

101 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(草案)

壹、依據：

行政院衛生署○年○月○日衛署健保字第○○○○○○○號核定函。

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 101 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 0.1% 與 99、100 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、六項及第捌點第一、二項、第玖點第一項，由中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）於 102 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：101 年全年各分區一般服務預算總額占率分配（註 1）
- 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 101 年醫療服務點數－101 年申報藥費與藥

品調劑費) * 平均核付率(含部分負擔，註 2)

註：101 年申報醫療服務點數以 102 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 ΣA) * 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 ΣA) * 該分區品質保證保留款

陸、核發資格：

101 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、101 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 條或第 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、101 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 101 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案無健保特約中醫院所之鄉鎮地區，依核算基礎加計 100%。

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%。

三、為鼓勵中醫師提供假日看診服務減少民眾就診不便，醫療機構於每年週日看診超過 30 天以上者，依核算基礎加計 10%。（註 5）

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6）。

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7）。

三、同日重複就診率超過90百分位者減計10%（註8）。

四、7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過90百分位者減計10%（註9）。

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。

101 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*(101 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 3：101 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 101 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：醫療機構於每年週日看診超過 30 天以上者	以門診申報資料之「就醫日期」認定週日是否看診，排除同一療程案件。
註 6：專任中醫師減計基礎	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 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。
註 7：「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	1. 分母：同一院所、同月看診總人數。 2. 分子：同一院所、同一病人、同月看診次數 8 次（含）以上人數。 3. 指標計算(S)：分子 / 分母。 4. 各月計算比率，全年計算平均比率，進行百分位排序。 $\text{平均每月比率} = \frac{\sum S}{\text{月份數}}$ 5. 所有資料排除符合以下任一條件者 (1) 診察費=0 (2) 案件類別 25(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)及 B6(職災案件)。 (3) 案件類別 22，且任一特定治療項目代號為(C8, C9, C0, J7, CA)。 ※ 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)

指標項目	操作型定義
註 8:「同日重複就診率」< 90 百分位	1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0 之門診案件。 2. 公式說明： 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。 分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。 3. 指標計算：分子 / 分母。 4. 指標進行百分位排序。
註 9:「7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率」< 90 百分位	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)。 2. 公式說明： 分子：按同一院所及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為 1 日之重複日數。 分母：同一院所給藥案件之給藥日份加總。 ※給藥案件係藥費不為 0，或給藥天數不為 0。 3. 指標計算：分子 / 分母。 4. 指標進行百分位排序。

全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫(草案)

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 163 次委員會議決議行政院衛生署 101 年 0 月 0 日衛署健保字第 0000000000 號核定函辦理。

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 100101 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)，經急性期處置後之下列情形，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)。

(一)腦血管疾病(ICD-9：430~438)自診斷日起超過六個月仍需中醫輔助醫療協助之住院病患。

(二)腦血管疾病(ICD-9：430~438)自診斷日起六個月內需中醫輔助醫療協助之住院病患，惟入住無中醫科之醫院或入住有中醫科之醫院，但該院未參加「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」。

(三)出院。

(四)轉入療護機構(如公、私立老人安養、養護機構、身心障礙福利機構、護理之家)，惟各療護機構限制由一家中醫院所支援前往收案，每位醫師提供診療服務每週合計以三個時段為限，且不得跨區支援收案。

五、經費來源：全民健康保險 100101 年度中醫門診醫療給支付費用專款項目「全民健康保險腦血管疾病後遺症門診照護計畫」支應。

六、申請資格：

(一)申請院所負責醫師需執業滿四年以上之院所得以承辦，其他執行醫師需執業滿二年以上，且皆需參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫全聯會)總額受託單位辦理之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)。(符合本計畫資格之院所名稱單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)

(二)申請參與本計畫提供服務之成員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第三十六條至第三十八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)。

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支付為 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)本計畫執行期間欲變更計畫者需報請中醫全聯會審議通過，發予變更同意函，並檢具該變更同意函向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組報備准後始得變更。

(五)院所申請至療護機構收案時，應提供機構內收容罹患腦血管疾病之院民名冊(內容包括姓名、身分證字號、最近罹患腦血管疾病之診斷日等資料)，檢送至保險人分區業務組，做為日後醫療費用申報審核依據，修正時亦同。

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支付方式預估。

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同意函者，檢具中醫全聯會之同意函與本保險之分區業務組以換文方式申請辦理本計畫服務，即可執行本計畫。

十一、支付方式：

- (一)本計畫支付標準表如附件二。
- (二)本計畫之經費全年預算 82 百萬元，按季均分及結算，並暫以每點 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，年底時進行全年結算，惟每點不高於 1 元。

十二、醫療服務申報與審查

- (一)執行本計畫之特約醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二)醫療費用申報

- 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：
 - (1)案件分類：屬本計畫案件，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

經審查通過執行本計畫者，應於本計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，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、辦理本計畫之中醫院所如於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三十六條至第三十八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)，經保險人予以停止特約或終止特約者，中醫全聯會得即時轉請保險人分區業務組終止本計畫服務。

~~十四~~十五、執行本計畫而成效不佳者、未依本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，得經中醫全聯會~~中醫總額受託單位~~重新評估後，停止執行本計畫服務。

~~十五~~十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，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。

~~十六~~十七、本計畫由保險人會同中醫全聯會研訂後，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，修正時亦同。

附件一

100101 年全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫申請書

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼			
	院所負責醫師姓名		身分證字號			
	院所負責醫師年資		電話			
			傳真			
	院所地址：					
	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			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
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		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	計畫書		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	醫師人力		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 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	中醫全聯會審核意見欄		1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他：		本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日					

全民健康保險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、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。
- 二三、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。
- 二四、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。
- 四五、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：(1)P38051 中醫護理衛教費限每三個月申請一次。

(2)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。

全民健康保險腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫(草案)

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 163 次委員會議決議行政院衛生署 101 年 0 月 0 日衛署健保字第 0000000000 號核定函辦理。

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 100101 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 100101 年度中醫門診醫療給支費用專款項目「全民健康保險腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」支應。

六、申請資格：

- (一)、設有中醫門診之醫院且需執業滿三年以上，並參加總額受託單位中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫全聯會)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)。
- (二)、申請參與本計畫提供服務之成員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第三十六條至第三十八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)、

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支付為 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)本計畫執行期間欲變更計畫者需報請中醫全聯會審議通過，發予變更同意函，並檢具該變更同意函向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組報備准後始得變更。

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支付方式預估。

(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同意函者，檢具中醫全聯會之同意函與本保險之分區業務組以換文方式申請辦理本計畫服務，即可執行本計畫。

十一、支付方式：

(一)本計畫支付標準表如附件二。

(二)本計畫之經費全年預算45百萬元本計畫與中醫門診醫療支付費用專款項目另三項延續性試辦計畫全年總預算85百萬元，預算得互相流用，按季均分及結算，並暫以每點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，年底時進行全年結算，惟每點不高於1元。

十二、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之特約醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦

理。

(二)醫療費用申報

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：

(1)「案件分類」：屬本計畫案件，請填寫「22」(中醫其他案件)。

(2)特定治療項目(一)：「腦血管疾病」請填寫「C8」。

十三、執行報告

經審查通過執行本計畫者，應於本計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，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、辦理本計畫之中醫院所如於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三十六條至第三十八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)，經保險人予以停止特約或終止特約者，中醫全聯會得即時轉請保險人分區業務組終止本計畫服務。

十五、執行本計畫而成效不佳者、未依本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，停止執行計畫服務。

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，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。

十七、本計畫由保險人會同中醫全聯會研訂後，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，修正時亦同。

附件一

100101 年全民健康保險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		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	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				
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		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他				
	計畫書		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他				
	醫師人力		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他				
	其他醫事人力						
保險醫事服務機構	機構章戳	申請日期： 年 月 日		中醫全聯會審核意見欄	1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他		本欄由審查單位填寫
					審核委員： 日期章戳：		

附件二

全民健康保險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、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。
- 二三、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。
- 四五、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：(1)P33051、P33052、P33053 每一個案住院期間限申請 1 次費用。

(2)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支付。

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。

全民健康保險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 163 次委員會議決議行政院衛生署 101 年 0 月 0 日衛署健保字第 0000000000 號核定函辦理。

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 100101 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 100101 年度中醫門診醫療給支費用專款項目「全民健康保險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：

- (一)、設有中醫門診之醫院且需執業滿三年以上，並參加總額受託單位中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫全聯會)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)。
- (二)、申請參與本計畫提供服務之成員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第三十六條至第三十八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)。

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支付為 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)本計畫執行期間欲變更計畫者需報請中醫全聯會審議通過，發予變更同意函，並檢具該變更同意函向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組報備准後始得變更。

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

畫第十一點支付方式預估。

(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同意函者，檢具中醫全聯會之同意函與本保險之分區業務組以換文方式申請辦理本計畫服務，即可執行本計畫。

十一、支付方式：

(一)本計畫支付標準表如附件二。

(二)本計畫之經費全年預算10百萬元，與中醫門診醫療支付費用專款項目另三項延續性試辦計畫全年總預算85百萬元，預算得互相流用，按季均分及結算，並暫以每點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，年底時進行全年結算，惟每點不高於1元。

十二、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之特約醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二)醫療費用申報

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：

(1)「案件分類」：屬本計畫案件，請填寫「22」(中醫其他案件)。

(2)特定治療項目(一)：請填寫「C9」(全民健康保險小兒氣喘緩

解期中醫優質門診照護試辦計畫)。

十三、執行報告

經審查通過執行本計畫者，應於本計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，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、辦理本計畫之中醫院所如於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三十六條至第三十八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)，經保險人予以停止特約或終止特約者，中醫全聯會得即時轉請保險人分區業務組終止本計畫服務。

十四十五、執行本計畫而成效不佳者、未依本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，停止執行本計畫服務。

十五十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，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。

十六十七、本計畫由保險人會同中醫全聯會研訂後，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，修正時亦同。

十八、本計畫自 102 年起不再試辦，回歸一般服務。

附件一

100101 年全民健康保險小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫申請書

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		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	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			
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		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	計畫書		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	醫師人力		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 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 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他 審核委員： 日期章戳：	
	申請日期： 年 月 日					
				本欄由審查單位填寫		

全民健康保險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、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。
- ~~二三~~、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。
- ~~四五~~、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。
- ~~五六~~、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，該筆費用將不予支付。(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 270/次 400/次 250/次 380/次
P31212	Expiratory No 一氧化氮檢測	
P31213	Pulmonary function 肺功能試驗	
P31214	Methacholine challenge test 鹽丑甲基膽鹼誘發性氣道收縮測試	
P31215	Total IgE 免疫球蛋白 E	
P31215	SF-36 生活品質量表或氣喘控制測驗(Asthma Control Test)	500/次 500/次 500/次 500/次 350
P31202	中醫輔助醫療檢查費(使用儀器—舌診儀輔助)每月一次為限	
P31203	中醫輔助醫療檢查費(使用儀器—脈診儀輔助)每月一次為限	
P31204	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	
P31205	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	
P31206	體針針灸治療並留針 30 分鐘(豁痰定喘)	200
P31207	氣霧吸入處置費(豁痰開竅)	

