



全民健康保險醫療給付費用中醫門診 總額 109 年第 1 次研商議事會議

109 年 2 月 27 日（星期四）上午 9:30
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 1 次會議議程

壹、主席致詞

貳、前次會議紀錄確認

參、報告事項

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、108 年第 3 季點值結算結果報告	報 3-1
四、健保醫療資訊雲端查詢系統摘要區新增腎臟病人宜注意用藥提示訊息報告	報 4-1

肆、討論事項

一、「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」討論案。	討 1-1
二、全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫(草案)	討 2-1

伍、臨時動議

陸、散會

貳、前次會議紀錄確認

「中醫門診總額研商議事會議」108 年第 4 次

會議紀錄

時間：108 年 11 月 14 日 14 時整

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：蔡副署長淑鈴

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
朱代表日僑	蘇芸蒂 ^代	陳代表建霖	陳建霖
呂代表世明	請假	陳代表博淵	陳博淵
巫代表雲光	巫雲光	陳代表憲法	陳憲法
李代表純馥	李純馥	黃代表怡超	蔡素玲 ^代
邱代表振城	邱振城	黃代表俊元	黃俊元
侯代表毓昌	侯毓昌	黃代表俊傑	黃俊傑
施代表純全	請假	黃代表科峯	黃科峯
柯代表富揚	柯富揚	黃代表頌儼	陳嘉允 ^代
洪代表啟超	沙政平 ^代	黃代表蘭嫻	陳文戎
胡代表文龍	陳俊良 ^代	詹代表永兆	詹永兆
孫代表茂峰	請假	蔡代表三郎	蔡三郎
許代表中華	請假	蔡代表宗憲	蔡宗憲
許代表美麗	王銘勇 ^代	蔡代表明鎮	陳錦煌 ^代
陳代表仲豪	張景堯 ^代	羅代表永達	羅永達

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

梁淑政

衛生福利部中醫藥司

林吟霽

衛生福利部醫事司

劉玉菁、黃敏玲

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、劉于鳳、廖尹嫻

中華民國中醫師公會全國聯合會

本署醫務管理組

本署醫審及藥材組

本署資訊組

本署企劃組

本署財務組

本署違規查處室

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

李艾玲、王逸年、賴宛而、
李敬

吳科屏、蔡翠珍、韓佩軒、
王玲玲、洪于淇、張作貞、
鄧家佩、楊淑美、鄭正義、
林蘭、林其瑩、賴昱廷、
吳柏彥

高幸蓓、連恆榮、賴淑華

李冠毅

陳泰諭

張晃禎

白姍綺

葉惠珠、黃寶玉

林巽音

林淑惠

郭碧雲

施怡如

鄭翠君

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

參、報告案

第一案：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

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。

2. 序號 1-2：本署後續將就現有收載之中藥品項與中醫藥司核發具藥品許可證品項比對差異，以進行評估個別品項核價之可行性。
3. 序號 1-3：請中醫藥司確認健保現有收載之濃縮中藥，複方品項及單方品項查無藥品許可證狀態之實際狀況暨協助確認可建議納入健保之中藥藥品應列屬主管機關整編之「臨床常用中藥方劑基準方」的處方規定。
4. 中醫急症處置計畫 108 年第 2 季累季執行率僅 1.6%；第 3 季累季執行率僅 2.5%，請中全會繼續加強執行。

第二案：中醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案：108 年第 2 季點值結算結果報告

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表：

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.84194170	0.89639252
北區	0.85746068	0.91244346
中區	0.84391389	0.89778568
南區	0.88136371	0.92712215
高屏	0.87470453	0.92080485
東區	1.18612165	1.12414549
全區	0.86116798	0.91101833

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案：109 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案。

決定：

一、洽悉

- 二、109 年中醫門診一般服務之保障項目比照 108 年保障項目，除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理外，醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點 1 元支付，並報健保會同意後實施。

第五案：109 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。

決定：洽悉

第六案：診所無障礙就醫環境合格標準報告案。

決定：

一、洽悉

- 二、為利中全會對會員宣導及預作準備，請醫事司將上傳檢核表之時間延長至 109 年 1 月底前。
- 三、為利 108 年品質保證保留款核發作業，請醫事司於 109 年 3 月 31 日前提供合格診所名單給本署。

討論案

第一案：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之風險基金分配方式案

決議：

- 一、通過 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之風險基金分配方式。提撥方式如下：
- （一）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。
- （二）提撥符合風險基金分配院所後之餘額，再予分配臺北及北區分區各 50%。
- 二、本案為風險基金分配方式，應鼓勵資源平均分配，建議中全會宜對風險基金院所提供更多挹注，以符合本案精神。
- 三、本案風險基金額度與健保會 10 月份會議決議不同，經健保會復議通過後實施。

第二案：有關全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫條文修訂案

決議：通過支付標準修訂案，修訂重點如下：

- 一、保留 1.62 億元預算作為獎勵診所設置「無障礙設施」，本預算日後若未因支付標準調整協商時程未於當季導入，則回歸一般服務部門預算。
- 二、修訂診察費：
 - (一)「教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下」每件提升 3 點。
 - (二)「非教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下」及「山地離島地區」每件提升 5 點。
 - (三)另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費之每位專任醫師每月申報上限調升至 150 人次。
- 三、每日藥費提升 2 點，中全會並同意新增收載 10 種藥品(膽南星、太子參、血竭、黑荊芥、地榆炭、十味敗毒湯、平肝流氣飲、香砂養胃湯、歸耆建中湯及折衝飲)。
- 四、「提升用藥品質(草案)」下次再議。
- 五、請中全會確實輔導所屬會員核實申報門診日劑藥費、藥品明細及減少向保險對象收取自費科學中藥之行為。

第三案：有關「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」修文修訂案

決議：修正重點：

- 一、通過修訂 109 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，如屬山地、離島地區或特殊情形經分區業務組會同中全會核定，則該巡迴點每位中醫師不受每診次 70 人上限之限制。
- 二、因關西鎮年底就會有一家中醫院所成立，仍維持為 1 家中醫醫事服務機構之鄉鎮區。

三、由台灣本島到有 1 家中醫醫事服務機構之離島執行巡迴醫療，其論次費用每次由 2 千點增至 1 萬點。

第四案：有關「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」修訂案。

決議：通過中醫提升孕產照護品質計畫修訂案：增列中醫助孕照護處置費（不含藥費）、中醫保胎照護處置費（不含藥費）及中醫助孕及保胎照護護針灸處置費（同療程第 2-6 次）。

第五案：有關「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」修訂案。

決議：通過中醫癌症患者加強照護整合方案修訂案，修正重點如下：

- 一、每件增加 50 點藥品調劑費。
- 二、增加開藥大於 28 天以上之給付項目（限依本保險醫療辦法 25 條出國或返回離島地區、遠洋漁船船員等有一次領取該處方箋總用藥量之特殊病人）。

第六案：檢送「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」（草案）。

決議：有關中醫慢性腎病門診加強照護計畫（草案），請中全會與腎臟專科醫師、台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會研議後再提案討論。

第七案：建議提高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及癌症患者加強照護整合方案點值案

決議：本案請中全會攜回研議，並請提報研議結果送至共擬會議討論後公告實施。

第八案：有關「109 年度全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」，建請先暫維持原條文案。

決議：

- 一、修正通過 109 年中醫門診總額品質保證保留款實施方案同 108 年。
- 二、因 109 年已於各總額非協商成本指數改變率中保留一定金

額作為院所無障礙環境之獎勵，原中醫門診總額品質保證保留款實施方案中關於無障礙部分予以取消。

散會：17 時 30 分

肆、與會人員發言摘要詳附件。

參、報告事項

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：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	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，除了個別中藥列項以外，用怎樣的科學方法表達當次處方內容，請中全會下次會議提出報告。	中全會回復： <u>已於109年2月20日(109)全聯醫總富字第0230號函，建議本署將中醫「藥品用量」定義修訂為「三、請填藥品一日之劑量。」，惟同意保留IDp7「藥品使用頻率」欄位，但檢核邏輯修訂為：藥品給藥日份X藥品用量(每日用量)=總量。</u> 健保署： <u>本案中全會109年2月20日函復意見，刻轉請醫審及藥材組協助評估，待完成評估後正式函復。</u>	☐ 解除 ☒ 繼續 列管 列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	108_1_報(3)：中醫門診總額執行概況報告(續上頁)	2. 本署後續將就現有收載之中藥品項與中醫藥司核發具藥品許可證品項比對差異，以進行評估個別品項核價之可行性。	健保署： 1. <u>健保最新未收載之濃縮中藥品項，單方計有 82 品項，複方計有 589 品項，本署已於 109 年 1 月 3 日函請各中藥廠商(尚有未納入健保收載之濃縮中藥單方品項 25 家、複方品項 55 家)，若為現行法規可收載者，請該廠商即日起可與所屬公會建議新增。若為現行全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 11 條第 3 款第 2 目規定，無法收載者，因該條文修訂已在預告公告俟生效後，符合該條文之品項中藥業者，可向所屬公會提出，由公會再向本署建議新增品項。</u> 2. <u>因許可證已註銷及屬外銷專用、非濃縮製劑等因素，不符收載條件，但仍列健保收載之中藥單、複方品項取消收載共計 340 品項，已於 108 年 11 月 15 日公告取消給付，並於 109 年 1 月 1 日生效。</u> 3. <u>有關中藥日劑藥費與生技新藥個別品項核價併行之可行性，經 108 年 4 月 17 日之核實申報之可行性會議結論為：與會代表一致建議維持目前日劑藥費之制度，惟若要推動核實申報，可先從醫療機構申報格式能夠一致，例如頻次、數量等，以利將來能夠進行統計分析，再評估本案的可行性。</u>	■ ■ 進行評估個別品項核價之可行性，建議繼續列管 ■ 現有收載之中藥品項與中醫藥司核發具藥品許可證品項比對差異，建議解除列管

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(續上頁)	3. 請中醫藥司確認健保現有收載之濃縮中藥複方計277品項，複方查無藥實可證，並協助確認可中藥許可證暨納入健保之「劑基」建議藥品應列屬「劑基」的常用中藥處方。	中醫藥司回復：前已發函本署 1. 針對健保現有收載之濃縮中藥複方計277品項，藥品許可證已註銷，單方61項查無許可證之原因，係因該證已註銷、逾期未註銷、已變更藥品類別等，本司重新匯出濃縮製劑清冊，計單方3,484項及複方7,186項，分別於108年6月17日及8月26日回覆健保署在案。建議健保署介接本部中藥許可證系統，並另於109年中藥許可證查詢系統維護暨功能增修，增加與健保署系統介接項目；鑒於109年度中藥許可證系統功能增修才能完成介接，爰介接功能完成前，於調劑專用及須由中醫師處方使用之濃縮製劑藥品許可證註銷時，除通函週知各縣市地方衛生局外，將副知健保署。 2. 本部107年9月20日衛部中字第1071861267號公告略以，業經本部核准生產濃縮製劑之中藥廠自109年1月1日起實施中藥優良製造確效作業，以提升濃縮製劑品質，故中藥廠之人事及設備等成本必然大幅增加，爰建議(1)貴署將GMP中藥廠製造之「須由中醫師處方使用」濃縮製劑所有品項，納入健保給付品項。(2)建請提高中藥濃縮製劑之健保給付額度。(3)基於中藥廠已全面實施GMP，建議傳統製劑亦納入健保給付品項。	☐ 解除 ☒ 繼續 列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
1	(續上頁)	(續上頁)	健保署回應： - 依中醫藥司資料，再查，結果為中藥單方計有 54 項許可證已註銷、1 項許可證字號錯誤、1 項藥品類別為成藥，共計 56 項取消給付。複方計有 277 項藥品許可證已註銷、5 項屬外銷專用、2 項非濃縮製劑，共計 284 項取消給付。單、複方共計有 340 項。另有關介接衛生福利部中醫藥司中藥許可證系統部份，已與本署資訊組於 109 年 2 月 19 日召開 109 年度中藥許可證號管理作業案需求訪談。 - 本案經提全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第 41 次(108 年 12 月)會議，會議結論如下：同意本案藥物支付標準第 11 條之中藥建議收載之修訂，修訂第 11 條第 3 款第 2 目為主管機關核准經由 GMP 中藥廠製造之「調劑專用」及「須由醫師(中醫師)處方使用」之濃縮中藥為限，但屬調劑或調配專用之非濃縮中藥，經藥物擬訂會議通過不在此限。待修訂條文俟生效後，符合該條文之品項中藥業者，可向所屬公會提出，由公會再向本署建議新增品項。	
2	108_2_報(2)_中醫門診總額執行概況報告	中醫急症處置計畫(108 年第 1 季執行率僅 0.8%；108 年第 2 季累計執行率僅 1.6%；第 3 季累季執行率僅 2.5%，全年執行率 4.1%)，請中全會繼續加強執行。	中全會： - 已於中執會加強宣導，請各區將專案部分列為鼓勵項目，執行院所可減少抽審分數。 - 已函文台灣醫院協會轉請各大醫院協助推廣。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
3	108_4_報(4)_109年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目報告案	109年中醫門診一般服務之保障項目比照108年保障項目，除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理外，醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點1元支付，並報健保會同意後實施。	本案業經108年12月27日 <u>全民健康保險會第4屆108年第10次會議決議通過。</u>	☒ ☐ 解除 繼續 列管 列管
4	108_4_報(6)_診所無障礙就醫環境合格標準報告案	1. 為利中全會對會員宣導及預作準備，請醫事司將上傳檢核表之時間延長至109年1月底前。 2. 為利108年品質保證保留款核發作業，請醫事司於109年3月31日前提供合格診所名單給本署。	衛生福利部已於109年1月2日以衛部醫字第1081672985函請中華民國中醫師公會全國聯合會、各縣市中醫師公會配合辦理。 中全會： 已於109年2月7日(109)全聯醫總富字第0200號函復本署尊重衛生福利部全民健康保險會決議(如附件1)。	☒ ☐ 解除 繼續 列管 列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
5	108_4_討 (1)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之風險基金分配方式案	一、通過 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之風險基金分配方式。提撥方式如下： (一)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。 (二)提撥符合風險基金分配院所後之餘額，再予分配臺北及北區分區各 50%。 二、本案為風險基金分配方式，應鼓勵資源平均分配，建議中全會宜對風險基金院所提供更多挹注，以符合本案精神。 三、本案風險基金額度與健保會 10 月份會議決議不同，經健保會復議通過後實施。	衛生福利部已於 109 年 2 月 5 日衛部保字第 1091260046 號函核定。本署已於 109 年 2 月 13 日健保醫字第 1090001499 號函辦理公告修訂，自 109 年 1 月 1 日生效。	☒ 解除 ☐ 繼續 列管 列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
6	108_4_討(2)_全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫條文修訂案	一、保留 1.62 億元預算作為獎勵診所設置「無障礙設施」，本預算日後若未因支付標準調整協商時程未於當季導入，則回歸一般服務部門預算。 二、修訂診察費： (一)「教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下」每件提升 3 點。 (二)「非教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下」及「山地離島地區」每件提升 5 點。 (三)另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費之每位專任醫師每月申報上限調升至 150 人次。 三、每日藥費提升 2 點，中全會並同意新增收載 10 種藥品(膽南星、太子參、血竭、黑荊芥、地榆炭、十味敗毒湯、平肝流氣飲、香砂養胃湯、歸耆建中湯及折衝飲)。	1.經 108 年 11 月 14 日中醫門診研商議事會議決議，109 年預算先行保留 1.62 億元，俟各總額調整方案定案後，據以調整「無障礙設施」相關支付標準。 2.診察費等修正內容業已預告結束，刻正辦理報部核定公告作業。 3.建議新增之中藥單方品項共 30 項及複方品項共 59 項，共計 89 項，提 109 年 2 月共同擬訂會議報告，待全民健康保險藥物給付項目及支付標準修訂公告生效後之次月 1 日生效，最快 109 年 4 月 1 日生效。	☐ 解除列管 ☒ 繼續列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
6	108_4_討(2)_全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫條文修訂案	四. 請中全會確實輔導所屬會員核實申報門診日劑藥費、藥品明細及減少向保險對象收取自費科學中藥之行為。 五. 「提升用藥品質(草案)」下次再議。(預期效益是不要再收自費、申報要核實、增加監測執行機制)。	中全會： 1. <u>已於109年2月7日(109)全聯醫總富字第0196號函文各縣市中醫師公會配合宣導。</u> 2. <u>有關本會所擬「中藥品質提升方案」案，為求更嚴謹規劃，擬於下次研商議事會議再行提送。</u>	☐ 解除 ☒ 繼續 列管
7	108_4_討(3)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修文修訂案	通過修訂109年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案。	<u>計畫修正內容業已於109年1月8日以健保醫字第1090032527號公告修訂，自109年1月1日生效。</u>	☒ 解除 ☐ 繼續 列管
8	108_4_討(4)_全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫修訂案	通過中醫提升孕產照護品質計畫修訂案。	<u>計畫修正內容業已於108年12月25日以健保醫字第1080018006號公告修訂，自109年1月1日生效。</u>	☒ 解除 ☐ 繼續 列管
9	108_4_討(5)_全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」修訂案	通過中醫癌症患者加強照護整合方案修訂案	<u>計畫修正內容業已於108年12月25日以健保醫字第1080018006號公告修訂，自109年1月1日生效。</u>	☒ 解除 ☐ 繼續 列管
10	108_4_討(6)_中醫慢性腎病門診加強照護計畫(草案)	有關中醫慢性腎病門診加強照護計畫(草案)，請中全會與腎臟專科醫師、台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會研議後再提案討論。	中全會： <u>將於本次會議討論案第二案討論。</u>	☒ 解除 ☐ 繼續 列管

