜性針灸治療適應症(附表 4.4.4 所列病名)但合併有特殊疾病附表 4.4.5 所列病名。

七、 高度複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.6 所列病名或合乎中度複雜性針灸治療適應症(附表 4.4.4 所列病名)且合併有特殊疾病附表 4.4.5 所列病名。

八、 費用申報與審查相關規定：

1.院所每月專任中醫師平均申報中度複雜性針灸處置上限為一百人次、高度複雜性針灸處置上限為七十人次，超出人次部分改以 D01、D02、D03、D04 醫令計算。

2.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執行審查。

3.抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.4、附表 4.4.5 及附表 4.4.6 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.4.4 中度複雜性針灸適應症

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>G43</u>	<u>偏頭痛</u>
<u>G50</u>	<u>三叉神經疾患</u>
<u>G51</u>	<u>顏面神經疾患</u>
<u>G52</u>	<u>其他腦神經疾患</u>
<u>G90</u>	<u>自主神經系統疾患</u>
<u>G54</u>	<u>神經根及神經叢疾患</u>
<u>G61</u>	<u>發炎症多發神經病變</u>
<u>G62</u>	<u>其他及為明示之多發神經病變</u>
<u>G63</u>	<u>歸類於他處疾病所致之多發神經病變</u>
<u>G65</u>	<u>發炎症及毒性多發神經病變後遺症</u>
<u>M13.0</u>	<u>多發性關節炎</u>
<u>M15</u>	<u>多關節病症</u>
<u>M20</u>	<u>手指及(足)趾後天性變形</u>
<u>M21</u>	<u>其他後天性肢體變形</u>
<u>M66</u>	<u>滑膜及肌腱自發性破裂</u>
<u>H02</u>	<u>眼瞼其他疾患</u>
<u>H04</u>	<u>淚道系統之疾患</u>
<u>H05</u>	<u>眼窩疾患</u>
<u>H52</u>	<u>屈光及調節作用疾患</u>
<u>H10</u>	<u>結膜炎</u>
<u>H20</u>	<u>虹膜睫狀體炎</u>
<u>H25</u>	<u>老年性白內障</u>
<u>H26</u>	<u>其他白內障</u>

附表 4.4.5 特殊疾病適應症

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>A15</u>	<u>呼吸道結核病</u>
<u>B01</u>	<u>水痘[水痘]</u>
<u>B02</u>	<u>帶狀疱疹[帶狀疱疹]</u>
<u>B05</u>	<u>麻疹</u>
<u>B06</u>	<u>德國麻疹[德國麻疹]</u>
<u>B20</u>	<u>人類免疫不全病毒疾病</u>
<u>B97.2</u>	<u>歸類於他處冠狀病毒所致的疾病</u>
<u>B97.3</u>	<u>歸類於他處反轉錄病毒所致的疾病</u>
<u>D65</u>	<u>瀰漫性血管內凝血症[去纖維蛋白徵候群]</u>
<u>D66</u>	<u>遺傳性第VIII凝血因子缺乏症</u>
<u>D67</u>	<u>遺傳性第IX凝血因子缺乏症</u>
<u>D68</u>	<u>其他凝血缺乏</u>
<u>D69</u>	<u>紫斑症及其他出血性病態</u>
<u>D70</u>	<u>嗜中性白血球缺乏症</u>
<u>D82</u>	<u>與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症</u>
<u>D83</u>	<u>常見多樣性免疫缺乏症</u>
<u>D84</u>	<u>其他免疫缺乏症</u>
<u>E04</u>	<u>其他非毒性甲狀腺腫</u>
<u>E05</u>	<u>甲狀腺毒症(甲狀腺機能亢進)</u>
<u>E06</u>	<u>甲狀腺炎</u>
<u>E10</u>	<u>第一型糖尿病</u>
<u>E11</u>	<u>第二型糖尿病</u>
<u>E13</u>	<u>其他特定糖尿病</u>
<u>E15</u>	<u>非糖尿病的低血糖性昏迷</u>
<u>E28</u>	<u>卵巢功能障礙</u>
<u>F90</u>	<u>注意力不足過動症</u>
<u>F95</u>	<u>抽搐症</u>
<u>I20</u>	<u>心絞痛</u>
<u>I21</u>	<u>ST段上升之心肌梗塞 (STEMI) 與非 ST段上升之心肌梗塞 (NSTEMI)</u>
<u>I22</u>	<u>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)</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>I23</u>	<u>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 (28 天內)</u>
<u>I24</u>	<u>其他急性缺血性心臟病</u>
<u>I25</u>	<u>慢性缺血性心臟病</u>
<u>I26</u>	<u>肺栓塞</u>
<u>I27</u>	<u>其他肺性心臟病</u>
<u>I28</u>	<u>其他肺血管疾病</u>
<u>I42</u>	<u>心肌病變</u>
<u>I50</u>	<u>心臟衰竭</u>
<u>I71</u>	<u>主動脈瘤及剝離</u>
<u>I73</u>	<u>其他末梢血管疾病</u>
<u>I74</u>	<u>動脈栓塞及血栓症</u>
<u>I80</u>	<u>靜脈炎及血栓靜脈炎</u>
<u>I82</u>	<u>其他靜脈栓塞及血栓</u>
<u>I89</u>	<u>其他非感染性之淋巴管和淋巴結疾患</u>
<u>J44</u>	<u>慢性阻塞性肺病</u>
<u>J45</u>	<u>氣喘</u>
<u>J93</u>	<u>氣胸及氣漏</u>
<u>J96</u>	<u>呼吸衰竭，他處未歸類</u>
<u>J98</u>	<u>其他呼吸衰竭</u>
<u>K72</u>	<u>肝衰竭，他處未歸類者</u>
<u>K74</u>	<u>肝纖維化及硬化</u>
<u>K80</u>	<u>膽結石</u>
<u>L10</u>	<u>天庖瘡</u>
<u>L11</u>	<u>其他棘層鬆解性疾患</u>
<u>L12</u>	<u>類天庖瘡</u>
<u>L40</u>	<u>乾癬</u>
<u>L51</u>	<u>多形性紅斑</u>
<u>L52</u>	<u>結節性紅斑</u>
<u>L89</u>	<u>壓迫性潰瘍</u>
<u>L94</u>	<u>其他局限性結締組織疾患</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>L97</u>	<u>下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者</u>
<u>M33</u>	<u>皮多肌炎</u>
<u>M34</u>	<u>全身性硬化症(硬皮症)</u>
<u>M35</u>	<u>結締組織其他全身性侵犯</u>
<u>M35.0</u>	<u>乾燥症候群[Sjogren 氏]</u>
<u>M35.00</u>	<u>乾燥症候群</u>
<u>N18</u>	<u>慢性腎臟疾病</u>
<u>N19</u>	<u>腎衰竭</u>
<u>O10~O16</u> <u>、</u> <u>O20~O29</u>	<u>妊娠</u>
<u>R64</u>	<u>惡病質</u>

