

# 「中醫總額支付委員會」99年第4次委員會議紀錄

時間：99年11月18日下午2時

地點：中央健康保險局18樓大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

出席委員：(依姓氏筆劃排列)

吳委員材炫	莊興堅(代)	巫委員雲光	黃福祥(代)
李委員政賢	李政賢	施委員純全	施純全
孫委員茂峰	孫茂峰	張委員廷堅	黃蘭嫻(代)
張委員志鴻	邱永標(代)	張委員景堯	張景堯
張委員棟鑾	柯建新(代)	張委員繼憲	張繼憲
扈委員克勛	(請假)	梁委員淑政	梁淑政
許委員怡欣	(請假)	郭委員正全	郭正全
陳委員志芳	陳志芳	陳委員俊明	陳俊明
陳委員福展	陳福展	彭委員堅陶	彭堅陶
黃委員林煌	(請假)	黃委員偉堯	(請假)
葉委員宗義	(請假)	詹委員永兆	(請假)
蔡委員三郎	蔡三郎	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
鄭委員耀明	鄭耀明	謝委員明輝	謝明輝
蘇委員喜	(請假)		

列席單位及人員：

行政院衛生署	陳馨慧
全民健康保險醫療費用協定委員會	陳燕鈴
台灣醫院協會	(請假)
本局台北業務組	林照姬、蔡美霞、吳秀惠、丁香豔

本局北區業務組	林麗雪
本局中區業務組	程千花
本局南區業務組	王世華
本局高屏業務組	李金秀
本局東區業務組	江春桂
本局醫審及藥材組	王本仁、曾玫富
本局資訊組	姜義國
本局醫務管理組	黃淑雲、張溫溫、張桂津、 楊耿如、廖子涵、鄭正義

主席：黃召集人三桂

紀錄：孫嘉敏

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會第 3 次委員會會議紀錄，請參閱 (不宣讀) 確認 (略)

參、報告事項：

**第一案**

**報告單位：本局醫務管理組**

案由：本會第 3 次委員會會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

**第二案**

**報告單位：本局醫務管理組**

案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

### 第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：99年第2季點值結算結果報告。

決定：

一、點值確定如下表：

分區 \ 項目	99年第2季	
	浮動點值	平均點值
台北	1.02453935	1.01704136
北區	1.03207507	1.02143690
中區	0.95908823	0.97213792
南區	1.02560942	1.01615855
高屏	1.05561179	1.03605583
東區	1.41875846	1.26437190
全局	1.02453935	1.01704136

二、依全民健康保險法第50條規定辦理點值公布、結算事宜。

### 第四案

報告單位：本局醫務管理組

案由：100年中醫總額支付委員會議期程建議案

決定：

- 一、原則上每三個月由召集人召集開會一次，必要時得召開臨時會議。
- 二、本委員會議進行方式，基於共管原則，報告事項由本局與中華民國中醫師公會全國聯合會共同負責。
- 三、本委員會100年會議時間，擬訂如下表：

次數	1	2	3	4
會議日期	100.02.17	100.05.19	100.08.18	100.11.17
會議名稱	100年第1次 會議	100年第2次 會議	100年第3次 會議	100年第4次 會議

## 第五案

報告單位：本局醫務管理組

案由：有關100年「中醫門診總額預算四季重分配」案

決定：100年各季預算按以下方式辦理：

- 一、以97年各季結算點數經校正支付標準調整因素後為基期年各季結算占率。
- 二、核算基期年各季假日及非假日之平均每日產能。
- 三、實施年之各季預算占率：以該年預算乘以基期年之各季占率，再按該年各季假日及非假日之天數與基期年(97年)比較，並依前述日產能予以微調校正。
- 四、經前述調整結果，100年各季預算占率分別為Q1：23.17%，Q2：25.22%，Q3：25.35%，Q4：26.26%，相關計算過程詳附件1。

## 第六案

報告單位：本局醫務管理組

案由：有關「重大傷病證明效期提醒機制案」健保IC卡刷卡時自動提示方案執行作業，提請協助宣導各醫療院所配合辦理。

決定：本項作業預訂於100年開始實施，請中華民國中醫師公會全國聯合會轉知特約醫療院所鼎力配合協助。作業詳如附件2。

## 肆、討論事項：

### 第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：100年中醫門診一般服務之保障項目及操作型定義，提請 討論。

結論：藥品及藥品調劑費採每點固定以1元預先扣除，將依行政程序辦理後續事宜。

### 第二案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關修訂「行政院衛生署中央健康保險局中醫總額支付委員會設置要點」第三點之相關單位代表員額乙案，提請 討論。

結論：

一、 修訂第三點：本委員會置委員由二十八人增為二十九人；及修訂第三點之(二)：財團法人中華民國消費者文教基金會推舉一名，修訂結果詳附件 3。

二、 將依行政程序辦理後續事宜。

### 第三案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：檢送「支付標準第四部中醫」修訂草案，提請 討論。

結論：

一、 將「支付標準第四部中醫」通則：七、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、傷科及脫臼整復處置費(支付標準代碼 B41、B43、B45、B53、B55、B62)上限為 26 人次修

改為 30 人次，超出 26 人次修改為 30 人次部分者五折支付，修訂結果詳附件 4。

二、 將依行政程序辦理後續事宜。

#### 第四案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：研訂「100年度中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案，提請 討論。

結論：

- 一、 方案第伍點預算分配方式(二)，刪除「重複就診率」及「用藥日數重複率」指標作為各分區品質保證保留款分配原則。
- 二、 方案第柒點之(一)、100 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。資料範圍：按 100 年 2 月份公布醫事人員公務統計檔計算之。
- 三、 方案第柒點，增列「未符合保險人公布中醫總額部門醫療品質資訊公開「醫療費用明細標示」院所。」不予核發品質保證保留款一項指標。
- 四、 方案第玖點核算基礎減計增列以下 3 項指標：
  - (一) 中醫醫療院所「中醫同一院所同一患者同月看診次數過高病患就診 8 次以上比例」超過 90 百分位以上，核算基礎減計 20%；「同日重複就診率」及「7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率」超過 90 百分位以上 2 項指標，該院所核算基礎減計 10%。
  - (二) 其指標定義與「中醫總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標定義相符。

五、 修訂結果詳附件 5，將依行政程序辦理後續事宜。

### 第五案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：100年小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫(草案)案，提請 討論。

#### 結論：

- 一、 本試辦計畫草案第十一點支付方式(二)修訂為「本計畫全年預算 10 百萬元，按季均分及結算，暫以 1 元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，當預算不足時採浮動點值計算暫結，且每點不高於 1 元，年底時進行結算，惟每點不高於 1 元。」
- 二、 修訂結果詳附件 6，將依行政程序辦理後續事宜。

### 第六案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：100年小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫(草案)，提請 討論。

#### 結論：

- 一、 本試辦計畫草案第十一點支付方式(二)修訂為「本計畫全年預算 20 百萬元，按季均分及結算，暫以 1 元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，當預算不足時採浮動點值計算暫結，且每點不高於 1 元，年底時進行結算，惟每點不高於 1 元。」
- 二、 修訂結果詳附件 7，將依行政程序辦理後續事宜。

## 第七案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：100年腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫(草案)，提請 討論。

結論：

- 一、本試辦計畫草案第十一點支付方式(二)修訂為「本計畫全年預算10百萬元，按季均分及結算，暫以1元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，當預算不足時採浮動點值計算暫結，且每點不高於1元，年底時進行結算，惟每點不高於1元。」
- 二、修訂結果詳附件8，將依行政程序辦理後續事宜。

## 第八案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：100年度腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫(草案)，提請 討論。

結論：

- 一、本試辦計畫草案第十一點支付方式(二)修訂「本計畫全年預算45百萬元，按季均分及結算，暫以1元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，當預算不足時採浮動點值計算暫結，且每點不高於1元，年底時進行結算，惟每點不高於1元。」
- 二、修訂結果詳附件9，將依行政程序辦理後續事宜。

## 第九案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：100年度腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫(草案)，提請 討論。

結論：

- 一、本試辦計畫草案第四點適用範圍修訂為：「病人自述發生腦血管疾病之診斷日起二年內(年月減年月)患者」。
- 二、本試辦計畫草案第十一點支付方式(二)修訂為：「本計畫全年預算90百萬元，按季均分及結算，暫以1元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，當預算不足時採浮動點值計算暫結，且每點不高於1元，年底時進行結算，惟每點不高於1元。」
- 三、刪除第十三點、費用分配與管控：「分區按腦血管疾病西醫住院患者中醫輔助醫療試辦計畫費用申報比例原則分配。」。
- 四、修訂結果詳附件10，將依行政程序辦理後續事宜。

## 第十案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：100年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫案，提請 討論。

結論：

- 一、第肆點、預算分配
  - (一) 修訂為：「先行結算100年度中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以一點一元計後，再依本條第二項執行分配。」。
  - (二) 刪除：「當中醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案費用總金額超過67百萬時，以67百萬計並於第四季採浮動點值計算。」

- 二、 維持第肆點之三項：五分區各季預算分配方式各項指標占率。
- 三、 本方案附件1：指標操作型定義：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」，99年「中醫師數」計算方式維持「以申報費用中醫師數計算之」，100年採用全民健康保險保險人「醫事人員」公務統計檔計算。
- 四、 修訂結果詳附件11，將依行政程序辦理後續事宜。

## 第十一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：研訂「100年度中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」案，提請 討論。

### 結論：

- 一、 本案100年度增列「第三項：中醫門診總額鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫」，
- 二、 第一項：中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫：
  - (一) 修訂七、申請資格 (二)：申請參與本計畫提供服務之成員，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第36條至第38條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。
  - (二) 修訂十、支付方式 (一)：
    - 1. 刪除「於一般部門分配時先行結算計算，但該年度費用超出預算70百萬時，該年度第四季改以全年度浮動點值計算。」。
    - 2. 修訂本計畫支付依中醫門診總額第四部支付標準表給付，但門診診察費依表定點數加計百分之十，且不納入合理量計算；論量部

分，其每點支付金額以1點1元計。

- (三) 修訂十四：辦理中醫門診巡迴醫療服務計畫之中醫特約醫療機構如於本計畫服務期間因涉及違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條至第38條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)…。

### 三、 第二項：中醫門診總額醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫

- (一) 修訂七、申請資格(二)：申請參與本計畫提供服務之成員，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第36條至第38條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

- (二) 修訂十四、辦理本計畫之中醫特約醫療機構，如因涉及違反醫事服務機構特約及管理辦法第36條至第38條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，轉請本保險人分區業務組終止本計畫服務者，其費用支付方式自執行本計畫起至本計畫終止日，以獎勵保障額度總額之九折支付。

### 四、 第三項：中醫門診總額鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫

- (一) 修訂第七點、資格及審查：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第36條至第38條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

- (二) 修訂第八點、支付方式(二)：門診診察費，醫療院所依中醫門診總額第四部支付標準表定之點數申報，本局於結算時加計百分之二十，以1點1元計算於專款專用項目下。費用申報增加「特定治療項目」代號。

- (三) 增列第九點、醫療服務申報與審查(二)案件分類請填寫「25」(中醫門診總額醫療資源缺乏不足地區改善方案)；特定治療項目代

號(一)：屬本計畫案件，請填寫「CB」（醫療資源不足地區鼓勵長期進駐試辦計畫）。

五、修訂結果詳附件12，將依行政程序辦理後續事宜。

## 第十二案

提案單位：醫審及藥材組

案由：有關中醫總額部門醫療品質資訊公開「醫療費用明細標示」及「中醫藥品標示」公開資訊之檢討修訂，提請討論。

結論：

- 一、「醫療費用明細標示」：將「自付費用項目」之「其他」另增列「自費之衛材費」欄位。
- 二、「中醫藥品標示」：增列「調劑者姓名」、「作用或適應症」、「警語或副作用」等項目。
- 三、修訂結果請中醫師公會全聯會於100年提報此2項指標時一併更新。

陸、散會：下午4時35分

## 附件

### 肆、討論事項第二案修訂「行政院衛生署中央健康保險局中醫總額支付委員會設置要點」第三點之相關單位代表員額乙案與會人員發言摘要

#### 施委員純全

中醫師公會全聯會建議推舉代表仍維持 18 人，基本上委員均為無給職，不會增加預算，先照現制運作看看，況且今日中醫師公會全聯會委員出席率不錯，故中醫師公會建議全聯會代表維持 18 人。

#### 黃召集人三桂

尊重全聯會意見，中醫師公會推舉代表維持 18 人，另增加醫改會及消基會各 1 人，本委員會委員由原本 28 人，改為 30 人。

#### 黃召集人三桂(會議結束前主席針對該案做部分更正)

1. 大家有無意見？若無意見，請公會協助配合。
2. 今天討論案第二案做部分更正，議程第 33 頁有關本委員會設置要點，全聯會仍維持原本人數，另增加台灣醫療改革基金會及消費者文教基金會，經協調後，更正由消費者文教基金會推派 1 位代表。
3. 大家是否有臨時動議？

## 肆、討論事項第四案修訂「研訂「100 年度中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案與會人員發言摘要

### 鄭委員耀明

有關 貴局所提中醫醫療院所「中醫同一院所同一患者同月看診次數過高病患就診 8 次以上比例」超過 90 百分位以上如何計算？是以每計季計算或全年計算？

### 陳委員福展

看診次數是指蓋卡次數或指針灸次數？

### 張科長溫溫

1. 「中醫同一院所同一患者同月看診次數過高病患就診 8 次以上比例」超過 90 百分位，全年計算一次，所有中醫院所「同月看診次數同一病患就診 8 次以上比例」進行百分位排序，超過 90 百分位者，核算基礎減計 20%。
2. 排除診察費為 0 案件(同一療程)、中醫試辦計畫或代辦案件。
3. 於會後結束再將操作型定義寫得更清楚。

### 孫委員茂峰

該指標排除中醫試辦計畫，建議將「褥瘡西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」刪除，99 年開始增列「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」應排除後再計算。

### 施委員純全

有關「重複就診率」及「用藥日數重複率」指標值，全聯會原訂為「小於、等於」**指標值**，目前將這些**指標值**修訂成監測範圍，超出範圍即打折，**則**與實情不符。

## 王科長本仁

1. 原本早期品保方案就有訂定「各區重複就診率」指標之監測值，超出範圍，大家要特別去留意。
2. 至於本方案在何種情況需做減計，大家可以再討論的。我們會期待儘量符合監測值範圍內即為好的。未在監測值範圍表示不好，希望大家能朝這方向思考。

## 施委員純全

1. 因為每個指標意義不同，這個指標如無從訂好壞時則不設定監測值而設定監測範圍，例如「中西醫重複就醫比率」就是設定監測範圍，若超出監測範圍時應檢討問題何在。
2. 這裡是品質保證保留款分配指標，本案超出範圍則分配款項就予以打折。與品質保證保留款方案意義是不符的，應維持全聯會訂定之原方案「小於、等於」。
3. 本案給與品質款特定對象不打折，指標較差的對象給予打折。理論上不是採用「監測範圍」，而是採用「小於、等於」監測值，較符合指標意義。

## 黃召集人三桂

謝謝施委員意見。

## 陳委員福展

「用藥日數重複率」指標應再思考監測值，全聯會訂定監測值為小於、等於 1.1%，貴局是 0.88%，可能要以全聯會為主。

## 王科長本仁

我們採用 0.88%，係因最近資料且大家的 performance 都已經非常好，是否要維持較好的狀態來看這件事情較適合。

## 施委員純全

你們要訂為小於、等於 0.88%，是 ok 的，但是大於、等於 0.72%也要打折意思就不對了，應該建議將全聯會所提監測值修訂為 0.88%或維持原本數值 1.1%。

## 蔡委員淑鈴

1. 醫審及藥材組將該項指標置品質保證保留款不是很對，「各區重複就診率」指標定義與全聯會定義不同，故無法比較，閾值部分是多少必須重新計算，無法與 0.04%相比，建議擷取 90 百分位數值做閾值，大家同意後，閾值重新修正，於下次會議再確認。
2. 品質保證保留款將有 10%院所汰劣無法核發，不能全部醫療院所皆可領取。

## 張科長溫溫

1. 原本這兩項指標是做區重分配，我們認為應以個別院所角度看「重複就診率」及「用藥日數重複率」是否偏高(超過 90 百分位)。
2. 其實「重複就診率」及「用藥日數重複率」指標敏感度非常低，做各區重分配預算影響非常少，但是仍有一些院所還是高於所訂數值，建議不要做為區重分配指標，而是以個別院所角度超過 90 百分位做減計 10%或 20%，請委員們決定是否可以，並請確認以 10%或 20%做減計。

## 孫委員茂峰

「重複就診率」及「用藥日數重複率」指標以個別院所排序超過 90 百分位減計 10%。不寫監測值。

## 黃召集人三桂

謝謝全聯會及張科長的說明。

## 肆、討論事項第五案修訂「100 年小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫（草案）」案與會人員發言摘要

### 黃召集人三桂

小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，雙方已經在會前會溝通一些意見，惟第十一點支付方式做修訂。不知是否同意健保局修改意見？