序號	案號/案由	決定/決議事項	辦理情形	追蹤建議
11	108_4_討(7)_建議提高西醫住院病患中醫輔助醫療計畫、中醫提升孕產照及護品質計畫加強癌症患者加護整合方案點值案	本案請中全會攜回研議，並請提報研議結果送至共擬會議討論後公告實施。	中全會： 已於109年2月7日(109)全聯醫總富字第0201號函文本署。略以「中醫門診醫療服務審查執行會」決議遵照衛生福利部全民健康保險會專案項目專款專用之精神，不從一般部門總額提撥費用補貼點值過低項目(如附件2)。	☒ 解除 ☐ 繼續 列管
12	108_4_討(8)_109年度全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」，建請先暫維持原條文案。	一、修正通過109年中醫門診總額品質保證保留款實施方案同108年。 二、因109年已於各總額非協商成本指數改變率中保留一定金額作為院所無障礙環境之獎勵，原中醫門診總額品質保證保留款實施方案中關於無障礙部分予以取消。	衛生福利部已於109年1月30日衛部保字第1091260034號函核定。本署已於109年2月7日健保醫字第1090001213號函辦理公告修訂，自109年1月1日生效。	☒ 解除 ☐ 繼續 列管

檔 號：109DDA0601
保存年限：10

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：wang561229@gmail.com
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2月7日
發文字號：(109)全聯醫總富字第0200號
速 別：
附 件：

主 旨：衛生福利部全民健康保險會決議規劃獎勵無障礙設施乙事，
本會尊重該會決議，請鑒核。

說 明：依大署「中醫門診總額研商議事會議」108年第4次會議及
本會109年1月19日中醫門診醫療服務審查執行會第36次
委員會議決議辦理。



正 本：衛生福利部中央健康保險署
副 本：

理事長 柯富揚

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：wang561229@gmail.com
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 2 月 7 日
發文字號：(109)全聯醫總富字第 0201 號

連 別：
附 件：

主 旨：本會「中醫門診醫療服務審查執行會」決議遵照衛生福利部全民健康保險會專案項目專款專用之精神，不從一般部門總額提撥費用補貼點值過低項目，請鑒核。

說 明：

一、依大署「中醫門診總額研商議事會議」108 年第 4 次會議及本會 109 年 1 月 19 日中醫門診醫療服務審查執行會第 36 次委員會議決議辦理。

二、旨揭決議認為，中醫門診醫療給付費用協定項目之各專款專用項目點值低，顯示該項目之民眾利用率高，療效受到肯定，亦凸顯該項目專案經費編列不足，應於次年根據執行實況補足經費，而總額費用制度之設計目的與專案不同，不宜援用補貼，以免影響其它中醫病人之權益，併此敘明。

正 本：衛生福利部中央健康保險署
副 本：



理事長 柯富揚

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：

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：108 年第 3 季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

一、第3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108年第3季結算結果說明如下（附件3）：

（一）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
107 年第 3 季	浮動點值	0.8533	0.9115	0.8574	0.9613	0.9021	1.2577	0.8903
	平均點值	0.9015	0.9442	0.9045	0.9749	0.9370	1.1753	0.9277
108 年第 3 季	浮動點值	0.8174	0.8411	0.8017	0.8391	0.8438	1.1344	0.8290
	平均點值	0.8807	0.9016	0.8703	0.9014	0.9020	1.0901	0.8906

（二）中醫專案計畫：

醫療試辦計畫	108Q3			單位：千元
	當季預算數 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	37,546	34,016	3,530	1.0000
2. 西醫住院中醫特定疾病輔助醫療計畫	51,931	45,261	6,669	1.0000
3. 提升孕產照護品質計畫	16,250	17,938	-1,688	0.9059
4. 癌症患者加強照護整合方案	56,086	42,420	13,666	1.0000
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	2,500	4,397	-1,897	0.4031
6. 中醫急症處置計畫(註2)	14,682	172	14,509	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(累計)	74,000	50,793	23,207	
合計	299,400	194,997		

註1. 各項專款當季預算數含前一季未支用金額。

註2. 急診處置計畫自107年5月1日公告施行，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. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫Q3暫結4,397千點，其中浮動點數3,178千點，非浮動點數1,219千點。

註5. 季暫結金額=1點/元*當季支用金額。

（三）擬俟會議確認後辦理點值公布及結算事宜。

決定：

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 1

一、中醫一般服務醫療給付費用總額

(一)108年第3季調整後地區一般服務醫療給付費用總額

=108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_G108合計) × 各季預算占率(h_q3)

= 25,218,729,973 × 25.591955%(h_q3)

= 6,453,966,026 (D1)

註：

1. 依據107年11月15日「中醫門診總額研商議事會議」107年第4次會議決定，以102-106年(近五年)之各季核定點數平均占率做為108年各季預算重分配之依據。108年各季預算占率分別為：第1季：23.159753%，第2季：25.411420%，第3季：25.591955%，第4季：25.836872%。

2. 108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_G108合計)為25,218,729,973元，各季調整後預算如下：

108年第1季預算6,136,488,614元，調整後預算為5,840,595,571元 = 25,218,729,973 × 23.159753%(h_q1)。

108年第2季預算6,287,332,157元，調整後預算為6,408,437,392元 = 25,218,729,973 × 25.411420%(h_q2)。

108年第3季預算6,205,507,626元，調整後預算為6,453,966,026元 = 25,218,729,973 × 25.591955%(h_q3)。

108年第4季預算6,589,401,576元，調整後預算為6,515,730,984元

= 108年全年預算 — 108年第1季預算 — 108年第2季預算 — 108年第3季預算

= 25,218,729,973元 — 5,840,595,571元 — 6,408,437,392元 — 6,453,966,026元

= 6,515,730,984元。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：2

(二)108年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(OPD_G108合計)

項目	106年各季 一般服務醫療 給付費用總額	105年各季校正 投保人口數 成長率差值	107年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	106年各季校正 投保人口數預估 成長率差值	107年 違反特管辦法 之扣款(註2)	108年調整前 各季一般服務醫 療給付費用總額	106年 品質保證 保留款	108年調整前各季 一般服務醫療給付費 用分配至各分區預算	醫療資源不足 地區之論量 計酬結算金額
	(Q106)	(PEOP105)	(Q107) =(Q106+PEOP105) ×(1+3.000%)	(PEOP106)	(B2)	(Q108) =(Q107+PEOP106 +B2)×(1+3.457%)	(C106)	(OPD_G108) =(Q108-C106)	B3
第1季	5,731,873,946	16,109,788	5,920,423,246	12,990,477	3,388,873	6,142,037,862	5,549,248	6,136,488,614	38,836,404
第2季	5,872,696,421	13,452,482	6,062,733,370	16,615,262	3,388,873	6,293,017,741	5,685,584	6,287,332,157	47,941,829
第3季	5,794,136,967	22,902,502	5,991,550,653	8,634,087	3,388,873	6,211,117,153	5,609,527	6,205,507,626	47,813,292
第4季	6,157,411,186	9,247,290	6,351,658,230	19,932,649	3,388,874	6,595,362,803	5,961,227	6,589,401,576	0
合 計	23,556,118,520	61,712,062	24,326,365,499	58,172,475	13,555,493	25,241,535,559	22,805,586	25,218,729,973	134,591,525

註：

1. 107年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付費用總額(Q107)
= (106年調整前各季中醫門診一般服務醫療給付總額(Q106)+105年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP105)) × (1+3.000%)
2. 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%)。
※一般服務成長率為3.457%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.365%，協商因素成長率2.092%。
※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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107年度中醫一般服務醫療給付費用，依全民健康保險會107年第5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。
※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。
3. 依據「108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，再依前開計畫進行預算分配。
4. 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(Q105)+104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104)) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：3

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： 6,814,950(J1) (浮動點數： 5,211,222；非浮動點數： 1,603,728)

(2)獎勵開業保障給付收入： 10,738,482(J2)

(3)獎勵開業論次費用： 250,000(J3)

(4)小計已支用點數(J1+J3)： 7,064,950(J4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(J3)= 10,988,482(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： 1,910,087(J6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 17,897,200(J7)

(3)小計已支用點數： 19,807,287(J8) 暫結金額= 1元/點× 19,807,287(J8)= 19,807,287(J9)

3. 合計:

已支用點數： 26,872,237(J4+J8)

暫結金額： 30,795,769(J10=J5+J9)

未支用金額= 第1季預算 - 第1季暫結金額= 33,900,000 - 30,795,769= 3,104,231

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 3,104,231= 37,004,231

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： 8,262,144(K1) (浮動點數： 6,193,693；非浮動點數： 2,068,451)

(2)獎勵開業保障給付收入： 11,334,512(K2)

(3)獎勵開業論次費用： 18,000(K3)

(4)小計已支用點數(K1+K3)： 8,280,144(K4) 暫結金額= 獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(K3)= 11,352,512(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： 2,226,997(K6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 19,778,700(K7)

(3)小計已支用點數： 22,005,697(K8) 暫結金額= 1元/點× 22,005,697(K8)= 22,005,697(K9)

3. 合計:

已支用點數： 30,285,841(K4+K8)

暫結金額： 33,358,209(K10=K5+K9)

未支用金額= 第2季預算 - 第2季暫結金額= 37,004,231 - 33,358,209= 3,646,022

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：4

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 3,646,022= 37,546,022

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： 9,066,428(L1) (浮動點數： 6,762,291；非浮動點數： 2,304,137)

(2)獎勵開業保障給付收入： 11,888,358(L2)

(3)獎勵開業論次費用： 273,400(L3)

(4)小計已支用點數(L1+L3)： 9,339,828(L4) 暫結金額=獎勵開業保障給付收入+ 1元/點× 論次費用(L3)= 12,161,758(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： 2,281,112(L6)

(2)中醫巡迴論次費用已支用點數： 19,573,100(L7)

(3)小計已支用點數： 21,854,212(L8) 暫結金額= 1元/點× 21,854,212(L8)= 21,854,212(L9)

3. 合計:

已支用點數： 31,194,040(L4+L8)

暫結金額： 34,015,970(L10=L5+L9)

未支用金額= 第3季預算 - 第3季暫結金額= 37,546,022 - 34,015,970= 3,530,052

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額=135,600,000/4+ 3,530,052= 37,430,052

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= 37,430,052 - 0= 37,430,052

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：5

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	: 24,143,522(N1)	(浮動點數 : 18,167,206 ; 非浮動點數: 5,976,316)
(2)獎勵開業保障給付收入	: 33,961,352(N2)	
(3)獎勵開業論次費用	: 541,400(N3)	
(4)小計已支用點數(N1+N3)	: 24,684,922(N4)	結算金額= 獎勵開業保障給付收入+ 論次費用結算金額= 34,502,752(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	: 6,418,196(N6)	
(2)中醫巡迴論次費用已支用點數	: 57,249,000(N7)	
(3)小計已支用點數	: 63,667,196(N8)	結算金額= 63,667,196(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：88,352,118(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)：98,169,948

全年未支用金額= 全年預算 - 全年結算金額=135,600,000- 98,169,948= 37,430,052

註：依據「108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：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

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=182,000,000

第1季:預算= 182,000,000/4= 45,500,000

	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：	33,843,935(V01)	32,151,036(VF01)	1,692,899(VN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,064,680(V02)	3,795,649(VF02)	269,031(VN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	1,768,748(V03)	1,675,736(VF03)	93,012(VN03)
(4)小計：	39,677,363(V04)	37,622,421(VF04)	2,054,942(VN04)

已支用點數= 39,677,363

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 39,677,363

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 45,500,000 - 39,677,363= 5,822,637

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 182,000,000/4+ 5,822,637= 51,322,637

	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：	38,240,802(W01)	36,269,270(WF01)	1,971,532(WN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	4,378,801(W02)	4,167,125(WF02)	211,676(WN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療：	2,272,491(W03)	2,184,582(WF03)	87,909(WN03)
(4)小計：	44,892,094(W04)	42,620,977(WF04)	2,271,117(WN04)

已支用點數= 44,892,094

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 44,892,094

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 51,322,637 - 44,892,094= 6,430,543

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：7

第3季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 182,000,000/4+ 6,430,543= 51,930,543

	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:	38,445,387(X01)	36,547,187(XF01)	1,898,200(XN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療:	4,428,139(X02)	4,145,898(XF02)	282,241(XN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療:	2,387,696(X03)	2,275,196(XF03)	112,500(XN03)
(4)小計:	45,261,222(X04)	42,968,281(XF04)	2,292,941(XN04)

已支用點數= 45,261,222

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 45,261,222

未支用金額= 第3季預算 - 1元/點× 第3季已支用點數= 51,930,543 - 45,261,222= 6,669,321

第4季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 182,000,000/4+ 6,669,321= 52,169,321

	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= 52,169,321 - 0= 52,169,321

全年合計:全年預算= 182,000,000

	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:	110,530,124(Z01)	104,967,493(ZF01)	5,562,631(ZN01)
(2)顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療:	12,871,620(Z02)	12,108,672(ZF02)	762,948(ZN02)
(3)脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療:	6,428,935(Z03)	6,135,514(ZF03)	293,421(ZN03)
(4)小計:	129,830,679(Z04)	123,211,679(ZF04)	6,619,000(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)= 129,830,679