附表 4.4.6 高度複雜性針灸適應症

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>A80</u>	<u>急性脊髓灰白質炎</u>
<u>C00-C96</u>	<u>惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)</u>
<u>D32</u>	<u>腦膜良性腫瘤</u>
<u>D33</u>	<u>腦瘤併發神經功能障礙(73)</u>
<u>D48</u>	<u>Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites</u>
<u>D48</u>	<u>其他及未明示部位性態未明之腫瘤</u>
<u>D49</u>	<u>性態未明之腫瘤</u>
<u>F02、F04、F09</u>	<u>(三) 其他器質性精神病態</u>
<u>F03-F05</u>	<u>(一) 老年期及初老年期器質性精神病態【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】</u>
<u>F05</u>	<u>(二) 亞急性譫妄</u>
<u>F20、F21、F25</u>	<u>(四) 思覺失調症</u>
<u>F22、F23、F24</u>	<u>(六) 妄想狀態</u>
<u>F30-F39</u>	<u>(五) 情感性精神病</u>
<u>F84</u>	<u>(七) 源自兒童期之精神病</u>
<u>F80</u>	<u>特定的言語及語言發展障礙症</u>
<u>F82</u>	<u>特定的動作功能發展障礙症</u>
<u>G11、G94</u>	<u>脊髓小腦症</u>
<u>G12</u>	<u>脊髓性肌萎縮症及相關症候群</u>
<u>G20、G21</u>	<u>巴金森病</u>
<u>G35</u>	<u>多發性硬化症</u>
<u>G36</u>	<u>其他急性瀰漫性脫髓鞘</u>
<u>G40</u>	<u>癲癇</u>
<u>G45、G46、I67</u>	<u>其他腦血管疾病</u>
<u>G70</u>	<u>重症肌無力症</u>
<u>G71</u>	<u>肌肉特發性疾患</u>
<u>G80</u>	<u>嬰兒腦性麻痺</u>
<u>G81</u>	<u>偏癱</u>
<u>G82-G83+B91</u>	<u>其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>G91</u>	<u>水腦症</u>
<u>G93.0</u>	<u>腦囊腫</u>
<u>G93.1</u>	<u>缺氧性腦損傷，他處未歸類者</u>
<u>G93.2</u>	<u>良性顱內高壓</u>
<u>G93.3</u>	<u>病毒感染後疲勞症候群</u>
<u>G93.4</u>	<u>其他及未明示腦病變</u>
<u>G93.5</u>	<u>腦壓迫</u>
<u>G93.6</u>	<u>腦水腫</u>
<u>G93.7</u>	<u>雷氏症候群</u>
<u>H30</u>	<u>脈絡膜視網膜發炎</u>
<u>H31</u>	<u>其他脈絡膜疾患</u>
<u>H33</u>	<u>視網膜退化及裂孔</u>
<u>H34</u>	<u>視網膜血管阻塞</u>
<u>H35</u>	<u>視網膜其他疾患</u>
<u>H36</u>	<u>歸類於他處疾病所致之視網膜疾患</u>
<u>H40</u>	<u>青光眼</u>
<u>H42</u>	<u>歸類於他處疾病所致之青光眼</u>
<u>H43</u>	<u>玻璃體疾患</u>
<u>H46</u>	<u>眼球神經炎</u>
<u>H47</u>	<u>視(第2)神經及視路之其他疾患</u>
<u>H49</u>	<u>麻痺性斜視</u>
<u>H50</u>	<u>其他斜視</u>
<u>H51</u>	<u>其他雙側眼運動疾患</u>
<u>H53</u>	<u>視覺障礙</u>
<u>H54</u>	<u>失明及低視力</u>
<u>H55</u>	<u>眼球震顫及不規則眼球運動</u>
<u>I60</u>	<u>蜘蛛膜下腔出血</u>
<u>I61、I62</u>	<u>腦內出血</u>
<u>I65、I66、I63</u>	<u>腦梗塞</u>
<u>M45</u>	<u>僵直性脊椎炎</u>
<u>M62.3</u>	<u>截癱性不動症候群</u>
<u>M99.0</u>	<u>節段及體結構功能障礙</u>
<u>M99.1</u>	<u>(脊椎)複雜性半脫位</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>M99.2</u>	<u>神經管半脫位性狹窄</u>
<u>M99.3</u>	<u>神經管骨性狹窄</u>
<u>M99.4</u>	<u>神經管結締組織狹窄</u>
<u>M99.5</u>	<u>神經管椎間盤狹窄</u>
<u>M99.6</u>	<u>椎間孔骨性及半脫位性狹窄</u>
<u>M99.7</u>	<u>椎間孔結締組織及椎間盤狹窄</u>
<u>Q11</u>	<u>無眼症、小眼畸形及巨眼畸形</u>
<u>Q13</u>	<u>前段眼先天性畸形</u>
<u>Q12</u>	<u>先天性水晶體畸形</u>
<u>Q14</u>	<u>後段眼先天性畸形</u>
<u>Q15</u>	<u>眼其他先天性畸形</u>
<u>S01.9、S06.3</u>	<u>腦裂傷及挫傷</u>
<u>S01.9、S06.4-S06.6</u>	<u>受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血</u>
<u>S04.01-S04.04</u>	<u>視神經及神經徑之損傷</u>
<u>S14.1、S24.1、S34.1</u>	<u>無明顯脊椎損傷之脊髓傷害</u>
<u>S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0</u>	<u>脊柱骨折，伴有脊髓病灶</u>
<u>S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、 S34.4</u>	<u>神經根級脊神經叢之損傷</u>
<u>S14.5、S24.3、</u>	<u>肩及骨盆以外之軀幹神經損傷</u>
<u>S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9</u>	<u>胸、腰椎、囊和骨盆神經損傷</u>
<u>S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、S64.8-S64.9</u>	<u>肩及上肢末梢神經之損傷</u>
<u>S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、 S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、 S94.0-S94.3、S94.8-S94.9</u>	<u>骨盆及下肢末梢神經損傷</u>
<u>P91</u>	<u>其他新生兒腦狀態障礙</u>
<u>如附件</u>	<u>衛生福利部公告之罕見疾病名單</u>

**公告罕見疾病名單暨ICD-10-CM編碼一覽表(依疾病分類排
序)**

中華民國109年10月13日

分類	序號	中文病名(僅供參考)	英文病名(縮寫)	ICD-10-CM 診斷代碼
A.先天性代謝異常				
◎A1尿素循環代謝異常 Urea cycle disorders (高血氨症)				
A1	01	先天性尿素循環代謝障礙	Congenital Urea cycle disorders	E72.20
	02	瓜胺酸血症	Citrullinemia	E72.23
	03	乙醯穀胺酸合成酶缺乏症	Nitroacetylglutamate synthetase deficiency,NAG synthetase deficiency	E72.29
	04	鳥胺酸氨甲醯基轉移酶缺乏症	Ornithine transcarbamylase deficiency	E72.4
	05	高鳥胺酸血症-高氨血症-高瓜胺酸血症症候群	Hyperornithinemia-Hyperammonemia-Homocitrullinuria Syndrome	E72.4
◎ A2 胺基酸/有機酸代謝異常 Amino acid metabolic disorders / Organic acidemias				
A2	01	胺基酸代謝疾病	Amino acid metabolic disorders(Aminoacidopathies)	E72.8
	02	高胱胺酸血症	Homocystinuria	E72.11
	03	高甲硫胺酸血症	Hypermethioninemia	E72.19
	04	非酮性高甘胺酸血症	Nonketotic hyperglycinemia	E72.51
	05	苯酮尿症	Phenylketouria	E70.0
	06	四氫基喋呤缺乏症	Tetrahydrobiopterin deficiency	E70.1
	07	遺傳性高酪胺酸血症	Hereditary tyrosinemia	E70.21
	08	楓糖尿症	Maple syrup urine disease	E71.0
	09	有機酸血症	Organic acidemias	E71.118

10	異戊酸血症	Isovaleric acidemia	E71.110
11	戊二酸尿症，第一型、第二型	Glutaric aciduria type I、II	type I:E72.3 type II:E71.313
12	丙酸血症	Propionic acidemia	E71.121
13	甲基丙二酸血症	Methylmalonic acidemia	E71.120
14	3-氫基-3-甲基戊二酸血症	3-Hydroxy-3-methyl-glutaric acidemia	E71.118
15	典型苯酮尿症合併蔗糖酶同麥芽糖酶缺乏症	PAH type PKU combine with Sucrase-isomaltase deficiency	E74.31+E70.0
16	高離氨基酸血症	Hyperlysinemia	E72.3
17	組胺酸血症	Histidinemia	E70.41
18	三甲基巴豆醯輔酶 A 羧化酵素缺乏症	3-Methylcrotonyl-CoA carboxylase deficiency	E71.19
19	多發性羧化酶缺乏症	Multiple carboxylase deficiency	D81.819
20	高脯胺酸血症	Hyperprolinemia	E72.59
21	芳香族 L-胺基酸類脫羧基酶缺乏症	Aromatic L-amino acid decarboxylase deficiency	E70.9
22	酪胺酸羥化酶缺乏症	Tyrosine hydroxylase deficiency	E70.20
23	甲基丙二酸血症併高胱胺酸血症 (Cbl C 型)	Cobalamin C defect (Methylmalonic aciduria and Homocystinuria, cbl C type)	E71.120+E72.11
◎ A3 脂質儲積			
A3 01	高雪氏症	Gaucher's disease	E75.22
02	GM1/GM2 神經節苷脂儲積症	GM1/GM2 gangliosidosis	GM1:E75.19 GM2: E75.00
03	Fabry 氏症	Fabry disease	E75.21
04	Niemann-Pick 氏症，鞘髓磷脂儲積症	Niemann-Pick disease	E75.240:Type A E75.241:Type B E75.242:Type C E75.243:Type D E75.248:other E75.249:unspecified
05	MLD 症候群	Metachromatic Leukodystrophy (MLD)	E75.25
06	球細胞腦白質失養症	Globoid Cell Leukodystrophy (Krabbe's disease)	E75.23