### 張科長溫溫

1. 說明第十一點支付方式(二)，按公會所擬方式，可能造成前兩季支出超過 1,000 萬元，第 3~4 季預算就不夠用。
2. 按本局修改方式，1,000 萬元分四季均分，各季為 250 萬元，若該季支出 300 萬元，先做暫結(250 萬元除以 300 萬點)，至第 4 季計算全年支出，假設全年支出 2,000 萬點，則以 1,000 萬元除以支出 2,000 萬點，每點為 0.5 元，再重新結算。避免第 1~2 季有的院所先拿到每點為 1 元費用，還要追扣費用或補付費用。醫缺結算也用此方式辦理。

### 郭委員正全

按年度四季分配，是否比照報告案第五案，按工作天數分配預算。

### 張科長溫溫

拜託不要太複雜，因為預算不多且有 5 個中醫試辦計畫，另外報表已經夠複雜。

### 黃召集人三桂

按健保局意見做修正。

肆、討論事項第六案至第九案修訂「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫、腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫、腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫、腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫(草案)」案與會人員發言摘要

黃召集人三桂

第九案第 38 頁及 40 頁部分，麻煩公會做確認。

李科長純馥

業務單位提醒第九案第 38 頁之第四點適用範圍原方案不是：「…之診斷日起二年內患者」。現在是否要放寬為二年？請公會解釋原因。

孫委員茂峰

腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫，有以下做修訂：

1. 第四點適用範圍修訂為：「…疾病之診斷日起二年內患者」。
  - (1)我們在 98 年申請新的試辦計畫時，曾和組長提過黃金期的問題。
  - (2)黃金期隨著文獻一直在修改，最近這一篇不是中國大陸做的，一篇是澳洲，一篇是美國麻薩諸塞州做的，文獻提到「腦中風病患針灸復健有效時間為多久」，結論為：「中風後在醫院復健或是安養機構的病患有意願要做復健，並且中風後 10 年還需要並且有療效平均是 4.6 年。」，故在這種情況下，希望比照西醫復健科模式，且實際上病患也不斷要求，是否按照醫學新知模式處理，一來可以增加本計畫執行率，拜託長官可以同意，因為我們是有文獻基礎的。
2. 刪除第十三點費用分配與管控：分區按「腦血管疾病西醫住院患者中醫輔助醫療試辦計畫」費用申報比例原則分配。是不同計畫

陳委員俊明

中風復發率蠻高的，要如何認定診斷日起二年內？

## 孫委員茂峰

以最後一次中風認定。

## 黃召集人三桂

本案謝謝全聯會意見，將適用範圍修正為兩年，申請資格有重複文字做刪除，另外刪除第十三點費用分配與管控。

## 肆、討論事項第十案修訂「100 年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫案(草案)」案與會人員發言摘要

### 張科長溫溫

補充說明如下：

1. 議程資料第 86 頁，第肆點全聯會增加：「…，以 67 百萬計並於第四季採浮動點值計算。」，將中醫總額醫療資源缺乏地區之論量計酬部分以小總額方式處理，程式太複雜，且預算不多，建議以一般部門點值結算辦理。
2. 5 區預算分配有 5 個指標，第 1 個指標為 80%，其他 4 項指標各為 5%，為達到「人口占率」逐年提高之政策目標，建議第 1 項指標由 80%降為 76%，其他 4 項指標各增加 1%。
3. 第 5 項指標，目前以申報費用中醫師數計算，公會建議以「醫事人員公務統計且申報醫療費用者」計算，該計算方式因撰寫程式複雜，且對各區預算影響為 1 萬至 19 萬元，占幾百億費用非常的少；另中醫師跨 2-5 個縣市鄉鎮服務各區比例差不多約 10%醫師數，預估程式開發需 50-100 萬，不敷成本，故建議本案仍維持現行計算公式辦理。

### 鄭委員耀明

1. 我可以瞭解健保局對本案的用心，我覺得我們 10 月 8 日在費協會 164 次會議紀錄決議 100 年一般部門預算分配試辦計畫維持不變。不知道定位是如何？若是貴局覺得費協會決議不算，在這裡說的算，是否要重新討論，或者要回歸費協會 164 次會議紀錄第 51 頁楊主任委員決議 100 年一般部門預算分配試辦計畫續以 99 年模式繼續試辦。
2. 不知貴局意思是覺得在上次費協會說的算，或是要在這裡重新討論。

## 施委員純全

1. 資源缺乏地區方向只是朝保留款進行，本案分配方式對東區會產生費用差異，精神相當於品質保留款，另外設一個保留款來分配，可穩定無中醫鄉服務。
2. 關於地區預算分配，我個人贊成維持去年原案，本案有比過去進步些。本案仍然有一些問題，我曾寫信給副總經理及經理表示本案有許多問題，問題包括計算執業醫師數或登錄醫師數，都會影響其預算分配，問題很複雜，本案當然是往搭配人口占率走，但每年會在度變成醫界內部爭議不斷；目前費協會有提研究計畫委託學者專家進行中，屆時完成後，可將研究結果做為本案之參考。目前建議應先維持原本的基礎進行分配，可減少爭議。
3. 除支援醫師問題外，還有台北長庚醫院申報至北區，這是歷史背景問題，許多地區預算和事實不符，病患實際上未跨區就醫，申報費用後變為跨區就醫，希望採實際申報費用之登錄醫師計算，可解決長庚或其他院所問題，行政成本不是只有 19 萬，所有各區還要搭配一些管控措施和本案指標定義有關，如許多院所為了新進或支援醫師必須專案審查一年並不公平；這個問題其實程式上可以解決，真正要解決的是生效起日與生效迄日的問題，傳統定義以月底來計算醫師數，定義 ok 則無問題。

## 張科長溫溫

1. 有關醫療資源缺乏地區預算如何置一般部門各分區較恰當，我提供牙醫部門之作法，50%預算用前一年實際醫療費用發生比例切割回去，另外 50%預算以分區預算處理；今年是第一次，建議可採用此方式。若該醫缺論量費用超出預算過多，點值可能變為每點 0.2-0.3 元，大家要考慮，既然醫缺之論量費用部分回歸一般部門，應採用一般部門點值計算。
2. 目前預算分配係以就醫分區別進行分配，如台北長庚費用申報至北區，80%預算依現行分配公式給北區，中醫總額預算分配已與保險對象投保分區別無關。
3. 長庚醫院之中醫師數計算已另以人工方式扣減至台北松山區，若採用公會建議計算方式，本局將修正電腦程式，但預算數差值為 19

萬，程式用不到一年又要做修正。建議不做修正。

### 陳委員福展

醫療資源缺乏地區之論量計酬部分應要有專款專用之精神，可類似東區模式先將其切割出來，若併入各區一般部門點值計算，各地區為保障其點值，造成各區不要做醫缺或儘量不核准院所做醫缺，該區總額就可以膨脹，故建議將醫缺事先切割出來。

### 張科長溫溫

依照陳委員的想法，建議保障一點一元，結算不需做的太複雜，若依所擬方案建議，最後預算不夠仍有風險，以浮動點值計算，有可能低於一點一元。

### 張委員繼憲

1. 有關醫療資源缺乏地區案曾在中保會討論許多次，這部分所談的是論量計酬及基本承作費，所以在醫缺部分還有另一草案，修正基本承作費價格及診察費加成，還有我們試算及考慮過修訂診察費加成及基本承作費後，以現有地區概估不會超過 6700 萬元。
2. 在議程資料第 86 頁，建議第肆點刪除：「當中醫門診總額醫療資源缺乏地區改善方案費用總金額超過 67 百萬時，以 67 百萬計並於第四季採浮動點值計算。」。全部一點一元，扣除基本承作費價格及診察費加成後，論量計酬部分大約維持在 6700 萬元上下，不會影響一般部門點值結算。
3. 我們也有仔細考慮過，若影響一般部門點值結算，有些分區可能會有意見。

### 施委員純全

1. 資源缺乏地區之論量計酬 6700 萬元如未先暫時抽出來，執行上是有困難，資源缺乏地區論量計酬費用占率以東區最多為 25%，所以如何調整預算分配皆有問題，我們未想出好的方法，和牙醫情況不同，有技術上的困難，很難達到效果。

2. 計算醫師數不需太複雜，則回歸原本方法，採用登錄中醫師數計算，松山區及龜山鄉 2 家醫院用支付標準中已有之規定已排除之方式另形計算，則無問題，為最簡單方法，不會影響事實及預算分配。如僅以申報醫師數計算會有支援醫師之問題。

### 張科長溫溫

建議 100 年用公務統計登錄系統計算中醫師數，各季採用月份為 2、5、8、11 月份代表每一季。

### 黃召集人三桂

本案有三部分，第三部分大家有共識，醫缺是否有更好的方法？

### 施委員純全

先用保留款方式。

### 蔡委員淑鈴

1. 其實 100 年將資源缺乏地區之論量計酬搬回一般部門預算，是認為這裡的醫療服務本來是總額內要勻支的，專款是支付論次（醫師離開診所額外支付即是專款），住在山地離島民眾的醫療費用是一般總額費用，是應滿足之基本需求，若是民眾沒有地方看病，所以將醫缺之論量計酬費用切出去，是背道而馳，怎麼可以這樣子？目前中醫點值接近 1 點 1 元，實際上應多分配至醫療資源不足區，所以我認為有幾位委員主張獨立總額，若點值不夠要稀釋，市區點值高，辛苦去醫缺反而點值低，請問這是我們要的嗎？
2. 剛才鄭委員提費協會決議：「考量 99 年試辦計畫已將「人口占率」納入分配參數，符合促進各地區民眾就醫公平性之政策目標，且採行「先分配預算，再進行分區管理」模式，亦使醫療利用成長情形得以控制趨於合理，爰同意 100 年度中醫門診總額地區預算分配方式，續以 99 年度模式繼續試辦。至試辦計畫內容由中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位擬訂，送請衛生署核定後據以施行。」，所以模式沒有變，還是先分配預算，再進行分區管理，只是權重做

一點微調，來呼應不能永遠 80%以費用占率分配，對鄭委員一開始所提簡報突顯中區中醫師人數永遠偏高之問題，無法分散，長期用 10-20 年時間將非常不公平分配有點可能性，以微調方式進行，今年費協會決議試辦計畫內容由中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位擬訂，只做微調，衝擊少，形式意義有達到，對於戶籍人口占率往前進，對於各區 impact 影響非常有限，4 項指標互為影響，不是單項影響，如果做這樣建議對政策有好的回應，不失原本先分配預算，再進行分區管理，對 6 區影響非常少，如果可以每年做些微調，長期對 6 區醫師人數極端分布不平均，必須做長期監控。

### 鄭委員耀明

如果說我們每次分配問題在這裡說是微調動作，如蔡組長所說微調動作，就會牽涉到幾件事情：

1. 醫師的流動基本上就不是各公會可以做的事情，如蔡組長之前在中區的報告也承認醫師流動並不如預期。
2. 實際上以這樣的模式，您剛剛說好像看出一點效果，1%的微調，好像各分區不會跳起來；中區自 99 年 1 月份拿出來 5%，就高達 5000 多萬每進 1%就少 1300 多萬，中區更耽心這樣的模式，一個政策實施後，等到明年開始貴局就說已經做 2 年，公會去年同意，為何今年不同意？
3. 如果以這種微調，是健保局現在與公會開會說的算，中區要正式提第 3 案建議，人口占率模式變成「85%，3%，3%，3%，3%」，可看出 99 年中區點值 0.9 幾，其他區 1.0 多，中區自 90 幾年管控嚴格，致四位理事長皆被公平交易委員會調查審問，在 99 年計算基礎下，讓我們覺得應往上微調，而不是往下微調。

### 孫委員茂峰

非常感謝，組長所說的道理基本上我們理解，畢竟是政策問題，在這裡談一些理和情，先不說法，我們這個團隊剛組成，昨晚剛接獲訊息，也就是說在昨晚之前，大家都認定先前大家吵很久五區分配問題，包括台北及北區好不容易都接受，現在若再異動，內部可能再引發一些爭執，可能達不到組長苦心設計往前進 1%的效果，妳的政策及方向設

計我們能充分瞭解，未來較長時間我們六區再磨合出共識，實際上費協會講的籠統，從字義看基本上可以維持原本的百分比再繼續做，讓我們有時間做研議，maybe 明年度再討論，不知是否可行？

### 陳委員福展

1. 建議維持先前專款專用之精神來分配醫缺預算。
2. 醫缺不管是論量或論次，醫師均需要爬山涉水至醫缺地點服務，是值得鼓勵，故應保障論量及論次一點一元，應要單獨切出去，不該納入地方總額使用。醫缺是希望醫師出去服務，故應保障。

### 蔡委員淑鈴

1. 各分區分配之預算，是費協會一開始協商中醫總額以每個人頭費用分配下去，只不過是中醫師未到達山地鄉服務，醫療點數未發生在山地鄉，山地鄉民眾也分配到預算。
2. 100 年將論量費用回歸一般部門，係因現在給山地鄉民眾醫療服務太少，而都市用太多的，分配一點至山地鄉，才是正確；都市民眾用太多且超過許多，有一些民眾(山地鄉民眾)沒有機會使用，因醫師不達，所以不能反過來說醫缺回一般部門，會吃到地區一般部門預算，有些民眾用太多了，那些醫師應多分配一些時間至山地鄉提供醫療服務給過去未使用中醫的民眾。
3. 各部門總額皆相同觀念，費協會當時分配是每個人頭一定金額分配，只要有加保都有計算一份，希望將醫缺放入一般服務內，大家可公平使用，醫師不去山地鄉開業，至少可以去巡迴，對民眾較公平。

### 陳委員福展

我詢問兩個問題：

1. 當初論量計酬為何是專款專用？
2. 論次及論量之給付都是醫師出去至醫缺地點服務，為何論次及論量要不一樣？

## 張委員繼憲

1. 我想陳委員與蔡組長所說的意思是差不多的，只是用字上有一點不同，故有一些落差。
2. 蔡組長所說醫缺也算人頭，也有應該的就醫權益，目前狀況是無中醫師，故無費用產生，應該要鼓勵這個部份，目前設計醫缺是一點一元，至第4季不做浮動，目前修正基本承作費用及論量計酬診察費加成，規劃希望不會因支付標準改變，而使願意承作醫療院所卻步，也不希望醫缺地區因院所不去做巡迴醫療，而喪失就醫權益；因此重新設計基本承作費用及論量計酬診察費加成，又可保障醫缺醫療院所點值，若醫缺論量費用超過6700萬元，仍保障一點一元支付。

## 蔡委員淑鈴

1. 醫缺論量6700萬元費用為偏低，要刪除這種說法不正確，6700萬係過去醫缺區所使用之費用，仍是偏低的，這是對不起居住在醫療資源缺乏地區民眾的，未來若不足應使用一般部門費用才是合理。
2. 另外回覆陳委員問題，當時專款專用編列論次執業費用是要鼓勵醫師自執業地點到醫缺，因離開執業地點，不管時間及交通成本，是一種機會成本的補貼；至於用於民眾的醫療服務點數要公平在總額內平均分配，過去有一段時間將論次及論量費用至專款，顯有不公，拜託各位委員心中要將6700萬元刪除，因居住在醫缺費用分配太少，都沒有去服務這些民眾，且不能以分區委員會職權因預算不夠，不核准院所醫師做醫缺服務。

## 張科長溫溫

按本案精神，一般部門醫缺論量費用優先拿出來，不佔用分區額度，沒有6700萬限制，大家可以做到應有的量；再做東區(2.22%)及其他五區(97.78%)分配。

## 黃召集人三桂

醫缺部分解決了，人口占率如何？

## 鄭委員耀明

我可以理解組長的想法，你為貫徹署的政策，當時費協會楊銘欽主任委員詢問大家是否有意見，委員未有其他想法，我雖然尊重局的想法，但如同孫理事長所說新團隊剛組成，實際上整個過程中達不到效果，建議維持原案。

## 梁委員淑政

我想健保局顧慮到付費者的看法，像西醫基層也有一些分配的指數，付費者會希望他們今年能往前進；若中醫能在每個指標皆增加 1%，大家會認為中醫在地區分配上有在往前進。如果維持在原地，下年度費協會評核會議時，付費者若提出中醫未往前走的意見，變成負向指標而影響分數，影響到品質保證保留款的有無，中醫必須承擔這樣的風險。我想大家都是一番好意，往前走 1%對整體中醫總額的發展是否較好，請細思。

## 孫委員茂峰

由原來類似不分區試辦，又改回這樣的試辦，已經進步 5%，今年才第二年，由這個角度看，再給一點點空間，讓大家蓄積一些力量再往前走，拜託新團隊剛組成，如果動盪下去，我們又要開始吵架，絕對比這 1%操更多的心。拜託拜託！謝謝！