未支用金額= 全年預算 - 第1-4季已暫結金額= 182,000,000 - 129,830,679= 52,169,321

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄：108/07—108/09

核付截止日期：108/12/31

頁 次： 8

(三) 中醫提升孕產照護品質計畫 全年預算＝ 65,000,000

第1季：

$$\text{預算} = 65,000,000 / 4 = 16,250,000$$

$$\text{已支用點數} = 16,631,132$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 16,631,132$$

$$\text{未支用金額} = \text{第1季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第1季已支用點數} = 16,250,000 - 16,631,132 = -381,132$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第1季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (16,250,000 - 0) / 16,631,132 = 0.97708322$$

第2季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 65,000,000 / 4 + 0 = 16,250,000$$

$$\text{已支用點數} = 18,263,136$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 18,263,136$$

$$\text{未支用金額} = \text{第2季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第2季已支用點數} = 16,250,000 - 18,263,136 = -2,013,136$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第2季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (16,250,000 - 0) / 18,263,136 = 0.88977052$$

第3季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 65,000,000 / 4 + 0 = 16,250,000$$

$$\text{已支用點數} = 17,937,842$$

$$\text{暫結金額} = 1\text{元/點} \times \text{已支用點數} = 17,937,842$$

$$\text{未支用金額} = \text{第3季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第3季已支用點數} = 16,250,000 - 17,937,842 = -1,687,842$$

$$\text{浮動點值} = (\text{第3季預算} - \text{非浮動點數}) / (\text{浮動點數}) = (16,250,000 - 0) / 17,937,842 = 0.90590607$$

第4季：

$$\text{預算} = \text{當季預算} + \text{前一季未支用金額} = 65,000,000 / 4 + 0 = 16,250,000$$

$$\text{已支用點數} = 0$$

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

$$\text{未支用金額} = \text{第4季預算} - 1\text{元/點} \times \text{第4季已支用點數} = 16,250,000 - 0 = 16,250,000$$

全年合計：

$$\text{全年預算} = 65,000,000$$

$$\text{已支用點數} = 52,832,110$$

$$\text{第1-4季暫結金額(如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)} = 48,750,000$$

$$\text{未支用金額} = \text{全年預算} - \text{第1-4季已暫結金額} = 65,000,000 - 48,750,000 = 16,250,000$$

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：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 9

(四)癌症患者加強照護整合方案 全年預算=166,000,000

第1季:

預算= 166,000,000/4= 41,500,000

	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：	13,064,956	11,118,853	1,946,103
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	10,243,581	10,243,581	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,353,962	1,353,962	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	2,742,682	2,742,682	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	2,505,519	2,505,519	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	2,502,825	2,300,710	202,115
(7)小計：	32,413,525	30,265,307	2,148,218

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 32,413,525

未支用金額= 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數= 41,500,000 - 32,413,525= 9,086,475

第2季:預算=當季預算+前一季未支用金額= 166,000,000/4+ 9,086,475= 50,586,475

	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：	13,010,713	10,968,478	2,042,235
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	11,922,944	11,922,944	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,304,917	1,304,917	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	3,024,087	3,024,087	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	2,825,315	2,825,315	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	3,912,690	3,627,245	285,445
(7)小計：	36,000,666	33,672,986	2,327,680

暫結金額= 1元/點× 已支用點數= 36,000,666

未支用金額= 第2季預算 - 1元/點× 第2季已支用點數= 50,586,475 - 36,000,666= 14,585,809

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄：108/07—108/09

核付截止日期：108/12/31

頁次：10

第3季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝166,000,000/4＋14,585,809＝56,085,809

	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：	14,582,522	12,437,337	2,145,185
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	14,394,088	14,394,088	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	1,534,693	1,534,693	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	3,898,607	3,898,607	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	3,674,618	3,674,618	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	4,335,085	4,027,702	307,383
(7)小計：	42,419,613	39,967,045	2,452,568

暫結金額＝1元/點×已支用點數＝42,419,613

未支用金額＝第3季預算－1元/點×第3季已支用點數＝56,085,809－42,419,613＝13,666,196

第4季：預算＝當季預算＋前一季未支用金額＝166,000,000/4＋13,666,196＝55,166,196

	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＝55,166,196－0＝55,166,196

全年合計：

全年預算＝166,000,000

	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：	40,658,191	34,524,668	6,133,523
(2)乳癌患者中醫門診加強照護醫療：	36,560,613	36,560,613	0
(3)肝癌患者中醫門診加強照護醫療：	4,193,572	4,193,572	0
(4)肺癌患者中醫門診加強照護：	9,665,376	9,665,376	0
(5)大腸癌患者中醫門診加強照護：	9,005,452	9,005,452	0
(6)癌症患者中醫門診延長照護：	10,750,600	9,955,657	794,943
(7)小計：	110,833,804	103,905,338	6,928,466

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

＝32,413,525＋36,000,666＋42,419,613＋0＝110,833,804

未支用金額＝全年預算－暫結金額＝166,000,000－110,833,804＝55,166,196

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 11

(五)兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 全年預算＝ 10,000,000

第1季:

預算＝ 10,000,000/4＝ 2,500,000

已支用點數＝ 2,233,744 (浮動點數： 1,584,157 非浮動點數： 649,587)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 2,233,744

未支用金額＝ 第1季預算－1元/點× 第1季已支用點數＝ 2,500,000－2,233,744＝ 266,256

第2季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 2,500,000＋266,256＝ 2,766,256

已支用點數＝ 3,375,869 (浮動點數： 2,447,193 非浮動點數： 928,676)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 3,375,869

未支用金額＝ 第2季預算－1元/點× 第2季已支用點數＝ 2,766,256－3,375,869＝ -609,613

浮動點值＝(第2季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(2,766,256－928,676)/2,447,193＝ 0.75089296

第3季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 2,500,000＋0＝ 2,500,000

已支用點數＝ 4,397,049 (浮動點數： 3,178,332 非浮動點數： 1,218,717)

暫結金額＝ 1元/點×已支用點數＝ 4,397,049

未支用金額＝ 第3季預算－1元/點× 第3季已支用點數＝ 2,500,000－4,397,049＝ -1,897,049

浮動點值＝(第3季預算－非浮動點數)/浮動點數＝(2,500,000－1,218,717)/3,178,332＝ 0.40313064

第4季:

預算＝當季預算＋前1季未支用金額＝ 2,500,000＋0＝ 2,500,000

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4季預算－1元/點× 第4季已支用點數＝ 2,500,000－0＝ 2,500,000

全年合計:

全年預算＝ 10,000,000

已支用點數＝ 10,006,662

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

＝ 2,233,744＋2,766,256＋2,500,000＋0＝ 7,500,000

未支用金額＝ 全年預算－暫結金額＝ 10,000,000－7,500,000＝ 2,500,000

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 12

(六)中醫急症處置計畫 全年預算= 20,000,000

第1季:

預算= 20,000,000/4= 5,000,000

已支用點數 = 159,927 (浮動點數: 159,281 非浮動點數: 646)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 159,927

未支用金額 = 第1季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 5,000,000 - 159,927 = 4,840,073

第2季:

預算=當季預算+前1季未支用金額= 20,000,000/4 + 4,840,073 = 9,840,073

已支用點數 = 158,331 (浮動點數: 156,446 非浮動點數: 1,885)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 158,331

未支用金額 = 第2季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 9,840,073 - 158,331 = 9,681,742

第3季:

預算=當季預算+前1季未支用金額= 20,000,000/4 + 9,681,742 = 14,681,742

已支用點數 = 172,285 (浮動點數: 171,306 非浮動點數: 979)

暫結金額 = 1元/點×已支用點數 = 172,285

未支用金額 = 第3季預算 - 1元/點× 第1季已支用點數 = 14,681,742 - 172,285 = 14,509,457

第4季:

預算=當季預算+前1季未支用金額= 20,000,000/4 + 14,509,457 = 19,509,457

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 = 19,509,457 - 0 = 19,509,457

全年合計:

全年預算 = 20,000,000

已支用點數= 490,543

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)

= 159,927+ 158,331+ 172,285+ 0= 490,543

未支用金額= 全年預算 - 暫結金額= 20,000,000 - 490,543= 19,509,457

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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 13

(七)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+108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(Q105)

+104年各季校正投保人口數成長率差值(PEOP104)) × 106年品質保證保留款醫療給付費用成長率(0.1%)+23,600,000

= (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% + 23,600,000

= 5,549,248 + 5,685,584 + 5,609,527 + 5,961,227 + 23,600,000

= 46,405,586

※依據衛生福利部107年12月5日衛部健字第1073360174號公告「108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108年度之品質保證保留款(23.6百萬元)合併運用(計46.4百萬元)。

(八)網路頻寬補助費用 全年預算 = 74,000,000

第1季已支用點數： 15,223,827

第2季已支用點數： 17,207,696

第3季已支用點數： 18,361,505

第4季已支用點數： 0

全年已支用點數： 50,793,028

暫結金額 = 1元/點 × 已支用點數 = 50,793,028

未支用金額 = 全年預算 - 暫結金額 = 74,000,000 - 50,793,028 = 23,206,972

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 14

三、一般服務費用總額(註1)

(一)扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算

調整後地區一般服務醫療給付費用總額 6,453,966,026 (D1)

一 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額 47,813,292 (B3)(註2)

扣除醫療資源不足地區之論量計酬後一般服務預算 6,406,152,734 (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	3,926,331	1,507,701	5,434,032	5,434,032
北區	6,524,581	3,182,328	9,706,909	9,706,909
中區	3,590,262	1,386,363	4,976,625	4,976,625
南區	2,976,524	1,327,814	4,304,338	4,304,338
高屏	7,320,614	3,357,957	10,678,571	10,678,571
東區	9,324,881	3,387,936	12,712,817	12,712,817
合計	33,663,193	14,150,099	47,813,292(B2)	47,813,292(B3)

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

(二)東區分區一般服務預算總額(D6) = (E) × 2.22% = 6,406,152,734 × 2.22% = 142,216,591 (加總後四捨五入至整數位)

(三)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% - 8,000,000 = 6,255,936,143 (加總後四捨五入至整數位)(註3、10)

指標1預算(GA) = (D1_5) × 67% = 6,255,936,143 × 67% = 4,191,477,216 (加總後四捨五入至整數)

指標2預算(GB) = (D1_5) × 13% = 6,255,936,143 × 13% = 813,271,699 (加總後四捨五入至整數)

指標3預算(GC) = (D1_5) × 9% = 6,255,936,143 × 9% = 563,034,253 (加總後四捨五入至整數)

指標4預算(GD) = (D1_5) × 5% = 6,255,936,143 × 5% = 312,796,807 (加總後四捨五入至整數)

指標5預算(GE) = (D1_5) × 5% = 6,255,936,143 × 5% = 312,796,807 (加總後四捨五入至整數)

指標6預算(GF) = 6,255,936,143 - 4,191,477,216 - 813,271,699 - 563,034,253 - 312,796,807 - 312,796,807 = 62,559,361

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 15

(四)指標 1至指標 5之計算過程：

	指標1(註4)(S1)		指標2(註5)(S2)		指標3(註6)(S3)			
指標	95年第4季至98年第3季之實際各區各季預算		各區去年同期戶籍人口數占率		各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率			
計算期間	96Q3+97Q3+98Q3		107年8月		107年7~9月			
分區	各分區各季總預算 (Ai1)	指標1占率 =(Ai1/ΣAi1)	各區戶籍人口數 (Ai2)	指標2占率 =(Ai2/ΣAi2)	各區就醫 次數比率加總 (a)	全區 就醫人數 (b)	指標3占率 (Ai3)=(a/b)	調整後 指標3占率 =(Ai3/ΣAi3)
臺北	4,067,660,394	29.9898%	7,639,622	33.1737%	986,803.859745		30.4899%	31.0627%
北區	1,666,787,981	12.2888%	3,761,086	16.3318%	437,996.775959		13.5331%	13.7873%
中區	3,666,236,032	27.0302%	4,574,216	19.8627%	823,948.972931		25.4581%	25.9364%
南區	1,942,046,149	14.3182%	3,349,589	14.5450%	440,533.975899		13.6115%	13.8672%
高屏	2,220,761,046	16.3730%	3,704,668	16.0868%	487,527.220052		15.0634%	15.3464%
東區					59,682.195208			
小計	13,563,491,602	100.0000%	23,029,181	100.0000%	3,236,492.999794	3,236,493	98.1560%	100.0000%

程式代號：RGBI1808R02

108年第 3季

衛生福利部中央健康保險署
中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/11

頁次：16

=====

指標4(註7)(S4) 去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差								
指標								
計算期間	107年7-9月							
分區	人數利用 率成長率 (p)	醫療費 用成長率 (r)	(p)-(r)	排名	指標4權值	各分區各季總預算 (Ai1) (註4)	各分區各季經指 標4加權後之預算 (Ai4) =(Ai1)×(1+指標4權值)	指標4占率 =(Ai4/ΣAi4)
臺北	-0.006283	0.038143	-0.044426	5	-0.05	4,067,660,394	3,864,277,374	28.9240%
北區	-0.024032	0.013156	-0.037188	1	0.00	1,666,787,981	1,666,787,981	12.4759%
中區	-0.021291	0.016831	-0.038122	2	0.00	3,666,236,032	3,666,236,032	27.4417%
南區	-0.023662	0.018243	-0.041905	3	0.00	1,942,046,149	1,942,046,149	14.5362%
高屏	-0.017637	0.025803	-0.043440	4	0.00	2,220,761,046	2,220,761,046	16.6222%
小計						13,563,491,602	13,360,108,582	100.0000%

指標5(註8)(S5) 當前前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率				
指標				
計算期間	108年5月			
分區	指標5權值和 (Σdr_peop)	各分區各季總預算 (Ai1)	各分區各季經指 標5加權後之預算 =(Ai1)×(1+指標5權值和)	指標5占率 (Ai5) =(Ai5/ΣAi5)
臺北	-0.004306	4,067,660,394	4,050,145,048	29.7552%
北區	0.012078	1,666,787,981	1,686,919,446	12.3933%
中區	0.002586	3,666,236,032	3,675,716,918	27.0044%
南區	0.010026	1,942,046,149	1,961,517,104	14.4107%
高屏	0.007429	2,220,761,046	2,237,259,080	16.4364%
小計		13,563,491,602	13,611,557,596	100.0000%

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 17

(五)各分區指標 1至指標 5占率：

分區	指標1占率	指標2占率	指標3占率	指標4占率	指標5占率
臺北	29.9898%	33.1737%	31.0627%	28.9240%	29.7552%
北區	12.2888%	16.3318%	13.7873%	12.4759%	12.3933%
中區	27.0302%	19.8627%	25.9364%	27.4417%	27.0044%
南區	14.3182%	14.5450%	13.8672%	14.5362%	14.4107%
高屏	16.3730%	16.0868%	15.3464%	16.6222%	16.4364%
小計	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%	100.0000%

(六)各分區指標6「偏鄉人口預算分配調升機制」分配過程(註9)：

$$\begin{aligned}
 \text{第3季指標6分配後剩餘預算(N)} &= \text{指標6預算(GF)} - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(M1)} \\
 &= 62,559,361 - 18,892,690 \\
 &= 43,666,671
 \end{aligned}$$

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	0.84194170	23,687,445	3,743,993
北區	0.85746068	14,394,287	2,051,755
中區	0.84391389	28,018,757	4,373,342
南區	0.88136371	48,911,699	5,802,707
高屏	0.87470453	23,312,052	2,920,893
小計		138,324,240	18,892,690(M1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 18