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。

全民健康保險小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫(草案)

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163次委員會議決議行政院衛生署 101 年 0 月 0 日衛署健保字第 0000000000 號核定函辦理。

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100101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100101年度中醫門診醫療給支費用專款項目「全民健康保險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：

(一)、設有中醫門診之醫院且需執業滿三年以上，並參加總額受託單位中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫全聯會)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)。

(二)、申請參與本計畫提供服務之成員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第三十六條至第三十八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)。

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支付為 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)本計畫執行期間欲變更計畫者需報請中醫全聯會審議通過，發予變更同意函，並檢具該變更同意函向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組報備准後始得變更。

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。

(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支付方式預估。

(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同意函者，檢具中醫全聯會之同意函與本保險之分區業務組以換文方式申請辦理本計畫服務，即可執行本計畫。

十一、支付方式：

(一)本計畫支付標準表如附件二。

(二)本計畫之經費全年預算 20 百萬元本計畫與中醫門診醫療支付費用專款項目另三項延續性試辦計畫全年總預算 85 百萬元，預算得互相流用，按季均分及結算，並暫以每點 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，年底時進行全年結算，惟每點不高於 1 元。

十二、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之特約醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二)醫療費用申報

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：

(1)「案件分類」：屬本計畫案件，請填寫「22」(中醫其他案件)。

(2)特定治療項目(一)：請填寫「C0」(全民健康保險小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫)。

十三、執行報告

經審查通過執行本計畫者，應於本計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，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、辦理本計畫之中醫院所如於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三十六條至第三十八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)，經保險人予以停止特約或終止特約者，中醫全聯會得即時轉請保險人分區業務組終止本計畫服務。

十五、執行本計畫而成效不佳者、未依本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，停止執行者本計畫服務。

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，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。

十七、本計畫由保險人會同中醫全聯會研訂後，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，修正時亦同。

十八、本計畫自 102 年起不再試辦，回歸一般服務。

附件一

100101 年全民健康保險小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫申請書

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 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			
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		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	計畫書		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	醫師人力		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 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 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 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					

全民健康保險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、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。
- 二三、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。
- 四五、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。
- 五六、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，該筆費用將不予給支付。(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。

全民健康保險腫瘤患者手術、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)

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 163 次委員會議決議~~行政院衛生署 101 年 0 月 0 日衛署健保字第 0000000000 號核定函辦理。

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~~101 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~~101 年度中醫門診醫療給支付費用專款項目「全民健康保險腫瘤患者手術、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：

- (一)、設有中醫門診之醫院且需執業滿三年以上，並參加總額受託單位中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫全聯會)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)。
- (二)、申請參與本計畫提供服務之成員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第三十六條至第三十八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)。

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支付為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)本計畫執行期間欲變更計畫者需報請中醫全聯會審議通過，發予變更同意函，並檢具該變更同意函向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組報備准後始得變更。

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。

(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支付方式預估。

(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同意函者，檢具中醫全聯會之同意函與本保險之分區業務組以換文方式申請辦理本計畫服務，即可執行本計畫。

十一、支付方式：

(一)本計畫支付標準表如附件二。

(二)本計畫之經費~~全年預算10百萬元~~本計畫與中醫門診醫療支付費用專款項目另三項延續性試辦計畫全年總預算85百萬元，預算得互相流用，按季均分及結算，並暫以每點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，年底時進行全年結算，惟每點不高於1元。

十二、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之特約醫事服務機構，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二)醫療費用申報

- 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：
 - (1)「案件分類」：屬本計畫案件，請填寫「22」(中醫其他案件)。
 - (2)特定治療項目(一)：「腫瘤」請填寫「J7」。

十三、執行報告

- (一)經審查通過執行本計畫者，於計畫執行期間，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)經審查通過執行本計畫者，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，應檢送執行報告至中醫全聯會，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)，並由中醫全聯會遴聘專家學者針對執行成果進行審查。

十四、辦理本計畫之中醫院所如於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三十六條至第三十八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)，經保險人予以停止特約或終止特約者，中醫全聯會得即時轉請保險人分區業務組終止本計畫服務。

十五、執行本計畫而成效不佳者、未依本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，停止執行本計畫服務。

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，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。

十七、本計畫由保險人會同中醫全聯會研訂後，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，修正時亦同。

附件一

100101 年全民健康保險腫瘤患者手術、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 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		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	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				
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		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他				
	計畫書		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他				
	醫師人力		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 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 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 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

全民健康保險腫瘤患者手術、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、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。
- ~~二三~~、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。
- ~~四五~~、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：(1)P34051、P34052 每一個案住院期間限申請1次費用。

(2)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支付一次，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。		

101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

行政院衛生署中央健康保險局 100 年 12 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告

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、依據

行政院衛生署 100 年 12 月 00 日衛署健保字第 0000000000 號核定函。

二、目的

鼓勵中醫師至醫療資源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 100 年 10 月 31 日調查時醫療資源不足之山地、離島及偏遠地區為優先施行區域 (附件 1)。
- (二)於本計畫執行期間，經保險人及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實屬醫療資源不足地區，始開放中醫特約醫療機構申請巡迴醫療服務計畫。

五、施行期間：101 年 1 月 1 日至 101 年 12 月 31 日。

六、執行方式

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

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(特殊地區由保險人及中醫師公會全聯會專案認定之)。
- 2.每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.執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同意之每週診療時間提供醫療服務，如因故休診，應事先載明原由專函報請保險人分區業務組及中醫師公會全聯會核備，另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)；如遇不可抗拒因素如山崩、土石流...等，得事後核備。
- 4.執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務時間、每週服務次數或地點，須先將變更計畫報請所屬轄區中保會分會進行審查評估，復經保險人及中醫師公會全聯會同意後，發予變更通知函；檢具中醫師公會全聯會發予之變更通知函及當地衛生主管機關報備函向保險人分區業務組報備後始得變更。相關巡迴資料，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費用申報事宜。

(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或申請暫緩處分者)。

八、申請程序

申請本計畫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進行審查，審查結果函報保險人。

(一)101 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫申請表(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，經費請參考本計畫第十點預估。

(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 7 個工作日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，並於初審完成後 10 個工作日內函復保險人及申請單位初審結果。

(二)經審查通過並收到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向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)本計畫論量計酬費用，以當區前一季點值不低於 1 點 1 元支付，餘採浮動點值計算。

(二)本計畫申報之門診診察費不納入門診合理量計算。

(三)保險人於結算時，門診診察費按本保險支付標準第四部表定之申報點數加 1 成支付，加成部分由本計畫預算支應。

(四)基本承作費用由本計畫專款項目支付，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	8,800	P23008
(三)一級離島	11,000	P23009
(四)二級離島	12,100	P23010
(五)三級離島	13,200	P23011

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：澎湖縣白沙鄉、澎湖縣西嶼鄉、台東縣綠島鄉。

3.三級離島：澎湖縣七美鄉、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。

(五)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。

(六)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。

(七)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。

(八)依本計畫所申請之專款專用支付項目費用不列入「101年度中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。

(九)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 3)，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)執行本計畫之中醫特約醫療機構，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」(醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫)。

(3)門診診察費，醫療院所依本保險支付標準第四部表定之點數申報，申報時不加計成數。

(4)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 4）並於每月併同費用申報寄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。

(5)本計畫採「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 5）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 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。

(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。

十二、執行報告

經審查通過執行本計畫者，於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或申請暫緩處分者)，經保險人予以停止特約以上處分者，自處分停約日起即停止執行本計畫。

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、本地就醫率等資料；並於實施半年後進行期中檢討。

十六、本計畫報請行政院衛生署核定後由保險人公告實施，修正時亦同，惟屬執行面之修正，由保險人逕行公告，並送費協會備查。另100年度原有計畫延續至101年度執行，且符合101年度公告之「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」施行地區者，其實施日期追溯自101年1月1日起，至101年計畫公告實施日止。

十七、若中醫門診總額支付制度因故未能委託辦理專業自主事務，則本計畫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不足地區獎勵開業服務計畫

一、依據

行政院衛生署 100 年 12 月 00 日衛署健保字第 0000000000 號核定函。

二、目的

鼓勵中醫師至醫療資源不足地區執行中醫醫療服務，均衡中醫醫療資源分佈，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100年10月31日調查時醫療資源不足之山地、離島及偏遠地區為施行區域(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保險人及中醫門診總額支付委員會議同意確認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：101年1月1日至101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及保險人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師公會全聯會及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 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或申請暫緩處分者)。

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)101 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源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)中醫師公會全聯會收到申請計畫後進行初審，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 個工作日內函復保險人審查結果。
- (二)申請單位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，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，以實際申報點數計算至本計畫結束。

(三)100 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案計畫，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療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)執行本計畫之中醫特約醫療機構，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 4)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，於本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。

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 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或申請暫緩處分者)，轉請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、本地就醫率等資料；並於實施半年後進行期中檢討。

十六、本計畫報請行政院衛生署核定後由保險人公告實施，修正時亦同，惟屬執行面之修正，由保險人逕行公告，並送費協會備查。符合 101 年度公告之「101 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源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 101 年 1 月 1 日起，至 101 年計畫公告實施日止。

十七、若中醫門診總額支付制度因故未能委託辦理專業自主事務，則本計畫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 100 年 12 月 00 日衛署健保字第 0000000000 號核定函。

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 100 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特約醫療機構數 ≤ 2 。
- 2.符合上述條件之開業中醫特約醫療機構，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(詳附件 1)(須排除已申請獎勵開業服務計畫之鄉鎮)。

(三)本計畫試辦期間，施行區域如有變更須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，經保險人公告生效。

五、試辦施行期間：101年1月1日至101年12月31日。

六、執行目標

本年度公告執行地區之中醫特約醫療機構數，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特約醫療機構者。
- 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 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或申請暫緩處分者)。
- 3.須合於上述條件，始列入長期進駐服務試辦計畫之中醫特約醫療機構。
- 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特約醫療機構提報保險人核備。

八、支付方式

- (一)符合本試辦計畫第七條資格之中醫特約醫療機構，依本保險支付標準第四部表定之點數申報。
- (二)保險人於結算時，門診診察費按申報點數加 2 成支付，加成部分由本計畫預算支應。
- (三)本試辦計畫所申請之專款專用支付項目費用，不列入「101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)執行本試辦計畫之中醫特約醫療機構，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。