## 施委員純全

1. 其實大家發現中間空轉許多年，空轉原因是當時費協會及健保局堅定要往前調整，當時公會有附議過調整後可能會出大事，這種分配方式雖然精神達到，有回到人口因素，實際上有許多是拼湊出來的，如何才可以用做分配依據，包括人次及利用率，所以地區預算分配政策要如何走，費協會及健保局應要有積極態度想一個分配方式，現在的分配方式是錯的，一定是要是個自動計算公式，醫界不需要內部吵。
2. 地區預算分配應該採用鼓勵措施，而不是採用懲罰措施，要給蘿蔔，不是只給棍子，明白告訴你將會被打一棒，這種分配制度如何走的出去？中西牙都走不出去，因為現行地區預算分配制度為懲罰措施，不是鼓勵措施，就無法推動，所以要設計一個類似中油油價調整的自動化公式，每年地區預算分配用公式自動計算，在總額預算協商時設定

資源均衡改善之鼓勵因素，使目標更容易達成，過去醫界浪費許多時間為這個問題在吵，當每個人知道自己的分區預算會減少，皆會反彈，想法要考慮為自動化的公式及獎勵的措施，而不是處罰，建議先照現行方案試辦，再另行規劃其他方法，建議維持原案，分配的技術再研議改進。

## 黃召集人三桂

費協會長官是否有意見？

## 陳燕鈴(費協會長官)：

1. 向委員報告，費協會對「100 年度中醫門診總額地區預算分配方式」之決議，確如蔡組長所言，同意以 99 年度模式繼續試辦，但其詳細內容由健保局會同受託單位擬訂。依照各區民眾的就醫需求來分配預算，一直是費協會希望達到的目標，未來也將繼續朝此目標前進。
2. 補充說明，費協會尚有一項決議，期設法提高資源不足區醫師數及加強民眾之醫療服務，若點值超出一定比例，應設定「點值上限」，超出上限之預算應運用於其他服務計畫，提供資源不足區民眾之醫療服務。對此決議，明年將於評核會檢視辦理情形。今天議案眾多，可能未及討論，建議能及早規劃辦理方式，或可參考牙醫方案內容修訂中醫方案。

## 黃召集人三桂

1. 剛剛蔡組長苦口婆心說明，因孫理事長及理監事長剛上任，也不好意思要求馬上做，但是我希望你們瞭解這是個趨勢。
2. 鄭委員也多次參加費協會會議，也知道委員希望是什麼，會議紀錄目前為實錄，健保局意見也充分表達，希望雙方和諧，不要造成更大困擾，今年沒做，明年一定會做，只是幅度是大或是小，今天太晚告知全聯會，是我們不夠周詳，以後我們會改進，本案明年會再提出，一定會往前走，為維持雙方和諧，「人口占率」維持全聯會意見。

## 肆、討論事項第十一案研訂「100 年度中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」案與會人員發言摘要

### 張科長溫溫

有關「第三項：中醫門診總額鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫第八點、支付方式(二)：門診診察費加計百分之二十門診診察費加成」補充說明：

1. 假設院所該季診察費申報為 200 點，加計 20%後為 240 點，其中 40 點以 1 點 1 元計算於專款專用項目下，另外 200 點按該季該區浮動點值計算。本局希望大家能配合以下申報方式：

- (1) 申報該案件請按本項規定之「特定治療項目」代號申報。
- (2) 診察費 200 點，先暫時不做加計 20%。
- (3) 本局於結算時：

◎ 診察費加計：補給院所 40 元。

( $200 \text{ 點} * 20\% * 1 \text{ 點} 1 \text{ 元} = 40 \text{ 元}$ ，為專款專用項目)

◎  $200 \text{ 點} * \text{該季該區浮動點值}(0.9) = 180 \text{ 元}$ 。

(各分區一般部門點值結算)(假設該季該區浮動點值為 0.9)。

2. 上述該作業方式，帳比較清楚，若院所申報時將 20%做加計，本局技術面無法執行，希望大家可以配合。

### 郭委員正全

醫院內部將如何作帳？加計 20%之應收帳款如何計算？

### 張科長溫溫

應收帳款做暫結，本方法是比照西醫基層總額模式，希望大家可以配合。

### 黃委員福祥

議程 99 頁，基本承作地區分一級離島、二級離島、三級離島，會員反映吉貝村本屬於白沙鄉之二級離島，但是澎湖吉貝村是個獨立偏遠的

小島，希望列為三級離島。

### **黃科長淑雲**

請翻閱補充資料(2)第 12 頁，該資料全聯會已達共識且將澎湖吉貝村做調整，請全聯會說明。

### **張委員繼憲**

1. 補充說明為何做微調，至澎湖地區會有兩診，一診較辛苦，一診較不辛苦，一個是澎湖本島，一個是澎湖離島，出去一次會執行兩個點，申報兩個診次，
2. 因出發地點不同，故以離島級數做調整。

### **黃召集人三桂**

按剛才所做報告做修正。

## 肆、討論事項第十二案有關中醫總額部門醫療品質資訊公開「醫療費用明細標示」及「中醫藥品標示」公開資訊之檢討修訂案與會人員發言摘要

### 郭委員正全

議程第 122 頁，醫院(診所)門診醫療費用收據(參考格式)，「自付費用項目」之衛材項目是否與健保申報之材料費一致？

### 黃科長淑雲

收據參考格式為衛生署公告的。

### 陳委員福展

中醫已有一個參考格式，應使用該格式，此格式中醫並無法適用，例如中醫無注射之項目。

### 王科長本仁

1. 議程第 122 頁，醫院(診所)門診醫療費用收據(參考格式)係屬衛生署公告之參考格式，左邊為健保申報項目，右邊為自付費用項目，有「其他」及「衛材」欄位，另第 123 頁附件 2 為費用收據部分，為前次會議有共識之可公開醫療品質資訊項目，最後一欄「其他」拆為兩部分「材料費」或「衛材費」，是回應民間團體之需求。
2. 附件 3 中醫藥品標示部分，原先標示項目為 10 項，但按醫療法第 66 條及醫師法第 14 條規定(並未區隔中醫、牙醫及西醫之規範)，應該要增列「調劑者姓名」、「作用或適應症」、「警語或副作用」等項目。

### 黃召集人三桂

1. 大家有無意見？若無意見，請公會協助配合。
2. 今天討論案第二案做部分更正，議程第 33 頁有關本委員會設置要

點，全聯會仍維持原本人數，另增加台灣醫療改革基金會及消費者文教基金會，經協調後，更正由消費者文教基金會推派 1 位代表。

3. 大家是否有臨時動議？

**張委員繼憲**

醫缺試辦計畫第 33 頁補充說明，有關參與中醫總額醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫之中醫院所，不可以再申報診察費加成。

**黃召集人三桂**

謝謝大家！今天開會到這裡。

# 附件 1

## 100 年「中醫門診總額預算四季重分配」預算調整計算過程

序號	項目	Q1	Q2	Q3	Q4	總計
1	97年結算數 (a)(百萬點)	4,524.34	4,923.89	4,949.16	5,124.10	19,521.49
2	支付標準調整增加點數 (b)(百萬點)	40.77	49.10	50.11	49.95	189.93
3	調整結算數(百萬點) c= a-b	4,483.57	4,874.79	4,899.05	5,074.15	19,331.55
4	調整結算數% (h1)=c/c總計	23.19%	25.22%	25.34%	26.25%	100.00%
5	100年預算數(J) (百萬點)	4,839.44	4,967.42	4,899.93	5,207.92	19,914.71
6	100年預算數(J%)	24.30%	24.94%	24.60%	26.15%	100.00%
7	調整後預算數 S=(h1)*(J總計)(百萬點)	4,618.82	5,021.84	5,046.83	5,227.21	19,914.71
8						
9	97年年假e2	5	0	0	0	5
10	97年假日f2	12	13	13	13	51
11	97年上班日g2	74	78	79	79	310
12	97年年假產能 e3=e1/e2	3,655,088				3,655,088
13	97年假日產能 f3=f1/f2	8,996,540	8,474,553	7,755,818	8,683,487	8,467,424
14	97年非假日產能g3=g1/g2	59,689,529	61,999,789	61,740,356	63,662,889	61,806,016
15						
16	100年年假e4	5				5
17	100年假日f4	13	13	13	13	52
18	100年上班日g4	72	78	79	79	308
19						
20	Q1扣除多2天工作日 加上1天非假日產能之預算 S2=s-g3*2+f3(百萬點)	4,508.44	4,906.32	4,931.11	5,108.57	19,454.43
21	新占率 (h2)=s2/s2總計	23.17%	25.22%	25.35%	26.26%	100.00%
22	100年調整後預算數 S3=(h2)*(J總計)	4,615.09	5,022.39	5,047.78	5,229.44	19,914.71

項目	公式	第一季	第二季	第三季	第四季	合計
協商結果--醫療給付費用成長率 *一般服務		2.370%				
品質保證保留款醫療給付費用成長	M100	0.050%				
一般服務醫療給付費用成長率	N100	2.482%				
98年各季校正投保人口年增率預估值之差額金額	PEOP98	13.01	12.05	4.27	5.48	108.85
99年一般服務醫療給付費用總額	$Q99 = (Q98 + PEOP97) * (1 + N99)$	4,713.80	4,839.76	4,781.63	5,081.25	19,416.44
99年品質保證保留款醫療給付費用	$C99 = (Q98 + PEOP97) * M99$	2.33	2.40	2.37	2.51	9.61
預算 100年一般服務醫療給付費用總額 (百萬元)	$Q100 = (Q99 + PEOP98) * (1 + N100)$	4,844.13	4,972.24	4,904.69	5,212.98	20,009.91
100年品質保證保留款醫療給付費用 (百萬元)	$C100 = (Q99 + PEOP98) * M100$	2.36	2.43	2.39	2.54	9.76
100年+99年品質保證保留款醫療給付費用 (百萬元)	C100+C99	4.70	4.82	4.76	5.06	19.37
地區一般服務(百萬元)	$OPD\_G100 = Q100 - (C100 + C99)$	4,839.44	4,967.42	4,899.93	5,207.92	19,914.71
地區一般服務_4季占率		24.30%	24.94%	24.60%	26.15%	100.00%
按假日及非假日調整後占率	h_q	23.17%	25.22%	25.35%	26.26%	100.00%
按假日及非假日調整後占率之各季 預算分配(百萬元)	$G\_Q100 = OPD\_G100 \text{ 合計} * h\_q$	4,615.09	5,022.39	5,047.78	5,229.44	19,914.71
預算差距 (調整後預算-原預算)	G_Q100-OPD_G100	-224.34	54.97	147.85	21.52	0.00

## 附件 2

# 「重大傷病證明效期提醒機制案」健保 IC 卡刷卡時自動提示作業說明

行政院衛生署中央健康保險局 99 年 月 日

### 壹、緣由

現行健保重大傷病核定資料均已登錄於健保 IC 卡內，須經刷卡始能讀取重大傷病有效起訖日，為維護保險民眾權益及提高服務品質，設定重大傷病患者就醫刷健保 IC 卡時，螢幕畫面自動顯示重大傷病屆期訊息，主動提醒患者。

### 貳、實施時間：100 年 月 日開始

### 參、作業方式

#### 一、提示對象：

- (一) 重大傷病有效期限為 5 年、3 年、2 年者：效期屆期前二個月提示。
- (二) 重大傷病有效期限為 1 年、6 個月者：效期屆期前一個月提示。
- (三) 重大傷病有效期限為 3 個月、42 日者：效期屆期前一週提示。

#### 二、提示方式：

保險對象持健保 IC 卡於健保資訊站、健保局櫃檯、院所就醫掛號台或診間時，IC 卡刷卡時自動檢索重大傷病註記，於螢幕畫面主動顯示訊息視窗，由工作人員協助提醒病患後按鍵，消失顯示視窗。

#### 三、訊息視窗提示內容：

『本保險對象重大傷病效期將於×月×日屆期，請協助立即轉告』

#### 肆、醫療院所資訊系統配合事項：

- 一、提示機制係於刷卡取號時自動判斷，請配合更新院所端控制軟體（預定 100 年公告 3.1 版）。
- 二、如經判斷病患 IC 卡無重大傷病或尚未屆期時，不出現重大傷病提示訊息，亦不影響 IC 卡正常作業。

### 附件 3

## 行政院衛生署中央健康保險局中醫總額支付委員會設置要點 (草案)

99 年 11 月 18 日

- 一、中央健康保險局（以下簡稱本局）為推動「中醫總額支付制度」之實施，特成立「中央健康保險局中醫總額支付委員會」（以下簡稱本委員會）。
- 二、本委員會之任務如下：
  - （一）籌備及推動中醫總額支付制度相關事宜。
  - （二）研議中醫總額支付制度執行面相關辦法及規定。
- 三、本委員會置委員二十九人，由本局就下列人員、名額聘任之，並指定其中一人為召集人：
  - （一）專家學者三名。
  - （二）中醫門診醫療服務提供者代表，由本局洽請中華民國中醫師公會全國聯合會推舉十八人、台灣醫院協會推舉二人，行政院衛生署中醫藥委員會及中華民國消費者文教基金會各推舉一人。
  - （三）行政院衛生署及全民健康保險醫療費用協定委員會代表各一名。
  - （四）本局代表二名。
- 四、本委員會成員任期為二年，期滿得續聘之，代表機關及本局出任者，應隨其本職進退；代表中醫門診相關醫療服務團體出任者離開本職時，由原推舉單位就變動部分重新推舉。
- 五、本委員會成員均為無給職，但學者專家得依規定支領出席費。
- 六、本委員會原則上每三個月由召集人召集開會一次，必要時得召開臨時會議。
- 七、本委員會開會時，必要時得邀請相關機關團體人員代表列席。
- 八、本要點由本局公告後實施，修正時亦同。

## 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) 經中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門，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 =  $\left[ \frac{\text{當月中醫門診診察費總人次}}{\text{當月專任中醫師數} \times 23 \text{ 日}} \right]$
    2. 中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為 55 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 55 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、傷科及脫臼整復如同時治療處置，因同屬療程治療，一次限擇一項申報，不得同時申報。
- 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，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、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。
- 六、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及脫臼整復合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置(B55、B56、B57)每月上限為16人次(每月申報日數計算方式：每月申報日數超過26日者以26日計；中醫總額支付制度受託單位與保險人認定之醫療資源不足地區，每月以實際看診日數計。)
- 七、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、傷科及脫臼整復處置費(支付標準代碼B41、B43、B45、B53、B55、B62)上限為30人次，超出30人次部分者五折支付。
- 八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及脫臼整復合計申報量在三十一至四十五人次之部分申報編號B42、B44、B46、B54、B56、B57、B61、B63者九折支付，在四十六人次以上部分申報編號B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63者支付點數以零計。
- 九、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及脫臼整復合計申報量 =  $\left( \frac{\text{當月針灸、傷科及脫臼整復治療處置總人次}}{\text{當月專任中醫師總看診日數}} \right)$ 。
- 十、3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。

## 100 年度中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)

### 壹、依據：

行政院衛生署○○年○○月○○日衛署健保字第○○○○號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)100 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 163 次委員會議紀錄。

### 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：

依費協會第 150 次會議決議，品質保證保留款 99 年度開始採累計方式計算，預算來自 100 年度全民健康保險中醫醫療給付費用總額中「品質保證保留款」預算 0.25%與 99 年度原預算基礎。

### 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 1 次。
- 二、 提供資料及來源：本方案第柒點之三、五、六項及第捌點、第玖點，由中醫門診總額受託單位（中華民國中醫師公會全國聯合會，以下稱中醫全聯會）於 101 年 3 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、 各分區品質保證保留款預算分配：

- ~~(一)以 100 年全年各分區一般服務預算總額占率分配（註 1）。並依本方案第伍點之一(二)項原則，辦理各分區品質保證保留款分配增減原則，計算各分區品質保證保留款預算。~~
- ~~(二)各分區品質保證保留款分配增減原則：以「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之重複就診率（註 2）及用藥日數重複率（註 3）監測值為標準，超出任一項者，以該分區預算 9 折分配，超出二項者，以該分區預算 8 折分配，其被扣減之預算費用，撥入未超出監測值之分區預算比率（註 4）分配。~~

## 二、院所核算基礎：

(一)該院所參與品質保證保留款之核算基礎(A)

= (該院所申報 100 年醫療服務點數 - 100 年申報藥費與藥品調劑費) \* 平均核付率(含部分負擔，註 2)

註：100 年申報醫療服務點數以 101 年 3 月底為截止點

(二)以上述核算基礎，依本方案第捌及第玖點增減原則，計算每院所參與品質保證保留款之結算核算基礎。

(三)各醫療院所分配品質保證保留款 = (各醫療院所結算核算基礎 A / 各醫療院所結算核算基礎  $\Sigma A$ ) \* 該分區品質保證保留款

三、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，其核發金額將自當時結算之當季中醫門診總額一般服務項目預算中支應。

申復、爭議成功院所之品質保證保留款 = (該院所結算核算基礎 / 各醫療院所結算核算基礎  $\Sigma A$ ) \* 該分區品質保證保留款

## 陸、核發資格：

100 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。

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、100 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。(註 3)

二、核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率 (註 4)，超過該區 95 百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。

三、輔導：中醫門診特約醫事服務機構醫療行為模式異常，經中醫全聯會之分區委員會(以下稱分區委員會)輔導 2 次未改善或情節重大，經分區委員會提報中醫全聯會，准予核備並副知當事人在案者。