(七)各分區「風險基金撥付院所」分配過程(註10)：

$$\begin{aligned}
 \text{「風險基金撥付院所」分配後剩餘預算(Gh)} &= 8,000,000 - \text{前一季浮動點值補至每點1元所需預算(R1)} \\
 &= 8,000,000 - 612,717 \\
 &= 7,387,283 \text{ (Gh)}
 \end{aligned}$$

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	0.84194170	0	0
北區	0.85746068	0	0
中區	0.84391389	0	0
南區	0.88136371	2,772,506	328,921
高屏	0.87470453	2,265,014	283,796
小計		5,037,520	612,717(R1)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：19

(八)其他5分區一般預算服務總額(BD2)=第3季預算Ga+ 第3季預算Gb+ 第3季預算Gc+ 第3季預算Gd+ 第3季預算Ge+ 第3季預算Gf+第3季就醫率最高分區之風險基金分配款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	第3季預算(Gf) =Nx指標1占率	各季就醫率 最高分區風 險基金分配款 (Gh)	各區預算(BD2) =(Ga)+(Gb)+(Gc) +(Gd)+(Ge)+(Gf) +(Gh)
臺北	1,257,015,634	269,792,314	174,893,641	90,473,348	93,073,316	13,095,547		1,898,343,800
北區	515,082,252	132,821,907	77,627,222	39,024,217	38,765,847	5,366,110		808,687,555
中區	1,132,964,674	161,537,718	146,030,816	85,836,761	84,468,901	11,803,189	7,387,283	1,630,029,342
南區	600,144,091	118,290,369	78,077,086	45,468,769	45,076,209	6,252,281		893,308,805
高屏	686,270,565	130,829,391	86,405,488	51,993,712	51,412,534	7,149,544		1,014,061,234
小計	4,191,477,216	813,271,699	563,034,253	312,796,807	312,796,807	43,666,671	7,387,283	6,244,430,736

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁 次： 20

(九)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
107年 第1季	1,613,601,972	687,482,800	1,435,923,737	822,004,700	910,478,734	5,469,491,943
第2季	1,803,812,347	764,886,947	1,565,710,114	868,125,382	982,288,893	5,984,823,683
第3季	1,821,184,345	772,350,444	1,561,197,916	852,811,994	971,107,003	5,978,651,702
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_107)	5,238,598,664	2,224,720,191	4,562,831,767	2,542,942,076	2,863,874,630	17,432,967,328
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	1,898,343,800	808,687,555	1,630,029,342	893,308,805	1,014,061,234	6,244,430,736
第4季	0	0	0	0	0	0
合 計(BD_108)	5,439,635,468	2,316,811,643	4,734,712,262	2,641,588,350	2,968,908,134	18,101,655,857
預算成長率	3.84%	4.14%	3.77%	3.88%	3.67%	3.84%

※預算成長率＝〔108年全年分區預算(BD_108)/107年全年分區預算(BD_107)－1〕×100%。

註：

- 依據「108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。
- 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。
- 為避免東區分區及其他5分區一般服務預算總額加總後與調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1)所產生之數元誤差，故其他5分區一般預算服務總額(D1_5)＝調整後地區一般服務服務醫療給付費用總額(D1)－東區分區一般服務預算總額(D6)。
- 指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率
 (1)分子：各分區各季總預算(Ai1)；分母：Σ各分區各季總預算加總(ΣAi1)
 (2)條件說明：第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總；第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總；
 第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總；第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總。
- 指標2：各區去年同期戶籍人口數占率
 (1)分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)；分母：Σ各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣAi2)。
 (2)條件說明：資料來源採用內政部戶政司統計資料(採季中戶籍人口數)。

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

(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)/ Σ 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 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)，<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($\Sigma K1$)。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(107年該季/106年同期)-1。(3)醫療費用點數成長率(r)：(107年該季申報醫療費用點數/106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：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

(1)分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值；分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值。

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

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

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

(4)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

a. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率>=全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)=-5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。※該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

b. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值：

※該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率>=全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)=+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)。※該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

※各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

c. 分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和(Σdr_peop)

= 各分區 Σ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)。

※成長率之計算係與前季季中比較。

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)107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) 108年度自五分區之一般服務預算項下全年移撥3,200萬元，每季800萬元。

(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，全數撥予當季就醫率最高之分區。

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 $Ty = \Sigma$ 該區各季 $Ts + \Sigma$ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

b. 成長率 $= (108\text{年該區}yT / 107\text{年該區}yT) - 1$ 。

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

(2) 撥補程序

a. 於108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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：23

四、一般服務各分區浮動點值之計算

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

就醫分區	核定浮動點數	核定非浮動點數	自墊核退點數
1-臺北分區	1,408,310,736(BF)	747,166,441(BG)	57,621(BJ)
2-北區分區	555,195,970(BF)	341,666,047(BG)	36,032(BJ)
3-中區分區	1,224,614,738(BF)	648,210,576(BG)	39,472(BJ)
4-南區分區	607,214,854(BF)	383,781,571(BG)	35,355(BJ)
5-高屏分區	705,323,034(BF)	418,903,103(BG)	13,655(BJ)
6-東區分區	87,416,378(BF)	43,042,548(BG)	8,614(BJ)
7-合計	4,588,075,710(GF)	2,582,770,286(GG)	190,749(GJ)

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

108年第 3季

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

列印日期：109/02/11

頁次：24

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

— (各分區一般服務核定非浮動點數(BG) — 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	= [1,898,343,800	— (747,166,441 —	0) —	57,621]	／ 1,408,310,736 = 0.81737624
北區分區	= [808,687,555	— (341,666,047 —	0) —	36,032]	／ 555,195,970 = 0.84111827
中區分區	= [1,630,029,342	— (648,210,576 —	0) —	39,472]	／ 1,224,614,738 = 0.80170462
南區分區	= [893,308,805	— (383,781,571 —	46,303) —	35,355]	／ 607,214,854 = 0.83913985
高屏分區	= [1,014,061,234	— (418,903,103 —	0) —	13,655]	／ 705,323,034 = 0.84378993
東區分區	= [142,216,591	— (43,042,548 —	0) —	8,614]	／ 87,416,378 = 1.13440332

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(BD2)

— (加總核定非浮動點數(BG) — 緩起訴捐助款)

— 加總自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(BF)

= [6,386,647,327 — (2,582,770,286 — 46,303) — 190,749] / 4,588,075,710 = 0.82904748

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI1808R02

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：109/02/11

108年第 3季

結算主要費用年月起迄:108/07—108/09

核付截止日期:108/12/31

頁次：25

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)

$$= \left[\frac{\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)}}{\left[\begin{aligned} &\text{一般服務核定浮動點數(BF)} \\ &+ \text{該分區核定非浮動點數(BG)} - \text{緩起訴捐助款} \\ &+ \text{當地就醫分區自墊核退點數(BJ)} \end{aligned} \right]} \right]$$

臺北分區	= [1,898,343,800]	／ [1,408,310,736 + 747,166,441 - 0 + 57,621]	= 0.88068344
北區分區	= [808,687,555]	／ [555,195,970 + 341,666,047 - 0 + 36,032]	= 0.90164936
中區分區	= [1,630,029,342]	／ [1,224,614,738 + 648,210,576 - 0 + 39,472]	= 0.87034011
南區分區	= [893,308,805]	／ [607,214,854 + 383,781,571 - 46,303 + 35,355]	= 0.90143481
高屏分區	= [1,014,061,234]	／ [705,323,034 + 418,903,103 - 0 + 13,655]	= 0.90199728
東區分區	= [142,216,591]	／ [87,416,378 + 43,042,548 - 0 + 8,614]	= 1.09005344

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)

$$= \left[\frac{6,386,647,327}{4,588,075,710 + 2,582,770,286 - 46,303 + 190,749} \right] = 0.89062276$$

6. 中醫門診總額平均點值

$$\begin{aligned} &= \left[\frac{\text{加總調整後分區一般服務預算總額(BD2)} + \text{專款專用暫結金額} + \text{醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B3)}}{\left[\begin{aligned} &\text{加總分區一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{加總分區核定非浮動點數(BG)} - \text{緩起訴捐助款} + \text{加總分區自墊核退點數(BJ)} + \\ &\text{專款專用已支支點數(含品質保證保留款)} + \text{資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B3)} \end{aligned} \right]} \right] \\ &= \left[\frac{6,386,647,327 + 170,490,122 + 47,813,292}{4,588,075,710 + 2,582,770,286 - 46,303 + 190,749 + 171,253,083 + 47,813,292} \right] \\ &= 0.89376183 \end{aligned}$$

註：

$$\begin{aligned} 1. \text{專款專用暫結金額} &= \text{醫療資源不足地區改善方案暫結金額} + \text{西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額} + \text{中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額} + \text{癌症患者加強照護整合方案暫結金額} + \text{兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額} + \text{中醫急症處置計畫暫結金額} \\ &\quad (\text{各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算}) + \text{網路頻寬補助費用暫結金額} + \text{品質保證保留款預算} \\ &= 34,015,970 + 45,261,222 + 16,250,000 + 42,419,613 + 2,500,000 + 172,285 + 18,361,505 + 11,509,527 \\ &= 170,490,122 \end{aligned}$$

$$2. \text{品質保證保留款預算} = 106\text{年各季品質保證保留款預算} + 108\text{年品質保證保留款預算} / 4$$

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月108/06(含)以前:於108/10/01~108/12/31期間核付者。

費用年月108/07~108/09:於108/07/01~108/12/31期間核付者。

報告事項第四案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：健保醫療資訊雲端查詢系統摘要區新增腎臟病人宜注意用藥提示訊息報告案。

依據：門診透析預算研商議事會議 108 年第 4 次會議討論事項第五案「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」，屬中醫師公會全國聯合會者，移至中醫門診總額研商議事會議討論。（附件 1）

- 一、落實中醫師使用健保醫療資訊雲端查詢系統。
- 二、109 年中醫總額門診醫療給付費用新增計畫「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」。

說明：

- 一、108 年 12 月 31 日於本署健保醫療資訊雲端查詢系統摘要區，新增腎臟病人宜注意用藥提示訊息，如被查詢患者符合疑似中重度與重度慢性腎臟病患者條件，則於摘要區顯示「此病患可能為中重度與重度慢性腎臟病患者，請避免使用 NSAIDs、顯影劑等腎毒性藥物。」提醒訊息，提醒醫師/藥師應留意該腎臟病患之用藥。
- 二、篩選患者條件：
 - (1) 6 個月內最近一次 eGFR 值 $\leq$ 45 者。
 - (2) 6 個月內任一主次診斷為 N18.4(第四期慢性腎臟病)、N18.5(第五期慢性腎臟病)。
- 三、如患者 6 個月內最近一次 eGFR 值為數字且 $\leq$ 45 者，則其摘要區提示文字會再加註該 eGFR 值之採檢日期及檢驗結果值(系統畫面如附件 2 所示)。

決定：

「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」

108 年第 4 次會議紀錄

時間：108 年 11 月 13 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林 蘭

出席代表：

吳代表麥斯	請假	楊代表孟儒	楊孟儒
宋俊明代表	宋俊明	廖代表秋鐸	廖秋鐸
李代表妮真	李妮真	趙銘圓代表	趙銘圓
李純馥代表	李純馥	蔡代表宗昌	請假
洪代表冠予	請假	鄭集鴻代表	請假
張代表克士	王斯弘代	鄭代表建信	鄭建信
張代表孟源	張孟源	盧國城代表	陳金順代
張代表晏晏	張晏晏	朱代表益宏	朱益宏
梁代表淑政	梁淑政	顏代表大翔	顏大翔
郭咏臻代表	彭桂秋代	羅永達代表	羅永達
曾代表志龍	曾志龍		
黃代表明和	黃明和		
楊代表五常	請假		

列席單位及人員：

衛生福利部
衛生福利部全民健康保險會
衛生福利部食品藥物管理署

白其怡
陳燕鈴、廖尹嫻、陳淑美
黃俐嘉、盧秋燕

案由：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」各單位追蹤辦理情形。

決議：

- 一、於下次會議繼續追蹤辦理情形。
- 二、請企劃組與教育部合作，將全民健保概念納入國小國語課本及習作時，考慮將腎病教育概念融入課程內容。
- 三、請食品藥物管理署針對藥品廣告之審核，研議請廠商須增列警語或風險提示之可行性，另應加強對藥師宣導，於民眾購買OTC(非指示用藥)藥品時，加強衛教，說明相關注意事項及警語。
- 四、本案相關策略係屬中醫師公會全國聯合會權責者，改移至中醫門診總額研商議事會議討論：
 - (一)落實中醫師使用健保醫療資訊雲端查詢系統。
 - (二)109年中醫總額門診醫療給付費用新增計畫「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」。
- 五、為利本署於雲端藥歷系統建置「慢性腎臟病患者，請避免使用腎毒性藥物」之提示功能，更加完善，請衛福部中醫藥司提供腎毒性中藥藥品名稱。
- 六、請醫務管理組分析107年透析病人健保卡註記病人自主權益意願(ACP)，並請分區業務組輔導透析院所，落實病人自主權益。
- 七、請分區業務組確實提醒申報活體腎臟移植獎勵費之院所，將獎勵費用於鼓勵勸募團隊及相關醫事人員。
- 八、為鼓勵活體移植，建議勞動部研議立法保障捐贈者於捐贈手術及休養期間的工作薪資，由政府給予補助，以便讓捐贈者可以安心休養。

健保醫療資訊雲端查詢系統摘要區，新增腎臟病人宜注意用藥提示訊息(測試個案之系統畫面)

摘要：

複製病人醫療資料應符合診療目的之用，否則自負相關法律責任。
 本系統「CDC預防接種」係提供使用者連線前往疾病管制署「全國性預防接種資訊管理系統」，健保對象近期如無健保就醫與用藥紀錄，僅會呈現「CDC預防接種」頁籤。
 此健保對象為管制用藥名單。
 此健保對象有特定凝血因子用藥資訊。
 該病患目前為早療人員。
 該病患目前為急性後期照護計畫收案名單。
 該病患於檢查檢驗結果頁籤有影像上傳資料。
 該病患於牙科處置及手術頁籤有影像上傳資料。
 此病患可能為中重度與重度慢性腎臟病患者，請避免使用NSAIDs、顯影劑等腎毒性藥物。最近一筆eGFR值為[7]，採檢日期為[108/12/11]。
 下列頁籤表示此健保對象有該項目資料。

雲端藥歷 特定管制藥品用藥資訊 檢查檢驗紀錄 檢查檢驗結果 手術明細記錄 牙科處置及手術 過敏藥 特定凝血因子用藥 出院病歷摘要 復健醫療 中醫用藥

CDC預防接種

檢查檢驗類別 特殊檢查檢驗分類項目 檢查檢驗項目

全部 全部 全部

CT/MRI/PET專區 DM/血脂專區 慢性腎臟病專區 腫瘤標記專區

醫令名稱 就醫區間 來源

肌酸酐、血 (Creatinine (B) CRTN) 全部 本院 他院 他所

顯示欄位設定 查詢 清除

項次	來源	費用年月	就醫科別	主診	檢查檢驗類別	醫令名稱	檢查檢驗項目	檢查檢驗結果/報告結果/病理發現及診斷	參考值	報告日期	醫令代碼	檢查檢驗方法	檢體採檢方法/來源/類別	開立醫令日期	採檢/實際檢查日期	診療部位	有無TAF認證	院所上傳影像查詢	上傳影像品質通報	資料來源	EEC影像資料連結
1	義大醫院門診 1142120001	108/12			生化學檢查	肌酸酐、血 (Creatinine (B) CRTN)	eGFR	7 無	[無]	108/12/11	09015C	全自動儀器偵測	Blood	108/12/11	108/12/11		Y			健保	