	07	嬰兒型溶酶體酸性脂肪酶缺乏症（又稱伍爾曼氏症）	Infantile form Lysosomal Acid Lipase Deficiency (Wolman Disease)	E75.5
◎A4碳水化合物代謝異常				
A4	01	半乳糖血症	Galactosemia	E74.21
	02	肝醣儲積症	Glycogen storage disease	E74.09:type 0 E74.01:Type I E74.02:type II E74.03:type III E74.09:type IV E74.04:type V E74.09:type VI-XI E74.01:Von Gierke's
	03	腦血管屏障葡萄糖輸送缺陷	Glut (Glucose Transport) deficiency syndrome	E74.8
◎A5脂肪酸氧化異常				
	01	脂肪酸氧化作用缺陷	Fatty acid oxidation defect	E71.30 E71.310 E71.311 E71.312 E71.313 E71.314 E71.318 E71.32 E71.39
	02	原發性肉鹼缺乏症	Carnitine deficiency syndrome, primary	E71.41
	03	中鏈脂肪酸去氫酵素缺乏症	Medium-chain acyl-coenzyme A dehydrogenase deficiency(MCAD)	E71.311
	04	短鏈脂肪酸去氫酶缺乏症	Short-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency	E71.312
◎A6粒線體代謝異常				
A6	01	粒線體缺陷	Mitochondrial defect	E88.40
	02	Kearns-Sayre 氏症候群	Kearns-Sayre syndrome	H49.811 H49.812 H49.813 H49.819
	03	Leigh 氏童年期腦脊髓病變	Leigh disease	G31.82
	04	MELAS 症候群	MELAS	E88.41
	05	MNGIE 症候群粒線體性神經胃腸腦病變症候群	Mitochondrial Neurogastrointestinal Encephalopathy Syndrome	E88.49
	06	丙酮酸鹽脫氫酶缺乏症	Pyruvate dehydrogenase deficiency	E74.4
	07	巴氏症候群	Barth Syndrome	E78.71
◎A7溶小體代謝異常				

A7	01	胱氨酸血症	Cystinosis	E72.04
	02	黏多糖症	Mucopolysaccharidoses	Type1: E76.01 E76.02 E76.03 Type2:E76.1 other : E76.210 E76.211 E76.219 E76.22 E76.29 Unspecified:E76.3
	03	岩藻糖代謝異常（儲積症）	Fucosidosis	E77.1
	04	涎酸酵素缺乏症	Sialidosis	E77.1
	05	黏脂質症	Mucopolipidosis	type I:E77.1 type II、III:E77.0 type IV:E75.11
	06	神經元蠟樣脂褐質儲積症	Neuronal ceroid lipofuscinosis	E75.4
	07	多發性硫酸脂酶缺乏症	Multiple Sulfatase deficiency	E75.29
◎ A8膽固醇及脂質代謝異常 Cholesterol and Lipid metabolism				
A8	01	同合子家族性高膽固醇血症	Homozygous familial hypercholesterolemia	E78.0
	02	家族性高乳糜微粒血症	Familial Hyperchylomicronemia	E78.3
	03	豆固醇血症（植物性）	Sitosterolemia	E78.0
◎ A9礦物離子缺陷				
A9	01	威爾森氏症	Wilson's disease	E83.01
	02	Menkes 症候群	Menkes syndrome	E83.09
	03	鉬輔酶缺乏症	Molybdenum cofactor deficiency	E61.5
◎ A10過氧化體代謝異常				
A10	01	Zellweger 氏症候群	Zellweger syndrome	E71.510
	02	腎上腺腦白質失養症	Adrenoleukodystrophy	E71.511 E71.520 E71.521 E71.528 E71.529

	03	肢近端型點狀軟骨發育不良	Rhizomelic Chondrodysplasia Punctata	E71.540
◎ A11 其他代謝異常				
	01	紫質症	Porphyria	E80.20 E80.21 E80.29
	02	Lesch-Nyhan 氏症候群	Lesch-Nyhan syndrome	E79.1
	03	亞硫酸鹽氧化酶缺乏	Sulfite oxidase deficiency	E72.19
	04	碳水化合物缺乏醣蛋白症候群	Carbohydrate-deficiency glycoprotein syndrome	E77.8
	05	三甲基胺尿症	Trimethylaminuria	E72.52
	06	先天性全身脂質營養不良症	Congenital generalized lipodystrophy	E88.1
	07	腦腱性黃瘤症	Cerebrotendinous Xanthomatosis	E75.5
	08	低磷酸酯酶症	Hypophosphatasia	E83.39 E83.31
	09	Beta 硫解酶缺乏症	Beta-Ketothiolase Deficiency	E71.19
	10	生物素酶缺乏症	Biotinidase Deficiency	D81.810
B 腦部或神經系統病變				
B1	01	多發性硬化症	Multiple sclerosis	G35
	02	肌萎縮性側索硬化症	Amyotrophic lateral sclerosis (ALS)	G12.21
	03	共濟失調微血管擴張症候群	Ataxia telangiectasia	G11.3
	04	亨丁頓氏舞蹈症	Huntington disease(又稱 Huntington's chorea)	G10
	05	雷特氏症	Rett syndrome	F84.2
	06	脊髓性肌肉萎縮症	Spinal muscular atrophy	G12.9
	07	脊髓小腦退化性動作協調障礙	Spinocerebellar ataxia	G11.1
	08	結節性硬化症	Tuberous sclerosis	Q85.1
	09	先天性痛不敏感症合併無汗症	Congenital insensitivity to pain with anhidrosis (CIPA)	L74.4

10	神經纖維瘤症候群第二型	Neurofibromatosis type II	Q85.02
11	Alexander 氏病	Alexander disease	E75.29
12	僵體症候群	Stiffperson syndrome	G25.82
13	遺傳性痙攣性下身麻痺	Hereditary spastic paraplegia	G11.4
14	Joubert 氏症候群(家族性小腦蚓部發育不全)	Joubert syndrome	Q04.3
15	Pelizaeus-Merzbacher 氏症(慢性兒童型腦硬化症)	Pelizaeus-Merzbacher Disease	E75.29
16	Charcot Maire Tooth 氏症(進行性神經性腓骨萎縮症)	Charcot Marie Tooth Disease	G60.0
17	甘迺迪氏症(脊髓延髓性肌肉萎縮症)	Kennedy Disease	G12.20 G12.21 G12.22 G12.29
18	家族性澱粉樣多發性神經病變	Familial Amyloidotic Polyneuropathy	E85.1
19	Moebius 症候群	Moebius syndrome	Q87.0
20	Mcleod 症候群	Mcleod syndrome	Q97.8 Q98.8
21	Aicardi-Goutieres 症候群	Aicardi-Goutieres syndrome	G31.89
22	普洛提斯症候群	Proteus Syndrome	Q87.3
23	MECP2 綜合症候群	Methyl CpG binding protein 2 Duplication Syndrome (MECP2 Duplication Syndrome)	Q99.8
24	腦肋小頷症候群	Cerebro-Costo-Mandibular Syndrome	Q87.89
25	Dravet 症候群	Dravet Syndrome, DS	G40.311
26	腦白質消失症	Vanishing White Matter Disease	G37.8
27	泛酸鹽激酶關聯之神經退化性疾病	Pantothenate Kinase Associated Neurodegeneration (PKAN)	G23.0
28	磷脂質脂解酶 A2關聯之神	Phospholipase A2-associated neurodegeneration(PLAN)	G23.0