四、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 35 條、第 36 條、第 37 條、第 38 條等所列違規情事並經處分者，以處分日期認定之。

五、中醫門診特約醫事服務機構未經「中醫醫療院所加強感染控制」審查認證

合格或經評核未合格者。

六、未符合保險人公布中醫總額部門醫療品質資訊公開「醫療費用明細標示」院所。

捌、中醫門診特約醫事服務機構品質保證保留款核算基礎加計原則：

- 一、100年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），位於當年保險人公告之100年度中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案無健保特約中醫院所之鄉鎮地區，依核算基礎加計100%。
- 二、為鼓勵提升中醫醫療服務品質，所為教學研究且績效卓著之中醫門診特約醫事服務機構，其核算基礎予以鼓勵加成。其適用對象應參考經行政院衛生署中醫藥委員會『中醫醫療院所負責醫師二年以上醫師訓練合格醫院』依核算基礎加計10%。

玖、中醫門診特約醫事服務機構品質保證保留款核算基礎減計原則：

- 一、依據中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」規定之繼續教育點數（每年24點），按其所屬中醫門診特約醫事服務機構之最後1個月之專任中醫師數，計算未修滿上述規定點數之專任中醫師占率，以佔率作為減計核算基礎（註5）。
  - 二、「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」超過90百分位者減計20%（註6）。
  - 三、同日重複就診率超過90百分位者減計10%（註7）。
  - 四、7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過90百分位者減計10%（註8）。
- 拾、本方案由保險人會同中醫全聯會研訂後，送費協會備查，並由保險人報請行政院衛生署核定後公告實施，修正時亦同。

## 100 年度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：各分區品質保證保留款預算占率	保留款全年預算*(100 年該分區一般服務全年預算/Σ6 分區一般服務全年總預算)
註 2：年平均核付率	(全年初核核定點數+部分負擔)/(全年申請點數+部分負擔)
註 3：100 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。	資料範圍：按 100 年 2 月份公布醫事人員公務統計檔計算之。
註 4：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 5：專任中醫師減計基礎	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 該所屬中醫門診特約醫事服務機構中未修滿規定繼續教育點數之專任中醫師數/該所屬中醫門診特約醫事服務機構專任中醫師 ID 歸戶數</li> <li>2. 專任中醫師數均以當年度最後一個月所屬中醫門診特約醫事服務機構予以認定。</li> </ol>
註 6：「中醫同一院所同一患者同月看診次數過高病患就診 8 次以上比例」 < 90 百分位	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 分母：同一院所、同月看診總人數。</li> <li>2. 分子：同一院所、同一病人、同月看診次數 8 次（含）以上人數。</li> <li>3. 指標計算(S)：分子 / 分母。</li> <li>4. 各月計算比率，全年計算平均比率，進行百分位排序。  <math display="block">\text{平均每月比率} = \frac{\sum S}{\text{月份數}}</math> </li> <li>5. 所有資料排除符合以下任一條件者 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 診察費=0</li> <li>(2) 案件類別 25(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)及 B6(職災案件)。</li> <li>(3) 案件類別 22，且任一特定治療項目代號為 (C8, C9, C0, J7, CA)。</li> </ol> </li> </ol> <p>※ C8 (腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療)            ※ C9 (小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫)            ※ C0 (小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫)            ※ J7(腫瘤患者手術化療放射線療法西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫)            ※ CA (腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫)</p>
註 7：「 <u>同日重複就診率</u> 」 <u>&lt; 90 百分位</u>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費&gt;0 之門診案件。</li> <li>2. 公式說明： <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。</li> </ol> </li> <li>3. 指標計算：分子 / 分母。</li> <li>4. 指標進行百分位排序。</li> </ol>

指標項目	操作型定義
<p>註 8:「<u>7 日內處方用藥日數重複</u> <u>2 日以上比率</u>」 <u>&lt; 90 百分位</u></p>	<p>1. 資料範圍：所有屬中醫總額之門診給藥小於等於 7 日案件(排除 26、29 案件)。</p> <p>2. 公式說明：            分子：按各區及病人 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：各區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>

## 小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫

### 一、依據：

依據全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第 164 次委員會議決議辦理。

### 二、目的：

本計畫在有計畫的中醫處置介入幫助日益增多的氣喘患童並減緩發作的頻率與發作的嚴重度。

### 三、施行期間：自公告日起至 100 年 12 月 31 日止。

### 四、適用範圍：確診氣喘患者年齡在 15 歲以下(含 15 歲)之患童。

### 五、經費來源：全民健康保險 100 年度中醫門診醫療給付費用專款項目「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」支應。

### 六、申請資格：設有中醫門診之醫院且需參加總額受託單位所辦理講習會領有繼續教育證明之中醫師。(講習會不定期召開)

### 七、申請程序：

申請執行之中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫師公會全聯會)提出申請。

### 八、執行方式：

(一)每日執行上限為 30 人次，小兒氣喘每位患者每週以一次為限。

(二)看診人數不得超出本計畫所訂看診人次之上限，超出上限者費用點數給付為 0。

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

(四)執行本計畫醫療服務者欲變更計畫者需報請中醫師公會全聯會審議通過，發予變更同意函；檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函向本保險之分區報備准後始得變更。

### 九、計畫書之規範：

(一)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 號字型，橫式書寫。

(二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。

2.目的：分點具體列述所要達成之目標。

3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

(1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準（以 Expiratory No 、 Pulmonary function 、 Methacholine challenge test 、 Total IgE 四項指標。）。

(6)不良反應紀錄及通報。

(7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點之本計畫之支付點數預估。

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

十、受理資格審查：

(一)中醫師公會全聯會於每月月底（以郵戳為憑）收齊申請案件後，十五日內遴聘專學者進行審查，並於審查完成後十五日內送保險人核備同意後函復審查結果。

(二)經審查通過並收到回復函之中醫門診特約醫事服務機構，檢具中醫師公會全聯會之同意函與本保險之分區以換文方式申請辦理本試辦計畫服務，即可執行。

十一、支付方式：

(一)本計畫支付標準表如附件二，其每點支付金額以1元暫付。

(二)本計畫全年預算10百萬元，按季均分及結算，暫以1元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，當預算不足時採浮動點值計算暫結，且每點不高於1元，年底時進行結算，惟每點不高於1元。

十二、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之醫療院所，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，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二)醫療費用申報

1.健保局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：

(1)「案件分類」：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」（中醫其

他案件)。

(2)特定治療項目：請填寫「C9」(小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫)。

### 十三、執行報告

經審查通過執行本試辦計畫者，應於試辦計畫執行結束或年度結束後三十日前，應檢送執行報告至中醫師公會全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度審查之依據。

十四、辦理本試辦計畫之中醫門診特約醫事服務機構實施成效不佳者、未依本試辦計畫規定事項執行者或未依中醫總額受託單位規定繳交相關資料、評量報表者，得經中醫總額受託單位重新評估後停止執行者辦理本試辦計畫服務。

十五、本計畫實施成效由中醫師公會全聯會進行評估，並於年終向費協會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料；並於實施半年後進行期中檢討。

十六、本計畫由保險人會同中醫師公會全聯會研訂後，並送費協會備查及報請行政院衛生署核定後，由保險人公告實施。

附件一

100年度小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫申請書

基	院所名稱		院所代碼	
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號	
本	本計畫負責醫師學經歷		檢附證明文件	件
	e-mail :		聯絡電話 :	
資	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	教職
			台中字第 號	年資
			台中字第 號	
料	每週診療時間			
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果	備 註
	繼續教育證明書 份		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	計畫書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	醫師人力		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	其他醫事人力			
保險醫事服務機構	機構章戳		中醫全聯會審核意見欄 1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： 日期章戳：	本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日			

## 附件二

### 小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫 支付標準表

通則：

- 一、本支付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、小兒氣喘緩解期中醫輔助醫療門診服務量、各項治療處置合計申報量，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。
- 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，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報護理衛教與指導費，應於該次門診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、申報本計畫支付項目時需申報必要執行項目(P31101-P31108)，如有其中一項未實施，該筆費用將不予給付。(必要執行項目為註明中醫四診診察費、開立口服藥、中醫五音治療、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費、護理衛教與指導費等六項)。

## 支付標準表

### 一、必要項目

編號	診療項目	支付點數
P31101	中醫四診診察費	350
P31102	開立口服藥	150/日
P31104	中醫五音治療(健肺固衛)	150
P31106	穴位推拿按摩(培元納氣)	500
P31107	穴位敷貼處置費(平喘益肺)	300
P31108	護理衛教與指導費	300

### 二、加強項目

編號	診療項目	支付點數
P31211	生、心理評估(每三個月一次)	500/次
P31212	Expiratory No 一氧化氮檢測	270/次
P31213	Pulmonary function 肺功能試驗	400/次
P31214	Methacholine challenge test 醃丑甲基膽鹼誘發性氣道收縮測試	250/次
P31215	Total IgE 免疫球蛋白E	380/次
P31202	SF-36 生活品質量表或氣喘控制測驗(Asthma Control Test)	500/次
P31203	中醫輔助醫療檢查費(使用儀器—舌診儀輔助)每月一次為限	500/次
P31204	中醫輔助醫療檢查費(使用儀器—脈診儀輔助)每月一次為限	500/次
P31205	中醫輔助醫療檢查費(使用儀器—微循環儀輔助)每月一次為限	500/次
P31206	中醫輔助醫療檢查費(使用儀器—紅外線熱象儀輔助)每月一次為限	500/次
P31207	體針針灸治療並留針 30 分鐘(豁痰定喘)	350
P31208	氣霧吸入處置費(豁痰開竅)	200

註：1) 生、心理評估限每三個月一次。  
2) 加強項目未處置或檢查者不得申報費用。

## 小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

- 一、依據：

依據全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第 164 次委員會議決議辦理。
- 二、目的：

本計畫在促進提供主要照顧者對患童的居家照護能力、降低主要照顧者的生、心理負擔、提升主要照顧者的家庭生活品質、減輕腦性麻痺患童的醫療成本支出。
- 三、施行期間：自公告日起至 100 年 12 月 31 日止。
- 四、適用範圍：確診為腦性麻痺患者年齡在 12 歲以下(含 12 歲)之患童。
- 五、經費來源：全民健康保險 100 年度中醫門診醫療給付費用專款項目「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」支應。
- 六、申請資格：設有中醫門診之醫院且需參加總額受託單位辦理講習會領有繼續教育證明之中醫師(講習會不定期召開)。
- 七、申請程序：

申請執行之中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫師公會全聯會)提出申請。
- 八、執行方式：
  - (一)每日執行上限為 30 人次，小兒腦性麻痺每位患者每週以一次為限。
  - (二)看診人數不得超出本計畫所訂看診人次之上限，超出上限者費用點數給付為 0。
  - (三)看診醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。
  - (四)執行本計畫醫療服務者欲變更計畫者需報請中醫師公會全聯會審議通過，發予變更同意函；檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函向本保險之分區報備核准後始得變更。
- 九、計畫書之規範：

- (一)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 號字型，橫式書寫。
- (二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。
- (三)內容至少應包括下列項目：
- 1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。
  - 2.目的：分點具體列述所要達成之目標。
  - 3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：
    - (1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。
    - (2)標準作業程序。
    - (3)適應症。
    - (4)治療及追蹤計畫。
    - (5)療效評估標準。
    - (6)不良反應紀錄及通報。
    - (7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點之本計畫之支付點數預估。
- (四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

#### 十、受理資格審查：

- (一)中醫師公會全聯會於每月月底（以郵戳為憑）收齊申請案件後，十五日內遴聘專學者進行審查，並於審查完成後十五日內送保險人核備同意後函復審查結果。
- (二)經審查通過並收到回復函之中醫門診特約醫事服務機構，檢具中醫師公會全聯會之同意函與本保險之分區以換文方式申請辦理本試辦計畫服務，即可執行。

#### 十一、支付方式：

- (一)本計畫支付標準表如附件二，其每點支付金額以 1 元暫付。
- (二)本計畫全年預算 20 百萬元，按季均分及結算，暫以 1 元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，當預算不足時採浮動點值計算暫結，且每點不高於 1 元，年底時進行結算，惟每點不高於 1 元。

## 十二、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之醫療院所，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，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

### (二)醫療費用申報

1.健保局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：

(1)「案件分類」：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」（中醫其他案件）。

(2)特定治療項目：請填寫「C0」（小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫）。

## 十三、執行報告

經審查通過執行本試辦計畫者，應於試辦計畫執行結束或年度結束後三十日前，應檢送執行報告至中醫師公會全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度審查之依據。

十四、辦理本試辦計畫之中醫門診特約醫事服務機構實施成效不佳者、未依本試辦計畫規定事項執行者或未依中醫總額受託單位規定繳交相關資料、評量報表者，得經中醫總額受託單位重新評估後停止執行者辦理本試辦計畫服務。

十五、本計畫實施成效由中醫師公會全聯會進行評估，並於年終向費協會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料；並於實施半年後進行期中檢討。

十六、本計畫由保險人會同中醫師公會全聯會研訂後，並送費協會備查及報請行政院衛生署核定後，由保險人公告實施。

附件一

100 年度小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫申請書

基	院所名稱		院所代碼	
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號	
本	本計畫負責醫師學經歷		檢附證明文件	件
	e-mail :		聯絡電話 :	
資	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	教職
			台中字第	號
料	每週診療時間			
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果	
	繼續教育證明書 份		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	計畫書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	醫師人力		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	其他醫事人力			
保險醫事服務機構	機構章戳	中醫全聯會審核意見欄		本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日			
		1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： 日期章戳：		

## 附件二

# 小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫 支付標準表

### 通則：

- 一、本支付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、小兒腦性麻痺中醫優質門診照醫療門診服務量、各項治療處置合計申報量，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。
- 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，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報護理衛教與指導費，應於該次門診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、申報本計畫支付項目時需申報必要執行項目(P32101-P32108)，如有其中一項未實施，該筆費用將不予給付。(必要執行項目為註明中醫四診診察費、開立口服藥、頭皮針針灸治療、中醫五音治療、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸、體針半刺、護理衛教與指導費等八項)

## 支付標準表

### 一、必要項目

編號	診療項目	支付點數
P32101	中醫四診診察費	350
P32102	開立口服藥	150/日
P32103	頭皮針針灸治療處置費(醒神開竅、留針 30 分鐘以上)	350
P32104	五音治療處置費(益智健腦、清心寧神)	150
P32105	穴位推拿按摩(益腎通督)	500
P32106	督脈及神闕藥灸(培元固本)	300
P32107	體針半刺(豁痰、利關節)	280
P32108	護理衛教與指導費	300

### 二、加強項目

編號	診療項目	支付點數
P32211	CCDI 學齡前兒童行為發展量表	820/次
P32212	GMFM粗動作功能評量表	600/次
P32213	SF-36 生活品質量表	380/次
P32202	中醫輔助醫療檢查費（使用儀器—舌診儀輔助）每個月一次為限	500/次
P32203	中醫輔助醫療檢查費（使用儀器—脈診儀輔助）每個月一次為限	500/次
P32204	中醫輔助醫療檢查費（使用儀器—微循環儀輔助）每個月一次為限	500/次
P32205	中醫輔助醫療檢查費（使用儀器—紅外線熱象儀輔助）每個月一次為限	500/次
P32206	中藥藥浴處置費(疏經活絡)	200
註：1) 生、心理評估限每三個月一次。 2) 加強項目未處置或檢查者不得申報費用。		

## 附件 8

# 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

### 一、依據：

依據全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第 164 次委員會議決議辦理。

### 二、目的：

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

### 三、施行期間：自公告日起至 100 年 12 月 31 日止。

### 四、適用範圍：需中醫輔助醫療之腫瘤住院患者。

### 五、經費來源：全民健康保險 100 年度中醫門診醫療給付費用專款項目「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」支應。

### 六、申請資格：設有中醫門診之醫院且需參加總額受託單位辦理講習會領有繼續教育證明之中醫師(講習會不定期召開)。

### 七、申請程序：

申請執行之中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫師公會全聯會)提出申請。

### 八、執行方式：

(一)參與本計畫之中醫診療、疾病管理照護人員應參與確保本計畫執行品質之相關研習會議，並配合辦理品質管控之資料傳輸與實地臨床訪查。

(二)腫瘤住院患者每週處置不得超過 3 次(加護病房患者除外)。

(三)每週每位患者看診超出本計畫所訂之上限，超出上限者費用點數給付為 0。

(四)看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療與評估，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和計畫規範應執行之記錄。

(五)執行本計畫醫療服務者欲變更計畫者需報請中醫師公會全聯會審議通過，發予變更同意函；檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函向本保險之分區報備核准後始得變更。