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)特定治療項目代號：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)。

(2)門診診察費，醫療院所依本保險支付標準第四部表定之點數申報，申報時不加計成數。

(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 4)並於每月併同費用申報寄保險人分區業務組。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、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特約醫療機構，經中醫師公會全聯會及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、醫療服務使用狀況率等資料。

十二、本試辦計畫報請行政院衛生署核定後由保險人公告實施，修正時亦同，惟屬執行面之修正，由保險人逕行公告，並送費協會備查。

101 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴服務鄉鎮一覽表

縣市別	鄉鎮區	代號	縣市別	鄉鎮區	代號	縣市別	鄉鎮區	代號
新北市	石碇區	3119	嘉義縣	布袋鎮	4002	屏東縣	獅子鄉 [*]	4332
	坪林區	3120		溪口鄉	4005		牡丹鄉 [*]	4333
	石門區	3122		東石鄉	4008	澎湖縣	白沙鄉 ²	4403
	平溪區	3124		鹿草鄉	4010		西嶼鄉 ²	4404
	雙溪區	3125		番路鄉	4016		望安鄉 ³	4405
	貢寮區	3126		大埔鄉	4017		七美鄉 ²	4406
	烏來區 [*]	3129		阿里山鄉 [*]	4018	花蓮縣	壽豐鄉	4506
桃園縣	復興鄉 [*]	3213	台南市	後壁區	4110		光復鄉	4507
新竹縣	橫山鄉	3307		東山區	4111		豐濱鄉	4508
	寶山鄉	3310		大內區	4115		富里鄉	4510
	北埔鄉	3311		北門區	4119		秀林鄉 [*]	4511
	峨眉鄉	3312		安定區	4121		萬榮鄉 [*]	4512
	尖石鄉 [*]	3313		楠西區	4124		卓溪鄉 [*]	4513
	五峰鄉 [*]	3314		左鎮區	4126	台東縣	卑南鄉	4604
宜蘭縣	壯圍鄉	3406	高雄市	龍崎區	4130		大武鄉	4605
	員山鄉	3407		田寮區	4213		太麻里鄉	4606
	大同鄉 [*]	3411		永安區	4218		東河鄉	4607
	南澳鄉 [*]	3412		彌陀區	4219		長濱鄉	4608
苗栗縣	三義鄉	3513		甲仙區	4222		鹿野鄉	4609
	南庄鄉	3511		內門區	4224		綠島鄉 ²	4611
	頭屋鄉	3512		茂林區 [*]	4225		延平鄉 [*]	4612
	西湖鄉	3514		桃源區 [*]	4226		海端鄉 [*]	4613
	造橋鄉	3515		那瑪夏區 [*]	4227		達仁鄉 [*]	4614
	三灣鄉	3516	屏東縣	萬巒鄉	4312		金峰鄉 [*]	4615
	獅潭鄉	3517		竹田鄉	4314		蘭嶼鄉 ³	4616
	泰安鄉 [*]	3518		新埤鄉	4315	金門縣	金沙鎮 ¹	9002
台中市	大安區	3614		崁頂鄉	4318		金寧鄉 ¹	9004
	和平區 [*]	3621		琉球鄉 ¹	4322		烈嶼鄉 ³	9005
彰化縣	大城鄉	3724		車城鄉	4323		烏坵鄉 ³	9006
南投縣	國姓鄉	3810		滿州鄉	4324	連江縣	南竿鄉 ¹	9101
	信義鄉 [*]	3812		枋山鄉	4325		北竿鄉 ¹	9102
	仁愛鄉 [*]	3813		三地門鄉 [*]	4326		莒光鄉 ³	9103
雲林縣	林內鄉	3910		霧臺鄉 [*]	4327		東引鄉 ³	9104
	東勢鄉	3914		泰武鄉 [*]	4329			
	元長鄉	3917		來義鄉 [*]	4330			
	口湖鄉	3919		春日鄉 [*]	4331			

註 1：本一覽表統計截止日期：100 年 10 月 31 日。

註 2：x^{*}表山地鄉；x¹表一級離島；x²表二級離島；x³表三級離島。

**101 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區
巡迴醫療服務 計畫申請表**

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 地 區	區分會 鄉鎮區	縣 市 村	服 務 時 間	每 週	次 每 星 期
	時 段	上午：		下午：		晚上：
	地 址				電 話	
	承作方式	一律為基本承作費加服務量				
審 核 情 形	審 查 區 分 會 意 見	☐ 同意, ☐ 不同意		原 因		
		區分會主任委員簽章：				
	審 查 中 保 會 意 見	☐ 同意, ☐ 不同意		原 因		
		中保會主任委員簽章：				

101年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區醫療服務門診日報表

[illegible]

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
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公): (宅): 手機:		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 中醫醫缺巡迴
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公): (宅): 手機:		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 中醫醫缺巡迴
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公): (宅): 手機:		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 中醫醫缺巡迴
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公): (宅): 手機:		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 中醫醫缺巡迴
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公): (宅): 手機:		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 中醫醫缺巡迴
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公): (宅): 手機:		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 中醫醫缺巡迴
	☐ 門、急診 ☐ 住院				(公): (宅): 手機:		☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 中醫醫缺巡迴

註：1.本表應檢送保險人分區業務組備查。

2.本表請院所自行印製使用。

全民健康保險醫療報酬申請表：

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不足地區專科醫師支援（巡迴）、中醫門診巡迴醫療服務計畫（論次計酬）

年 月 頁數： 第 頁共 頁

受 理 日 期		受 理 編 號		醫 事 服 務 機 構 代 號		核 減 額		核 定 額		
醫事服務機構名稱		醫 事 服 務 機 構 代 號		核 減 額		核 定 額		核 定 額		
編 號	請 領 人 姓 名	請 領 人 身 分 字 號	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 次	請 診 數	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：

醫事服務機構地址：

電話：

印信：

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，並報經保險人分區業務組同意始得給付。

二、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。西醫給付別為 2，本欄不用填寫。

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)
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 西醫基層醫療資源不足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 西醫基層醫療資源不足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）。

**101 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區獎勵開業服務鄉鎮
一覽表**

縣市別	鄉鎮區	代號	縣市別	鄉鎮區	代號	縣市別	鄉鎮區	代號
新北市	坪林區	3120	屏東縣	滿州鄉	4324	台東縣	延平鄉	4612
	烏來區	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		蘭嶼鄉	4616
	五峰鄉	3314		獅子鄉	4332	金門縣	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
台中市	大安區	3614	澎湖縣	白沙鄉	4403		烏坵鄉	9006
	和平區	3621		西嶼鄉	4404	連江縣	南竿鄉	9101
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	花蓮縣	光復鄉	4507		東引鄉	9104
台南市	楠西區	4124		秀林鄉	4511			
高雄市	茂林區	4225		萬榮鄉	4512			
	桃源區	4226		卓溪鄉	4513			
	那瑪夏區	4227						

註：本一覽表統計截止日期為 100 年 10 月 31 日。

101 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區

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

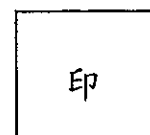
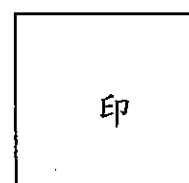
執業地點： 縣 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



門診時段異動表辦法：

1. 依「中醫門診總額醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫」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保險人分區業務組核備。

101 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區

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

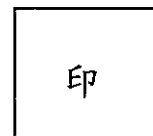
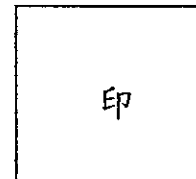
執業地點： 縣 鄉鎮區

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



休診及補班規範：

- 1.依「中醫門診總額醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫」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。

**101 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區
獎勵開業服務 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					
開 業 地 區 及 時 間	開 業 地 區	區分會 縣市 鄉鎮區 村				
	地 區 別	☐ 偏遠 ☐ 山地 ☐ 離島				
	電 話					
	地 址					
審 核 情 形	審 查 區 分 會 意 見	☐ 同意, ☐ 不同意		原因：		
		區分會主任委員簽章：				
	審 查 中 保 會 意 見	☐ 同意, ☐ 不同意		原因：		
		中保會主任委員簽章：				

101 年全民健康保險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	鄉鎮區	代號	縣市別	鄉鎮區	代號	縣市別	鄉鎮區	代號
新北市	瑞芳區	3112	雲林縣	土庫鎮	3905	高雄市	湖內區	4216
	深坑區	3118		二崙鄉	3911		梓官區	4220
	八里區	3123		臺西鄉	3916		六龜區	4221
桃園縣	觀音鄉	3212		水林鄉	3920		杉林區	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	台南市	鹽水區	4102		鹽埔鄉	4310
	三星鄉	3410		白河區	4103		高樹鄉	4311
苗栗縣	銅鑼鄉	3510		下營區	4112		佳冬鄉	4321
台中市	石岡區	3612		六甲區	4113		瑪家鄉	4328
	外埔區	3613		官田區	4114	澎湖縣	湖西鄉	4402
彰化縣	埔鹽鄉	3716		西港區	4116	花蓮縣	鳳林鎮	4502
	二水鄉	3720		七股區	4117		新城鄉	4504
	田尾鄉	3721		將軍區	4118		瑞穗鄉	4509
	芳苑鄉	3723		山上區	4122	臺東縣	池上鄉	4610
	竹塘鄉	3725		南化區	4125	金門縣	金寧鎮	9004
南投縣	鹿谷鄉	3807						
	魚池鄉	3809						

註：本一覽表統計截止日期為 100 年 11 月 30 日。

101 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：

行政院衛生署○年○月○日衛署健保字第○○○○○號核定函。

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：101 年 1 月 1 日起至 101 年 12 月 31 日止。

肆、預算分配：

一、先行結算 101 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(每點以當區前一季浮動點值不低於 1 點 1 元支付)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： Σ 各分區各季總預算加總(ΣA_{i1})

條件說明：

一、101 年第 1 季：96Q1+97Q1+98Q1 預算加總

二、101 年第 2 季：96Q2+97Q2+98Q2 預算加總

三、101 年第 3 季：96Q3+97Q3+98Q3 預算加總

四、101 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： Σ 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/stpeqr01.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採用內政部戶政司。

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： Σ 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)/ Σ 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 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)

(五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)

=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全局就醫人數(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	0.0000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%	0.916667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.6667%	1.024603
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%	0.391270
全局	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 p	0.391270	0.097817	-	-
全局	4		1.000000	0.902183	1.000000

指標 4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)
條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即為 $(100 \text{ 年該季} / 99 \text{ 年同期}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(100 \text{ 年該季申報醫療費用點數} / 99 \text{ 年同期申報醫療費用點數}) - 1$ 。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫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： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