		經退化性疾病		
C 呼吸循環系統病變				
C1	01	特發性嬰兒動脈硬化症	Idiopathic Infantile Arterial Calcification	Q28.8
	02	囊狀纖維化症	Cystic fibrosis	E84.9
	03	特發性或遺傳性肺動脈高壓	Idiopathic or Heritable pulmonary arterial hypertension (IPAH or HPAH)	I27.0
	04	Holt-Oram 氏症候群	Holt-Oram Syndrome	Q87.2
	05	Andersen 氏症候群 (心節律障礙暨週期性麻痺症候群; 鉀離子通道病變)	Andersen syndrome	E74.09
	06	遺傳性出血性血管擴張症	Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia	I78.0
	07	窒息性胸腔失養症	Asphyxiating thoracic dystrophy	Q77.2
	08	先天性中樞性換氣不足症候群	Congenital Central Hypoventilation Syndrome	G47.35
D 消化系統病變				
	01	進行性家族性肝內膽汁滯留症	Progressive intrahepatic cholestasis, PFIC	K83.1
	02	先天性膽酸合成障礙	Inborn errors of bile acid synthesis	E78.70
	03	α 1-抗胰蛋白酶缺乏症	α 1-Antitrypsin deficiency	E88.01
	04	先天性 Cajal 氏間質細胞增生合併腸道神經元發育異常	Congenital Interstitial Cell of Cajal Hyperplasia with Neuronal Intestinal Dysplasia	Q43.8
	05	阿拉吉歐症候群	Alagille Syndrome	Q44.7
E 腎臟泌尿系統病變				
E1	01	Lowe 氏症候群	Lowe syndrome	E72.03
	02	Bartter 氏症候群	Bartter's syndrome	E26.81
	03	體染色體隱性多囊性腎臟疾病	Autosomal recessive polycystic kidney disease	Q61.19
F 皮膚病變				
F1	01	遺傳性表皮分解性水泡症	Hereditary epidermolysis bullosa	Q81.9
	02	層狀魚鱗癬 (自體隱性遺傳型)	Ichthyosis, lamellar recessive	Q80.2
	03	膠膜兒	Collodion baby	Q80.2

04	斑色魚鱗癬	Harlequin ichthyosis	Q80.4
05	水泡型先天性魚鱗癬樣紅皮症（表皮鬆解性角化過度症）	Bullous Congenital ichthyosiform erythroderma (epidermolytic hyperkeratosis)	Q80.3
06	外胚層增生不良症	Ectodermal Dysplasias	Q82.4
07	Meleda 島病	Meleda disease	Q82.8
08	Darier 氏症（毛囊角化病）	Darier's disease	Q82.8
09	先天性角化不全症	Dyskeratosis Congenita	Q82.8
10	皮膚過度角化症雅司病	Diffuse Non-epidermolytic Palmoplantar Keratoderma type Unna-Thost	Q82.8
11	色素失調症	Incontinentia Pigmenti	Q82.3
12	Netherton 症候群	Netherton Syndrome	Q80.3
G 肌肉病變			
G1 01	裘馨氏肌肉失養症	Duchenne muscular dystrophy	G71.0
02	Nemaline 線狀肌肉病變	Nemaline Rod Myopathy	G71.2
03	Schwartz Jampel 氏症候群	Schwartz Jampel syndrome	G71.13
04	肌肉強直症	Myotonic dystrophy	G71.11
05	面肩胛肱肌失養症	Facioscapulohumeral muscular dystrophy	G71.0
06	肌小管病變	Myotubular Myopathy	G71.2
07	貝克型肌肉失養症	Becker Muscular Dystrophy	G71.0
08	Freeman-Sheldon 氏症候群	Freeman-Sheldon syndrome	Q87.0
09	肢帶型肌失養症	Limb-girdle muscular dystrophy	G71.0
10	先天性肌失養症	Congenital Muscular Dystrophy	G71.0
11	中心軸空肌病	Central Core Disease	G71.2
12	多微小軸空肌病	Multiminicore Disease	G71.2
13	Emery-Dreifuss 肌失養症	Emery-Dreifuss Muscular Dystrophy (EDMD)	G71.0
14	GNE 遠端肌病變	GNE myopathy	G71.8
15	史托摩根症候群	Stormorken syndrome	D69.8

H 骨及軟骨病變				
H1	01	軟骨發育不全症	Achondroplasia	Q77.4
	02	成骨不全症	Osteogenesis imperfecta	Q78.0
	03	原發性變形性骨炎	Primary Paget disease	M88.0 M88.1 M88.811 M88.812 M88.819 M88.821 M88.822 M88.829 M88.831 M88.832 M88.839 M88.841 M88.842 M88.849
				M88.851 M88.852 M88.859 M88.861 M88.862 M88.869 M88.871 M88.872 M88.879 M88.88 M88.89 M88.9
	04	鎖骨顱骨發育異常	Cleidocranial dysplasia	Q74.0
	05	進行性骨化性肌炎	Fibrodysplasia Ossificans Progressiva	M61.10 M61.111 M61.112 M61.119 M61.121 M61.122 M61.129 M61.131 M61.132 M61.139 M61.141 M61.142 M61.143 M61.144 M61.145 M61.146 M61.151
				M61.152 M61.159 M61.161 M61.162 M61.169 M61.171 M61.172 M61.173 M61.174 M61.175 M61.176 M61.177 M61.178 M61.179 M61.18 M61.19
	06	裂手裂足症	Split-hand/ Split-foot malformation (SHFM)	Q71.60 Q71.61 Q71.62 Q71.63
				Q72.70 Q72.71 Q72.72 Q72.73
	07	骨質石化症	Osteopetrosis	Q78.2
	08	假性軟骨發育不全	Pseudoachondroplastic dysplasia	Q77.8
	09	多發性骨骺發育不全症	Multiple Epiphyseal Dysplasia	Q78.3

I 結締組織病變			
I1	01	先天結締組織異常第四型	Ehlers Danlos syndrome IV Q79.6
J 血液疾病			
	01	重型海洋性貧血	Thalassemia major D56.0 D56.1
	02	血小板無力症	Thrombasthenia D69.1
	03	同基因合子蛋白質 C 缺乏症	Homozygous protein C deficiency D68.59
	04	陣發性夜間血紅素尿症	Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria D59.5
	05	非典型性尿毒溶血症候群	Atypical Hemolytic Uremic Syndrome D59.3
K 免疫疾病			
K1	01	原發性慢性肉芽腫病	Chronic primary granulomatous disease D71
	02	先天性高免疫球蛋白 E 症候群	Congenital Hyper IgE syndrome D82.4
	03	布魯頓氏低免疫球蛋白血症	Bruton's agammaglobulinemia D80.0
	04	Wiskott- Aldrich 氏症候群	Wiskott- Aldrich Syndrome D82.0
	05	嚴重複合型免疫缺乏症	Severe combined immunodeficiency D81.0 D81.1 D81.2 D81.9
	06	補體成份 8 缺乏症	Complement Component 8 deficiency D84.1
	07	IPEX 症候群	IPEX Syndrome E31.0
	08	高免疫球蛋白 M 症候群	Hyper-IgM syndrome D80.5
	09	γ 干擾素受體 1 缺陷	Interferon γ receptor 1 deficiency D84.8
	10	遺傳性血管性水腫	Hereditary Angioedema (HAE) D84.1
L 內分泌疾病			
L1	01	Kenny-Caffey 氏症候群	Kenny-Caffey syndrome Q87.1
	02	假性副甲狀腺低能症	Pseudohypoparathyroidism E20.1
	03	性連遺傳型低磷酸鹽佝僂症	X-linked hypophosphatemic rickets E83.31
	04	Laron 氏侏儒症候群	Laron syndrome (Laron Dwarfism) E34.3