#### 九、計畫書之規範：

(一)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 號字型，橫式書寫。

(二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。

2.目的：分點具體列述所要達成之目標。

3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

(1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準。

(6)不良反應紀錄及通報。

(7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點之本計畫「支付標準表」之診療項目及支付點數預估。

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

#### 十、受理資格審查：

(一)中醫師公會全聯會於每月月底（以郵戳為憑）收齊申請案件後，十五日內遴聘專家學者進行審查，並於審查完成後十五日內送保險人核備同意後函復審查結果。

(二)經審查通過並收到回復函之中醫門診特約醫事服務機構，檢具中醫師公會全聯會之同意函與本保險之分區以換文方式申請辦理本試辦計畫服務，即可執行。

#### 十一、支付方式：

(一)本計畫支付標準表如附件二，其每點支付金額以 1 元暫付。

(二)本計畫全年預算 10 百萬元，按季均分及結算，暫以 1 元支付，

當季預算若有結餘則流用至下季，當預算不足時採浮動點值計算暫結，且每點不高於 1 元，年底時進行結算，惟每點不高於 1 元。

## 十二、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之醫療院所，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，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

### (二)醫療費用申報

1.健保局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：

(1)「案件分類」：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」(中醫其他案件)。

(2)特定治療項目：「腫瘤」請填寫「J7」。

## 十三、執行報告

(一)經審查通過執行本試辦計畫者，於試辦計畫執行期間，應依規定時間傳送本計畫收案之個案數位資料至中醫師公會全聯會以確保本計畫之執行品質與提報總結成果。

(二)經審查通過執行本試辦計畫者，應於試辦計畫執行結束或年度結束後三十日前，應檢送執行報告至中醫師公會全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫(應包含執行成果及實施效益)，並由中醫師公會全聯會遴聘專家學者針對執行成果進行審查。

十四、辦理本試辦計畫之中醫門診特約醫事服務機構實施成效不佳者、未依本試辦計畫規定事項執行者或未依中醫總額受託單位規定繳交相關資料、評量報表者，得經中醫總額受託單位重新評估後停止執行者辦理本試辦計畫服務。

十五、本計畫實施成效由中醫師公會全聯會進行評估，並於年終向費協會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料；並於實施半年後進行期中檢討。

十六、本計畫由保險人會同中醫師公會全聯會研訂後，並送費協會備查及報請行政院衛生署核定後，由保險人公告實施。

附件一

100 年度腫瘤患者手術、化療、放線射療法西醫住院病患中醫輔助  
醫療試辦計畫申請書

基	院所名稱		院所代碼			
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號			
本	本計畫負責醫師學經歷		檢附證明文件	件		
	e-mail :		聯絡電話：			
資	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	教職	年資	
			台中字第	號		
			台中字第	號		
			台中字第	號		
			台中字第	號		
			台中字第	號		
			台中字第	號		
料	每週診療時間					
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註	
	繼續教育證明書 份		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	計畫書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	醫師人力		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	其他醫事人力					
保險醫事服務機構	機構章戳		中醫全聯會審核意見欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他  審核委員： 日期章戳：		本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日					

## 腫瘤患者手術、化療、放線射療法西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫支付標準表

通則：

- 一、本支付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、腫瘤患者手術、化療、放線射療法西醫住院病患中醫輔助醫療門診服務量、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。
- 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，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以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，應於該次門診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。

## 支付標準表

### 第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P34001	中醫輔助醫療診察費	350

### 第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100

註：出院患者必要時得開給7天藥品

### 第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P34031	針灸治療處置費	400
P34032	電針治療	500

註：P34031、P34032 每次治療擇一申報。

### 第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P34041	一般治療（含推拿治療或外敷藥處置）	300

### 第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P34051	中醫護理衛教費	300
P34052	營養飲食指導費	250
P34053	EORTC QLQ-C30 癌症患者生命質量測定量表 ECOG 生活品質評估 BCQ 中醫體質量表評估	1000

註：P34051、P34052 每一個案住院期間限申請 1 次費用。

P34053：EORTC QLQ-C30、ECOG、BCQ 以個案為單位（每案限治療前後測各一次），前後測量表可各申請給付一次，每次需三項均完成方可申請費用。

## 第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

## 第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次

註：每個月限以一次為限，未檢查者不得申報。

## 腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

### 一、依據：

依據全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第 164 次委員會議決議辦理。

### 二、目的：

本計畫乃針對住院中之腦血管疾病患者，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、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。

### 三、施行期間：自公告日起至 100 年 12 月 31 日止。

### 四、適用範圍：腦血管疾病 (ICD-9：430~438) 自診斷日起六個月內之住院病患，需中醫輔助醫療協助者。

### 五、經費來源：全民健康保險 100 年度中醫門診醫療給付費用專款項目「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」支應。

### 六、申請資格：設有中醫門診之醫院且需參加總額受託單位辦理講習會領有繼續教育證明之中醫師(講習會不定期召開)。

### 七、申請程序：

申請執行之中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫師公會全聯會)提出申請。

### 八、執行方式：

(一)腦血管疾病每位患者處置每週不得超過 3 次(加護病房患者除外)。

(二)每週每位患者看診超出本計畫所訂之上限，超出上限者費用點數給付為 0。

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

(四)執行本計畫醫療服務者欲變更計畫者需報請中醫師公會全聯會審議通過，發予變更同意函；檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函向本保險之分區報備核准後始得變更。

### 九、計畫書之規範：

(一)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 號字型，橫式書寫。

(二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。

2.目的：分點具體列述所要達成之目標。

3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

(1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準對於腦血管疾病，以 NIHSS、Barthel Index 做為評估標準。

(6)不良反應紀錄及通報。

(7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點之本計畫「支付標準表」之診療項目及支付點數預估。

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

十、受理資格審查：

(一)中醫師公會全聯會於每月月底（以郵戳為憑）收齊申請案件後，十五日內遴聘專學者進行審查，並於審查完成後十五日內送保險人核備同意後函復審查結果。

(二)經審查通過並收到回復函之中醫門診特約醫事服務機構，檢具中醫師公會全聯會之同意函與本保險之分區以換文方式申請辦理本試辦計畫服務，即可執行。

十一、支付方式：

(一)本計畫支付標準表如附件二，其每點支付金額以 1 元暫付。

(二)本計畫全年預算 45 百萬元，按季均分及結算，暫以 1 元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，當預算不足時採浮動點值計算暫結，且每點不高於 1 元，年底時進行結算，惟每點不高於 1 元。

十二、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之醫療院所，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，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二)醫療費用申報

1.健保局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：

(1)「案件分類」：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」(中醫其他案件)。

(2)特定治療項目：「腦血管疾病」請填寫「C8」。

十三、執行報告

經審查通過執行本試辦計畫者，應於試辦計畫執行結束或年度結束後三十日前，應檢送執行報告至中醫師公會全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度審查之依據。

十四、辦理本試辦計畫之中醫門診特約醫事服務機構實施成效不佳者、未依本試辦計畫規定事項執行者或未依中醫總額受託單位規定繳交相關資料、評量報表者，得經中醫總額受託單位重新評估後停止執行者辦理本試辦計畫服務。

十五、本計畫實施成效由中醫師公會全聯會進行評估，並於年終向費協會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料；並於實施半年後進行期中檢討。

十六、本計畫由保險人會同中醫師公會全聯會研訂後，並送費協會備查及報請行政院衛生署核定後，由保險人公告實施。

附件一

100 年度腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫申請書

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		檢附證明文件			
	e-mail :		聯絡電話 :			
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	教職		
			台中字第	號		
			台中字第	號		
			台中字第	號		
			台中字第	號		
			台中字第	號		
料	每週診療時間					
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註	
	繼續教育證明書		份		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	計畫書				<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	醫師人力				<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	其他醫事人力					
保險醫事服務機構	機構章戳		中醫全聯會審核意見欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他		本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日					

## 附件二

### 腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 支付標準表

通則：

- 一、本支付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、腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療門診服務量、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。
- 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，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以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，應於該次門診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。

### 支付標準表

#### 第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

#### 第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

#### 第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P33031	針灸治療處置費	400
P33032	電針治療	500

註：P33031、P33032 每次治療擇一申報。

#### 第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

#### 第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生心理評估 美國國家衛生研究院中風評量表 (NIHSS) 巴氏量表 (Barthel Index)	1000
註：P33051、P33052、P33053 每一個案住院期間限申請 1 次費用。 P33053 生心理評估需以個案為單位需前後量表皆完成方可提出申請給付。		

#### 第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

#### 第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P33071	中醫輔助醫療檢查費 (舌診儀)	500/次
P33072	中醫輔助醫療檢查費 (脈診儀)	500/次
P33073	中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助)	500/次
P33074	中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助)	500/次
註：每個月限以一次為限，未檢查者不得申報。		

## 腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

### 一、依據：

依據全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第 164 次委員會議決議辦理。

### 二、目的：

本計畫乃針對病情已穩定、進入慢性復健期的腦血管疾病患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療積極主動介入，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇、降低醫療費用支出的目的。

### 三、施行期間：自公告日起至 100 年 12 月 31 日止。

### 四、適用範圍：病人自述發生腦血管疾病之診斷日起二年內(年月減年月)患者 (ICD-9：430~438)，經急性期處置後出院、轉院，或轉入療護機構，由符合資格之中醫師以門診專案照護計畫，提供中醫輔助醫療。(病人自述之診斷日需記載於病歷上，未記載者不予支付)

### 五、經費來源：全民健康保險 100 年度中醫門診醫療給付費用專款項目「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」支應。

### 六、申請資格：申請院所負責醫師執業滿四年以上之院所得以承辦，執行醫師執業需滿二年以上且需參加總額受託單位辦理講習會領有繼續教育證明及團隊能有效提供醫療服務者(講習會不定期召開)。(符合本試辦計畫資格之院所名稱將公告於行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網供民眾查詢。)

### 七、申請程序：

申請執行之中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫師公會全聯會)提出申請。

### 八、執行方式：

(一)腦血管疾病每位患者處置每週不得超過 3 次。

(二)每週每位患者看診超出本計畫所訂之上限，超出上限者費用點數給付為 0。

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

(四)執行本計畫醫療服務者欲變更計畫者需報請中醫師公會全聯會審議通過，發予變更同意函；檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函向本保險之分區報備核准後始得變更。

### 九、計畫書之規範：

(一)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 號字型，橫式書寫。

(二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。

2.目的：分點具體列述所要達成之目標。

3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

(1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準對於腦血管疾病，以 NIHSS、Barthel Index 做為評估標準。

(6)不良反應紀錄及通報。

(7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點之本計畫「支付標準表」之診療項目及支付點數預估。

4.衛生主管單位報備同意文件及醫療（療護）機構同意書。

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

十、受理資格審查：

(一)中醫師公會全聯會於每月月底（以郵戳為憑）收齊申請案件後，十五日內遴聘專家學者進行審查，並於審查完成後十五日內送保險人核備同意後函復審查結果。

(二)經審查通過並收到回復函之中醫門診特約醫事服務機構，檢具中醫師公會全聯會之同意函與本保險之分區以換文方式申請辦理本試辦計畫服務，即可執行。

十一、支付方式：

(一)本計畫支付標準表如附件二，其每點支付金額以 1 元暫付。

(二)本計畫全年預算 90 百萬元，按季均分及結算，暫以 1 元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，當預算不足時採浮動點值計算暫結，且每點不高於 1 元，年底時進行結算，惟每點不高於 1 元。

十二、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之醫療院所，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，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

## (二)醫療費用申報

1.健保局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：

(1)案件分類：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」。

(2)特定治療項目(一)：「腦血管後遺症」請填寫「CA」。

## 十三、執行報告

經審查通過執行本試辦計畫者，應於試辦計畫執行結束或年度結束後三十日前，應檢送執行報告至中醫師公會全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度審查之依據。

十四、辦理本試辦計畫之中醫門診特約醫事服務機構實施成效不佳者、未依本試辦計畫規定事項執行者或未依中醫總額受託單位規定繳交相關資料、評量報表者，得經中醫總額受託單位重新評估後停止執行者辦理本試辦計畫服務。

十五、本計畫實施成效由中醫師公會全聯會進行評估，並於年終向費協會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料；並於實施半年後進行期中檢討。

十六、本計畫由保險人會同中醫師公會全聯會研訂後，並送費協會備查及報請行政院衛生署核定後，由保險人公告實施。

## 100 年度腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫申請書

基 本	院所名稱		院所代碼	
	院所負責醫師姓名		身分證字號	
本	院所負責醫師年資		電 話	
			傳 真	
院所地址：				
資	承辦計畫醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	年資
			台中字第 號	
料	每週診療時間			
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果	備 註
	繼續教育證明書 份		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	計畫書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	醫師人力		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	其他醫事人力			
	配合養護機構相關資料			
保 險 醫 事 服 務 機 構	機構章戳			本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日		中醫全聯會審核意見欄 1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他：  審核委員： 日期章戳：	

## 附件二

# 腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫 支付標準表

通則：

- 一、本支付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、腦血管疾病後遺症門診照護計畫服務量、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合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 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，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報中醫護理衛教費應於該次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。

## 支付標準表

### 第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P38001	中醫輔助醫療診察費	300

### 第二章 藥品費

編號	診療項目	支付點數
P38021	每日藥品費	50

### 第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P38031	針灸治療處置費	250

#### 第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P38041	一般治療	250

#### 第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P38051	中醫護理衛教費(限有聘用護理人員之院所申報)	300
P38052	生心理評估 美國國家衛生研究院中風評量表 (NIHSS) 巴氏量表 (Barthel Index)	1000

註：P38051 中醫護理衛教費限每三個月申請一次。

P38052 生心理評估需以個案為單位限每二個月申請一次，在醫療（療護）機構未住滿兩個月者，限申報一次。

## 100 年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫 (草案)

### 壹、依據：

全民健康保險醫療費用協定委員會（以下稱費協會）第 164 次會議決議辦理。

### 貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本試辦計畫。

參、試辦期間：100 年 1 月 1 日起至 100 年 12 月 31 日止。

### 肆、預算分配：

一、先行結算 100 年度中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以一點一元計後，再依本條第二項執行分配。

二、當年度中醫門診總額一般部門預算，東區預算占率 2.22%，其餘五分區（以下簡稱五分區）預算占率 97.78%。

三、五分區各季預算分配方式如下（操作型定義詳附件 1）：

(一)80%預算以「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。

(二)5%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

(三)5%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)5%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)。

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」,負責本試辦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,含各區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會(以下稱中保會)分會與保險人分區業務組,負責本試辦計畫之管理、監控與檢討。

#### 柒、監控與檢討

- 一、監控各分區預估點值:五分區預估平均點值低於 0.9 時,請中醫全聯會立即進行檢討,提出改善對策。
  - 二、保險人與中醫全聯會按季對醫療費用、品質與醫療資源分布及共管機制進行監控與檢討,執行結果並按季送行政院衛生署及費協會備查。
- 捌、本試辦計畫由保險人會同中醫全聯會研訂後,報請行政院衛生署核定後公告實施,並送費協會備查。

## 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收入預算占率

分子：各分區各季總預算( $A_{i1}$ )

分母： $\Sigma$  各分區各季總預算加總( $\Sigma A_{i1}$ )

條件說明：

一、100 年第 1 季：96Q1+97Q1+98Q1 預算加總

二、100 年第 2 季：96Q2+97Q2+98Q2 預算加總

三、100 年第 3 季：96Q3+97Q3+98Q3 預算加總

四、100 年第 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( $A_{i2}$ )

分母： $\Sigma$  各分區去年同期戶籍人口數加總( $A_{i2}$ )

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/gateway/stpegr01.cgi?s\\_code=m0&sheet0name=s8](http://www.ris.gov.tw/gateway/stpegr01.cgi?s_code=m0&sheet0name=s8)

(首頁 > 統計資料 > 戶籍人口統計 > 戶籍統計 > 戶籍人口統計月報>表八、各鄉鎮市區戶數及人口數統計表 )

二、各分區之各鄉鎮市區如附表。

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( $A_{i3}$ )

分母： $\Sigma$  各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總( $A_{i3}$ )

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：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（案件分類 22）且任一特定治療項目代號為(C8, C9, C0, J7, CA)】，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)計算去年同期全局就醫人數(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)/ $\Sigma$  每位病患於各區就醫次數(a)

(四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

=各區  $\Sigma$  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)/ 全局就醫人數(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)

### 二、舉例說明：

(一)本季全局就醫中醫病患有 4 人(p)。

(二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	病患a1 就醫次數	於各區就醫次數 比率(a1%)	病患a2 就醫次數	於各區就醫次 數比率(a2%)	病患a3 就醫次數	於各區就醫次 數比率(a3%)	病患a4 就醫次數	於各區就醫次 數比率(a4%)	各區每位病患 之就醫次數比 率 T =(a1%+a2%+a3% +a4%)
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.00000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.00000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.33333%	0.916667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.66667%	1.024603
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.00000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.00000%	0.391270
全局	18	100.0000%	28	100.0000%	40	100.0000%	12	100.0000%	4.000000

(三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數 bau_p	各區每位病患之 就醫次數比率(T)	權值(K1) =T/P	扣除東區分局	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	-	-
全局	4 <sup>P</sup>		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(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為 (99 年該季/98 年同期) -1。
- 三、醫療費用點數成長率(r)：(99 年該季申報醫療費用點數/98 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總額一般部門申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類 B6)、中醫醫療照護試辦計畫(案件分類 22)且任一特定治療項目代號為(C8, C9, C0, J7, CA)