- 一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。
- 二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「醫事人員」公務統計。
- 三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表 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

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

指標 3 占率 ($A_{i3} / \sum A_{i3}$)

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

* 占率：四捨五入至小數點第 6 位

十一、各分區各季預算 Gd

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

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

* 各分區各季經指標 4 加權後之預算 (A_{i4})

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

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

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

* 成長率占率：四捨五入至小數點第 6 位

十二、各分區各季預算 Ge

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

* 各分區指標 5 權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

* 各分區各季經指標 5 加權後之預算 (A_{i5})

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

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

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

* 占率：四捨五入至小數點第 6 位

※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 = $\frac{[\text{預算(東區)} - \text{東區核定非浮動點數} - \text{東區自墊核退點數}]}{\text{東區一般服務浮動核定點數}}$ 。

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

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

三、平均點值

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

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

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

附表1：各分區業務組之各鄉鎮市區

臺北業務組			北區業務組			中區業務組			南區業務組			高屏業務組			東區業務組		
序號	縣市	鄉鎮名稱	序號	縣市	鄉鎮名稱	序號	縣市	鄉鎮名稱	序號	縣市	鄉鎮名稱	序號	縣市	鄉鎮名稱	序號	縣市	鄉鎮名稱
1	宜蘭縣	三星鄉	1	苗栗縣	三義鄉	1	南投縣	中寮鄉	1	雲林縣	二崙鄉	1	屏東縣	九如鄉	1	花蓮縣	玉里鎮
2		大同鄉	2		三灣鄉	2		仁愛鄉	2		口湖鄉	2		三地門	2		光復鄉
3		五結鄉	3		大湖鄉	3		水里鄉	3		土庫鎮	3		內埔鄉	3		吉安鄉
4		冬山鄉	4		公館鄉	4		名間鄉	4		大埤鄉	4		竹田鄉	4		秀林鄉
5		壯圍鄉	5		竹南鎮	5		竹山鎮	5		元長鄉	5		牡丹鄉	5		卓溪鄉
6		宜蘭市	6		西湖鄉	6		信義鄉	6		斗六市	6		車城鄉	6		花蓮市
7		南澳鄉	7		卓蘭鎮	7		南投市	7		斗南鎮	7		里港鄉	7		富里鄉
8		員山鄉	8		南庄鄉	8		埔里鎮	8		水林鄉	8		佳冬鄉	8		新城鄉
9		頭城鎮	9		後龍鎮	9		埤心鄉	9		北港鎮	9		來義鄉	9		新瑞鄉
10		礁溪鄉	10		苗栗市	10		國姓鄉	10		古坑鄉	10		枋山鄉	10		萬榮鄉
11		羅東鎮	11		苑裡鎮	11		魚池鄉	11		四湖鄉	11		枋寮鄉	11		壽豐鄉
12		蘇澳鎮	12		泰安鄉	12		鹿谷鄉	12		西港鎮	12		東港鎮	12		鳳林鎮
13	金門縣	金沙鎮	13		通霄鎮	13		集集鎮	13		東勢鄉	13		林邊鄉	13		豐濱鄉
14		金城鎮	14		造橋鄉	14	彰化縣	二水鄉	14		林內鄉	14		長治鄉	14	臺東縣	大武壠
15		金湖鎮	15		獅潭鄉	15		二林鎮	15		虎尾鎮	15		南州鄉	15		太麻里
16		金寧鄉	16		銅鑼鄉	16		大村鄉	16		崙背鄉	16		屏東市	16		成功鎮
17		烈嶼鄉	17		頭份鎮	17		大城鄉	17		麥寮鄉	17		恆春鎮	17		池上鄉
18		烏坵鄉	18		頭屋鄉	18		北斗鎮	18		莿桐鄉	18		春日鄉	18		延平鄉
19	基隆市	七堵區	19	桃園縣	八德市	19		永靖鄉	19		臺西鄉	19		麟頂鄉	19		延平鄉
20		中山區	20		大園鄉	20		田中鎮	20		嘉義市	20		泰武鄉	20		東河鄉
21		中正區	21		大溪鎮	21		田尾鄉	21		西區	21		琉球鄉	21		金峰鄉
22		仁愛區	22		中壢市	22		竹塹鄉	22		東區	22		南樹鄉	22		長濱鄉
23		安樂區	23		平鎮市	23		仲港鄉	23	嘉義縣	大林鎮	23		新埤鄉	23		海端鄉
24		信義區	24		桃園市	24		秀水鄉	24		大埔鄉	24		新園鄉	24		鹿野鄉
25	連江縣	復興區	25		復興鄉	25		和美鎮	25		中埔鄉	25		獅子鄉	25		達仁鄉
26		北竿鄉	26		新屋鄉	26		社頭鄉	26		六腳鄉	26		萬丹鄉	26		綠島鄉
27		東引鄉	27		楊梅市	27		芳苑鄉	27		太保市	27		萬巒鄉	27		臺東市
28		南竿鄉	28		龍潭鄉	28		花壇鄉	28		水上鄉	28		滿州鄉	28		關山鎮
29	新北市	莒光鄉	29		龜山鄉	29		芬園鄉	29		布袋鎮	29		瑪家鄉	29		蘭嶼鄉
30		八里區	30		蘆竹鄉	30	臺中市	員林鎮	30		民雄鄉	30		潮州鎮	30		
31		三芝區	31		觀音鄉	31		埔心鄉	31		朴子市	31		霧臺鄉	31		
32		三重區	32	新竹市	五峰鄉	32		埔鹽鄉	32		竹崎鄉	32		麟洛鄉	32		
33		三峽區	33		北埔鄉	33		埤頭鄉	33		東石鄉	33		鹽埔鄉	33		
34		土城區	34		北區	34		鹿港鎮	34		阿里山	34	高雄市	三民區	34		
35		中和區	35		尖石鄉	35		溪州鄉	35		梅山鄉	35		大社區	35		
36		五股區	36		竹北市	36		溪湖鎮	36		鹿草鄉	36		大寮區	36		
37		平溪區	37		竹東鎮	37		彰化市	37		番路鄉	37		大樹區	37		
38		永和區	38		芎林鄉	38		福興鄉	38		新港鄉	38		小港區	38		
39		石門區	39		東區	39		練西鄉	39		溪口鄉	39		仁武區	39		
40		石碇區	40		香山區	40		大甲區	40	臺南市	義竹鄉	40		內門區	40		
41		汐止區	41		峨眉鄉	41		大安區	41		七股區	41		六龜區	41		
42		坪林區	42		湖口鄉	42		大肚區	42		下營區	42		左營區	42		
43		林口區	43		新埔鎮	43		大里區	43		大內區	43		永安區	43		
44		板橋區	44		新豐鄉	44		大雅區	44		山上區	44		田寮區	44		
45		金山區	45		橫山鄉	45		中區	45		中西區	45		甲仙區	45		
46		泰山區	46		關西鎮	46		太平區	46		仁德區	46		杉林區	46		
47		烏來區	47		寶山鄉	47		北屯區	47		六甲區	47		那瑪夏區	47		
48	臺北市	貢寮區	48			48		北區	48		北門區	48		岡山區	48		
49		淡水區	49			49		外埔區	49		北區	49		林園區	49		
50		深坑區	50			50		石岡區	50		左鎮區	50		阿蓮區	50		
51		新店區	51			51		后里區	51		永康區	51		前金區	51		
52		新莊區	52			52		西屯區	52		五井區	52		前鎮區	52		
53		瑞芳區	53			53		西區	53		白河區	53		美濃區	53		
54		萬里區	54			54		沙鹿區	54		安平區	54		茄苳區	54		
55		樹林區	55			55		和平區	55		安定區	55		茂林區	55		
56		雙溪區	56			56		東區	56		安南區	56		苓雅區	56		
57		蘆洲區	57			57		東勢區	57		西港區	57		桃源區	57		
58		鶯歌區	58			58		南屯區	58		佳里區	58		梓官區	58		
59		士林區	59			59		南區	59		官田區	59		鳥松區	59		
60		大同區	60			60		烏日區	60		東山區	60		湖內區	60		
61		大安區	61			61		神岡區	61		東區	61		新興區	61		
62		中山區	62			62		梧棲區	62		南化區	62		楠梓區	62		
63		中正區	63			63		清水區	63		南區	63		路竹區	63		
64		內湖區	64			64		新社區	64		後壁區	64		鼓山區	64		
65		文山區	65			65		潭子區	65		柳營區	65		旗山區	65		
66		北投區	66			66		龍井區	66		將軍區	66		旗津區	66		
67		松山區	67			67		豐原區	67		麻豆區	67		鳳山區	67		
68		信義區	68			68		霧峰區	68		善化區	68		橋頭區	68		
69		南港區							69		新化區	69		燕巢區	69		
70		萬華區							70		新市區	70		彌陀區	70		
									71		新營區	71		鹽埕區	71		
									72	澎湖縣	楠西區	72		七美鄉	72		
									73		學甲區	73		白沙鄉	73		
									74		龍崎區	74		西嶼鄉	74		
									75		歸仁區	75		馬公市	75		
									76		關廟區	76		望安鄉	76		
									77		鹽水區	77		湖西鄉	77		

全民健康保險中醫門診總額

針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案(草案)

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)95年9月9日第117次委員會議決議行政院衛生署101年0月0日衛署健保字第0000000000號核定函辦理。

二、目的：

為重視病人安全，提升中醫醫療品質，訂定針灸標準作業程序，加強中醫醫療院所提供以病人為中心的醫療作業，確保民眾就醫權益與安全。

三、審查認證：

- 1、未申請審查認證之中醫門診特約醫事服務機構符合申請「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查認證之醫療院所需以掛號郵寄至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)申請審查認證。
- 2、已經審查認證合格之特約中醫醫療院所現有專任中醫師如未全數符合針灸標準作業程序醫療品質提升計畫學分修習規定，視同未通過重新審查或審查認證不合格。

四、核發認證：

- 1、中醫門診特約醫事服務機構，自行填具申請書(如附件一)、檢附「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫查檢表」(如附件二)自行評核結果及學分證明影本，向中醫師公會全聯會申請符合「中醫醫療院所針灸標準作業程序」之審查認證，中醫師公會全聯會於收件二十日內(以郵戳為憑)函復審查結果，發予審查認證合格證明。
- 2、96年度前已通過審查認證之特約中醫醫療院所應傳真或郵寄

~~「(96年度)針灸標準作業程序醫療品質提升計畫申請書」、「針灸標準作業程序醫療品質提升計畫查檢表」及「審查認證合格證明書」(96年以前)至全聯會重新辦理審查，不再核發審查認證合格證明。~~