	05	Bardet-Biedl 氏症候群	Bardet-Biedl syndrome	Q87.89	
	06	Alstrom 氏症候群	Alstrom Syndrome	Q87.89	
	07	持續性幼兒型胰島素過度分泌低血糖症	Persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of infancy (PHHI)	E16.1	
	08	Wolfram 氏症候群	Wolfram syndrome , DIDMOAD	E88.9	
	09	McCune Albright 氏症候群	McCune Albright syndrome	Q78.1	
	10	短指發育不良及性別顛倒	Campomelic dysplasia with autosomal sex reversal	Q99.8	
	11	腎上腺皮促素抗性	ACTH resistance	E27.49	
	12	第一型遺傳性維生素D依賴型佝僂症	25-Hydroxyvitamin D 1-Alpha-Hydroxylase Deficiency	E83.32	
	13	先天性腎上腺發育不全	Congenital adrenal hypoplasia	Q89.1	
	14	Kallmann 氏症候群	Kallmann syndrome	E23.0	
	15	永久性新生兒糖尿病	Permanent Neonatal Diabetes Mellitus	P70.2	
M 先天畸形症候群					
M	1	01	Aarskog-Scott 氏症候群	Aarskog-Scott syndrome	Q87.1
		02	瓦登伯格氏症候群	Waardenburg syndrome	E70.8
		03	愛伯特氏症	Apert syndrome	Q87.0
		04	Smith-Lemli-Opitz 氏症候群	Smith-Lemli-Opitz syndrome	E78.72
		05	Larsen 氏症候群(顎裂-先天性脫位症候群)	Larsen syndrome	Q74.8
		06	Beckwith Wiedemann 氏症候群	Beckwith Wiedemann syndrome	Q87.3
		07	Crouzon 氏症候群	Crouzon syndrome	Q75.1
		08	Fraser 氏症候群	Fraser syndrome	Q87.0
		09	多發性翼狀膜症候群	Multiple pterygium syndrome	Q79.8
		10	Cornelia de Lange 氏症候群	Cornelia de Lange syndrome	Q87.1

11	海勒曼-史德萊夫氏症候群	Hallerman-Streiff Syndrome	Q87.0	
12	歌舞伎症候群	Kabuki syndrome	Q89.8	
13	耳-齶-指(趾)症候群	Oto-Palato-Digital syndrome	Q87.0	
14	Conradi-Hunermann 氏症候群	Conradi-Hunermann syndrome	Q77.3	
15	Treacher Collins 氏症候群	Treacher Collins Syndrome	Q75.4	
16	Robinow 氏症候群	Robinow Syndrome	Q87.1	
17	Pfeiffer 氏症候群	Pfeiffer syndrome	Q87.0	
18	(修正為 B1-27)			
19	指(趾)甲髕骨症候群	Nail-Patella Syndrome	Q87.2	
20	CFC 症候群	Cardiofaciocutaneous Syndrome	Q87.89	
21	Peters-Plus 症候群	Peters-Plus syndrome	Q13.4	
22	Nager 症候群	Nager Syndrome	Q75.4	
23	CHARGE 症候群	CHARGE Syndrome	Q89.8	
24	懷特-薩頓症候群	White-Sutton syndrome	Q99.8 F84.8 F78	
25	克斯提洛氏彈性蛋白缺陷症	Costello syndrome	Q87.89	
26	Ayme-Gripp 症候群	Ayme-Gripp syndrome	Q87.89	
27	Coffin-Lowry 症候群	Coffin-Lowry Syndrome	Q89.8	
N 染色體異常				
N1	01	Angelman 氏症候群	Angelman syndrome	Q93.5
	02	DiGeorge's 症候群	DiGeorge's syndrome	D82.1
	03	Prader-Willi 氏症候群	Prader-Willi syndrome	Q87.1
	04	威爾姆氏腫瘤、無虹膜、性器異常、智能障礙症候群(WAGR 症候群)	WAGR syndrome (Wilms' tumor-Aniridia-Genitourinary Anomalies-mental Retardation)	Q87.89
	05	Miller Dieker 症候群	Miller Dieker syndrome	Q93.88

	06	Rubinstein-Taybi 氏症候群	Rubinstein-Taybi syndrome	Q87.2
	07	威廉斯氏症候群	Williams Syndrome	Q93.89
	08	Von Hippel-Lindau 症候群	Von Hippel-Lindau disease	Q85.8
	09	Branchio-Oto-Renal Syndrome (BOR Syndrome)	Branchio-Oto-Renal 症候群 (BOR 症候群)	Q87.89
Z 其他未分類或不明原因				
Z1	01	Cockayne 氏症候群	Cockayne syndrome	Q87.1
	02	早老症	Hutchinson Gilford progeria syndrome	E34.8
	03	髮-肝-腸症候群	Tricho-hepato-enteric syndrome	Q89.7
	04	Stargardt's 氏症	Stargardt's disease	H35.50
	05	隱匿性黃斑部失養症	Occult Macular Dystrophy ; OMD	H35.50

備註：

1. 中華民國93年1月7日署授國字第092401548號公告「胰島母細胞瘤 (Nesidioblastosis)」因屬舊的病名用法，自即日起併入罕見疾病序號 L07號 Persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of infancy (PHHI) 名單。
2. 中華民國95年9月12日署授國字第09504009072號公告「Tyrosinemia I、II、III (酪胺基酸症第一型、第二型、第三型)」，自即日起併入罕見疾病序號 A207號 Hereditary tyrosinemia (遺傳性高酪胺酸血症) 名單。
3. 中華民國96年8月22日署授國字第09604006002號修正已公告 Urea cycle disorders 為 Congenital Urea cycle disorders。
4. 中華民國98年7月3日署授國字第0980400742號公告 罕見疾病序號 B107號 Spinocerebellar ataxia，原中文病名：脊髓小腦性共濟失調，修正為：脊髓小腦退化性動作協調障礙。
5. 中華民國99年3月19日署授國字第0990400103號公告 罕見疾病序號 K102號 Congenital Hyper IgE syndrome (先天性高免疫球蛋白 E 症候群)，原 ICD-9-CM 編碼：「279.9」，修正為：「288.1」。

附表 4.5.3 複雜性傷科申請給付及支付原則

一、複雜性傷科適應症之定義

1. 中度複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.4 所列之傷病病名或無合乎中度複雜性傷科適應症(附表 4.5.4 所列病名)但合併有特殊疾病附表 4.4.5 所列病名。
2. 高度複雜性傷科之多部位損傷申報適應症請詳附表 4.5.5 所列之傷病病名。
3. 高度複雜性傷科之合併有特殊疾病申報適應症為合乎中度複雜性傷科適應症(附表 4.5.4 所列病名) 且合併有特殊疾病附表 4.4.5 所列病名。
4. 高度複雜性傷科之脫臼申報適應症請詳附表 4.5.6 所列之傷病病名。
5. 高度複雜性傷科之骨折申報適應症請詳附表 4.5.7 所列之傷病病名。

二、費用申報與審查相關規定：

1. 按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。
2. 病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。
3. 申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.4.5、附表 4.5.4 至表 4.5.7 所列之適應症。
4. 抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.5、附表 4.5.4 至表 4.5.7 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.5.4 中度複雜性傷科治療 ICD-10-CM 表列

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中英文病名</u>
<u>G45、G46</u>	<u>其他腦血管疾病</u>
<u>G54</u>	<u>神經根及神經叢疾患</u>
<u>G61</u>	<u>發炎性多發神經病變</u>
<u>G62</u>	<u>其他及為明示之多發神經病變</u>
<u>G63</u>	<u>歸類於他處疾病所致之多發神經病變</u>
<u>G65</u>	<u>發炎性及毒性多發神經病變後遺症</u>
<u>G81</u>	<u>偏癱</u>
<u>G90</u>	<u>自主神經系統疾患</u>
<u>G91</u>	<u>水腦症</u>
<u>G93.0</u>	<u>腦囊腫</u>
<u>G93.1</u>	<u>缺氧性腦損傷，他處未歸類者</u>
<u>G93.2</u>	<u>良性顱內高壓</u>
<u>G93.3</u>	<u>病毒感染後疲勞症候群</u>
<u>G93.4</u>	<u>其他及未明示腦病變</u>
<u>G93.5</u>	<u>腦壓迫</u>
<u>G93.6</u>	<u>腦水腫</u>
<u>I60</u>	<u>蜘蛛膜下腔出血</u>
<u>I61、I62</u>	<u>腦內出血</u>
<u>I65、I66、I63</u>	<u>腦梗塞</u>
<u>I67</u>	<u>其他腦血管疾病</u>
<u>M13.0</u>	<u>多發性關節炎</u>
<u>M15</u>	<u>多關節病症</u>
<u>M20</u>	<u>手指及(足)趾後天性變形</u>
<u>M21</u>	<u>其他後天性肢體變形</u>
<u>M40</u>	<u>脊椎後彎症及脊椎前彎症</u>
<u>M41</u>	<u>脊椎側彎症</u>
<u>M42</u>	<u>脊椎骨軟骨症</u>
<u>M43</u>	<u>其他變形性背部病變</u>
<u>M45</u>	<u>僵直性脊椎炎</u>
<u>M46</u>	<u>其他發炎性脊椎病變</u>
<u>M47</u>	<u>退化性脊椎炎</u>
<u>M48</u>	<u>其他脊椎病變</u>
<u>M50</u>	<u>頸椎椎間盤疾患</u>
<u>M51</u>	<u>胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患</u>
<u>M53</u>	<u>其他背部病變，他處未歸類者</u>