註：C8(腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療)、C9(小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫)、C0(小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫)、J7(腫瘤患者手術化療放射線療法西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫)、CA(腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫)。

- 五、本項為正向指標，權重為 1、權值為 5%(m)。(取五區最大值、其值大於 0 且(p)>0 則權值為+5%、取五區最小值、其值小於 0 且(r)>0 則權值為-5%，其他者為 0)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值需大於 0 且 p 值大於 0 之區域，計+5% 及(p-r)產生的最小值中，其值需小於 0 且 p 值大於 0 之區域，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： $\Sigma$  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「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、各分局之各鄉鎮市區如附表 1。
- 五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數  
=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)

六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

\*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 > 全國每萬人口中醫師數成長率，

各鄉鎮市區權值(dr\_peop)

$$= -5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$$

\*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)。

(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)

$$= +5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$$

\*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)。

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

$$= \text{各分區} \sum \text{各鄉鎮市區權值}(dr\_peop)$$

\*成長率之計算係與前季季中比較。

## 附件 2 五分區預算分配之計算及各分區點值核算

### ※五分區預算分配之計算

一、當年度中醫門診總額一般部門各季收入預算總額(T)  
= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算(東區)

二、指標 1 預算 GA= (T)\*97.78%\*80%

三、指標 2 預算 GB= (T)\*97.78%\* 5%

四、指標 3 預算 GC= (T)\*97.78%\* 5%

五、指標 4 預算 GD= (T)\*97.78%\* 5%

六、指標 5 預算 GE= (T)\*97.78%\* 5%

七、其他五分區(以下稱五分區)各季預算=各分區各季預算 Ga+各分區各季預算 Gb +各分區各季預算 Gc+各分區各季預算 Gd +各分區各季預算 Ge。

八、各分區各季預算 Ga  
= 各季預算 GA\*指標 1 占率 ( $A_{i1}/\sum A_{i1}$ )。

指標 1 占率 ( $A_{i1}/\sum A_{i1}$ )

= 95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算 ( $A_{i1}$ ) /  $\sum$  95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算 ( $\sum A_{i1}$ )。

\* 占率：四捨五入至小數點第 6 位

九、各分區各季預算 Gb

= 各季預算 GB\*指標 2 占率 ( $A_{i2}/\sum A_{i2}$ )。

指標 2 占率 ( $A_{i2}/\sum A_{i2}$ )

= 去年同期各分區戶籍人口數 ( $A_{i2}$ ) /  $\sum$  去年同期各分區戶籍人口數 ( $\sum A_{i2}$ )。

\* 占率：四捨五入至小數點第 6 位

## 十、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  $(A_{i3} / \sum A_{i3})$

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

\* 占率：四捨五入至小數點第 6 位

## 十一、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 年第 4 季至 98 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  $(A_{i4} / \sum A_{i4})$

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

\* 成長率占率：四捨五入至小數點第 6 位

## 十二、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 年第 4 季至 98 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  $(A_{i5} / \sum A_{i5})$

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

\* 占率：四捨五入至小數點第 6 位

※各分區點值之核算：

一、藥費及藥品調劑費分別依藥價基準及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]]

附表 1

附表：轄區保險人之各鄉鎮市區

序號	分區	縣市	鄉鎮												
1	台北	宜蘭縣	三星鄉	41	台北	臺北市	萬華區	10	北區	苗栗縣	苗栗市	1	中區	南投縣	中寮鄉
2	台北	宜蘭縣	大同鄉	42	台北	臺北縣	八里鄉	11	北區	苗栗縣	苑裡鎮	2	中區	南投縣	仁愛鄉
3	台北	宜蘭縣	五結鄉	43	台北	臺北縣	三芝鄉	12	北區	苗栗縣	泰安鄉	3	中區	南投縣	水里鄉
4	台北	宜蘭縣	冬山鄉	44	台北	臺北縣	三重市	13	北區	苗栗縣	通霄鎮	4	中區	南投縣	名間鄉
5	台北	宜蘭縣	壯圍鄉	45	台北	臺北縣	三峽鎮	14	北區	苗栗縣	造橋鄉	5	中區	南投縣	竹山鎮
6	台北	宜蘭縣	宜蘭市	46	台北	臺北縣	土城市	15	北區	苗栗縣	獅潭鄉	6	中區	南投縣	信義鄉
7	台北	宜蘭縣	南澳鄉	47	台北	臺北縣	中和市	16	北區	苗栗縣	銅鑼鄉	7	中區	南投縣	南投市
8	台北	宜蘭縣	員山鄉	48	台北	臺北縣	五股鄉	17	北區	苗栗縣	頭份鎮	8	中區	南投縣	埔里鎮
9	台北	宜蘭縣	頭城鎮	49	台北	臺北縣	平溪鄉	18	北區	苗栗縣	頭屋鄉	9	中區	南投縣	草屯鎮
10	台北	宜蘭縣	礁溪鄉	50	台北	臺北縣	永和市	19	北區	桃園縣	八德市	10	中區	南投縣	國姓鄉
11	台北	宜蘭縣	羅東鎮	51	台北	臺北縣	石門鄉	20	北區	桃園縣	大園鄉	11	中區	南投縣	魚池鄉
12	台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	52	台北	臺北縣	石碇鄉	21	北區	桃園縣	大溪鎮	12	中區	南投縣	鹿谷鄉
13	台北	金門縣	金沙鎮	53	台北	臺北縣	汐止市	22	北區	桃園縣	中壢市	13	中區	南投縣	集集鎮
14	台北	金門縣	金城鎮	54	台北	臺北縣	坪林鄉	23	北區	桃園縣	平鎮市	14	中區	彰化縣	二水鄉
15	台北	金門縣	金湖鎮	55	台北	臺北縣	林口鄉	24	北區	桃園縣	桃園市	15	中區	彰化縣	桃園市
16	台北	金門縣	金寧鎮	56	台北	臺北縣	板橋市	25	北區	桃園縣	復興鄉	16	中區	彰化縣	大村鄉
17	台北	金門縣	烈嶼鄉	57	台北	臺北縣	金山鄉	26	北區	桃園縣	新屋鄉	17	中區	彰化縣	大城鄉
18	台北	金門縣	烏坵鄉	58	台北	臺北縣	泰山鄉	27	北區	桃園縣	楊梅鎮	18	中區	彰化縣	北斗鎮
19	台北	基隆市	七堵區	59	台北	臺北縣	烏來鄉	28	北區	桃園縣	龍潭鄉	19	中區	彰化縣	永靖鄉
20	台北	基隆市	中山區	60	台北	臺北縣	貢寮鄉	29	北區	桃園縣	龜山鄉	20	中區	彰化縣	田中鎮
21	台北	基隆市	中正區	61	台北	臺北縣	淡水鎮	30	北區	桃園縣	蘆竹鄉	21	中區	彰化縣	田尾鄉
22	台北	基隆市	仁愛區	62	台北	臺北縣	深坑鄉	31	北區	桃園縣	觀音鄉	22	中區	彰化縣	竹塘鄉
23	台北	基隆市	安樂區	63	台北	臺北縣	新店市	32	北區	新竹市	北區	23	中區	彰化縣	伸港鄉
24	台北	基隆市	信義區	64	台北	臺北縣	新莊市	33	北區	新竹市	東區	24	中區	彰化縣	秀水鄉
25	台北	基隆市	暖暖區	65	台北	臺北縣	瑞芳鎮	34	北區	新竹市	香山區	25	中區	彰化縣	和美鎮
26	台北	連江縣	北竿鄉	66	台北	臺北縣	萬里鄉	35	北區	新竹縣	五峰鄉	26	中區	彰化縣	社頭鄉
27	台北	連江縣	東引鄉	67	台北	臺北縣	樹林鎮	36	北區	新竹縣	北埔鄉	27	中區	彰化縣	芳苑鄉
28	台北	連江縣	南竿鄉	68	台北	臺北縣	雙溪鄉	37	北區	新竹縣	尖石鄉	28	中區	彰化縣	花壇鄉
29	台北	連江縣	莒光鄉	69	台北	臺北縣	蘆洲市	38	北區	新竹縣	竹北市	29	中區	彰化縣	芬園鄉
30	台北	臺北市	士林區	70	台北	臺北縣	鶯歌鎮	39	北區	新竹縣	竹東鎮	30	中區	彰化縣	員林鎮
31	台北	臺北市	大同區					40	北區	新竹縣	穹林鄉	31	中區	彰化縣	埔心鄉
32	台北	臺北市	大安區	1	北區	苗栗縣	三義鄉	41	北區	新竹縣	峨眉鄉	32	中區	彰化縣	埔鹽鄉
33	台北	臺北市	中山區	2	北區	苗栗縣	三灣鄉	42	北區	新竹縣	湖口鄉	33	中區	彰化縣	埤頭鄉
34	台北	臺北市	中正區	3	北區	苗栗縣	大湖鄉	43	北區	新竹縣	新埔鎮	34	中區	彰化縣	鹿港鎮
35	台北	臺北市	內湖區	4	北區	苗栗縣	公館鄉	44	北區	新竹縣	新豐鄉	35	中區	彰化縣	溪州鄉
36	台北	臺北市	文山區	5	北區	苗栗縣	竹南鎮	45	北區	新竹縣	橫山鄉	36	中區	彰化縣	溪湖鎮
37	台北	臺北市	北投區	6	北區	苗栗縣	西湖鄉	46	北區	新竹縣	關西鎮	37	中區	彰化縣	彰化市
38	台北	臺北市	松山區	7	北區	苗栗縣	卓蘭鎮	47	北區	新竹縣	寶山鄉	38	中區	彰化縣	福興鄉
39	台北	臺北市	信義區	8	北區	苗栗縣	南庄鄉					39	中區	彰化縣	線西鄉
40	台北	臺北市	南港區	9	北區	苗栗縣	後龍鎮					40	中區	臺中市	中區

附表 1

附表：轄區保險人之各鄉鎮市區

序號	分區	縣市	鄉鎮												
1	南區	雲林縣	二崙鄉	41	南區	臺南市	中西區	1	高屏	屏東縣	九如鄉	41	高屏	高雄市	楠梓區
2	南區	雲林縣	口湖鄉	42	南區	臺南市	北區	2	高屏	屏東縣	三地鄉	42	高屏	高雄市	鼓山區
3	南區	雲林縣	土庫鎮	43	南區	臺南市	安平區	3	高屏	屏東縣	內埔鄉	43	高屏	高雄市	旗津區
4	南區	雲林縣	大埤鄉	44	南區	臺南市	安南區	4	高屏	屏東縣	竹田鄉	44	高屏	高雄市	鹽埕區
5	南區	雲林縣	元長鄉	45	南區	臺南市	東區	5	高屏	屏東縣	牡丹鄉	45	高屏	高雄縣	大社鄉
6	南區	雲林縣	斗六市	46	南區	臺南市	南區	6	高屏	屏東縣	車城鄉	46	高屏	高雄縣	大寮鄉
7	南區	雲林縣	斗南鎮	47	南區	臺南縣	七股鄉	7	高屏	屏東縣	里港鄉	47	高屏	高雄縣	大樹鄉
8	南區	雲林縣	水林鄉	48	南區	臺南縣	下營鄉	8	高屏	屏東縣	佳冬鄉	48	高屏	高雄縣	仁武鄉
9	南區	雲林縣	北港鎮	49	南區	臺南縣	大內鄉	9	高屏	屏東縣	來義鄉	49	高屏	高雄縣	內門鄉
10	南區	雲林縣	古坑鄉	50	南區	臺南縣	山上鄉	10	高屏	屏東縣	枋山鄉	50	高屏	高雄縣	六龜鄉
11	南區	雲林縣	四湖鄉	51	南區	臺南縣	仁德鄉	11	高屏	屏東縣	枋寮鄉	51	高屏	高雄縣	永安鄉
12	南區	雲林縣	西螺鎮	52	南區	臺南縣	六甲鄉	12	高屏	屏東縣	東港鎮	52	高屏	高雄縣	田寮鄉
13	南區	雲林縣	刺桐鄉	53	南區	臺南縣	北門鄉	13	高屏	屏東縣	林邊鄉	53	高屏	高雄縣	甲仙鄉
14	南區	雲林縣	東勢鄉	54	南區	臺南縣	左鎮鄉	14	高屏	屏東縣	長治鄉	54	高屏	高雄縣	杉林鄉
15	南區	雲林縣	林內鄉	55	南區	臺南縣	永康市	15	高屏	屏東縣	南州鄉	55	高屏	高雄縣	那瑪夏鄉
16	南區	雲林縣	虎尾鎮	56	南區	臺南縣	玉井鄉	16	高屏	屏東縣	屏東市	56	高屏	高雄縣	岡山鎮
17	南區	雲林縣	崙背鄉	57	南區	臺南縣	白河鎮	17	高屏	屏東縣	恆春鎮	57	高屏	高雄縣	林園鄉
18	南區	雲林縣	麥寮鄉	58	南區	臺南縣	安定鄉	18	高屏	屏東縣	春日鄉	58	高屏	高雄縣	阿蓮鄉
19	南區	雲林縣	臺西鄉	59	南區	臺南縣	西港鄉	19	高屏	屏東縣	崁頂鄉	59	高屏	高雄縣	美濃鎮
20	南區	雲林縣	褒忠鄉	60	南區	臺南縣	佳里鎮	20	高屏	屏東縣	泰武鄉	60	高屏	高雄縣	茄萣鄉
21	南區	嘉義市	西區	61	南區	臺南縣	官田鄉	21	高屏	屏東縣	琉球鄉	61	高屏	高雄縣	茂林鄉
22	南區	嘉義市	東區	62	南區	臺南縣	東山鄉	22	高屏	屏東縣	高樹鄉	62	高屏	高雄縣	桃源鄉
23	南區	嘉義縣	大林鎮	63	南區	臺南縣	南化鄉	23	高屏	屏東縣	新埤鄉	63	高屏	高雄縣	梓官鄉
24	南區	嘉義縣	大埔鄉	64	南區	臺南縣	後壁鄉	24	高屏	屏東縣	新園鄉	64	高屏	高雄縣	鳥松鄉
25	南區	嘉義縣	中埔鄉	65	南區	臺南縣	柳營鄉	25	高屏	屏東縣	獅子鄉	65	高屏	高雄縣	湖內鄉
26	南區	嘉義縣	六腳鄉	66	南區	臺南縣	將軍鄉	26	高屏	屏東縣	萬丹鄉	66	高屏	高雄縣	路竹鄉
27	南區	嘉義縣	太保市	67	南區	臺南縣	麻豆鎮	27	高屏	屏東縣	萬巒鄉	67	高屏	高雄縣	旗山鎮
28	南區	嘉義縣	水上鄉	68	南區	臺南縣	善化鎮	28	高屏	屏東縣	滿州鄉	68	高屏	高雄縣	鳳山市
29	南區	嘉義縣	布袋鎮	69	南區	臺南縣	新化鎮	29	高屏	屏東縣	瑪家鄉	69	高屏	高雄縣	橋頭鄉
30	南區	嘉義縣	民雄鄉	70	南區	臺南縣	新市鄉	30	高屏	屏東縣	潮州鎮	70	高屏	高雄縣	燕巢鄉
31	南區	嘉義縣	朴子市	71	南區	臺南縣	新營市	31	高屏	屏東縣	霧臺鄉	71	高屏	高雄縣	彌陀鄉
32	南區	嘉義縣	竹崎鄉	72	南區	臺南縣	楠西鄉	32	高屏	屏東縣	麟洛鄉	72	高屏	澎湖縣	七美鄉
33	南區	嘉義縣	東石鄉	73	南區	臺南縣	學甲鎮	33	高屏	屏東縣	鹽埔鄉	73	高屏	澎湖縣	白沙鄉
34	南區	嘉義縣	阿里山	74	南區	臺南縣	龍崎鄉	34	高屏	高雄市	三民區	74	高屏	澎湖縣	西嶼鄉
35	南區	嘉義縣	梅山鄉	75	南區	臺南縣	歸仁鄉	35	高屏	高雄市	小港區	75	高屏	澎湖縣	馬公市
36	南區	嘉義縣	鹿草鄉	76	南區	臺南縣	關廟鄉	36	高屏	高雄市	左營區	76	高屏	澎湖縣	望安鄉
37	南區	嘉義縣	番路鄉	77	南區	臺南縣	鹽水鎮	37	高屏	高雄市	前金區	77	高屏	澎湖縣	湖西鎮
38	南區	嘉義縣	新港鄉					38	高屏	高雄市	前鎮區				
39	南區	嘉義縣	溪口鄉					39	高屏	高雄市	苓雅區				
40	南區	嘉義縣	義竹鄉					40	高屏	高雄市	新興區				

## 99~~100~~ 年度中醫門診總額醫療資源缺~~乏~~不足地區改善方案

### 第一項 中醫門診總額醫療資源缺~~乏~~不足地區巡迴醫療服務計畫

#### 一、依據

行政院衛生署 ~~98~~年 ~~12~~月 ~~23~~日衛署健保字第 ~~0080037032~~號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會(以下稱費協會)~~99~~100年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 ~~152~~163次會議紀錄。