註：

※本資料非醫師法及醫療法規定之病歷，詳細就醫情形應以各該醫事服務機構之病歷記載為準。

※檢查檢驗結果上傳資料「就醫科別」欄位係串連醫療費用申報資料或健保卡上傳資料取得。

※檢查檢驗結果資料係健保特約醫事服務機構自 104 年 1 月 1 日起上傳最近一年之檢驗(查)結果資料，故無 104 年 1 月 1 日前之資料，且有不可抗力或因特殊情況部分資料可能無法呈現，資料傳輸可能有 2 個月落差。

※TAF認證係指該檢驗機構取得財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation,TAF)實驗室、醫學領域之認可。

※「EEC影像資料連結」係提供可連結至貴機構電子病歷交換中心(EEC)首頁之便利功能，該網頁資料非健保署所有。

※「影像資料查詢」係提供特約醫事服務機構查詢保險對象接受影像檢查資料，考量系統效能，影像資料自醫事機構上傳後，僅保存6個月資料(自上傳日期起算)。

※健保署關心民眾醫療品質，為促進醫療影像品質提升，本系統檢查檢驗結果/牙科處置及手術已建置院所上傳影像品質通報功能，敬請多加利用主動通報。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理

組

案由：有關「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」討論案，
提請討論

說明：

- 一、本案於門診透析預算研商議事會議」108年第1次會議由黃明和代表提案討論「5年內擺脫洗腎島惡名，節省健保醫療資源」援腎計畫，決議成立專家小組，並由宋代表俊明擔任主席，成員包含3位本會專家學者、吳代表麥斯、台灣腎臟醫學會、醫師公會全國聯合會、基層透析協會等，並請腎臟醫學會擔任本小組幕僚單位。
- 二、108年5月8日召開討論會議，並邀請透析預算研商議事會議專家學者、吳代表麥斯、台灣腎臟醫學會、醫師公會全國聯合會、基層透析協會等15位醫師，討論結果於門診透析預算研商議事會議」108年第2次會議提案討論，決議本案研擬之相關策略請台灣腎臟醫學會、中華民國醫師公會全聯會、基層透析協會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全聯會、台灣移植醫學會、衛生福利部等相關單位，就所轄業務範圍內研擬可行做法，並於1個月內函復本署，並持續於本署門診透析預算研商議事會議討論。
- 三、門診透析預算研商議事會議」108年第4次會議決議，本案相關策略係屬中醫師公會全國聯合會權責者，改移至中醫門診總額研商議事會議討論，如附件。

決議：

附表-慢性腎臟病患者管理與預防相關策略」之具體執行方案

109.2.27

策略及措施	具體執行方案	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
策略一、鎖定慢性腎臟病前端處理(Early-CKD)及健康促進				
(一)推動民眾腎臟相關健康識能。				
1. 提升民眾使用藥物及健康食品之健康認證，設計慢性腎病患者慎用腎毒性藥物之通報廣貼於醫療院所及藥局。	1. 將透過與地區之公協會、社區醫療群等團體機構結盟合作，辦理中醫藥正確就醫用藥種子師資、終生志工培訓、提供民眾便利性、可近性的衛生教育服務。 2. <u>請中醫藥司提供培訓人數目標。</u>	中醫藥司	108年以推動中藥用藥安全五大核心能力為主軸，辦理中醫藥正確就醫用藥種子師資培訓課程，共計38位醫師、藥師及護理師完成訓練。	已完成，建議解除列管

策略及措施	具體執行方案	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
	3. 將建立中醫藥衛生教育五大核心能力『停、看、聽、選、用』，『停』止不當看病、購藥及用藥行為，『看』病請找合格中醫師診治，並應向醫師說清楚，『聽』從專業中醫師、藥師的意見、信任中醫師與藥師的指導與建議，『選』購合格中藥來源或選購有認證、安全、有效的中藥，『用』中藥時應遵醫囑講方法。	中醫藥司	108 年以「停、看、聽、選、用」五大核心能力為主軸，結合 8 家中醫藥衛生教育資源中心，辦理 38 場衛生教育推廣活動，共計 1665 位民眾參與；並製作十項衛教單張海報及三則數位動畫，以多元推廣模式宣導，建立民眾正確之中醫藥用藥安全認知及觀念。	已完成，建議解除列管

策略及措施	具體執行方案	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
2. 長期可考慮目標： (1) 跨部會合作，將腎臟及相關健康(如營養、飲食)知識納入各級學校教科文中。 (2) 加強中西藥品之管理，將藥物廣告仿效歐美「請與醫師討論」等語詞。	1. 建議主管機關確實稽核販售處方藥 NSAID 藥局、地下電台或網路。(台灣醫院協會建議)，<u>加強藥物廣告稽核與警語提示及強化稽查地下電台販售藥品與藥局販售處方藥。</u>	食品藥物管理署	食品藥物管理署 針對未經醫師處方販售處方藥品，本署已列入衛生局每年藥政考評重點，衛生局每年稽查藥局家數達 10000 次以上，以維護民眾用藥安全。 1. 有關主管機關稽查非處方販售 NSAID 地下電台或網路一節，經檢視本署今(108)年度食品藥物化粧品監控計畫中尚無查獲是類成分產品之違規廣告案件，倘有查獲時將移交所轄衛生局查處，併副知 NCC 有關非法電台刊播情形，以維護國民用藥安全。 2. 食品、藥物、化粧品廣告，透過地方性媒體刊播者，本署透過補助地方衛生局辦理計畫加強監控；透過全國性媒體刊播者，本署及<u>中醫藥司</u>共同合作，辦理電子及平面媒體監控計畫，統計 108 年 1 至 12 月監控廣告 1,451 件，查獲疑似違規廣告 245 件，均交由地方衛生局查明處辦。 中醫藥司 1. 辦理平面媒體監測，統計 108 年 1 至 12 月，監控廣告 3,968 件，查獲疑似違規廣告 177 件，均交由地方衛生局查明處辦。	已完成，建議解除列管

策略及措施	具體執行方案	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
			2. 已將地方衛生局針對中藥商、藥局辦理法規宣導講習或民眾進行用藥安全宣導之辦理情形，納入年度地方衛生機關藥政考評重點，導正廣告刊播秩序，並提供民眾正確用藥安全訊息。	

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
策略二、腎臟病醫療照護面				
(一)精進慢性腎病(著重 Pre-ESRD 部分)照護。				
1. 雲端藥歷配合各項健檢資料，顯示「此病人為慢性腎臟病患者，請避免使用腎毒性藥物」字樣，並加強管理。腎毒性藥物包括 NSAID、顯影劑等，可鎖藥物 ATC 碼，惟應注意相關規定之授權或配合修訂。	1. 落實中醫師使用雲端查詢系統：提醒會員確實掌握病人病情及相關檢查檢驗結果，藥物「複方成分」、「同成分總給藥日數」等資訊，降低重複開立，避免藥物間交互作用產生不良反應。(中醫藥司建議)本案係屬中醫師公會全國聯合會權責者，移至中醫門診總額研商議事會議討論。	中央健康保險署、中華民國中醫師公會全國聯合會	中全會回復： 1. 已於 109 年 2 月 7 日 (109) 全聯醫總富字第 0192 號函文本署，同意衛福部中醫藥司建議於雲端藥歷中藥頁箋納入紀錄。 2. 另於同年月日 (109) 全聯醫總富字第 0193 號函行文各縣市中醫師公會，請所屬會員宣導利查詢系統，確認確認已開立的藥物「複方成分」、「同成分總給藥日數」等資訊，降低重複開立，相同中藥，避免藥物交互作用產生不良反應。 健保署： 健保醫療資訊雲端查詢系統目前已提供線上查詢及批次下載保險對象近 3 個月內中醫用藥資料，並持續推廣醫療院所查詢使用。	已完成，建議解除列管

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
	2. <u>請衛福部中醫藥司提供腎毒性中藥藥品名稱。</u>	中醫藥司	1. 針對可能引起腎臟疾病之中藥製劑(含廣防己、青木香、關木通、馬兜鈴酸及天仙藤等中藥材)業於92年11月4日以署授藥字第0920002349號公告禁止製造、輸入，並註銷其藥品許可證(附件1)；並於同年月日以署授藥字第0920002350號公告禁用上開五種含馬兜鈴酸之中藥材(附件2)。 2. 又於93年2月27日以署授藥字第0930000756號公告細辛中藥材暨其製劑之相關管理規定，包含中藥材部分，藥用部位由全草改用根部。並依本部公告之檢驗規格及方法檢驗合格，始得供製造及調劑。另含細辛製劑之製程以水煎煮方式製造等相關規範(附件3)。 3. 本部中醫藥司網頁已設置「含馬兜鈴酸中(藥)劑處理專區」供外界查詢。	已完成，建議解除列管

策略及措施	具體執行方式	主責單位	追蹤辦理情形	追蹤建議
	3. <u>中藥不良反應通報管理與中西藥併用諮詢(中醫藥司建議)</u>。<u>有關中西藥併用諮詢已建置於「中西藥併用諮詢資料庫」</u>，該系統由<u>中醫藥司建置及維護</u>，提供醫療人員查詢使用。	<u>中醫藥司</u>	食藥署： 為方便外部通報中西藥品不良反應，並強化通報案件管理，至 103 年起已逐步整合中西藥品不良反應通報資訊系統整合及上線，並由中醫藥司負責中藥通報流程及其案件評估等相關業務。 中醫藥司： 1. 本司自 90 年起建置中藥不良反應通報系統，並於 105 年整合至「全國藥物不良反應通報系統」，所有通報案件均經專家會議討論，評估其不良反應症狀與中藥之相關性，並針對通報流程滾動修正之。 2. 中西藥併用資詢資料庫已上線，資料庫收錄中西藥併用研究資料 3085 筆、中西藥併用配對 556 筆、中醫典籍配伍禁忌 475 筆，提供臨床及研究人員查詢使用。	已完成 已完成，建議解除列管

行政院衛生署 公告

發文日期：中華民國九十二年十一月四日
發文字號：署授藥字第0920002349號

主旨：公告含廣防己、青木香、關木通、馬兜鈴、天仙藤等中藥材之製劑，自公告日起，禁止製造、輸入、並註銷其藥品許可證（公告註銷藥品許可證清冊），已製造或輸入者，禁止輸出、調劑、販賣、供應、運送、寄藏、牙保、轉讓、或意圖販賣而陳列，藥物製造或輸入之業者，並應於三個月內收回市售品及庫存品。

依據：藥事法第四十八條、第七十六條、第八十條第一項第一款、第二款
公告事項：公告註銷之藥品許可證，其藥品經直轄市或縣市衛生主管機關查獲，應先行就地封存，報請本署核准後，沒入銷燬之。

副本：經濟部國際貿易局、財政部關稅總局、臺灣區製藥工業同業公會、臺灣區中藥工業同業公會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國中藥商業同業公會全國聯合會、臺北市進出口商業同業公會、高雄市進出口商業同業公會、臺北市政府衛生局、高雄市政府衛生局、基隆市衛生局、臺北縣政府衛生局、桃園縣政府衛生局、新竹市衛生局、新竹縣衛生局、苗栗縣衛生局、臺中市衛生局、臺中縣衛生局、南投縣政府衛生局、彰化縣衛生局、雲林縣衛生局、嘉義市衛生局、嘉義縣衛生局、臺南市衛生局、臺南縣衛生局、高雄縣政府衛生局、屏東縣衛生局、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣衛生局、臺東縣衛生局、澎湖縣衛生局、金門縣衛生局、連江縣衛生局、本署藥政處、食品衛生處、藥物食品檢驗局、主秘室（刊登公報）、中醫藥委員會

署長 陳建仁

附件：

註銷含馬兜鈴、天仙藤、青木香、廣防己、關木通等中藥材之藥品許可證，清冊如下：

馬兜鈴：

許可證字號	中文品名	製造廠商	有效日期
衛署藥製字第 002531 號	“順天堂”馬兜鈴濃縮顆粒	順天堂藥廠股份有限公司新店廠	2004/5/25
衛署藥製字第 016526 號	“順天堂”補肺阿膠散濃縮散	順天堂藥廠股份有限公司新店廠	2004/5/25
衛署藥製字第 016527 號	“順天堂”補肺阿膠散濃縮顆粒	順天堂藥廠股份有限公司新店廠	2004/5/25
衛署藥製字第 016581 號	“東陽”補肺阿膠散濃縮散	東陽製藥股份有限公司	2004/5/25
衛署藥製字第 024326 號	“晉安”補肺阿膠散濃縮散	晉安製藥股份有限公司頭嵵廠	2004/12/31
衛署藥製字第 032794 號	“港香蘭”補肺阿膠散濃縮細粒	港香蘭藥廠股份有限公司	2005/7/19
衛署藥製字第 035534 號	“科達”補肺阿膠散濃縮細粒	科達製藥股份有限公司	2007/8/11
衛署藥製字第 035566 號	“正揚”補肺阿膠散濃縮散	正揚製藥股份有限公司	2007/8/19
衛署藥製字第 037329 號	“勝昌”補肺阿膠散濃縮散	勝昌製藥廠股份有限公司	2004/3/14
衛署藥製字第 042565 號	“明通”補肺阿膠散濃縮細粒	明通化學製藥廠股份有限公司第二廠	2008/9/8
衛署藥製字第 044458 號	“明通”補肺阿膠散	明通化學藥廠股份有限公司	2005/1/29
衛署藥製字第 044696 號	“天良牌”保肺抗嗽單散	天良生物科技企業股份有限公司高雄廠	2008/12/4
衛署藥製字第 044857 號	“南和牌”鎮嗽散	南和化學製藥廠	2004/12/11
衛署藥製字第 044859 號	“龍德”電咳散	龍德製藥廠股份有限公司	2009/1/4

附件 2

衛署藥製字第 044995 號	“人壽”止嗽丹	人壽製藥廠股份有限公司	2003/12/10
衛署藥製字第 045029 號	“保安堂”保肺散	得力興業化學股份有限公司	2008/12/23
衛署藥製字第 045066 號	“人壽”風寒治嗽散	人壽製藥廠股份有限公司	2003/12/10
衛署藥製字第 045728 號	“長安”芷嗽丹散	長安化學工業股份有限公司	2003/12/10
衛署成製字第 000631 號	“大昌”止嗽散（廠方）	大昌製藥廠	2003/12/10
衛署成製字第 000942 號	大昌牌克嗽散（止嗽散加減味）	大昌製藥廠	2004/1/4
衛署成製字第 003455 號	“龍虎堂”咳嗽丹	龍虎堂醫藥有限公司	2003/12/3
衛署成製字第 004077 號	“勝利”治嗽丸	勝利製藥廠	2003/12/3
衛署成製字第 004947 號	鐵牛減嗽散	養生製藥廠	2003/10/27
衛署成製字第 006048 號	“龍虎堂”治嗽散	龍虎堂醫藥廠	2004/11/25
衛署成製字第 006820 號	人參治嗽糖衣丸	金世界製藥廠	1987/5/25
衛署成製字第 007484 號	人參治嗽丸	大世界製藥廠	1999/1/4
衛署成製字第 007485 號	克嗽散	大世界製藥廠	1998/12/18
衛署成製字第 008025 號	人參治嗽丸	大世界製藥廠	1999/5/25
衛署成製字第 008296 號	“和春”清肺止嗽散	和春製藥廠	2004/6/26
衛署成製字第 008485 號	補肺阿膠散	大田製藥廠西藥部	2004/06/26
衛署成製字第 009206 號	“萬國”補肺阿膠散	萬國製藥廠股份有限公司仁德廠	2000/8/13