<u>M62.3</u>	<u>截癱性不動症候群</u>
<u>M66</u>	<u>滑膜及肌腱自發性破裂</u>
<u>M80</u>	<u>骨質疏鬆症伴有病理性骨折</u>
<u>M87</u>	<u>骨壞死</u>
<u>M88</u>	<u>變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]</u>
<u>M90.5</u>	<u>歸類於他處疾病所致之骨壞死</u>
<u>M90.6</u>	<u>腫瘤疾病引起之變形性骨炎</u>
<u>M95.2</u>	<u>頭部其他後天性變形</u>
<u>M95.3</u>	<u>頸部後天性變形</u>
<u>M95.4</u>	<u>胸部及肋骨之後天性變形</u>
<u>M95.5</u>	<u>骨盆後天性變形</u>
<u>M95.8</u>	<u>肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形</u>
<u>M95.9</u>	<u>肌肉骨骼系統之後天性變形</u>
<u>M96</u>	<u>術中及術後併發症及肌肉骨骼系統疾患，他處未歸類者</u>
<u>M99.0</u>	<u>節段及體結構功能障礙</u>
<u>M99.1</u>	<u>(脊椎)複雜性半脫位</u>
<u>M99.2</u>	<u>神經管半脫位性狹窄</u>
<u>M99.3</u>	<u>神經管骨性狹窄</u>
<u>M99.4</u>	<u>神經管結締組織狹窄</u>
<u>M99.5</u>	<u>神經管椎間盤狹窄</u>
<u>M99.6</u>	<u>椎間孔骨性及半脫位性狹窄</u>
<u>M99.7</u>	<u>椎間孔結締組織及椎間盤狹窄</u>
<u>S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0</u>	<u>脊柱骨折，伴有脊髓病灶</u>
<u>S14.1、S24.1、S34.1</u>	<u>無明顯脊椎損傷之脊髓傷害</u>
<u>S01.9、S06.3</u>	<u>腦裂傷及挫傷</u>
<u>S01.9、S06.4-S06.6</u>	<u>受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血</u>
<u>S04.01-S04.04</u>	<u>視神經及神經經之損傷</u>
<u>S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、 S34.4</u>	<u>神經根級脊神經叢之損傷</u>
<u>S14.5、S24.3、</u>	<u>肩及骨盆以外之軀幹神經損傷</u>
<u>S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9</u>	<u>胸交感神經系統的損傷、胸、腹部，下背部和骨盆水平神經損傷</u>
<u>S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、S64.8-S64.9</u>	<u>肩及上肢末梢神經之損傷</u>

<u>S74.0-S74.2</u> 、 <u>S74.8-S74.9</u> 、 <u>S84.0-S84.2</u> 、 <u>S84.8-S84.9</u> 、 <u>S94.0-S94.3</u> 、 <u>S94.8-S94.9</u>	骨盆及下肢末梢神經損傷
---	-------------

附表 4.5.5 高度複雜性傷科治療(多部位損傷)

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>M02.39</u>	<u>雷特病之關節病變及有關病態，多處部位</u>
<u>M35.2</u>	<u>畢賽徵候群之關節病變，多處部位</u>
<u>M13.89</u>	<u>更年期關節炎，多處部位</u>
<u>M13.0</u>	<u>未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位</u>
<u>M12.89</u>	<u>其他明示之關節病變，多處部位</u>
<u>M12.9</u>	<u>未明示之關節病變，多處部位</u>
<u>M24.10</u>	<u>關節軟骨疾患，多處部位</u>
<u>M24.50</u>	<u>關節緊縮，多處部位</u>
<u>M24.60</u>	<u>關節粘連，多處部位</u>
<u>M24.80</u>	<u>其他關節障礙，他處未歸類，多處部位</u>
<u>M24.9</u>	<u>未明示之關節障礙，多處部位</u>
<u>M12.39</u>	<u>復發性風濕，多處部位</u>
<u>M25.50</u>	<u>關節痛，多處部位</u>
<u>M25.60</u>	<u>關節僵直，他處未歸類者，多處部位</u>
<u>R26.2</u>	<u>行走障礙，多處部位</u>
<u>M25.9</u>	<u>未明示之關節疾患，多處部位</u>
<u>T14.8</u>	<u>軀幹多處挫傷</u>
<u>S40.019A</u>	<u>上肢多處挫傷</u>
<u>S70.10XA-S70.12XA、 S80.10XA-S80.12XA</u>	<u>下肢多處挫傷</u>
<u>T14.8</u>	<u>下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位置挫傷，他處未歸類者</u>
<u>S47</u>	<u>肩及上臂多處位置壓砸傷</u>
<u>S47</u>	<u>上肢多處位置壓砸傷</u>
<u>S77.0、S77.1、S87.0、S87.8、S97.0、 S97.1、S97.8</u>	<u>下肢多處壓砸傷</u>
<u>S77.2</u>	<u>多處及未明示位置之壓砸傷</u>
<u>S77.20XA</u>	<u>多處位置壓砸傷，他處未歸類者</u>
<u>T07</u>	<u>其他明示位置之損傷，包括多處</u>

附表 4.5.6 高度複雜性傷科治療(脫臼)

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>S43.0-S43.3</u> 、 <u>S53.0-S53.1</u> 、 <u>S63.0</u> 、 <u>S63.1-S63.2</u> 、 <u>S73.0</u> 、 <u>S83.21-S83.24</u> 、 <u>S83.001A-S83.096A</u> 、 <u>S83.101A-S83.196A</u> 、 <u>S93.0</u> 、 <u>S93.3</u> 、 <u>S13.1-S13.2</u> 、 <u>S33.1-S33.3</u> 、 <u>S23.1-S23.2</u> 、 <u>S43.2</u> 、 <u>S33.30XA-S33.39XA</u>	<u>脫臼</u>
<u>S03.0-S03.1</u> 、 <u>S13.0-S13.2</u> 、 <u>S23.0-S23.2</u> 、 <u>S33.0-S33.3</u> 、 <u>S43.0-S43.3</u> 、 <u>S53.0-S53.1</u> 、 <u>S63.0-S63.2</u> 、 <u>S73.0</u> 、 <u>S83.0</u> 、 <u>S83.1</u> 、 <u>S93.0</u> 、 <u>S93.1</u> 、 <u>S93.3</u>	<u>脫臼之後期影響</u>

附表 4.5.7 高度複雜性傷科治療(骨折)