#### 二、目的

鼓勵中醫師至醫療資源缺~~乏~~不足地區執行中醫巡迴醫療服務，均衡中醫醫療資源分佈，期使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，特訂定本計畫。

#### 三、本計畫預算及支用範圍

本計畫預算依全民健康保險醫療費用協定委員會議之決議辦理。

#### 四、施行區域

(一)以全民健康保險保險人(以下稱保險人)與中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫師公會全聯會)於 99年10月31日調查時醫療資源缺~~乏~~不足之山地、離島及偏遠地區為優先評選對象(附件1)。

(二)於本計畫執行期間，經中醫師公會全聯會評估並報經中醫門診總額支付委員會會議同意確認後實屬醫療資源缺~~乏~~不足之地區，始可開放醫療院所申請巡迴醫療計畫。

五、施行期間：~~99~~100年1月1日至~~99~~100年12月31日。

#### 六、執行方式

(一)1. 目標：鼓勵中醫師至醫療資源~~缺乏~~不足地區提供中醫巡迴醫療服務，本年度以至少執行 60 個點計畫為目標。

2. 預期達成目標：預期服務人次 75,000 人次，服務總天數 3,000 天。

## (二)開診相關規定

1. 以醫療資源~~缺乏~~不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，提供每天至多 1 次，每週至多 2 次定點定時中醫巡迴醫療服務(特殊地區由中醫師公會全聯會專案認定之)。

2. 每診次巡迴醫療服務時間不得少於 150 分鐘(其服務時間為實際醫療時間計算，不包含車程、用膳及休息時間)。

3. 執行醫療資源~~缺乏~~不足地區巡迴醫療服務者，應依核定之每週診療時間提供醫療服務，如因故休診，應事先載明原由專函報請所屬轄區本保險人分區業務組及中醫師公會全聯會~~之全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會~~(以下稱中保會)~~各區分會~~核備，並專函副知中醫師公會全聯會之全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會(以下稱中保會)，遇不可抗拒因素如山崩、土石流…等，得事後核備。

4. 執行醫療資源~~缺乏~~不足地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務承作方式、時間、每週服務診次數或地點，須先將變更計畫報請所屬轄區中保會分會審查評估，復經中醫師公會全聯會審議通過，發予變更同意函；檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函及當地衛生主管機關報備函向本保險人分區業務組及當地衛生主管機構報備後始得變更。相關資料，由中醫師公

會全聯會每月定期將參加本計畫之院所、巡迴時間、地點建置於該會網站，供民眾查詢。

5. 申請巡迴醫療服務之醫師應將「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診日期、時間，揭示於明顯處。
6. 巡迴時間、時段、地點，則依執行本計畫之院所申請書所列時間表為依據，惟本保險人分區業務組得整合及協調規劃同鄉鎮西醫、牙醫、中醫巡迴地點及時段，以方便民眾就醫。

## 七、申請資格

- (一) 中醫師公會全聯會、各縣市中醫師公會、中保會各區分會、全民健康保險中醫特約醫療機構、~~其他相關團體~~所組成之醫療服務團隊，並由全民健康保險中醫特約醫療機構辦理申請及申報事宜。
- (二) 申請參與~~本方案~~計畫提供服務之成員須最近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第36條、~~第66~~37條~~至及第67~~38條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

## 八、申請程序

申請施行之中醫特約醫療機構應檢送下列資料，以掛號郵寄至中保會各區分會進行初審後，由各區分會全數提報中醫師公會全聯會依據中醫實際醫療服務需要評選，評選結果函報保險人。

- (一) ~~99~~100年度醫療資源~~缺乏~~不足地區巡迴醫療服務獎勵措施計畫申請表(附件2)。
- (二) 巡迴醫療服務計畫書書面資料及檔案，巡迴醫療服務計畫書之

內容如下：

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

2. 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)、執行期間。

3. 內容至少應包括：

(1) 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。

(2) 目的：分點具體列述巡迴醫療服務所要達成之目標。

(3) 巡迴醫療服務地點現況分析：請依下列項目分別具體列述相  
關內容。

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

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

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

4. 執行計畫：

(1) 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單及其學經歷、身分證字  
號、中醫師證號、負責醫師。

(2) 每週診療時間。

(3)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十點之(一)「中醫門診總額醫療資源缺乏不足地區巡迴醫療服務計畫支付標準表」之診療項目及支付點數預估。

(4)巡迴醫療服務設置點地址及空間配置圖。

5. 評估預期效益：請詳述巡迴醫療服務實施後預期達成之效益指標。

## 九、受理審查

(一)中保會各區分會於每月月底(以郵戳為憑)收齊申請案件後進行初審，並於1週內將審查情形以公文方式函送中醫師公會全聯會，中醫師公會全聯會於次月月中彙整分會轉送案件，進行公開審查，並於審查完成後7個工作日內函復申請單位初審結果；10個工作日內函復本保險人審查結果。

(二)經審查通過並收到本保險人回復函之中醫特約醫療機構，依醫師法相關規定辦理報備事宜後，檢具中醫師公會全聯會之同意函及當地衛生主管機關報備函與本保險人分區業務組換文方式申請辦理本計畫服務，即可執行巡迴醫療服務。

## 十、支付方式

(一)~~中醫門診總額醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務計畫支付標準表~~  
(附件3)本計畫論量計酬費用，由中醫門診總額一般服務預算支付；本計畫支付，依中醫門診總額第四部支付標準表給付；但門診診察費，依表定點數加計百分之十，且不納入合理量計算；論量部分，其每點支付金額以1元計，於一般部門分配時先行結算。

(二)基本承作費用由專款項目支付，各地區別基本承作費金額如下：

地區	金額	申報代碼
(一)偏遠	3,000	P23007
(二)山地	8,000	P23008
(三)一級離島	10,000	P23009
(四)二級離島	11,000	P23010
(五)三級離島	12,000	P23011
<del>(六)未經中醫師公會全聯會專案審查同意者</del>	<del>0</del>	

註：1. 一級離島：金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉、連江縣南竿鄉、連江縣北竿鄉、屏東縣琉球鄉，及其他排除二級、三級離島以外之離島鄉(鎮)。

2. 二級離島：澎湖縣七美鄉、澎湖縣白沙鄉、澎湖縣西嶼鄉、台東縣綠島鄉。

3. 三級離島：澎湖縣望安鄉、台東縣蘭嶼鄉、金門縣烈嶼鄉、金門縣烏坵鄉、連江縣莒光鄉、連江縣東引鄉。

(三)針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，一次限擇一項申報，不得同時申報。

(四)針灸、傷科及脫臼整復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。

(五)中醫門診巡迴醫療服務門診量、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。

(~~二~~六)依本計畫所申請之醫療費用不列入「~~99~~100年度中醫門診總

額醫療品質保證保留款實施方案」計算。

(三七)執行巡迴醫療服務之中醫特約醫療機構應逐次填寫門診日報表(附件43)，並於次月10日前將書面資料及電子檔案分別報請中醫師公會全聯會及中保會各區分會核備，並副知本保險人分區業務組。

## 十一、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之醫療機構，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，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二)醫療費用申報與審查

1. 門診醫療服務點數申報總表：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療服務點數清單及門診醫療服務醫令清單填寫方式如下：

(1)案件分類：屬本計畫案件，請填寫「25」(中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏不足地區改善方案)。

(2)特定治療項目代號(一)：屬本計畫案件，請填寫「C6」(醫療資源缺乏不足地區巡迴醫療服務計畫)。

(3)門診診察費，醫療院所依中醫門診總額第四部支付標準表定之點數申報。

(4)本保險人於結算時加計百分之十，以1點1元計算於專款專用項目下。

(45)本計畫須配合健保IC卡相關作業，巡迴點應備讀卡機依照

規定上傳就醫資料，若巡迴點無法連線者經本保險人分區業務組確認評估後以專案申請後得以執行巡迴服務；依全民健康保險醫療辦法第 3 條第 1 項規定，保險對象均應繳驗保險憑證（簡稱健保 IC 卡），如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，需填具 IC 卡例外就醫名冊（附件 ~~54~~）並於每月併同費用申報寄本保險人之分區業務組。惟未依健保 IC 卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予給付。

(~~46~~) 計畫中採「基本承作費加服務量」支付方式申請，除應填具全民健康保險醫療報酬申請表（附件 ~~65~~）外，並應就保險對象逐案併每月其他醫療費用向保險人申報，每位中醫師每月看診日平均門診量限定 ~~50~~35 人，超過 35 人次之部分其門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復治療處置費零成支付。

~~(5) 計畫中基本承作費為 0 元者，其醫療費用申報同一般保險醫療服務案件，每位中醫師每月看診日平均門診量限定 50 人。~~

(~~67~~) 部分負擔：

- a. 山地離島地區：門診醫療服務點數清單項次 15 部分負擔代號，請填免收部分負擔規定山地離島地區，代碼請填「007」。
- b. 非山地離島地區：門診醫療服務點數清單項次 15 部分負擔代號及項次 32 部分負擔費用金額，請依現行部分負擔規定辦理。

## 十二、執行報告

經審查通過執行本計畫者，於巡迴醫療服務計畫執行結束或年度結束前，應檢送執行報告，執行報告之格式及內容，依送審計畫

書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度審查之依據。

十三、辦理醫療資源~~缺乏~~不足地區巡迴醫療服務計畫之巡迴醫療服務點，有新設立之中醫特約醫療機構、實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、日報表資料不齊全(含書面資料及電子檔案)，或執行者未依本計畫規定事項辦理者，得經中醫師公會全聯會重新評估後轉請本保險人分區業務組同意更換巡迴醫療服務點或裁撤巡迴醫療服務點或終止執行者辦理本計畫服務。

十四、辦理中醫門診巡迴醫療服務計畫之中醫特約醫療機構如於本計畫服務期間因涉及違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36、37 及 38 條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)~~及其相關法令~~，經保險人予以停止特約或終止特約者，中醫師公會全聯會得即時轉請本保險人分區業務組終止本計畫服務，~~其費用支付方式自執行本計畫起，改以本計畫支付標準表之論量計酬部分費用採八折支付(每點支付金額以 1 元計算，由本計畫預算及支用範圍中支付)~~。

十五、本計畫實施成效由中醫師公會全聯會會同保險人進行評估，並於年終向全民健康保險費用協定委員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；並於實施半年後進行期中檢討。

十六、本計畫由保險人公告實施，修正時亦同。惟~~98~~99年度原有計畫延續至~~99~~100年度執行，且符合~~99~~100年度公告之「中醫門診

總額醫療資源~~缺乏~~不足地區巡迴醫療服務計畫」施行地區者，其  
實施日期追溯自 ~~99~~100年1月1日起，至 ~~99~~100年計畫公告實施  
日止。

十七、本計畫若因故未能委託辦理，則原應由中醫師公會全聯會執  
行之項目，改由保險人自行辦理。

## 第二項 中醫門診總額醫療資源~~缺乏~~不足地區獎勵開業服務計畫

### 一、依據

行政院衛生署 ~~98~~年 ~~12~~月 ~~23~~日衛署健保字第 ~~0980037032~~號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會(以下稱費協會)~~99~~100年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 ~~152~~163次會議紀錄。

### 二、目的

鼓勵中醫師至醫療資源~~缺乏~~不足地區執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分佈，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，特訂定本計畫。

### 三、本計畫預算及支用範圍

本計畫預算依全民健康保險醫療費用協定委員會議之決議辦理。

### 四、施行區域

(一)以全民健康保險保險人(以下稱保險人)與中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫師公會全聯會)於99年10月31日調查時醫療資源~~缺乏~~不足之山地、離島及偏遠地區為優先評選對象(附件6)。

(二)於本計畫執行期間，經中醫師公會全聯會評估並報經中醫門診總額支付委員會會議同意確認後實屬適用獎勵開業服務計畫之地區，始可開放醫療院所申請本計畫。

五、施行期間：~~99~~100年1月1日至~~99~~100年12月31日。

### 六、執行方式

(一)目標：減少三個或以上無中醫鄉鄉鎮。

## (二)開診相關規定

1. 經中醫師公會全聯會審查通過之申請案件，於核准通知函寄達 2 個月內未完成開業登記並申請為健保特約醫療機構回報者，該案件視同作廢，不發給任何補助且不再接受同一申請人之申請案件。
2. 門診服務時數，每週至少提供五天 40 小時(每週至少需含 3 次夜診)；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局公布之假期，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)。
3. 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補助金(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)。
4. 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 7、8)於前月二十五日前向中醫門診總額專業自主事務受託單位(中醫師公會全聯會)及全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組核備。
5. 醫療機構負責醫師不得支援其他醫療機構；聘請其他醫療機構醫師加入診療服務，須事先向當地衛生主管機關及本保險人分區業務組報備核准，其支援總天數不得多於開診天數的 1/5，並副知中醫師公會全聯會。
6. 中醫師公會全聯會及本保險人分區業務組將不定期依醫療機構所訂門診時段，做人員及電話抽查有無依所訂門診時段提供

服務。

7. 經中醫師公會全聯會及本保險人分區業務組查證醫療機構無故休診二周或請假休診二個月者，即終止該醫療機構承辦執行本計畫。

## 七、申請資格

- (一)中醫師公會全聯會所屬會員，符合開業資格之中醫師且未申請過開業計畫之中醫師。
- (二)醫療機構需具備 IC 卡讀卡設備，並確實刷卡、上傳資料。
- (三)申請參與本計畫者，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第 36、37 及 38 條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

## 八、申請程序

中醫師公會全聯會所屬會員，符合開業資格之中醫師檢具申請書及計畫書，以公文方式掛號郵寄至中醫師公會全聯會審查。

- (一)~~99~~100年中醫門診醫療資源缺乏~~不足~~地區獎勵開業申請表(附件 9)。
- (二)中醫門診獎勵開業計畫書內容應包含：
1. 前言。
  2. 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)。
  3. 預定開業之詳細地址，並檢附診間空間規畫分配圖。
  4. 醫療服務人員及詳細學經歷。
  5. 預定醫療門診時間表。

## 九、受理審查

(一)中醫師公會全聯會在收到申請計畫後進行審查，並於公開審查完成後 7 個工作日內函復申請單位初審結果；10 個工作日內函復本保險人審查結果。

(二)經中醫師公會全聯會審查通過日起，應於二個月內完成開業登記且與本保險人簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，並回報中醫師公會全聯會確定之開業時間、地址及門診時間表。

## 十、支付方式

### (一)獎勵標準

1. 第一類：醫療資源~~缺乏~~不足之離島地區，每月保障額度 30 萬元。
2. 第二類：除第一類以外之醫療資源~~缺乏~~不足地區，每月保障額度 20 萬元。

### (二)醫療費用計算

1. 特約醫事服務機構申報醫療服務支付項目及點數時，按全民健康保險醫療費用支付標準辦理。
2. 每點支付金額 1 元(若該區點值大於 1 元，以該區點值支付)，每月依獎勵標準分級設定保障額度計算，如申報點數超過保障額度者，以實際申報點數計算。
3. 第一類：承辦本計畫後第四個月開始，若連續二個月未滿保障額 30%之醫療機構，自次次月起即終止補助；後續各月則以實際申報點數計算至本計畫結束。第二類：承辦本計畫後第四個月開始，若連續二個月未滿保障額 60%之醫療機構，自次次

月起即終止補助；後續各月則以實際申報點數計算至本計畫結束。

(三)~~99~~100年度中醫門診總額醫療資源~~缺乏~~不足地區改善方案兩項計畫，以開業獎勵計畫為優先，由本計畫預算及支用範圍中優先支付。

(四)承辦本計畫之中醫特約醫事服務機構需填寫門診日報表(附件3)，並於次月10日前書面資料及電子檔案報請中醫師公會全聯會核備，並副知本保險人分區業務組。

## 十一、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之醫療機構，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，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二)醫療費用申報與審查

1. 門診醫療服務點數申報總表：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療服務點數清單及門診醫療服務醫令清單填寫方式如下：

(1)案件分類：屬本計畫案件，請填寫「25」(中醫門診總額醫療資源~~缺乏~~不足地區改善方案)。

(2)特定治療項目代號(一)：屬本計畫案件，請填寫「C7」(醫療資源~~缺乏~~不足地區獎勵開業服務計畫)。

(3)本計畫須配合健保 IC 卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第 3 條第 1 項規定，保險對象均應繳驗保險憑證(簡稱健

保 IC 卡)，如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，需填具 IC 卡例外就醫名冊（如附件 5）並於每月併同費用申報寄本保險人分區業務組。惟未依健保 IC 卡相關作業，經保險人審核，不符資格者，不予給付。

(4)部分負擔：

- a. 山地離島地區：門診醫療服務點數清單項次 15 部分負擔代號，請填免收部分負擔規定山地離島地區，代碼請填「007」。
- b. 非山地離島地區：門診醫療服務點數清單項次 15 部分負擔代號及項次 32 部分負擔費用金額，請依現行部分負擔規定辦理。

## 十二、執行報告

經審查通過執行本計畫者，於~~巡迴醫療服務計畫~~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，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，~~執行報告之內容將做為下年度審查之依據。~~