衛署成製字第 010787 號	”萬國”克嗽散	萬國製藥廠股份有限公司仁德廠	2003/12/18
衛署成製字第 010963 號	”萬國”人參治嗽丸	萬國製藥廠股份有限公司仁德廠	1999/1/4
衛署成製字第 011170 號	”萬國”人參嗽治丸 (大丸)	萬國製藥廠股份有限公司仁德廠	2004/5/25
衛署成製字第 011207 號	”萬能牌”運功散	萬能化學製藥股份有限公司	2003/12/10
內衛成製字第 001709 號	”信效”滋肺丹散	信效藥廠	2003/12/4
內衛成製字第 002140 號	京華蜜煉川貝枇杷膏	黃萬壽化學製藥股份有限公司	1991/12/10
內衛成製字第 002169 號	”萬能牌”運功散	萬能化學製藥股份有限公司	1998/12/10
內衛成製字第 002940 號	人參治嗽糖衣丸	金世界製藥廠	1985/12/21
內衛成製字第 003501 號	人參治嗽丸	金世界製藥廠	1986/01/04

天仙藤：

衛署藥製字第 001136 號	”順天堂”天仙藤濃縮顆粒	順天堂藥廠股份有限公司新店廠	2004/5/25
衛署藥製字第 028602 號	”福安”胃腸藥散	福安製藥廠	2004/6/8

青木香：

衛署藥製字第 044820 號	”正和”歸脾散	全生製藥股份有限公司	2004/7/19
衛署藥製字第 044856 號	”老漢”歸脾散	正和製藥股份有限公司	2004/8/31
衛署藥製字第 044858 號	”正揚”歸脾散	正揚製藥股份有限公司	2004/5/28
衛署成製字第 005814 號	”王品”歸脾丸	王品製藥廠有限公司	2005/1/23

衛署成製字第 006041 號	” 立安” 歸脾散	立安製藥股份有限公司	2003/4/11
衛署成製字第 006045 號	“久德” 歸脾散	久德製藥廠有限公司	2003/4/11
衛署成製字第 006805 號	“萬國” 歸脾散	萬國製藥廠股份有限公司仁德廠	2004/6/25
衛署中藥輸字第 000173 號	” 陳李濟” 養心寧神丸（歸脾丸）	洽興貿易股份有限公司	2004/6/14

許可證字號	中文品名	製造廠商	有效日期
青木香			
衛署藥製字第044820號	“正和” 歸脾散	全生製藥股份有限公司	2004/07/19
衛署藥製字第044856號	“老漢” 歸脾散	正和製藥股份有限公司	2004/08/31
衛署藥製字第044858號	“正揚” 歸脾散	正揚製藥股份有限公司	2004/05/28
衛署成製字第005814號	“王品” 歸脾丸	王品製藥廠有限公司	2005/01/23
衛署成製字第006041號	“立安” 歸脾散	立安製藥股份有限公司	2003/04/11
衛署成製字第006045號	“久德” 歸脾散	久德製藥廠有限公司	2003/04/11
衛署成製字第006805號	“萬國” 歸脾散	萬國製藥廠股份有限公司 仁德廠	2004/06/25
衛署中藥輸字第000173號	“陳李濟” 養心寧神丸 (歸脾丸)	洽興貿易股份有限公司	2004/06/14

十七、公告禁用廣防己、青木香、關木通、馬兜鈴、天仙藤等五種含馬兜鈴酸之中藥材

行政院衛生署九十二年十一月四日署授
藥字第0九二000二三五0號 公告

主旨：公告禁用廣防己、青木香、關木通、馬兜鈴、天仙藤等五種含馬兜鈴酸之中藥材，自公告日起，禁止製造、調劑、輸出、販賣或陳列，其製造或輸入之業者，並應依規定於三個月內收回市售品。

依據：藥事法第七十六條、第八十條第一項第二款及其施行細則第三十七條。

公告事項：該五種中藥材，經直轄市或衛生主管機關查獲，應先行就地封存，報請本署核准後，沒入銷燬之。

[首頁 \(mp-108.html\)](#) / [其他區 \(np-883-108.html\)](#)



公告細辛中藥材暨其製劑之相關管理規定，自公告日起實施

資料來源：中醫藥司 建檔日期：102-07-23

更新時間：106-02-24

●發文日期：中華民國九十三年二月二十七日

●發文字號：署授藥字第0930000756號

●附件：細辛中藥材檢驗規格及方法

主旨：公告細辛中藥材暨其製劑之相關管理規定，自公告日起實施。

依據：藥事法第三十九條及第四十二條 公告事項： 一、細辛中藥材
(一)藥用部位由全草改用根部，並依本公告之檢驗規格及方法檢驗合格後，始得供製造及調劑。(二)上開檢驗規格及方法，係參照日本藥局方第十四版訂定(如附件)。二、含細辛製劑(一)濃縮製劑：製程以水煎煮方式製造；成品依廠內既定之HPLC檢驗方法檢驗合格後，始得販售。(二)傳統製劑(丸、散、膏、丹)、內服及外用液劑：細辛原料藥材應經水煎煮，或採用單味濃縮細辛製劑，與其他原料藥材合併製造；成品依廠內既定之HPLC檢驗方法檢驗合格後，始得販售。(三)藥品許可證「藥品類別」項，維持原核准內容。(四)廠內既定之成品檢驗規格應留廠備查，俟該藥品許可證有效期間屆滿，申請展延時併送其成品檢驗規格及成績書二份到本署中醫藥委員會核備。三、含細辛之市售產品經檢出含馬兜鈴酸者，應依藥事法相關規定論處。

附件下載

細辛中藥材檢驗規格及方法_0029557001.doc

(<https://www.mohw.gov.tw/dl-10403-76e3abfb-53e2-4f2d-bb31-a54bbf6081cc.html>)

細辛中藥材檢驗規格及方法_0029557002.pdf

(<https://www.mohw.gov.tw/dl-10404-bde00b73-24bf-42d7-a499-059867f40e28.html>)

[回上一頁](#)

衛生福利部地址：11558 台北市南港區忠孝東路6段488號 總機電話：(02)8590-6666 傳真號碼：(02)8590-6000

位置圖 (<http://www.mohw.gov.tw/cp-81-156-1.html>)

資訊安全 (<http://www.mohw.gov.tw/cp-81-157-1.html>)與隱私權政策 (<http://www.mohw.gov.tw/cp-81-158-1.html>)

無障礙宣告 (<http://www.mohw.gov.tw/cp-81-159-1.html>)

政府網站資料開放宣告 (<http://www.mohw.gov.tw/cp-81-155-1.html>)

建議最佳解析度為1024*768或以上



(<https://goo.gl/S9ib3X>)



(<https://goo.gl/3RcEWx>)



(<https://goo.gl/paKEww>)



(<https://www.mohw.gov.tw/cp-81-9463-1.html>)

討論事項第二案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：檢送全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫(草案)，
提請討論。

說明：

一、依「109 年度中醫門診醫療給付費用協定」及本會 109 年 1 月 19 日中醫門診醫療服務審查執行會第 36 次會議決議辦理。

二、「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」(草案)詳附件 4。

健保署意見：

一、本項計畫為 109 年新增計畫，協定預算為 50 百萬元。

二、依 108 年 11 月 14 日「中醫門診總額研商議事會議」108 年第 4 次會議決議，請中醫師全聯會與腎臟專科醫師、台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會研議後再提案討論，爰經中醫師全聯會修正後再次提本會討論。

三、本計畫目的在於中醫早期介入腎病患者，減緩腎病惡化，延緩洗腎時程，提升患者生活品質，發展中西醫結合治療之醫療照護模式，針對計畫重點，摘要如下：

(一) 適用範圍：慢性腎臟疾病 stage 2~5，且主診斷 ICD-10-CM：N049(腎病症候群)、N182-N186(慢性腎病)或 R80(蛋白尿)之病人。

(二) 照護內容：

1. 提供診療項目包括中醫診療四診診查、開給口服藥、穴位按摩指導、(針灸)等；並給予患者中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。

2. 新收案病人填寫「新收個案基本資料與病史紀錄表」，其後每 6 個月執行一次該表及「生活品質量表(EQ-5D)量表」，以評估病人照護成效。

(三) 結案條件：

1. 腎功能持續改善至 stage 1。
2. 收案期間發生急性腎衰竭、接受器官移植換患者、接受血液透析、腹膜透析。
3. 病人未回診超過 90 日。

(四) 支付標準：

1. 加強照護費：依給藥日數及執行針灸項目，支付點數 900-2,350 點。
2. 疾病管理照護費：進行中醫衛教、飲食指導等，每 4 週一次，每次支付 500 點。
3. 治療功能性評估費：每 6 個月填寫「新收個案基本資料與病史紀錄表」及「生活品質量表(EQ-5D)量表」，每次支付 1,000 點。
4. 新增醣化血紅素等 5 項檢驗費。

四、按中醫師全聯會所提計畫草案，進行支付項目分析及財務試算：

(一) 108 年中醫門診就醫主診斷符合 N049 (腎病症候群)、N182-N186 (慢性腎病) 及 R80 (蛋白尿) 者，共計 9,126 人、49,023 件，總申報費用 33.66 百萬點，其中診察費 14.53 百萬點、每日藥費及藥品調劑費 17.16 百萬點、診療費 1.96 百萬點 { 含針灸 (含針灸合併傷科治療) 1.80 百萬點、傷科治療及脫臼整復 0.02 百萬點、初診門診診察費加計等其他項目 0.14 百萬點 }。

(二) 草案所提支付標準分析：

1. 以草案所列支付標準表與現行中醫支付標準之分析：(詳如附件 1)

(1) 僅開藥未針灸者：

A. 以 P**001 「中醫慢性腎臟病加強照護費 (給藥日數 7 天以下)」為例，支付點數 900 點，依現行支付標準診察費 290 點+每日藥費 35 點/日*7 日合計 245

點+藥品調劑費 23 點計算，總計 558 點，每次就醫增加 342 點。

B. 以前述方式計算，P**001-P**004 每次就醫約增加 297-627 點。

(2)開藥且針灸者：

A. 以 P**005「中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下、針灸處置）」為例，支付點數 1,300 點，依現行支付標準診察費 290 點+每日藥費 35 點/日*7 日合計 245 點+藥品調劑費 23 點+針灸 227 點計算，總計 785 點，每次就醫增加 515 點。

B. 以前述方式計算，P**005-P**008 每次就醫約增加 515-800 點。

(3)僅針灸者:P**009 及 P**010 每療程支付點數為 2,300 點【800 點+300 點*5】，依現行支付標準診察費 290 點+針灸 1,362 點（227 點*6）計算，總計 1,652 點，每次就醫增加 648 點。

2. 依全聯會所提草案支付標準模擬病患全年費用如下：

(1)僅給藥，未進行針灸者：

給藥 天數	7 天以下 (以 7 天 計)	8-14 天 (以 14 天 計)	15-21 天 (以 21 天 計)	22-28 天 (以 28 天 計)
就醫 次數	52	26	17	13
預估 每人 年給 付點 數	$900*52+500*13+1,000*2$ <u>=55,300</u>	$1,250*26+500*13+1,000*2$ <u>=41,000</u>	$1,600*17+500*13+1,000*2$ <u>=35,700</u>	$1,950*13+500*13+1,000*2$ <u>=33,850</u>

(2)給藥且進行針灸者：

給藥 天數	7 天以下 (以 7 天 計)	8-14 天 (以 14 天 計)	15-21 天 (以 21 天 計)	22-28 天 (以 28 天 計)
----------	-----------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------

就醫 次數	52	26	17	13
預估 每人 年給 付點 數	1,300*52 + 500*13+ 1,000*2 = <u>76,100</u>	1,650*26+ 500*13+ 1,000*2 = <u>51,400</u>	2,000*17+ 500*13+ 1,000*2 = <u>42,500</u>	2,350*13+ 500*13+ 1,000*2 = <u>39,050</u>

(3)未給藥僅進行針灸者： $(800 \text{ 點} + 5 \times 300 \text{ 點}) \times 26 \text{ 次療程} + 500 \text{ 點} \times 13 \text{ 次} + 1,000 \times 2 \text{ 次} = 68,300 \text{ 點/年}$ 。

(三) 依全聯會所提草案支付標準模擬本方案年度申報量（詳如附件 2）：

1. 加強照護費（P**001-P**004）：依 108 年未執行針灸項目者之每件開藥日數分布，預估約增加 50.54 百萬點。
2. 加強照護費（P**005-P**008）：依 108 年執行針灸項目者之每件開藥日數分布，預估約增加 1.50 百萬點。
3. 加強照護費（P**009）及針灸照護費（P**010）：依 108 年執行針灸項目且未開藥，預估約增加 4.08 百萬。
4. 疾病管理照護費(P**011)：假設每人每 4 週皆申報一次，預估約增加 59.32 百萬點。
5. 慢性腎臟病治療功能性評估（P**012）：假設每人每 6 個月皆申報一次，預估約增加 18.25 百萬點。
6. 上述 5 項費用合計 133.69 百萬點，超出本方案預算 83.69 百萬點。
7. 如 108 年符合收案條件者全數收案，因實施本方案將較原中醫提供之醫療服務點數增加 4 倍。

(四) 本署建議：

1. 本案所提適用範圍為 CKD stage2-5，惟 ICD-10-CM 碼為 N049（腎病症候群伴有非特異性的組織形態改變），N182-N186{ 第二期慢性腎臟疾病（輕度）-末期腎疾病 }

或 R80（蛋白尿），似與 CKD stage2-5（N182-N185）不符，請中醫師全聯會修正。

2. 疾病管理照護費係執行中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢驗檢查數據紀載後，每 4 週申報 1 次，每次 500 點，較現行中醫其他專款計畫可申報次數多，建議收案期間限申報 1 次為宜。
 3. 治療功能性評估費係每 6 個月填寫「新收個案基本資料與病史紀錄表」及「生活品質量表(EQ-5D)量表」，每次支付 1,000 點，惟未見腎功能評估及慢性腎疾病分期相關資料。考量治療功能評估為本方案之重要成效評估指標，建議增加腎功能及腎疾病分期之評估資料，且申報本費用應上傳所有評估資料至本署 VPN。
 4. 新增雲端藥歷系統查詢患者資料未記錄檢驗數據且符合開具檢驗單資格之中醫師，得申報糖化血紅素等 5 項檢驗費。
- (五) 有關「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」(草案)本署說明及建議（詳附件 3）。

決議：

「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」與現行支付標準第四部中醫申報點數比較

		未針灸，僅開藥				針灸且開藥				僅針灸	
給藥日數		7 天以下 (以 7 天計)	8-14 天 (以 14 天計)	15-21 天 (以 21 天計)	22-28 天 (以 28 天計)	7 天以下 (以 7 天計)	8-14 天 (以 14 天計)	15-21 天 (以 21 天計)	22-28 天 (以 28 天計)	--	
中醫慢性腎病門診加強照護計畫支付點數(H)		P**001	P**002	P**003	P**004	P**005	P**006	P**007	P**008	P**009	P**010
		900	1,250	1,600	1,950	1,300	1,650	2,000	2,350	800+(300*5)=2300	
「全民健康保險醫療給付項目及支付標準」第四部中醫支付點數	診察費										
	-評鑑合格醫院(A)	290	320	320	320	290	320	320	320	290	
	-其餘院所(B)	335	365	365	365	335	365	365	365	335	
	每日藥費(C) (35 點/天)	245	490	735	980	245	490	735	980	--	
	藥品調劑費(D)	23	23	23	23	23	23	23	23	--	
	針灸 (E)	--	--	--	--	227	227	227	227	227*6=1,362	
	總計										
	-評鑑合格醫院 (F=A+C+D+E)	558	833	1,078	1,323	785	1,060	1,305	1,550	1,652	
	-其餘院所 (G=B+C+D+E)	603	878	1,123	1,368	830	1,105	1,350	1,595	1,697	
方案增加點數 (調幅)	-評鑑合格醫院 (I=H-F)	342(61.3%)	417(50.1%)	522(48.4%)	627(47.4%)	515(65.6%)	590(55.7%)	695(53.3%)	800(51.6%)	648(39.2%)	
	-其餘院所 (J=H-G)	297(49.3%)	372(42.4%)	477(42.5%)	582(42.5%)	470(56.6%)	545(49.3%)	650(48.1%)	755(47.3%)	603(35.5%)	