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+ 第 7 位碼 P、Q、R</u>	<u>癒合不良及不癒合之骨折</u>
<u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+ 第 7 位碼 P、Q、R</u>	<u>癒合不良之骨折</u>
<u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+ 第 7 位碼 P、Q、R</u>	<u>不癒合之骨折</u>
<u>S02.0+S06</u>	<u>顱骨穹窿骨折</u>
<u>S02.1+S06</u>	<u>顱骨底部骨折</u>
<u>S02.2、S02.6</u>	<u>臉骨骨折</u>
<u>S02.4</u>	<u>顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S02.3</u>	<u>眶底閉鎖性骨折</u>
<u>S02.8-S02.9</u>	<u>其他顏面骨閉鎖性骨折</u>
<u>S02.8-S02.9+S06</u>	<u>其他及性質不明之顱骨骨折</u>
<u>S02.9+S06</u>	<u>多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者</u>
<u>S12.0-S12.9</u>	<u>脊柱骨折，閉鎖性</u>
<u>S14.1、S24.1</u>	<u>頸椎骨折，閉鎖性，</u>
<u>S34.1</u>	<u>腰椎骨折，閉鎖性</u>
<u>S34.1</u>	<u>骶骨及尾骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S14.1</u>	<u>未明示之脊柱骨折，閉鎖性</u>
<u>S22.3-S22.4</u>	<u>肋骨閉鎖性骨折</u>
<u>S22.2</u>	<u>胸骨閉鎖性骨折</u>
<u>S22.5</u>	<u>連枷胸（多條肋骨塌陷性骨折）</u>
<u>S12.9</u>	<u>喉部及氣管閉鎖性骨折</u>
<u>S32.3-S32.9</u>	<u>骨盆骨折</u>
<u>S32.4</u>	<u>髌白閉鎖性骨折</u>
<u>S32.5</u>	<u>恥骨閉鎖性骨折</u>
<u>S32.3、S32.6、S32.810A-S32.811A</u>	<u>骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S32.89XA</u>	<u>骨盆之其他骨折，閉鎖性</u>
<u>S22.9</u>	<u>診斷欠明之軀幹骨骨折</u>
<u>S22.9XXA</u>	<u>軀幹骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S42.001A-S42.036A</u>	<u>鎖骨閉鎖性骨折</u>
<u>S42.101A-S42.199A</u>	<u>肩胛骨骨折</u>
<u>S42.113A、S42.116A</u>	<u>其他之肩胛骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S42.201A-S42.296A</u>	<u>肱骨上端閉鎖性骨折</u>
<u>S42.301A-S42.399A</u>	<u>肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S42.1-S42.4</u>	<u>肱骨下端骨折，閉鎖性</u>
<u>S42.101A-S42.496A</u>	<u>肱骨踝上骨折，閉鎖性</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>S52.101A-S52.189A</u>	<u>橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折</u>
<u>S52.201A-S52.399A</u>	<u>橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折</u>
<u>S52.501A-S52.699A</u>	<u>橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折</u>
<u>S52.90XA-S52.92XA</u>	<u>橈骨及尺骨之閉鎖性骨折</u>
<u>S62.001A-S62.186A</u>	<u>腕骨骨折</u>
<u>S62.201A-S62.399A</u>	<u>掌骨骨折</u>
<u>S62.501A-S62.669A</u>	<u>一個或多個手指骨骨折</u>
<u>S62.90XA-S62.92XA</u>	<u>手骨之多處閉鎖性骨折</u>
<u>S42.90XA-S42.92XA、 S52.90XA-S52.92XA、S22.20XA、 S22.39XA、S22.49XA</u>	<u>多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性</u>
<u>S72.001A-S72.099A</u>	<u>股骨頸骨折</u>
<u>S72.101A-S72.26XA</u>	<u>經由粗隆之骨折，閉鎖性</u>
<u>S72.001A-S72.009A</u>	<u>未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性</u>
<u>S72.301A-S72.499A</u>	<u>股骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S82.001A-S82.099A</u>	<u>閉鎖性髕骨之骨折</u>
<u>S82.101A-S82.199A</u>	<u>脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.299A、 S82.401A-S82.499A</u>	<u>脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.299A</u>	<u>僅脛骨幹閉鎖性骨折</u>
<u>S82.401A-S82.499A</u>	<u>僅腓骨幹閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.299A+S82.401A-S82.499A</u>	<u>脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.209A、 S82.401A-S82.409A</u>	<u>脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.209A</u>	<u>僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.401A-S82.409A</u>	<u>僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.209A+S82.401A-S82.409A</u>	<u>脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.51XA-S82.66XA</u>	<u>閉鎖性踝骨折</u>
<u>S92.001A-S92.066A</u>	<u>閉鎖性跟骨骨折</u>
<u>S92.101A-S92.56XA</u>	<u>其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性</u>
<u>S92.401A-S92.919A</u>	<u>閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折</u>
<u>S82.90XA-S82.92XA</u>	<u>閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折</u>
<u>T07</u>	<u>閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及下肢與肋骨和胸骨者</u>
<u>T14.8</u>	<u>閉鎖性未明示部位之骨折</u>
<u>S02+第7位碼S</u>	<u>顱骨及面骨骨折之後期影響</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>(S12.9、S22.0、S22.9、S32.9)+第7位碼 S</u>	<u>脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病灶者</u>
<u>S42.2-S42.9、S52.9、S62.9</u>	<u>上肢骨折後期影響</u>
<u>S72.0-S72.2+第7位碼 S</u>	<u>股骨頸骨折後期影響</u>
<u>(S72.3-S72.4、S82.0-S82.6、S82.9、S92.0-S92.9)+第7位碼 S</u>	<u>下肢骨折後期影響</u>
<u>T07</u>	<u>多處及未明示骨折之後期影響</u>

附表 4.7.1 舌診儀、脈診儀檢查適應症

疾病分類	適應症 (ICD-10-CM)	診斷標準
心血管循環系統疾病	1.心臟衰竭 I50; I11.0; I13; I97.13; O75.4; I09.81	1.心臟衰竭：左心室射出率 $\leq 35\%$ ；左心室射出率介於 $36\%-50\%$ ，合併典型心臟衰竭症狀；左心室射出率 $> 50\%$ ，合併典型心臟衰竭症狀，且經心臟專科醫師確診者。
	2.急性冠狀動脈疾病 I24	2.急性冠狀動脈疾病：3個月內曾因胸痛接受心導管檢查，確診有冠狀動脈阻塞或置入支架者。
	3.深層靜脈栓塞 I82	3.深層靜脈栓塞：靜脈超音波檢查或靜脈攝影檢查確診者。
	4.心律不整 I47; I49; R00	4.心律不整：經心臟專科醫師確診者。
肝膽腸胃消化系統疾病	1.肝硬化 K70; K71; K74	1.肝硬化：經肝臟超音波檢查或肝組織切片診斷為肝硬化者。
	2.消化性潰瘍 K25~K28	2.消化性潰瘍：經腸胃道內視鏡確定診斷者。
	3.大腸激躁症 K58	3.大腸激躁症：至少三個月(連續或反覆發作)有以下五項中符合兩項以上的條件：(1)排便次數改變(每天三次以上或每週少於三次)，(2)大便形態改變(硬團塊或是稀便、水便)，(3)排便感覺改變(如必須用力，急便，或是感覺排不乾淨)，(4)大便中帶黏液，(5)腹脹。
	4.急慢性肝炎 B15~B19	4.急慢性肝炎：經肝臟超音波檢查或實驗室檢查確立診斷者。
肺部呼吸系統	1.慢性阻塞性肺病 J44	1.慢性阻塞性肺病：肺功能檢查確診者 (FEV1/FVC $\leq 70\%$)
	2.氣喘 J45	2.氣喘：病史、理學檢查及實驗室的檢查，各方面的資料綜合判斷確立診斷者。
腎泌尿系統	1.慢性腎衰竭 N18.3; N18.4; N18.5	1.慢性腎衰竭：Stage III：中度慢性腎衰竭 GFR：30~59 ml/min/1.73 m ² ；Stage IV：重度慢性腎衰竭 GFR：15~29 ml/min/1.73 m ² ；Stage V：末期腎臟病變 GFR：< 15 ml/min/1.73 m ²
	2.腎或泌尿道結石 N20~N23	2.腎或泌尿道結石：影像學(超音波或電腦斷層)確診者。
免疫系統	1.全身性紅斑狼瘡 M32	經風濕免疫科專科醫師確診者。
	2.類風濕性關節炎	