十三、辦理本計畫之中醫特約醫療機構，其實施成效不佳、未依常規醫療行為模式或執行者未依本計畫規定事項辦理者，得經中醫師公會全聯會重新評估後，轉請本保險人分區業務組同意終止獎勵開業之中醫特約醫療機構辦理本計畫服務。

十四、辦理本計畫之中醫特約醫療機構，如因涉及違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36、37 及 38 條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，轉請本

保險人分區業務組終止本計畫服務者，其費用支付方式自執行本計畫起至本計畫終止日，以獎勵保障額度總額，~~以全民健康保險醫療費用支付標準~~ 九折支付。

十五、本計畫實施成效由中醫師公會全聯會會同保險人進行評估，並於年終向全民健康保險費用協定委員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；並於實施半年後進行期中檢討。

十六、本計畫由保險人公告實施，修正時亦同。符合 ~~99~~100 年度公告之「~~99~~100 年度中醫門診總額醫療資源~~缺乏~~不足地區獎勵開業服務計畫」施行地區者，其實施日期追溯自 ~~99~~100 年 1 月 1 日起，至 ~~99~~100 年計畫公告實施日止。

十七、本計畫若因故未能委託辦理，原應由中醫師公會全聯會執行之項目，改由保險人自行辦理。

### 第三項 中醫門診總額鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫

#### 一、依據

行政院衛生署 ~~98~~年 ~~12~~月 ~~23~~日衛署健保字第 ~~0980037032~~號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會(以下稱費協會)~~99~~100年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 ~~152~~163次會議紀錄。

#### 二、目的

鼓勵偏遠地區執業之中醫師長期駐診，提高醫療照護品質，均衡中醫醫療資源分佈，期使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，特訂定本試辦計畫。

#### 三、本試辦計畫預算及支用範圍

本試辦計畫預算依全民健康保險醫療費用協定委員會議之決議辦理。

#### 四、試辦施行區域

(一)以全民健康保險保險人(以下稱保險人)與中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫師公會全聯會)於99年11月30日調查時同時符合以下條件之地區(附件10)：

1. 人口少於10,000人之鄉鎮或每萬人口中醫師數小於1之鄉鎮且該鄉鎮開業中醫院所數 $\leq 2$ 。
2. 符合上述條件之開業中醫院所，每位中醫師每月平均申報醫療費用 $\leq 400,000$ 。

(二)本試辦計畫施行期間於無中醫師鄉鎮開業者(須排除已申請獎勵開業服務計畫之鄉鎮)。

(三)於本試辦計畫執行期間，經中醫師公會全聯會評估並報經中醫門診總額支付委員會議同意確認後，經保險人公告，方符合本試辦計畫施行區域。

五、試辦施行期間：100年1月1日至100年12月31日。

### 六、執行目標

本年度公告執行地區之中醫執業院所數，不得減少。

### 七、資格及審查

1. 保險人公告之鄉鎮，已執行中醫業務之中醫院所者。
2. 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第 36、37 及 38 條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。
3. 須合於上述條件，始列入長期進駐服務試辦計畫之中醫院所。
4. 中醫師公會全聯會於本計畫公告日起 15 個工作日，將合於上述條件之中醫院所提報本保險人核備。

### 八、支付方式

(一)符合本試辦計畫第七條資格之院所，依中醫門診總額第四部支付標準表給付。

(二)門診診察費，則依中醫門診總額第四部支付標準表定之點數，加計百分之二十；費用加成部分以 1 點 1 元計之專款專用項目下支付。

(三)本試辦計畫所申請之醫療費用，不列入「100 年度中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。

## 九、醫療服務申報與審查

(一)執行本試辦計畫之醫療機構，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，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二)門診醫療服務點數清單及門診醫療服務醫令清單填寫方式如下：

1.門診醫療服務點數申報總表：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療服務點數清單及門診醫療服務醫令清單填寫方式如下：

(1)案件分類：屬本計畫案件，請填寫「25」(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)。

(2)特定治療項目代號(一)：屬本計畫案件，請填寫「CB」(醫療資源不足地區鼓勵長期進駐試辦計畫)。

(3)門診診察費，醫療院所依中醫門診總額第四部支付標準表定之點數申報。

(4)本保險人於結算時加計百分之二十，以1點1元計算於專款專用項目下。

(5)本計畫須配合健保 IC 卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第 3 條第 1 項規定，保險對象均應繳驗保險憑證(簡稱健保 IC 卡)，如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，需填具 IC 卡例外就醫名冊(如附件 5)並於每月併同費用申報寄本保險人分區業務組。惟未依健保 IC 卡相關作業，

經保險人審核，不符資格者，不予給付。

(6)部分負擔：

a. 山地離島地區：門診醫療服務點數清單項次 15 部分負擔代號，請填免收部分負擔規定山地離島地區，代碼請填「007」。

b. 非山地離島地區：門診醫療服務點數清單項次 15 部分負擔代號及項次 32 部分負擔費用金額，請依現行部分負擔規定辦理。

十、相關規範

(一)辦理中醫門診總額之長期進駐服務試辦計畫之中醫特約醫療機構，如於本計畫執行期間因違反全民健康保險法及其相關法令，經保險人予以停止特約或終止特約者，中醫師公會全聯會得即時轉請本保險人分區業務組終止本試辦計畫服務。

(二)執行本試辦計畫之中醫執業院所，經中醫師公會全聯會及本保險人分區業務組查證無故休診 1 個月，即終止本試辦計畫服務。

十一、本試辦計畫實施成效由中醫師公會全聯會會同保險人進行評估，並於年終向全民健康保險醫療費用協定委員會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況率等資料。

十二、本試辦計畫由保險人公告實施，修正時亦同。

## 100 年中醫門診總額醫療資源缺乏不足地區特約巡迴服務鄉鎮地區一覽表

縣市別	鄉鎮別	代號	縣市別	鄉鎮別	代號	縣市別	鄉鎮別	代號
<del>臺北縣</del> 新北市	石碇鄉	3119	嘉義縣	布袋鎮	4002	屏東縣	獅子鄉	4332
	坪林鄉	3120		溪口鄉	4005		牡丹鄉	4333
	石門鄉	3122		東石鄉	4008	澎湖縣	白沙鄉	4403
	平溪鄉	3124		鹿草鄉	4010		西嶼鄉	4404
	雙溪鄉	3125		番路鄉	4016		望安鄉	4405
	貢寮鄉	3126		大埔鄉	4017		七美鄉	4406
	烏來鄉	3129		阿里山鄉	4018		壽豐鄉	4506
桃園縣	復興鄉	3213	<del>臺南縣</del> 大台南	後壁鄉	4110	花蓮縣	光復鄉	4507
新竹縣	橫山鄉	3307		東山鄉	4111		豐濱鄉	4508
	寶山鄉	3310		大內鄉	4115		富里鄉	4510
	北埔鄉	3311		北門鄉	4119		秀林鄉	4511
	峨眉鄉	3312		安定鄉	4121		萬榮鄉	4512
	尖石鄉	3313		楠西鄉	4124		卓溪鄉	4513
	五峰鄉	3314		左鎮鄉	4126		台東縣	<del>關山鎮</del>
宜蘭縣	壯圍鄉	3406	龍崎鄉	4130	卑南鄉	4604		
	員山鄉	3407	田寮鄉	4213	大武鄉	4605		
	大同鄉	3411	永安鄉	4218	太麻里鄉	4606		
	南澳鄉	3412	彌陀鄉	4219	東河鄉	4607		
苗栗縣	銅鑼鄉	3510	<del>高雄縣</del> 大高雄	甲仙鄉	4222	長濱鄉		4608
	南庄鄉	3511		內門鄉	4224	鹿野鄉		4609
	頭屋鄉	3512		茂林鄉	4225	綠島鄉	4611	
	西湖鄉	3514		桃源鄉	4226	延平鄉	4612	
	造橋鄉	3515		那瑪夏鄉	4227	海端鄉	4613	
	三灣鄉	3516		萬巒鄉	4312	達仁鄉	4614	
	獅潭鄉	3517		竹田鄉	4314	金峰鄉	4615	
	泰安鄉	3518		新埤鄉	4315	蘭嶼鄉	4616	
<del>臺中縣</del> 大台中	大安鄉	3614	屏東縣	崁頂鄉	4318	金門縣	金沙鎮	9002
彰化縣	和平鄉	3621		琉球鄉	4322		金寧鄉	9004
南投縣	大城鄉	3724		車城鄉	4323		烈嶼鄉	9005
	國姓鄉	3810		滿州鄉	4324		烏坵鄉	9006
	信義鄉	3812		枋山鄉	4325	連江縣	南竿鄉	9101
雲林縣	仁愛鄉	3813		三地門鄉	4326		北竿鄉	9102
	林內鄉	3910		霧臺鄉	4327		莒光鄉	9103
	東勢鄉	3914		泰武鄉	4329		東引鄉	9104
	元長鄉	3917		來義鄉	4330			
	口湖鄉	3919		春日鄉	4331			

註：本一覽表統計截止日期：99 年 10 月 31 日。

~~99~~100年度中醫門診總額醫療資源缺乏~~不足~~地區巡迴醫療服務計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基本資料	院所名稱		院所代碼		電 話	
	醫師姓名		身 分 證 字 號		中醫師證 書 字 號	台 中 字 第 號
	醫 師 學 經 歷					
	院 所 地 址					
服務地區及時間	服 務 區	區分會 鄉鎮	縣 市 村	服 務 間 時	每 週	次 每 星 期
	時 段	上午：		下午：		晚上：
	地 址				電 話	
	承作方式	<u>一律為基本承作費加服務量</u>				
審核情形	審 查 區 意 分 見 會	<input type="checkbox"/> 同意， <input type="checkbox"/> 不同意		原 因		
		區分會主任委員簽章：				
審核情形	審 查 中 保 意 見 會	<input type="checkbox"/> 同意， <input type="checkbox"/> 不同意		原 因		
		中保會主任委員簽章：				



### 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	地址	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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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

註：1.本表應檢送本保險人分區業務組備查。

2.本表請院所自行印製使用。



全民健康保險

山地離島地區醫師、護理人員巡迴  
醫師支援二、三、四級離島無醫師之衛生所室之  
西醫基層醫療資源缺乏地區專科醫師支援(巡迴)  
中醫門診巡迴醫療服務計畫(論次計酬)

醫療報酬申請表

年 月

頁數: 第 頁 共 頁

受理日期		醫事服務機構名稱		受理編號					
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號							
編號	請領人姓名	請領人姓名	給付別	日期	地點	診療人次	申請金額	核減額	核定額
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
0.									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
0.									
本頁小計									
總表	項目類別	申請次數	診療人次	每次申請金額	申請金額總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額
	給付別 1 案件								
	2 案件								
	3 案件								
	4 案件								
	5 案件								
總計									
負責醫師姓名:		一、本項巡迴醫療及支援二、三、四級離島無醫師之衛生所室應經當地衛生主管機關許可，並報經本保險人分區業務組同意始得給付。							
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。西醫給付別為 2，本欄不用填寫。							
電話:		三、給付別：西醫：1.為 01024C 山地離島地區醫師巡迴醫療費(半天)。(每半天填寫一編號)							
印信:		2.為 01027C 山地離島地區護理人員陪同醫師巡迴醫療費(半天)。(每半天填寫一編號)							
		3.為 01028C 支援二、三、四級離島無醫師地區醫療費(1 天)。(每 1 天填寫一編號)							
		4.為 P2001C 西醫基層醫療資源缺乏地區專科醫師支援報酬 3000 點。每次(時段)為 3 小時，1 天最多 3 次							
		5.為 P2002C 西醫基層醫療資源缺乏地區專科醫師支援報酬 5000 點。每次(時段)為 3 小時，1 天最多 3 次							
		中醫：中醫門診巡迴醫療服務計畫：基本承作費用「次」計填寫。							
		1.為 P23007 偏遠地區中醫師巡迴醫療費用(次)。							
		2.為 P23008 山地地區中醫師巡迴醫療費用(次)。							
		3.為 P23009 一級離島中醫師巡迴醫療費用(次)。							
		4.為 P23010 二級離島中醫師巡迴醫療費用(次)。							
		5.為 P23011 三級離島中醫師巡迴醫療費用(次)。							
		四、填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。							
		五、本申請表應於次月 20 日前連同門診費用申報寄本保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請山地離島地區醫療報酬」，或中醫門診巡迴醫療服務計畫(論次計酬)。							

**100**年中醫門診總額醫療資源缺乏不足地區獎勵開業服務鄉鎮一覽表

縣市別	鄉鎮別	代號	縣市別	鄉鎮別	代號	縣市別	鄉鎮別	代號
新北市	坪林鄉	3120	屏東縣	滿州鄉	4324	台東縣	延平鄉	4612
	烏來鄉	3129		三地門鄉	4326		海端鄉	4613
桃園縣	復興鄉	3213		霧臺鄉	4327		達仁鄉	4614
宜蘭縣	大同鄉	3411		泰武鄉	4329		金峰鄉	4615
	南澳鄉	3412		來義鄉	4330		綠島鄉	4611
新竹縣	尖石鄉	3313		春日鄉	4331		金門縣	蘭嶼鄉
	五峰鄉	3314		獅子鄉	4332	金沙鎮		9002
苗栗縣	三灣鄉	3516		牡丹鄉	4333	金寧鄉		9004
	泰安鄉	3518		琉球鄉	4322	烈嶼鄉		9005
大台中	大安鄉	3614		澎湖縣	白沙鄉	4403		烏坵鄉
	和平鄉	3621	西嶼鄉		4404	連江縣		南竿鄉
南投縣	信義鄉	3812	望安鄉		4405		北竿鄉	9102
	仁愛鄉	3813	七美鄉		4406		莒光鄉	9103
嘉義縣	阿里山鄉	4018	光復鄉		4507		東引鄉	9104
大台南	楠西鄉	4124	花蓮縣		秀林鄉	4511		
大高雄	茂林鄉	4225			萬榮鄉	4512		
	桃源鄉	4226			卓溪鄉	4513		
	三民鄉	4227						

註：本一覽表統計截止日期為 99 年 10 月 31 日。

~~99~~**100** 年度中醫門診總額獎勵開業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 鄉

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



門診時段異動表辦法：

1. 依「中醫門診總額獎勵開業計畫」之第六項執行方式辦理。
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本保險人分區業務組核備。

99100 年度中醫門診總額獎勵開業計畫休診單

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 鄉

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「中醫門診總額獎勵開業計畫」之第六項執行方式辦理。
- 2.本休診規範應於事前向中醫師公會全聯會核備並完成書面手續；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。

~~99~~100 年度中醫總額門診獎勵開業計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼		電 話	
	醫師姓名		身 分 證 字 號		中醫師證 書 字 號	台 中 字 第 號
	醫 師 學 經 歷					
	院 所 地 址					
開 業 地 區 及 時 間	開 業 地 區	區分會 縣市 鄉鎮 村				
	地 區 別	<input type="checkbox"/> 偏遠 <input type="checkbox"/> 山地 <input type="checkbox"/> 離島				
	電 話					
	地 址					
審 核 情 形	審 查 區 分 會 意 見	<input type="checkbox"/> 同意, <input type="checkbox"/> 不同意		原因：		
		區分會主任委員簽章：				
審 核 情 形	審 查 中 保 會 意 見	<input type="checkbox"/> 同意, <input type="checkbox"/> 不同意		原因：		
		中保會主任委員簽章：				

**100 年鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫施行鄉鎮**

縣市別	鄉鎮別	代號	縣市別	鄉鎮別	代號	縣市別	鄉鎮別	代號
新北市	瑞芳鎮	3112	雲林縣	土庫鎮	3905	大高雄	湖內鄉	4216
	深坑鄉	3118		二崙鄉	3911		梓官鄉	4220
	八里鄉	3123		臺西鄉	3916		六龜鄉	4221
桃園縣	觀音鄉	3212		水林鄉	3920		杉林鄉	4223
新竹縣	關西鎮	3301	嘉義縣	六腳鄉	4007	屏東縣	恆春鎮	4304
	新埔鎮	3302		水上鄉	4012		長治鄉	4306
	芎林鄉	3309		竹崎鄉	4014		九如鄉	4308
宜蘭縣	蘇澳鎮	3403		梅山鄉	4015		里港鄉	4309
	冬山鄉	3408	大台南	鹽水鎮	4102		鹽埔鄉	4310
	三星鄉	3410		白河鎮	4103		高樹鄉	4311
苗栗縣	三義鄉	3513		下營鄉	4112		佳冬鄉	4321
	大台中	石岡鄉		3612	六甲鄉		4113	瑪家鄉
外埔鄉		3613		官田鄉	4114		澎湖縣	湖西鄉
彰化縣	埔鹽鄉	3716		西港鄉	4116	花蓮縣	鳳林鎮	4502
	二水鄉	3720		七股鄉	4117		新城鄉	4504
	田尾鄉	3721		將軍鄉	4118		瑞穗鄉	4509
	芳苑鄉	3723		山上鄉	4122	臺東縣	池上鄉	4610
	竹塘鄉	3725	南化鄉	4125				
南投縣	鹿谷鄉	3807						
	魚池鄉	3809						

註：本一覽表統計截止日期為 99 年 10 月 31 日。