32、合格院所名單將於次月「中醫會訊」公告並檢送健保局於全球資訊網供民眾公開查閱。

五、監測項目：詳「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫查檢表」(如附件二)。

六、實施方式：

(一)本方案實施期間由中醫全聯會門診總額受託單位辦理「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫」講習會。

(二)訪查評估：由中醫全聯會門診總額受託單位之各分區委員會每年就該區院所數抽取二十分之一的院所進行實地訪查並依第五點之監測項目評分。

七、支付方式：

(一)經「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查合格之中醫門診特約醫事服務機構，自審查合格生效日次當月開始針灸治療處置計算，其所申報未合併開藥之針灸治療處置費(支付標準代碼 B42)及其他診療項目按全民健康保險醫療費用中醫部門支付標準規定申報。

(二)「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查合格之中醫門診特約醫事服務機構 101 年起第一次申報醫療費用時，需檢附中醫全聯會門診總額受託單位「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查認證合格證明書。

八、醫療服務申報與審查

- (一)執行本方案之醫療院所，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)中央健康保險局(以下簡稱健保局)特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表：本方案申報之醫療費用列為專案案件。
- (三)健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：案件分類請填寫「26」(中醫醫療院所針灸標準作業程序)。

九、評核：

申請符合「中醫醫療院所針灸標準作業程序」資格且經審查合格之中醫特約醫療院所，如經中醫全聯會門診總額受託單位、健保局或衛生主管機關依「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫查檢表」評核未合格者，由中醫全聯會門診總額受託單位函健保局各分區業務組通知該等院所於函到之次月起依規定不得申報「26 案件」針灸治療處置費加成，並副知健保局各分局。

十、罰則：

申請符合「針灸標準作業程序」認證且經審查認證合格之中醫特約醫療院所，如經中醫全聯會門診總額受託單位、健保局或衛生主管機關查核未依「針灸標準作業程序(SOP)」執行針灸醫療業務，將依法追回當年已申請本項支付標準點數差額，同時該醫療院所不得請領該年度「中醫門診醫療給支付費用總額品質保證保留款」。

十一、「門診醫療品質提升計畫--中醫針灸標準作業程序」詳附件三。

十一十二、具體實施及監控方案：詳「門診醫療品質提升計畫-針灸標準作業程序醫療品質提升計畫」具體實施及監控方案，如附件三四。

十三、本認證有效期限至 106 年 12 月 31 日，期滿需重新認證，必要時得以報備延長。

十二十四、本方案由健保局會同中醫全聯會門診受託辦理單位研訂後，送健保局備查實施費協會備查，由健保局公告並實施。

96年度中醫門診總額-針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案申請書

申請日期： 年 月 日

基本資料	院所名稱		院所代碼		
	負責醫師姓名		身分證字號		
	院所醫師數	名	檢附證明文件		件
	醫師姓名	身分證字號	中醫醫師證書字號	總學時數	
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
檢送項目	項 目		審 查 結 果		備 註
	學分證明書		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他		
	針灸標準作業程序醫療品質提升計畫查檢表		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他		
保險醫事服務機構	機構章戳		中醫全聯會審核意見欄	1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 審核委員： 日期章戳：	

註：本頁不足請自行影印

中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫查檢表(草案)

醫療院所名稱：_____

醫療院所代碼：_____

地址：_____

電話：_____

傳真：_____

e-mail：_____

項目	分類	查檢內容	查核結果 合格 不合格	配分
1、人員規範		執行針灸醫療業務之醫師具有針灸標準作業程序學分認證	☐ ☐	20
2、掛號		依相關規定載明病人基本資料，完成掛號及製作實體病歷。	☐ ☐	5
3、診察		遵中醫辨證理論進行診察。	☐ ☐	5
4、適應症分類		依照國際疾病分類代碼(ICD-9-CM)申報醫療費用。	☐ ☐	5
5、注意事項		熟悉針灸注意事項及針灸穴位注意事項。	☐ ☐	5
6、處方配穴		遵循君臣佐使循理法方穴技之思路處方配穴。	☐ ☐	5
7、針灸護理	衛教：	針灸前先向病人說明針灸流程、注意事項及心理準備事項。	☐ ☐	5
	病人準備：	術前先與病患溝通針灸時應注意事項。依照針刺部位取適當體位、姿勢。	☐ ☐	5
	材料準：	選用粗細適宜的針。 檢查針身有無斑鏽、針身是否彎曲針柄是否鬆散、針尖有無捲毛現象。	☐ ☐	5
	消毒：	遵照中醫醫療院所加強感染控制洗手之規範。 用棉花沾 75%之酒精對病人施針之局部消毒。 使用拋棄式毫針。 注意針的無菌保存期限。 遵循無菌技術操作。	☐ ☐	15
8、臨床針灸治療		遵循進針、行針、出針之規範。	☐ ☐	5
9、特殊狀況處理		熟悉針灸特殊狀況處理之規範。	☐ ☐	5
10、廢棄物處理		醫療廢棄物遵照廢棄物清理法中有關「有害事業醫療廢棄物」相關規定辦理。	☐ ☐	15
陸、評分(本欄由審查單位填寫)	總分			
	是否合格			

備註： 1、總分 80 分以上(不含)及格

2、70—80 分得於一個月後申請複核

3、總分 70 分以下得於二個月後申請複核

「門診醫療品質提升計畫--中醫針灸標準作業程序」
(作業內容)

壹、掛號

一、初診：填寫基本資料，依主管機關相關規定完成掛號及製作實體病例。

二、複診。

貳、診察

一、四診：望 聞 問 切

(一) 望診：望形質 望神 望面色 望頭與髮 望目 望耳 望鼻 望口唇.望
咽喉 望手足 望齒與齦 望指甲 望胸腹 望排出物 望舌苔

(二) 聞診：聞聲音 嗅氣味

(三) 問診：問病史 就醫史 家族史 問寒熱 問汗 問頭 面 目 眼 鼻.耳
口 唇 問飲食 問胸脇 胃脘 腹 問神 眠 二便 問月經與帶
下

(四) 切診：

1. 脈診

浮脈 沉脈 遲脈 數脈 虛脈 實脈 滑脈 澀脈 長脈 短
脈 洪脈 微脈 緊脈 緩脈 弦脈 芤脈 革脈 牢脈 濡脈
弱脈 散脈 細脈 伏脈 動脈促脈 結脈 代脈 疾脈

2. 按診

肌表按診 手足按診 胸腹按診 額部按診 腧穴按診

二、八綱辨證：陰陽 表裏 寒熱 虛實

三、氣血津液辨證：

(一) 氣：氣虛、氣滯、氣逆

(二) 血：血虛、血瘀、血熱、血寒

(三) 津液：津液不足、水飲內停

四、六經辨證：太陽、陽明、少陽、太陰、少陰、厥陰

五、臟腑辨證：

心病辨證 小腸病辨證 肝病辨證 膽病辨證 脾病辨證 胃病辨證
肺病辨證 大腸病辨證 腎病辨證 膀胱病辨證 心包辨證

六、衛氣營血辨證：

衛：溫邪襲表，肺衛失宣 氣：邪氣入裏，氣熱蒸騰
營：熱動營陰，心神被擾 血：耗血動血，心神擾亂

七、三焦辨證：上焦 中焦 下焦

八、六淫辨證：風 寒 暑 溼 燥 火

九、經絡辨證

手太陰肺經 手陽明大腸經 足陽明胃經 足太陰脾經
手少陰心經 手太陽小腸經 足太陽膀胱經 足少陰腎經
手厥陰心包經 手少陽三焦經 足少陽膽經 足厥陰肝經

參、適應症分類

以針灸臨床處方病症國際疾病分類(ICD-9-CM)為主

肆、針灸注意事項及針灸穴位注意事項

一、針法時需注意下列事項

- (一) 壞死組織的區域。
- (二) 治療法定傳染病。
- (三) 有死亡危險者或懷孕者。
- (四) 病患有發高燒、血尿、骨折、脫臼等症狀。
- (五) 《靈樞·五禁篇》五奪包括：1.形肉已奪、2.大奪血之後、3.大汗出之後、4.大泄之後、5.新產及大血之後（正氣大損，針法易令病患更虛衰）。

- (六) 《靈樞·五禁篇》五逆包括：1.熱病脈靜，汗已出，脈盛躁。2.病泄脈洪大。3.著痺不移，腠肉破，身熱，脈偏絕。4.淫而奪形，身熱，色天然白，及後下血衄，血衄篤重。5.寒熱奪形，脈堅搏。
- (病症和脈象相逆，病情嚴重，切宜慎重)

二、灸法時需注意下列事項

- (一) 重要臟器及大血管所在。
- (二) 頭面部、四肢末梢部，以及筋肉結聚處，皮膚淺薄處。
- (三) 延髓部、心臟部、眼球附近、睪丸部。
- (四) 婦女妊娠之腹部諸穴。
- (五) 凡一切陰虛火旺之體質與病症。(如陰虛癆瘵、咯血、吐血、心悸怔忡、肝陽頭痛、口乾舌燥等證。)
- (六) 凡一切陽症。(如身發高熱、神昏譫語、汗已後血壓高及中風實證，陽明胃實、脈象洪大弦數等症。)
- (七) 法定傳染病。
- (八) 瘡毒已經化膿者。
- (九) 身心疲極，酒醉大飽後。
- (十) 急性濕疹。

(以上各項於擬定針灸處方時，請審慎評估)

三、對暫時性的疲累、饑飽、情緒激動、氣血不定等情況，刺灸前後須多留意，一般在刺灸之前須稍加休息。

四、對表熱症，宜疾出針。對裏病和寒症，一般均須留針。

五、針灸穴位注意事項

屬 經	針法應審慎評估之穴位	灸法應審慎評估之穴位
手太陰肺經	雲門	天府、少商、魚際、經渠
手陽明大腸經		禾膠、迎香
足陽明胃經	承泣、氣衝、衝陽、缺盆、乳中	頭維、下關、人迎、乳中、條口、犢鼻、陰市、伏兔、髀關
足太陰脾經	箕門	周榮、腹哀、隱白、漏谷、陰陵泉
手少陰心經	青靈	無
手太陽小腸經	無	顴膠、肩貞
足太陽膀胱經	玉枕、絡卻	天柱、承光、攢竹、睛明、申脈、委中、殷門、承扶、白環俞、心俞
足少陰腎經	橫骨	無
手厥陰心包經	無	中衝
手少陽三焦經	顙息、角孫	絲竹空、天牖、陽池
足少陽膽經	承靈、肩井、上關	頭臨泣、淵液、地五會、膝陽關
足厥陰肝經	無	無
督脈	腦戶、顙會、神庭、神道、靈臺	啞門、風府、素膠、脊中、腦戶
任脈	神闕、會陰、石門、鳩尾	鳩尾