疾病分類	適應症 (ICD-10-CM)	診斷標準
	<u>M05; M06; M08</u> <u>3.全身性硬化症</u> <u>M34</u>	
<u>耳鼻喉系</u> <u>統</u>	<u>1.過敏性鼻炎</u> <u>J30</u>	<u>常見的臨床症狀為早上起床之後連續性打噴嚏、流鼻水及易鼻塞等三大症狀，其它常見的合併症狀有鼻子癢、眼睛癢、眼睛紅或是喉嚨常會有搔癢感。這些症狀再加上典型的過敏病史(包括家族史)、理學檢查與過敏病的實驗室檢查(包括嗜酸性白血球與 IgE 的總量、特異性 IgE 抗體、或過敏原皮膚試驗)就可確定診斷。</u>
<u>內分泌系</u> <u>統</u>	<u>1.糖尿病</u> <u>E08~E11; E13; O24</u>	<u>1.糖尿病：以下四項符合一項者，糖化血色素(A1C)≥6.5%；二次以上空腹血漿葡萄糖濃度≥126mg/dl；葡萄糖耐量試驗二小時血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl；典型糖尿病症狀，譬如：多尿、多渴、多食，無法解釋的體重減輕，加上任意血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl</u>
	<u>2.甲狀腺功能亢進或低下</u> <u>E02; E03; E05</u>	<u>2.實驗數據符合且有典型臨床表現者</u>
<u>神經精神</u> <u>系統</u>	<u>1.重度憂鬱症</u> <u>F32; F33</u>	<u>1.重度憂鬱症：符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。</u>
	<u>2.精神分裂症</u> <u>F20; F21; F25</u>	<u>2.精神分裂症：符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。</u>
	<u>3.腦中風</u> <u>G45.0~G46.8; I60~I68</u>	<u>3.腦中風：臨床表現符合，經神經科醫師診斷，並有影像學依據者。</u>
	<u>4.帕金森氏症</u> <u>G20; G21</u>	<u>4.帕金森氏症：經神經科醫師診斷者。</u>
	<u>5.失智症</u> <u>F01~F03; G30; G31</u>	<u>5.失智症：經神經科醫師診斷者。</u>
<u>腫瘤系統</u>	<u>惡性腫瘤(癌症)</u> <u>C00~C96</u>	<u>經腫瘤專科醫師診斷，有影像學與病理切片依據者。</u>
<u>婦產科疾</u> <u>病</u>	<u>1.子宮肌瘤</u> <u>D25</u>	<u>1.子宮肌瘤：經婦產科醫師診斷，並有影像學依據者(超音波或磁振造影等)。</u>
	<u>2.子宮內膜異位症</u> <u>N80</u>	<u>2.子宮內膜異位症：有內診、超音波紀錄或腹腔鏡檢查，經婦產科醫師診斷者。</u>
	<u>3.不孕症</u> <u>N46; N97</u>	<u>3.不孕症：結婚一年內有正常之性行為仍無法懷孕，經婦產科醫師診斷者。</u>
<u>其他特定</u>		

<u>疾病分類</u>	<u>適應症 (ICD-10-CM)</u>	<u>診斷標準</u>
<u>疾病</u>		

附表 4.7.1 舌診儀、脈診儀檢查適應症

疾病分類	適應症 (ICD-10-CM)	診斷標準
心血管循環系統疾病	1.心臟衰竭 I50; I11.0; I13; I97.13; O75.4; I09.81	1.心臟衰竭：左心室射出率 $\leq 35\%$ ；左心室射出率介於 $36\%-50\%$ ，合併典型心臟衰竭症狀；左心室射出率 $> 50\%$ ，合併典型心臟衰竭症狀，且經心臟專科醫師確診者。
	2.急性冠狀動脈疾病 I24	2.急性冠狀動脈疾病：3個月內曾因胸痛接受心導管檢查，確診有冠狀動脈阻塞或置入支架者。
	3.深層靜脈栓塞 I82	3.深層靜脈栓塞：靜脈超音波檢查或靜脈攝影檢查確診者。
	4.心律不整 I47; I49; R00	4.心律不整：經心臟專科醫師確診者。
肝膽腸胃消化系統疾病	1.肝硬化 K70; K71; K74	1.肝硬化：經肝臟超音波檢查或肝組織切片診斷為肝硬化者。
	2.消化性潰瘍 K25~K28	2.消化性潰瘍：經腸胃道內視鏡確定診斷者。
	3.大腸激躁症 K58	3.大腸激躁症：至少三個月(連續或反覆發作)有以下五項中符合兩項以上的條件：(1)排便次數改變(每天三次以上或每週少於三次)，(2)大便形態改變(硬團塊或是稀便、水便)，(3)排便感覺改變(如必須用力，急便，或是感覺排不乾淨)，(4)大便中帶黏液，(5)腹脹。
	4.急慢性肝炎 B15~B19	4.急慢性肝炎：經肝臟超音波檢查或實驗室檢查確立診斷者。
肺部呼吸系統	1.慢性阻塞性肺病 J44	1.慢性阻塞性肺病：肺功能檢查確診者 (FEV1/FVC $\leq 70\%$)
	2.氣喘 J45	2.氣喘：病史、理學檢查及實驗室的檢查，各方面的資料綜合判斷確立診斷者。
腎泌尿系統	1.慢性腎衰竭 N18.3; N18.4; N18.5	1.慢性腎衰竭：Stage III：中度慢性腎衰竭 GFR：30~59 ml/min/1.73 m ² ；Stage IV：重度慢性腎衰竭 GFR：15~29 ml/min/1.73 m ² ；Stage V：末期腎臟病變 GFR：< 15 ml/min/1.73 m ²
	2.腎或泌尿道結石 N20~N23	2.腎或泌尿道結石：影像學(超音波或電腦斷層)確診者。
免疫系統	1.全身性紅斑狼瘡 M32	經風濕免疫科專科醫師確診者。

疾病分類	適應症 (ICD-10-CM)	診斷標準
	<u>2.類風濕性關節炎</u> <u>M05; M06; M08</u> <u>3.全身性硬化症</u> <u>M34</u>	
<u>耳鼻喉系</u> <u>統</u>	<u>1.過敏性鼻炎</u> <u>J30</u>	<u>常見的臨床症狀為早上起床之後連續性打噴嚏、流鼻水及易鼻塞等三大症狀，其它常見的合併症狀有鼻子癢、眼睛癢、眼睛紅或是喉嚨常會有搔癢感。這些症狀再加上典型的過敏病史(包括家族史)、理學檢查與過敏病的實驗室檢查(包括嗜酸性白血球與 IgE 的總量、特異性 IgE 抗體、或過敏原皮膚試驗)就可確定診斷。</u>
<u>內分泌系</u> <u>統</u>	<u>1.糖尿病</u> <u>E08~E11; E13; O24</u>	<u>1.糖尿病：以下四項符合一項者，糖化血色素(A1C)≥6.5%；二次以上空腹血漿葡萄糖濃度≥126mg/dl；葡萄糖耐量試驗二小時血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl；典型糖尿病症狀，譬如：多尿、多渴、多食，無法解釋的體重減輕，加上任意血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl</u>
	<u>2.甲狀腺功能亢進或低下</u> <u>E02; E03; E05</u>	<u>2.實驗數據符合且有典型臨床表現者</u>
<u>神經精神</u> <u>系統</u>	<u>1.重度憂鬱症</u> <u>F32; F33</u>	<u>1.重度憂鬱症：符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。</u>
	<u>2.精神分裂症</u> <u>F20; F21; F25</u>	<u>2.精神分裂症：符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。</u>
	<u>3.腦中風</u> <u>G45.0~G46.8; I60~I68</u>	<u>3.腦中風：臨床表現符合，經神經科醫師診斷，並有影像學依據者。</u>
	<u>4.帕金森氏症</u> <u>G20; G21</u>	<u>4.帕金森氏症：經神經科醫師診斷者。</u>
	<u>5.失智症</u> <u>F01~F03; G30; G31</u>	<u>5.失智症：經神經科醫師診斷者。</u>
<u>腫瘤系統</u>	<u>惡性腫瘤(癌症)</u> <u>C00~C96</u>	<u>經腫瘤專科醫師診斷，有影像學與病理切片依據者。</u>
<u>婦產科疾</u> <u>病</u>	<u>1.子宮肌瘤</u> <u>D25</u>	<u>1.子宮肌瘤：經婦產科醫師診斷，並有影像學依據者(超音波或磁振造影等)。</u>
	<u>2.子宮內膜異位症</u> <u>N80</u>	<u>2.子宮內膜異位症：有內診、超音波紀錄或腹腔鏡檢查，經婦產科醫師診斷者。</u>
	<u>3.不孕症</u> <u>N46; N97</u>	<u>3.不孕症：結婚一年內有正常之性行為仍無法懷孕，經婦產科醫師診斷者。</u>

<u>疾病分類</u>	<u>適應症 (ICD-10-CM)</u>	<u>診斷標準</u>
<u>其他特定 疾病</u>		