註 1. 診察費計算：

1. 以第一階段（每位專任中醫師每月看診日平均門診量在 30 人以下）之支付點數計算計算。
2. 給藥 7 天以下：以「看診時聘有護理人員在場服務」之支付點數計算。
3. 給藥 8 天(含)以上：以「看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方」之支付點數計算。

註 2. 每日藥費：以修習畢中藥藥師調劑計算。

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫(草案)—費用試算

1. 加強照護費 (P**001-P**004)：以 108 年未執行針灸者之開藥情形進行試算

開藥天數	0 天	1-7 天	8-14 天	15-21 天	22-28 天	29-60 天	總計
件數(A)	1,247	32,417	9,622	1,724	2,976	397	48,383
草案 支付點數 (B)	--	900	1,250	1,600	1,950		--
財務模擬 (點) (C=A*B)	--	29,175,300	12,027,500	2,758,400	6,577,350		50,538,550

2. 加強照護費 (P**005-P**008)：以 108 年執行針灸項目者之開藥情形進行試算

開藥天數	0 天	1-7 天	8-14 天	15-21 天	22-28 天	29-60 天	總計
件數(D)	1,772	583	276	58	62	12	2,793
草案 支付點數 (E)	(如下述 3.)	1,300	1,650	2,000	2,350		--
財務模擬 (點) (F=D*E)		757,900	455,400	116,000	173,900		1,503,200

3. 加強照護費 (P**009) 及針灸照護費 (P**010)：以 108 年執行針灸項目且未開藥者進行試算

件數(G)	1,772
草案支付點數 (H)	$800+(300*5)=2,300$
財務模擬(點) (I=G*H)	4,075,600

4. 疾病管理照護費 (P**011)：500 點*13 次/年*9,126 人=59,319,000

5. 慢性腎臟病治療功能性評估 (P**012)：1,000 點*2 次/年*9,126 人=18,252,000

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫（草案）修訂對照表

修訂後條文 (109 年第 1 次研商提案)	原條文 (108 年第 4 次研商提案)	備註	健保署意見
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。	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。	未修訂	
二、目的 早期中醫介入腎病患者，減緩腎病惡化，延緩洗腎時程，提升患者生活品質，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。	二、目的 早期中醫介入腎病患者，減緩腎病惡化，延緩洗腎時程，提升患者生活品質，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。	未修訂	
三、適用範圍 <u>慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD) stage 2~5 期的患者，主診斷為 ICD-10-CM 為 N049(腎病症候群)、N182-N186(慢性腎病)或 R80(蛋白尿)之病人。</u> (一) <u>CKD stage 2：腎絲球過濾率估算值 (estimated Glomerular filtration rate, eGFR) 60~89.9 mL/min/1.73 m2 合併有蛋白尿(尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine</u>	三、適用範圍 (一) 腎絲球過濾率(eGFR)<60 ml/min/1.73m2 之病患。 (二) 腎絲球過濾率(eGFR)60~89 mL/min/1.73 m2 合併有蛋白尿或血尿之病患。	1. 明列適用之主診斷碼，及 CKD stage2、stage3~5 之定義。 2. 新增適用蛋白尿病患。	1. 依中醫師全聯會提出之適用範圍，108 年符合收案條件者，共計 9,126 人、49,023 件；經財務模擬預估本方案約增加 133.69 百萬點，超出本方案預算 83.69 百萬點。 2. 另適用範圍為「慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD) stage 2~5 期的患者」

<u>protein/creatinine ratio, UPCR)</u> <u>>=150mg/gm，糖尿病患者的尿微蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine albumin/creatinine ratio, UACR) >=30mg/gm)或血尿之各種疾病病患。</u> <u>(二)CKD stage 3~5：eGFR<60 ml/min/1.73m²之各種疾病病患。</u> <u>(三)蛋白尿病患：24 小時尿液總蛋白排出量大於 1,000mg 或 UPCR >1,000mg/gm 之明顯蛋白尿病患，不限各 stage。</u>			診斷碼應為 N182-N185，與全聯會所列之主診斷碼不相符。
四、預算來源 全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫」專款項目下支應。	四、預算來源 全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫」專款項目下支應。	未修訂	
五、申請資格及退場機制 (一)申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。 (二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構	五、申請資格及退場機制 (一)申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。 (二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構	新增承作院所生活品質量表(EQ-5D)量表及 CKD stage 3~5 上傳檢查數據後測回收率之規範。	針對生活品質量表(EQ-5D)應全面回收。惟計畫僅訂定回收率應達 60%，相對有 40%問卷未回收，該部分患者如何進行照護成效評估，請中醫師全聯會說明。

及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；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處分者)。 <u>(三)本計畫承作院所於生活品質量表(EQ-5D)量表回收率低於 60%或 CKD stage 3~5 上傳檢查數據後測回收率低於 60%者，隔年不得承作本計畫。</u>	構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；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處分者)。		
六、結案條件 (一)腎功能持續改善至 stage 1。 (二)收案期間發生急性腎衰竭、接受器官移植換患者、接受血液透析、腹膜透析。 (三)病人未回診超過 90 日。	六、結案條件 (一) 腎功能持續改善至 stage 1。 (二) 收案期間發生急性腎衰竭、接受器官移植換患者、接受血液透析、腹膜透析。 (三) 病人未回診超過 90 日。	未修訂	
七、申請程序 中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附表)及其他檢附資料，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL 等方式向中醫全聯	七、申請程序 中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附表)及其他檢附資料，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL 等方式向中醫全聯	未修訂	

會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。	會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。		
八、申請資格審查 中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月一日起計。	八、申請資格審查 中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月一日起計。	未修訂	
九、執行方式 (一)醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。 (二)開立中藥、針灸(或傷科)治療、穴位按摩指導。 (二)請於患者第一次就診時檢附腎功能檢查(腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿 ACR (Microalbumin/Urine Creatinine) 或 PCR(protein/creatinine ratio))之檢查數據：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum	九、執行方式 (一)醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。 (二)開立中藥、針灸(或傷科)治療、穴位按摩指導。 (三)請於患者第一次就診時檢附腎功能檢查(腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿 ACR (Microalbumin/Urine Creatinine) 或 PCR(protein/creatinine ratio))，後續每3-6個月須重新檢附。	1. 刪除執行方式應開立中藥、針灸(或傷科)治療、穴位按摩指導。 2. 修正 CKD 各 stage 之患者重新檢附檢查數據之頻率。 3. 放寬僅新收案之檢查數據需登錄本署 VPN，後續係每季上傳予中醫全聯會。	中醫門診相關計畫如「兒童過敏鼻炎照護試辦計畫」、「癌症患者加強照護整合方案」等，皆係規範完成評估量表皆須上傳本署 VPN，惟本方案放寬僅新收案之數據需登錄於本署 VPN，量表則上傳至全聯會。建議「新收個案基本資料與病史紀錄表」、「生活品質量表(EQ-5D)量表」以及患者之檢驗檢查數值皆須上傳至本署 VPN。

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)後續每3-6個月。CKD stage 2 患者後續每6個月須重新檢附, CKD stage 3~4 患者後續每3個月須重新檢附, CKD stage 5 患者後續每個月須重新檢附。 (四) 疾病管理照護費(含中醫護理衛教及營養飲食指導、穴位按摩指導)。 <u>(三)疾病管理照護：</u> <u>1、須填寫 CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表(附表一)，每6個月執行一次。</u> <u>2、給予患者中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。</u> <u>3、生活品質量表(EQ-5D)量表，每6個月執行一次(附表二)。</u> <u>(四)本方案計畫收案後應將個案之基本資料(包含 BP、Cr、eGFR 項目)登錄於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費</u>	(四) 疾病管理照護費(含中醫護理衛教及營養飲食指導、穴位按摩指導)。 (五) 本方案收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)，各項評估量表之執行說明如下，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前登錄於 VPN。 (六) 本方案執行期間，保險醫事服務機構欲變更方案申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。		
---	--	--	--

<u>用申報前登錄於VPN需於每季結束上傳中醫全聯會。</u> (五)本方案計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。			
十、支付方式 (一) 本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。 (二) 本計畫預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。	十、支付方式 (一) 本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。 (二) 本計畫預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。	未修訂	
十一、醫療費用申報與審查 (一)醫療費用申報 1. 門診醫療費用點數申報格式之總表 段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。 2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單	十一、醫療費用申報與審查 (一) 醫療費用申報 1. 門診醫療費用點數申報格式之總表 段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。 2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單	未修訂	

段： (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。 (2)特定治療項目(一)：請填報「○○」(全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫)。 (二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。	段： (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。 (2)特定治療項目(一)：請填報「??」(全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫)。 (二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。		
十二、執行報告 (一)執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。 (二)實施效益須包含如下： 1.慢性腎臟病(CKD)分期較新收案時改善0.1分期。	十二、執行報告 (一)執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。 (二)實施效益須包含如下： 1.慢性腎臟病(CKD)分期較新收案時改善0.1分期。	依 CKD stage 分列實施效益	同意修訂

2.腎絲球過濾速率(eGFR)較新收案時改善 3 ml/min/1.73m²。 3.腎功能指標(eGFR 下降速率)改善 3%。 1.CKD stage 2~3a 之患者：eGFR 較新收案時改善（eGFR>新收案時）。 2.CKD stage 3b~5 之患者：給予照護一年後，糖尿病患者 eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m² /year；非糖尿病患者 eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m² /year。	2.腎絲球過濾速率(eGFR)較新收案時改善 3 ml/min/1.73m²。 3.腎功能指標(eGFR 下降速率)改善 3%。		
十三、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。	十三、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。	未修訂	
十四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。	十四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。	未修訂	

十五、本計畫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。	十五、本計畫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。	未修訂	
附件一 全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫	附件一 全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫	未修訂	
附件二 全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫給付項目及支付標準表 通則： 一、本標準所訂支付點數 <u>除另有規定外</u> ， <u>係包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。</u> 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合	附件二 全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫給付項目及支付標準表 通則： 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合	1. 刪除針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本方案之診察費項目，不受同一療程規定之限制。 2. 刪除脫臼診復項目不列入門診合理量之規定。 3. 「中醫慢性腎臟病加強照護費」	1. 針對未執行針灸及且未開藥之個案，是否得依P**001申報加強照護費，請中醫師全聯會說明。 2. 草案之「疾病管理照護費」每4週限申報一次，每次支付500點。查現行中醫其他專款計畫亦訂有相同項目，惟西醫住院癌症患者每次住院限申報1次、門診延長癌症患者收案期間限申

併申報本方案之診察費項目，不受同一療程規定之限制。 二、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸及傷科及脫臼整復申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸及傷科及脫臼整復原申報量計算。 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。 四、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費疾病管理照護費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。 五、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。	併申報本方案之診察費項目，不受同一療程規定之限制。 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。	(P**001-P**004) 新增穴位按摩指導項目，並各調升 200 點。 4. 「中醫慢性腎臟病加強照護費」依服務項目分列為包括「四診診察費、口服藥費、穴位按摩指導」(P**001-P**004)、「四診診察費、口服藥費、針灸處置費、穴位按摩指導」(P**005-P**008)、「四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導」(P**009) 及「中醫慢性腎臟病針灸照護費(同	報 1 次、門診加強照護癌症患者每 60 天申報 1 次、兒童過敏性鼻炎患者雖未定申報頻次，惟每次支付 200 點。故建議本項管理照護費於收案期間限申報 1 次為宜。 3. 針對「中醫慢性腎臟病治療功能性評估」(P**012) 建議如下(1) 執行之附表一、二內容，皆係病患填列之問卷類型。惟該項支付標準列支付點數 1,000 點，其適宜性請中醫師全聯會說明。 (2) 建議量表應由受過教育訓練醫師進行病人狀況評估。 (3) 建議評估量表規劃得參考西醫慢性腎臟病方案
---	---	---	---

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護
品質計畫 支付標準表

編號	診療項目	支付 點數
P**001	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據：腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿，應併入病患病歷記錄備查。	700 900

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護
品質計畫 支付標準表

編號	診療項目	支付 點數
----	------	----------

療程第 2~6 次)」
(P**010)。

5. 增列「中醫慢性腎臟病治療功能性評估」(P**012)。
6. 增列檢驗費之支付標準表。

之個案追蹤管理照護紀錄表，評量生活品質項目外，另應納入病人檢驗檢查值，並記載病人慢性腎臟病 stage 之變化等，俾利評估病人病情變化。

4. 建議「中醫慢性腎臟病治療功能性評估」(P**012) 新增需申報 3 次加強照護費及 1 次疾病管理照護費後，始得申報。
5. 有關「CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表」需每 6 個月執行一次：該表中「如何發現自己有腎臟病」應為新收個案填寫為宜，另症狀史及藥物史應為病患每次就醫皆須考量以做為治療處置之依據。故該表是否適合做為每 6 個月評估之量

P**002	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據： 腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿 ，應併入病患病歷記錄備查。	1,050 1,250
	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據： 腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿 ，應併入病患病歷記錄備查。	1,400 1,600
P**001	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據：腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿，應併入病患病歷記錄備查。	700
	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據：腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿，應併入病患病歷記錄備查。	1,050

表，請中醫全聯會說明。

6. (P**001、P**002、P**003、P**004、P**005、P**006、P**007、P**008) 每次診療限擇一申報，且給藥日分不得重複。

7. (P**005、P**006、P**007、P**008)及(P**009、P**010)不得併報。

P**004	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據： 腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿 ，應併入病患病歷記錄備查。	1,750 1,950	P**003	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據：腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿，應併入病患病歷記錄備查。	1,400		
	P**005 中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,300		P**004 中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據：腎絲球濾過率、血清肌酐酸及蛋白尿，應併入病患病歷記錄備查。	1,750		

P**006	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,650	P**005	中醫慢性腎臟病針灸、或傷科治療處置費。 註：本項處置費每月申報上限為 12 次。	400		
P**007	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。	2,000	P**006	疾病管理照護費 註： 1.中醫護理衛教及營養飲食指導、穴位按摩指導， 2.腎功能檢查(腎絲球濾過率、血清肌酐酸及、蛋白 ACR (Microalbumin/ Urine Creatinine) 或 PCR (protein/creatinine ratio)，後續每 3-6 個月須重新檢附於病歷。 3.每周限申報一次。	500		

P**008	<u>中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天、針灸處置）</u> 註： 1.<u>包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、針灸處置費、穴位按摩指導。</u> 2.<u>第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。</u>	2,350			
P**009	<u>中醫慢性腎臟病加強照護費（未給口服藥、針灸處置同療程第 1 次）</u> 註： 1.<u>包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。</u> 2.<u>第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。</u>	800			