伍、處方配穴

針灸之處方配穴以中醫基礎理論辨證為靈魂，臨床以君、臣、佐、使為處方原則並遵循理、法、方、穴、技之思路。

一、本經配穴法：即循經取穴，所謂：經之所過，病之所治。例如肝火上炎產生的頭痛頭暈、目赤腫痛可瀉本經行間、太衝。

二、前後配穴法：前指胸腹部位屬陰，後指背腰部位屬陽。常見者為俞募配穴，多用於治療臟腑病，【難經六十七難】：「陰病行陽...俞在陽；陽病行陰，故令募穴在陰」。因此臟病使用本法，則以俞穴為主穴，募穴為配穴；如腑病使用本法，則以募穴為主穴，俞穴為配穴。如胃脘痛前取募穴中脘為主，後取胃俞相配；【靈樞官針】：「偶刺法」，亦屬本法之運用，如胃脘痛腹部之痛點為梁門，背部則取對應之胃倉相配。

三、上下配穴法：由腰部以上俞穴與腰部以下俞穴相配，【靈樞 終始】：

「病在上者，下取之；病在下者，高取之」。臨床上八脈交會穴之運用則屬此法，如心胸疾患者可上取內關，下取公孫。胃脘痛常上取中脘、內關，下取足三里。

四、左右配穴法：指由左側穴位與右側穴位配伍的方法。【內經】中的巨

刺、繆刺就是左右配穴法之的運用，即左病右取，右病左取，如左側面癱取右側合谷，有時常取兩側同名穴，如中風偏癱時既取患側亦取健側同名穴。

五、遠近配穴法：乃指離病位之遠或近的穴位配伍，其遠近之穴位多因經

絡相關或相聯系，相互配合相得益彰，如治療牙痛，取近的下關、頰車，遠部可取合谷、內庭相配。

六、表裡配穴法：陰經的病可同時在其相表裡之陽經取穴，此法能調整陰

陽經之經氣，而達治病之目的，如【靈樞 五邪】：「邪在腎，則病骨痛陰痺...取之湧泉昆侖」。主客原絡配穴亦屬此法之延伸。

七、內外配穴法：乃取四肢內外相對應之穴位相配。若陽經病則以外側為

主穴，內側為配穴，陰經為病則反之，臨床上：陰陵泉與陽陵泉、內關與外關、血海與梁丘、間使與支溝皆屬此法。

八、主症病機配穴法：本法就是根據疾病的主要症狀和病機相結合配伍選

穴。例如頭昏選百會為主穴，若因氣虛而致則選配氣海以補氣，若因肝火上衝所致則選配太衝以瀉肝，若因痰阻所致則選配豐隆以化痰，若因陰虛所致則選配太溪以滋陰。

九、主證兼症配穴法：本法指確定主證主穴之後，若有兼症則須對兼症選

配位治療。如外感風寒針對病機主證當選列缺、風池、風門、合谷為主穴以祛風散寒，宣肺解表，若兼發熱則選配大椎、曲池以解表退熱，頭痛配印堂以祛風止痛，鼻塞配迎香以通利鼻

竅，腹瀉配天樞以溫中止瀉，嘔吐配內關以降逆止嘔，咳嗽配太淵以宣肺止咳等等。

十、主證特殊穴配穴法：本法指確定主證主穴之後，再根據穴位的特殊屬性和特別功用，選其配合治療。本法有使用特定穴與經驗穴兩方面，特定穴如五俞穴、八會穴、募俞穴、原絡穴等，經驗穴如腸癰選闌尾穴，瘧疾選間使穴，急性腰痛選人中穴，退熱選大椎、曲池、合谷穴，著名的「四總穴歌」即是本法臨床運用之實例。

陸、針灸護理

一、衛教：針灸前先向病人說明針灸流程、注意事項及心理準備。

（一）每次應診前，請先將身體清洗乾淨，以便診斷治療。

（二）病患宜穿寬鬆衣服，女性穿兩截式套裝較為方便，請不要穿襪襪。

（三）針灸時，身體放鬆，請勿搖動翻身，以免疼痛。

（四）凡太飢、太渴、飯後困倦時不宜針灸，針灸時請保持心平氣和。

（五）針灸後，如有皮下出血或瘀青紅腫等現象，勿需緊張，幾天後自會消失。

（六）針後如有過度疲勞、酸脹等現象，乃屬自然反應，勿需過慮。

（七）慢性疾病需長期治療，每週最少二至三次較為適當。

（八）醫護人員的態度、必須親切、誠懇，給予病人衛前教育，減少情緒緊張，而提高療效。

（九）舒適的治療床、輕鬆柔和的音樂，可減輕病患緊張。

二、病人準備：治療環境認識，依針刺部位取最適當的姿勢

（一）病患情況：接受針灸治療之資訊，親朋介紹，醫療人員介紹對針灸是否害怕等。環境介紹，並衛教床頭鈴之使用方式。

（二）醫病溝通：術前先與病患溝通針灸時應注意事項及有任何不適馬上告

知醫護人員或按緊急鈕通知醫護人員。

(三) 依針刺部位取適當體位、姿勢，安排合適診療床或坐椅。

頭部之後面施針：取正坐、俯坐或俯臥式

頭部之側面施針：取正坐、側俯坐或仰臥、側臥式

顏面部施針：取正坐、仰臥或側臥式

頸部、胸部、腹部之前面：取仰臥或正坐式

側胸部、側腹部：取側臥式

後頸部、肩胛部及背部：取正坐、俯坐或伏臥式。

臀部：取伏臥式或跪伏式

會陰部：取仰臥式

上肢部：掌側—取屈肘仰掌式

背側—取屈肘俯掌式

拇指側—取屈肘側掌式

下肢部：前面—取正坐屈膝式

後面—取伏臥式

側面—取側臥或正坐屈膝式

三、材料準備：針具、灸材、拔罐器械及消毒棉球

(一) 器材準備：包括各種尺寸的無菌針、三稜針、灸條、灸筒、電針機及消毒棉球。

(二) 檢查：刺針之前，必先診斷病情，決定針何穴，並視腧穴部位之肌肉肥瘦，選用粗細適宜的針並檢查：針身有無斑鏽針身是否彎曲針柄是否鬆散針尖有無捲毛現象若有發現，即當摒棄不用。

四、消毒

(一) 醫者先將自己之手洗淨，用棉花沾75%之酒精擦拭，必要時戴上手套。

(二) 用棉花沾75%之酒精由內往外將病人施針之局部消毒。

(三) 用拋棄式毫針，需注意針的無菌保存期限。

(四) 遵循無菌技術執行。

(五) 必要時須戴口罩。

柒、臨床針灸治療

一、進針

(一) 下針基本手法：

- 1..揣法：揣而尋之。凡點穴以手揣摸其處，在陽部筋骨之側，陷者為真；在陰部腠之間，動脈相應。其肉厚薄，或伸或屈，或平或直，依法取之。
- 2..切法：切與爪法不同，凡欲下針之時，用兩手大指甲於穴傍上下左右四圍掐而動之，如刀切割之，令氣血宣散，不傷營衛。
- 3..爪法：爪而下之。爪者掐也，用左手大指甲著力掐穴，右手持針插穴，方始有準，乃不痛之法也。
- 4..進法：下針之後，宜分三才進針，先由天部進至人部，少停，再由人部進至地部。凡施補瀉，補者隨呼進針，瀉者隨吸進針。

(二) 進針方式

1. 管針進針：針管無菌針時，左手持針管用力壓在穴位上，皮膚凹陷後，右手食指或拇指用力拍打，然後提起針管放在彎盆內，右手持針，左手押在皮膚的適當位置上，就可以開始使用手法。
2. 徒手進針：A--醫者用右手拇指、食指、中指，挾持針柄，以左手拇指爪甲切入穴中，用力強壓使感麻痺，針尖沿爪甲刺進穴位，緩緩捻轉，逐漸將針刺入。
B--手持針柄，應用拇指食指中指，三指力貫針尖，應用手腕力道，採頓針手法使針快速進入皮下經過脂肪層，減少針刺的疼痛，然後開始行針手法，手法及動作一定要純熟輕巧、細膩。

(三) 下針之多少

- 1..初起之病，可不必要多針；久年之病要多針方能痊癒。
- 2..局部之病，針一二針即可痊癒，全身性大病，則需多針。
- 3..病人體壯者，可多針，虛弱者即應多針，亦要減少。
- 4..壯年可多針，小兒不可多針。
- 5..男人可較多針，女人普通不宜下針太多。

(四) 下針之次序

- 1..先針上部經穴，後針下部經穴；先針前部經穴，後針背部經穴。先針手部經穴，後針足部經穴。
- 2..先針主要經穴，後針次要經穴。
- 3..先針不甚痛之經穴，後針劇痛之經穴。
- 4..先針離病灶遠之經穴，後針距病灶近之經穴。
- 5..先針無病經穴，後針有病經穴。

(五) 下針之深淺

- 1..靈樞官能篇云：疾淺針深，內傷營血；疾深針淺，病氣不瀉。
- 2..經穴學各穴條下，應針幾寸幾分，均訂有一定規矩，乃系歷代先賢之經驗，臨症自應遵守。
- 3..仍須視時令、體質、病情、穴位之不同而靈活運用。
 - (1) 時令：春夏宜淺刺，秋冬宜深刺。
 - (2) 體質：肥胖肉厚皮黑者宜深刺。
 - (3) 年齡：壯實宜深刺，嬰兒宜淺刺。
 - (4) 病情：痛者深刺之，癢者淺刺之；脈實者深刺，脈虛者淺刺之；脈急者多寒，刺急者深而久留之；脈緩者多熱，刺緩者淺內而疾發針；久病者邪氣入深，刺而久留之。
 - (5) 穴位：四肢及肌肉豐厚部位之腧穴，可深刺；頭、頸、胸、背等肌肉淺薄處之腧穴宜淺刺。

二、行針

（一）行針基本手法

- 1..捻法：捻針之法，以大、食、中三指持針，大指用力捻針，捻針向內者謂之捻進，捻針向外者謂之捻退。古人分治下大指向內捻，令氣行至病所，治上大指向外捻，令邪氣至針下而出也。惟應注意，捻退之際，不可使針退至皮外，以針復入則感痛疼；退針之法亦然。
- 2..搓法：搓而轉之。將針或左或右，如搓線之狀，勿轉太緊，令人肥肉纏針，則有大痛之患。古人以轉針左右分別補瀉，大法左補右瀉，轉時以大指次指相合，大指往上進為之左轉，大指往下退為之右轉。
- 3..提法：以手緊持針柄，慢慢伸提豆許，不得轉動，再出，每次提之如前，可使氣往，故為瀉法。
- 4..按法：以手緊持針柄，輕按豆許，如診脈之狀，不得挪移，再入，每次按之如前，能助其氣之來，故為補法。
- 5..彈法：補瀉之時，如氣不行，將針柄輕輕彈之，以大指次指相疊，病在上用大指彈之而上，病在下用次指彈之而下，使氣速行，故用以催氣。
- 6..刮法：刮針之法，用大指甲從針尾刮至針腰，或從針腰刮至針尾，病在上則刮向上，病在下則刮向下，能止痛散風，若攣急者，宜頻頻刮之，可以疏和經絡。此法在不得氣時，用之可激發經氣，促使得氣。
- 7..循法：是以左手或右手于所刺腧穴四周或沿經脈的循行部位，進行徐和的循按的方法。此法在未得氣時用之可以通氣活血，有行氣、催氣之功。若針下過於沈緊時，可宣散氣血，使針下徐和。
- 8..攝法：下針之後，氣或滯澀，用大、食、中三指甲，於所屬之經絡上

下，來往攝之，使氣流通，故於行氣時用之。

- 9..努法：以大指、次指捻在針柄，不得轉動，卻用中指將針腰輕輕按之，約四五息之久，如撥弩機之狀，按之在前，使氣在後，按之在後，使氣在前，可運氣走至病所，乃調氣之法，古人「龍虎升騰」手法，即是努法。
- 10..盤法：盤法，祇用於腹部軟肉部位，其法如循環之狀。左盤9次，按之為補，右盤6次，提之為瀉，一補一瀉，故令氣和。
- 11..動法：動法，振動也。凡下針後，如氣不行，將針柄左右振動，如搖鈴之狀，可以增強針力，每次須搖五息，並配合呼吸提按以分補瀉。
- 12..留法：凡運針之際，病者感覺痠脹難忍，或針下肌肉緊張，捻轉不動，退針不出時，用留針之法，將針留置原位，撒手停針，或將針柄扳倒，使針尖朝向病所，或上或下，或左或右，用手執住，約數分鐘或10數分鐘之久，以待針下鬆弛，可獲鎮靜止痛之效，亦稱臥針。

（二）臨床行針手法：

- 1..行針時，針身捻針不要超過45度，左右捻轉配合提插，速度要適當精準、巧妙，並注意患者的反應。
- 2..行針時，詢問病患的感覺，有無痠、麻、脹、痛等等，及一切不適的反應。
- 3..行針時，注意病人的皮膚粗細及彈性，要如何減輕疼痛，達到滿意的治療效果。
- 4..行針時，當病人在適當位置時（坐姿、臥姿、側姿等），盡量放輕鬆而且姿勢不能改變，以防針變形。
- 5..行針時，如遇頓針困難，甚至於針身彎曲，則需要退針重新再來，這種情形應考慮進針時的拍打手法，不夠用力，對皮膚層的硬度不夠

了解，針管的用力程度也要加強，這樣才能達到一定的標準。

（三）行針注意事項：

- 1..下針之後，進至一定之深度，須停針以候氣，必待氣至，方可施行補瀉手法。
- 2..針下感覺沉重、滯澀、緊實者，為氣已至；針下感覺輕浮、虛滑、遲緩者為氣未至。
- 3..氣未至者，配合捻轉、提、按、循、彈等法催之，若仍未至，再候再催。

三、出針

（一）出針基本手法：

- 1..搖法：凡欲退針出穴之時，先用搖法，以兩指拏住針柄，如扶人頭搖動之狀，向上下左右各搖動數下，庶使穴孔開大，則針易退出。
- 2..退法：退針之法，亦分三才，先由地部退至人部，稍停再由人部退至天部，再停少時，方可拔出全部，凡施補瀉，補者隨吸退針，瀉者隨呼退針。
- 3..拔法：出針之時，先在皮下（天部）留置片刻，待針下氣緩，不沈緊，便覺經滑，即用指捻針，拔出體外，大成謂如拔虎尾之狀，蓋不可妄用強力也。
- 4..捫法：捫而閉之。凡行補法於出針後，即用手指掩閉其穴，勿令氣泄，若行瀉法則不用捫法也。

四、特殊針法與針灸輔助儀器

（一）拔火罐

- 1..所需時間：一般以5-10分鐘為主。
- 2..穴位：肩中俞、膏肓(背部不可針上罐，避免氣胸)、腎俞、大腸俞為主。
- 3..手法：(1)部位標定、(2)拔罐準備、(3)急滅火棒

4..拔火罐須檢視病人體表所呈現顏色，為判別的標準：

(1)紅暈(2)紫紅(3)暗紅 三個等級，視不同疾病程度所呈現顏色起罐。

(二) 電針機

1..開啟電源前，須確定每一個開關是否已歸零。

2..一般補法使用頻率為3-5Hz，一般瀉法使用頻率應大於30Hz，電流強度須詢問患者對電流的感受，並觀看肌肉跳動，以患者的感受為準。

3..關機，依相反順序，先關電源開關，再關頻率開關。

4..注意事項：

(1) 紅色、黑色接頭不可交叉跨在脊髓兩側、頭部及心臟，電針夾針在針柄根處，不要夾到患者皮膚。

(2)眼球周圍血管豐富處，宜謹慎通電。

(3)確保歸零動作。

(三) 紅外線

1..距離穴道部位30-45公分，略見紅光，避免造成燙傷。

2..不得照射眼睛。

(四) 針上灸

1..在針刺得氣後，將毫針留在適當的深度，在針柄上穿置一段長約1-2公分的艾柱施灸。

2..注意防止艾絨脫落燒傷皮膚或燒壞衣物床單等。

3..灸時囑患者不要移動體位。

4..如覺太熱，可隨時調整針刺的深度。

(五) 耳針

埋針：

1..消毒局部皮膚。

2..左手固定耳廓，繃緊埋針處的皮膚，右手用鑷子夾住消毒的皮內針柄，輕輕刺入所選的穴位。

3..用膠布固定。

4..每天自行按壓3-4次，留針3天。

5..埋針處不宜淋濕浸泡，夏季埋針時間不宜過長，以免感染。

（六）頭皮針

1. 坐位或臥位，依不同疾病選定刺激區後，局部常規消毒。
2. 用1.5-2寸毫針，與頭皮呈15-30度角快速將針刺入頭皮下，當針達腱膜下層時，指下感到阻力減少，然後針與頭皮平行繼續捻轉進針，可刺入0.5-1.5寸。
3. 運針時只捻轉不提插，留針5-10分鐘。
4. 電針刺激，一般補法使用頻率為3-5Hz，一般瀉法使用頻率應大於30Hz，刺激強度依患者反應而定。
5. 療程：每日或隔日針1次，10次為一個療程，休息5-7天後再作下一療程。

（七）藥灸：

- 1.由艾絨混合不同藥材粉末而成，用於間接灸，可分為含藥艾絨之間接灸法或製成艾條隔7-10層紗布實按灸。
- 2.藥艾法如雷火神針灸或太乙神針灸每隔布實按於審定之穴位5~8秒，火滅再燒再灸，可預備二支，輪換施用，但應慎防灼傷皮膚。
- 3.亦有將藥材置於紗布或紅布中，以不含藥材之艾條進行實按灸，亦應慎防灼傷皮膚。

（八）其他

捌、特殊狀況處理

一、暈針

- （一）現象：患者在針刺過程中，突然出面色蒼白、頭暈目眩、心慌氣短、二便失禁、脈微細欲絕。

(二) 原因：病人體質虛弱、緊張；或當勞累、大汗出、飢餓、大瀉、大出血後針刺；或因體位不適以及醫生針刺時手法過重。

(三) 處理：停止針刺，或將已刺之針起出，使患者平臥，頭位稍低，鬆開衣帶，注意保暖。輕者靜臥片刻，給飲溫開水或熱茶即可恢復。重者可針刺人中、內關、湧泉、足三里等穴，並可溫灸百會、氣海、關元等穴。

二、休克

原有心臟病之患者，針刺後可能誘發心臟病引起胸痛、頭暈、心悸、冒冷汗、無力感、甚至呼吸困難休克。輕度者宜安靜臥床休息，注意保暖，時時觀察有無惡化。必要時送急診。平時準備氧氣筒，以及熟練 CPR 急救訓練。

三、滯針

(一) 原因：主要是因為操作者在進行時捻針角度過大引起肌肉緊張，強烈收縮所致，或因只向同一方向捻針，以致肌纖維纏繞針體，會有捻轉、提插甚至無法退針的情形。

(二) 處理：按摩穴位四週或在滯針附近再刺一二針，使肌肉解除痙攣，然後起針。若滯針是由同一方向捻轉過度所致，則應向相反方向捻轉，再行起針。

(三) 預防：針刺手法要輕巧，捻轉幅度不要過大，更不宜向同一方向捻轉數圈。

四、彎針

(一) 原因：針刺後由於人體移動、壓迫而使針彎曲，或因手法不熟練、用力過猛、外力碰撞，應從針柄順移動方位緩緩出針，以減少疼痛。

(二) 處理：應先分析彎針原因，因體位變動所致者，應恢復原來體位，放鬆肌肉將針順著彎勢退出，切忌用力抽拔或捻轉，以免折針。

(三) 預防：手法要熟練，不要突然加強刺激，給病人自覺最舒適的體位，

針後不要移動體位。

五、斷針

(一) 原因：(1)針具質差，針身已有損壞剝蝕

(2)行針時強力提插、捻轉，肌肉猛烈收縮。

(3)留針時患者體位移動。

(4)電針時驟然加大強度。

(二) 處理：(1)囑患者保持原有體位，斷端尚露在皮膚之外，可用鑷子夾住斷端將針取出。

(2)斷端與皮膚相平或稍凹陷於體內者，可用左手拇、食指垂直向下擠壓，使斷端暴露體外，再用鑷子取出。

(3)若斷端陷入肌肉層時，視其所在部位，X光導引下，施行外科手術取出。

六、血腫

(一) 原因：出針後，針孔處有紅色小點，這是臨床常見現象，不需處理。

如果出針後，皮膚呈青紫色或腫起，即為刺傷血管所致。

(二) 處理：在局部可用消毒乾棉球稍加按壓，如出現血腫較大時，延長加壓面積時間。遺留的紫斑，一般在數天內能自行消退，或以熱敷效果更好。

七、出血

針及血管不僅造成疼痛，亦引起出血或皮下腫塊。宜出針後用消毒棉球緊壓針孔 1-3 分鐘止血。尚有疼痛，稍加溫敷可緩解。進針時應避開表層可見之血管。進針後留意指下針感勿觸及異物。手法輕快流利。