P**010	中醫慢性腎臟病針灸照護 費(同療程第 2~6 次) 註： 1.限與 P**009 合併申報； 同次療程結束後統一 申報。 2.P**009 及 P**010 每週 限申報 3 次。	300			
P**005	中醫慢性腎臟病針灸，或 傷科治療處置費。 註：本項處置費每月申報 上限為 12 次。	400			

P**006 P**011	疾病管理照護費 註： 1.中醫護理衛教及、營養 飲食指導、穴位按摩指 導、運動指導及檢驗數 據記載(雲端查詢)。 2. 腎功能檢查(腎絲球濾 過率、血清肌酐酸及、 蛋 白 ACR (Microalbumin/ Urine Creatinine) 或 PCR (protein/creatinine ratio)。後續每 3-6 個月 須重新檢附於病歷。須 檢附相關檢驗數據， CKD stage 2 患者後續 每 6 個月須重新檢附於 病歷，CKD stage 3~4 患者後續每 3 個月須重 新檢附於病歷，CKD stage 5 患者後續每個月 須重新檢附於病歷。 3.限 4 周申報一次。	500			
--------------------------	---	------------	--	--	--

P**012	中醫慢性腎臟病治療功能性評估：	1,000
	(1)CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表（附表一）	
	(2)生活品質量表(EQ-5D) (附表二)	
	註：每一個案限每 6 個月申報一次費用(每次須同時完成各項所列之量表)	
註：含藥費之加強照護費與不含藥費之加強照護費(P**009)，需≥28 天始得相互轉換。		
<u>檢驗費</u>		
<u>編號</u>	<u>診療項目</u>	<u>支付 點數</u>
P**013	UPCR 尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine protein/creatinine ratio,)	55
P**014	UACR尿微蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine albumin/creatinine ratio,)	80
09006C	糖化血紅素 HbA1C (Hemoglobin A1c)	200

09015C	<u>血清肌酸酐</u> (Creatinine)	<u>40</u>			
09044C	<u>低密度脂蛋白－膽固醇 LDL-C</u> (Lowdensity lipoprotein cholesterol)	<u>250</u>			
註：本項限雲端藥歷系統查詢患者資料 未紀錄檢驗數據者及符合開具檢驗 資格之中醫師申報。					
附件二 附表一 全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護 品質計畫 疾病管理照護衛教表單			附件三 全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護 品質計畫 疾病管理照護衛教表單	附件號碼修改	建議修正為附件三
附表一 全民健康保險中醫提升慢性腎 臟病照護品質計畫—CKD 新收個案基本 資料與病史紀錄表				新增紀錄表	
附表二 EQ-5D 健康問卷				新增問卷	

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫(草案)

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

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

三、適用範圍

慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD) stage 2~5期的患者，主診斷為ICD-10-CM為N049(腎病症候群)、N182-N186(慢性腎病)或R80(蛋白尿)之病人。

(一)CKD stage 2：腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, eGFR) 60~89.9 mL/min/1.73 m²合併有蛋白尿(尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine protein/creatinine ratio, UPCR) $\geq$ 150mg/gm，糖尿病患者的尿微蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine albumin/creatinine ratio, UACR) $\geq$ 30mg/gm)或血尿之各種疾病病患。

(二)CKD stage 3~5：eGFR $<$ 60 ml/min /1.73m²之各種疾病病患。

(三)蛋白尿病患：24小時尿液總蛋白排出量大於1,000mg或UPCR $>$ 1,000mg/gm之明顯蛋白尿病患，不限各stage。

四、預算來源

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫」專款項目下支應。

五、申請資格及退場機制

(一)申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；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處分者)。

(三)本計畫承作院所於生活品質量表(EQ-5D)量表回收率低於60%或CKD stage 3~5上傳檢查數據後測回收率低於60%者，隔年不得承作本計畫。

六、結案條件

(一)腎功能持續改善至stage 1。

(二)收案期間發生急性腎衰竭、接受器官移植換患者、接受血液透析、腹膜透析。

(三)病人未回診超過90日。

七、申請程序

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附表)及其他檢附資料，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

八、申請資格審查

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月一日起計。

九、執行方式

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

(二)請於患者第一次就診時檢附之檢查數據：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)。CKD stage 2 患者後續每6個月須重新檢附，CKD stage 3~4 患者後續每3個月須重新檢附，CKD stage 5 患者後續每個月須重新檢附。

(三)疾病管理照護：

1、須填寫CKD新收個案基本資料與病史紀錄表(附表一)，每6個月執行一次。

2、給予患者中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。

3、生活品質量表(EQ-5D)量表，每6個月執行一次(附表二)。

(四)本計畫收案後應將個案之基本資料(包含BP、Cr、eGFR項目)登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)，每次須完成各項支付標準所列之量表需於每季結束上傳中醫全聯會。

(五)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十、支付方式

(一) 本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

(二) 本計畫預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十一、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「○○」(全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫)。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十二、執行報告

(一)執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。

(二)實施效益須包含如下：

1.CKD stage 2~3a之患者：eGFR較新收案時改善（eGFR>新收案時）。

2.CKD stage 3b~5之患者：給予照護一年後，糖尿病患者eGFR下降速率 $< 6 \text{ ml/min/1.73m}^2 / \text{year}$ ；非糖尿病患者eGFR下降速率 $< 4 \text{ ml/min/1.73m}^2 / \text{year}$ 。

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

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

十五、本計畫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，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫

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

(本欄位由中醫全聯會填寫) 中醫全聯會審核意見欄	1 ☐ 審核通過。 2 ☐ 不符合規定。 3 ☐ 資料不全，請於 4 ☐ 其他。 月 日內補齊。 審核委員： 審核日期： 年 月 日
-----------------------------	---

附件二

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫 給付項目及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸及傷科申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸及傷科申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報疾病管理照護費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及方式。
- 五、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P**001	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。	900
P**002	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,250
P**003	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,600
P**004	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,950
P**005	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下、針灸處置） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,300
P**006	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天、針灸處置） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,650
P**007	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天、針灸處置） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。	2,000
P**008	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天、針灸處置） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。	2,350

編號	診療項目	支付點數
P**009	中醫慢性腎臟病加強照護費（未給口服藥、針灸處置同療程第1次） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢驗數據，應併入病患病歷記錄備查。	800
P**010	中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第2~6次) 註： 1. 限與P**009合併申報；同次療程結束後統一申報。 2. P**009及P**010每週限申報3次。	300
P**011	疾病管理照護費 註： 1. 中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢驗數據記載(雲端查詢)。 2. 須檢附相關檢驗數據，CKD stage 2 患者後續每6個月須重新檢附於病歷，CKD stage 3~4 患者後續每3個月須重新檢附於病歷，CKD stage 5 患者後續每個月須重新檢附於病歷。 3. 限4周申報一次。	500
P**012	中醫慢性腎臟病治療功能性評估： (1)CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表（附表一） (2)生活品質量表(EQ-5D)（附表二） 註：每一個案限每6個月申報一次費用(每次須同時完成各項所列之量表)	1,000
註：含藥費之加強照護費與不含藥費之加強照護費(P**009)，需 ≥ 28 天始得相互轉換。		

檢驗費

編號	診療項目	支付點數
P**013	UPCR 尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine protein/creatinine ratio,)	55
P**014	UACR尿微蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine albumin/creatinine ratio,)	80
09006C	糖化血紅素HbA1C (Hemoglobin A1c)	200
09015C	血清肌酸酐(Creatinine)	40
09044C	低密度脂蛋白－膽固醇 LDL-C (Lowdensity lipoprotein cholesterol)	250
註：本項限雲端藥歷系統查詢患者資料未紀錄檢驗數據者及符合開具檢驗資格之中醫師申報。		

附表一

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫

疾病管理照護衛教表單

☐一、健康生活型態：

1. 維持理想體重：BMI 介於 18.5~23.9。
2. 適度運動：每週至少運動三次，如打太極拳、作用手功，每次 30 分鐘，可防止骨質疏鬆，並減緩及預防血管硬化，更可保持免疫力。
3. 戒菸、不酗酒、不熬夜。
4. 注意保暖。

☐二、均衡飲食：

1. 不宜大補特補，避免坊間常見的十全大補湯、藥燉排骨、薑母鴨、麻油雞等溫燥食物，會使邪氣留滯，火氣更大。忌油膩辛辣刺激食物，不宜進食生冷飲食。適量蛋白質攝取，避免大魚大肉。
2. 水果：應避免楊桃，此外，富含鉀離子的香蕉和柿餅也要注意。
3. 飲食宜營養豐富而清淡易消化，少鹽、少調味料、少加工品，減低腎臟負荷，以延緩腎功能惡化。
4. 適量喝水、勿憋尿。運動飲料含有額外的電解質與鹽分，腎病患者宜少食這類飲料。

☐三、不亂吃藥：

1. 服用藥物應諮詢及遵從醫藥專業人員指導。
2. 不濫用止痛藥及來路不明藥物。
3. 不聽信偏方草藥。
4. 不輕易聽信廣告成藥的藥效。

☐四、自我監測及健康檢查：

1. 原發性腎絲球腎炎需長期監控。
2. 控制好原有的慢性病：糖尿病做好血糖控制，糖化血色素 < 7%；高血壓做好血壓控制，血壓控制 130/80mmHg；痛風患者應控制尿酸。
3. 觀察尿液型態：排尿頻率、尿液顏色、味道、尿量、是否為血尿或泡沫尿。
4. 定期健康檢查：最好每半年做一次尿液和血液肌酸酐和尿素氮檢。
40~64 歲者，每三年可做一次健康檢查；大於 65 歲，每年可做一次健康檢查。

穴位按摩：

	合谷穴  位置： 手背拇指掌骨～食指掌骨之間，食指掌骨的中點處。
手部	內關穴  位置： 前臂內側（掌側），腕橫紋上2寸(三指橫幅)，兩筋（掌長肌腱與橈側腕屈肌腱）之間。
足部	太谿穴  位置： 足內側部，內踝後方，內踝尖與跟腱之間凹陷處。

以上圖片來源：《經絡與穴道》

附表一

全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫

CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表

一、基本資料：

姓名： 生日： 身分證字號： 病歷號： 性別：
職業： 教育程度：

二、病史記錄：

(1) 如何發現自己有腎臟病？

- 因出現不同之症狀就醫檢查發現 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
因懷疑自己有腎臟病求醫檢查發現 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
因服用若干藥物懷疑會影響腎臟求醫發現 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
因其他疾病檢查時偶然發現是腎臟病 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
因體檢或健康檢查偶然發現 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

* (2) 發現腎臟疾病之後是否有下列症狀？

a. 沒有症狀 ☐ 是 ☐ 否 (請續答)

b. 有症狀如下，可多選

- 類似感冒症狀，一直未癒 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
蛋白尿或血尿 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
眼瞼浮腫或手腳水腫 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
背部肋骨下緣疼痛 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
時常覺得倦怠無力 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
夜裡無法入睡 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
血壓高，全身不適 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
夜裡頻尿，無法入睡 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
尿量減少 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
胃口不好 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
常有噁心、嘔吐之情形 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
爬樓梯時，容易有呼吸喘之情形 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
有頭暈、眼花之情形或貧血 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道
夜裡須採坐姿，才能入睡 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

* (3) 使用藥物病史：

因疼痛服用止痛劑 ☐沒有服用 ☐偶爾服用 ☐一個月1-2次 ☐每周1-2次 ☐幾乎每天使用
常常打針，如（消炎、止痛） ☐沒有 ☐偶爾打針 ☐時常打針(請填頻率)_____

服用中草藥或偏方 ☐沒有服用 （若有服用，請寫下藥名與勾選使用頻率）

_____ ☐偶爾服用 ☐一個月1-2次 ☐每周1-2次 ☐幾乎每天使用

_____ ☐偶爾服用 ☐一個月1-2次 ☐每周1-2次 ☐幾乎每天使用

_____ ☐偶爾服用 ☐一個月1-2次 ☐每周1-2次 ☐幾乎每天使用

_____ ☐偶爾服用 ☐一個月1-2次 ☐每周1-2次 ☐幾乎每天使用

EQ - 5D

健康問卷
(Chinese version for Taiwan)

請在下列各組選項中，指出哪一項敘述最能描述您今天的健康狀況，並在空格內打勾。

行動

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| 我可以四處走動，沒有任何問題。 | ☐ |
| 我行動有些不便。 | ☐ |
| 我臥病在床。 | ☐ |

自我照顧

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 我能照顧自己，沒有任何問題。 | ☐ |
| 我在盥洗、洗澡或穿衣方面有些問題。 | ☐ |
| 我無法自己盥洗、洗澡或穿衣。 | ☐ |

平常活動 (如工作、讀書、家事、家庭或休閒活動)

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 我能從事平常活動，沒有任何問題。 | ☐ |
| 我在從事平常活動方面有些問題。 | ☐ |
| 我無法從事平常活動。 | ☐ |

疼痛/不舒服

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 我沒有任何疼痛或不舒服。 | ☐ |
| 我覺得中度疼痛或不舒服。 | ☐ |
| 我覺得極度疼痛或不舒服。 | ☐ |

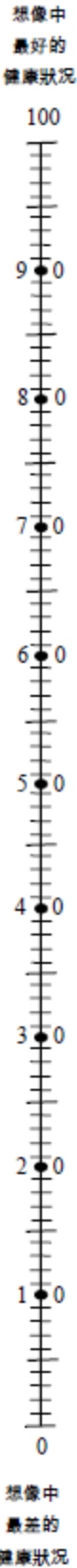
焦慮/沮喪

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 我不覺得焦慮或沮喪。 | ☐ |
| 我覺得中度焦慮或沮喪。 | ☐ |
| 我覺得極度焦慮或沮喪。 | ☐ |
-

為了幫助一般人陳述健康狀況的好壞，我們畫了一個刻度尺（有點像溫度計），在這刻度尺上，100代表您想像中最好的狀況，0代表您想像中最差的狀況。

我們希望就您的看法，在這個刻度尺上標出您今天健康狀況的好壞。請從下面方格中畫出一條線，連到刻度尺上最能代表您今天健康狀況好壞的那一點。

您今天的健康狀況



因為所有的回答皆不具名，如果我們能從下列問題中得到每個人的一些背景資料，將有助於我們更瞭解您的答案。

1. 您有沒有經歷過自己或他人的嚴重病痛？

	有	沒有	
在 <i>您自己</i> 身上	☐	☐	請在適當 的空格內 打勾
在 <i>您家人</i> 身上	☐	☐	
在 <i>受您照顧的人</i> 身上	☐	☐	

2. 您幾歲？

3. 您是：

	男性	女性	
	☐	☐	請在適當 的空格內 打勾

4. 您：

	☐		
目前抽煙？	☐		請在適當 的空格內 打勾
已戒煙？	☐		
從未吸煙？	☐		

5. 您目前或曾經從事有關健康
或社會服務的工作？

	是	否	
	☐	☐	請在適當 的空格內 打勾

如果有，是什麼職位？

6. 下列哪一項最能描述您目前的工作狀況？

	☐		
受雇於人或自己	☐		請在適當 的空格內 打勾
退休	☐		
家事	☐		
學生	☐		
正在找工作	☐		
其它 (請註明)	☐		

7. 在9年義務教育後，
您是否繼續接受教育？

	是	否	
	☐	☐	請在適當 的空格內 打勾

8. 您是否有專科以上的學位
或同等的專業資格？

	是	否	
	☐	☐	請在適當 的空格內 打勾

9. 如果您知道您的郵遞區號，請寫在空格內。