八、癍痕及硬塊

反覆連續針刺同一針孔，將行成癍痕及硬塊。應讓針孔有修復之時日，可循經上下取他穴進針。

九、麻痺灼熱刺痛

起因刺及神經，造成觸電樣抽搐，麻痺放射灼熱刺痛。此時應禁止反覆提插，以免神經損傷或日後肌肉萎縮。此種刺痛、灼熱感可能持續數週或數月。宜避免在患處針刺，可冰敷或外敷三黃散消炎。

十、氣、血胸

- (一) 症狀：針刺胸背部穴過深時，病人會有胸悶、咳嗽、呼吸急促、胸痛、嚴重時、呼吸困難、面色蒼白、血壓下降、暈厥等。X光檢查，肺葉不張，肺上葉有暗影。須住院作插管引流，臥床休息。
- (二) 原因：針刺時，沒有按照操作規程進針，特別在某些部位，如胸、背、肩膊等處刺入過深，或針刺手法不恰當，以致針穿刺胸壁和肺臟，空氣進入胸腔而形成。

(三) 處理：

1. 臥床休息，可讓患者取半臥姿。
2. 詳細觀察病情變化。
3. 防止感染。
4. 發生氣胸現象即應報告醫師，應儘速處理。

十一、肝、脾、腎等臟器損傷

(一) 症狀：

1. 肝區或脾區針刺過深，或肝脾腫大時，易刺傷肝脾引起出血。造成肝脾區疼痛，有時向背部放散，如出血不止，腹膜受到刺激時可伴有腹痛、腹膜緊張、腹部壓痛及反彈痛。
2. 刺傷腎臟出血，可出現腰痛，腎區壓痛及叩擊痛、並有血尿出現。

(二) 處理：

1. 出血量少、症狀較輕時，經臥床休息，一般可自癒。
2. 明顯出血現象，應注意血壓變化，同時使用止血藥或局部冷敷止血。
3. 若有明顯腹膜刺激徵，血壓下降，休克時，應立即採取急救措施。

(三) 預防：

- 1.熟悉穴位的解剖，掌握各個穴位下有何重要臟器，針刺深度與組織結構的關係。
- 2.針刺前應詳細檢查患者有無內臟器官腫大、尿瀦留、腸黏等病理改變。
- 3.根據患者的體形胖瘦、年齡大小及臟器的病理改變等按應刺深度操作。

十二、腦脊髓損傷

(一) 針刺風府、啞門、風池、安眠、醫明、頸夾脊穴等，由於針刺過深、角度不當均可能引起。

(二) 症狀：

- 1.第一腰椎以上棘突間針刺過深，刺中脊髓，出現觸電感向肢端放射，過重引起短暫的肢體癱瘓。
- 2.延髓損傷時，輕者出現倦怠、嗜睡，重者出現劇烈頭痛、噁心嘔吐、腦膜刺激徵、神志昏迷等症狀。

(三) 處理：

- 1.輕者安靜休息後常可逐漸恢復，但應密切觀察，病情是否逐漸加重。
- 2.重者需及時送設備較好的醫院救治。

玖、廢棄物處理

一、廢棄針處理：

將用過污染的針集中放置，投入標有感染性事業廢棄物黃色標誌之不易穿透容器內。常溫儲存以一日為限，5°C以下冷藏儲存七日內，交由委託之合格處理廠商清運並代為處理。

二、沾血棉球及有分泌物傷口敷料

沾過病人體液的棉花、衛生紙、手套等，丟置於感染性事業廢物標誌之紅色專用塑膠袋中，常溫儲存以一日為限，5°C以下冷藏儲存七日內，交由委託之合格處理廠商清運並代為處理。

「門診醫療品質提升計畫－中醫針灸標準作業程序醫療品質提升計畫」實施及監控方案

- 一、依據：~~全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)95年9月9日第117次委員會議決議行政院衛生署101年0月0日衛署健保字第0000000000號核定函辦理。~~

辦理。

~~二、實施期間：96年1月至96年12月。~~

~~三、實施期程：~~

- ~~(一)95年10月起開始分區辦理「中醫醫療院所針灸標準作業程序(SOP)」講習會，每分區至少辦理一場以上的講習會(課程中安排與填寫96年查檢表及實地訪視相關之課程)。~~
- ~~(二)95年12月起受理中醫特約院所申請重新審查或認證。~~
- ~~(三)96年1月起中醫門診總額支付制度保險委員會(以下簡稱中保會)及六區分會辦理分區宣導、實地輔導及抽樣實地訪視。~~
- ~~(四)96年12月評估實施成效。~~

101年1月起受理中醫特約院所申請審查認證。

~~四三、學分認證：~~

- ~~(一)參加「針灸標準作業程序(SOP)」講習會取得學分認證。~~
- ~~(二)向委辦單位申請通訊課程取得學分認證。~~
- ~~(三)由全聯會認可的針灸專業課程。~~

~~五四、審查認證：取得本計畫規定學分證明之中醫健保特約醫療院所，得自行填具申請書、針灸標準作業程序查檢表及每位醫師至少六學分證明，申請審查認證。~~

- ~~(一)取得本計畫規定學分證明之中醫健保新特約醫療院所，得自行填具「(96年度)針灸標準作業程序醫療品質提升計畫申請書」、「針灸標準~~

~~作業程序醫療品質提升計畫查檢表」及每位醫師至少六學分證明影本，申請審查認證。~~

~~(二)96 年度前已通過審查認證之特約中醫醫療院所應傳真或郵寄「(96 年度)針灸標準作業程序醫療品質提升計畫申請書」、「針灸標準作業程序醫療品質提升計畫查檢表」及「審查認證合格證明書」(96 年以前)至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)重新辦理審查。~~

六五、審查認證辦理單位：中醫師公會全聯會中保會負責審查認證。

七六、監控指標：「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫查檢表」項目做為監控項目，以 80 分為合格標準。

六七、監控方式：

- 1 於中醫師公會全聯會中保會下成立「針灸標準作業程序」推動小組(以下簡稱針灸 SOP 小組)負責執行本計畫。
- 2 經審查認證合格之特約中醫醫療院所應定期填寫「針灸標準作業程序(SOP)查檢表」檢送針灸 SOP 小組。
- 3 由針灸 SOP 小組依隨機取樣原則或受理之檢舉案件取百分之五以上之合格院所做為訪視對象，進行實地訪視，評估是否符合針灸標準作業程序之規定。

九八、目標：年度結束前全國九成以上執行針灸業務中醫師取得針灸標準作業程序學分認證，七九成以上執行針灸業務中醫特約醫療院所取得符合針灸標準作業程序審查認證合格。

九、檢討：於實施半年後，進行期中檢討，並於年度結束後評估實施成效。

~~95 年度中醫門診總額-中醫醫療院所加強感染控制實施方案~~ (草案)

一、依據：

本方案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 105 次委員會議行政院衛生署 101 年 0 月 0 日衛署健保字第 0000000000 號核定函辦理。

二、目的：

針對病人於中醫醫療院所診療期間之院內感染予以有效之控制、處理及防範，以期感染及疾病傳播的機會降至最低程度，以保障病人及醫療人員之安全。

三、本方案預算來源與支用範圍：

~~(一)本方案預算來自 95 年中醫門診一般服務醫療給付費用之 0.21%。~~

~~(二)各分區依 95 年各季每院所申請醫療費用佔率（分區每院所申請總醫療費用/6 分區每院所申請總醫療費用）分配。~~

~~(三)各分區中醫院所各季整體執行率（各季分區院所合格總家數/各季 6 分區院所總家數）如未達 9 成者，本方案各季預算分配依實際執行比率分配，其各季被扣減之「加強感染控制」預算費用，撥入各季符合率達 9 成以上之分區，按各季各合格分區申請總醫療費用/各季全部合格分區申請總醫療費用比率分配。~~

~~(四)於次季之第 2 個月底，由中醫門診總額受託單位函知本方案各區整體執行率，並請中央健康保險局(以下簡稱健保局)將每季預算撥入分區一般總額費用辦理結算。~~

四、方案實施期間：

~~——自 95 年 1 月 1 日至 95 年 12 月 31 日止。~~

五三、資格認證：

中醫門診特約醫事服務機構，自行填具申請書(如附件 1)及檢附「中醫醫療院所加強感染控制查檢表」(如附件 2)自行評核結果及學分證明影本，向中醫師公會全聯會申請符合「中醫醫療院所加強感染控制」之審查認證，中醫師公會全聯會於收件 20 日內（以郵戳為憑）函復審查結果，發予審查認證合格證明。

六四、方案監測項目：詳「中醫醫療院所加強感染控制查檢表」。

七五、方案實施方式：

(一)本方案實施期間由中醫門診總額受託單位中醫師公會全聯會辦理「中醫醫療院所加強感染控制」講習會。

(二)訪查評估：~~95 年由中醫門診總額受託單位~~中醫師公會全聯會之各分區委員會得會同健保分局各業務組每年就該區院所數抽取 1/20 的院所進行實地訪查並依第 6 點查檢表之監測項目評分。

六、本認證有效期限至 106 年 12 月 31 日，期滿需重新認證，必要時得以報備延長。

六七、具體實施及監控方案：詳「中醫醫療院所加強感染控制計畫」具體實施及監控方案(如附件 3)。

九八、本方案由健保局會同中醫門診受託辦理單位研訂後，送費協會備查實施
本方案由中醫師公會全聯會研訂後，送健保局備查實施。

95 年度中醫門診總額-中醫醫療院所加強感染控制實施方案申請書

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼		
	負責醫師 姓名		身分證 字 號		
	院所醫師數	名		檢附證明文件 件	
	醫師姓名	身分證 字 號	中 醫 師 書 字 號	總 學 時 數	
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
檢 送 項 目	項 目			審 查 結 果	備 註
	學分證明書			☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他	
	加強感染控制查檢表			☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他	
保險醫事服務機構	機構章戳	中醫全聯會審核意見欄		1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 審核委員： 日期章戳：	
					(本欄由審查單位填寫)

中醫醫療院所感染控制作業參考指引

中華民國中醫師公會全國聯合會

壹、人員規範

1. 中醫師應修習六學時以上感染管控課程始得向中醫師公會全國聯合會申請審查認證（其中通訊課程不得高於三學時）。
2. 醫療院所內應備有針扎處理流程，並有針扎處理記錄。
3. 罹患法定傳染性疾病之員工，應依傳染病防治法規定予以休假。
4. 應有員工健康檢查之紀錄。

貳、器材準備

1. 工作服—工作人員應備有工作服。
2. 口罩—應備有足夠數量外科級以上口罩。
3. 手套。
4. 清潔用品—含環境清潔用品、消毒清潔用品及拭手紙。
5. 器械—刮痧板、拔罐杯及其他與身體接觸之器械，均應於使用前後消毒。
6. 備有洗手設備(以感應式或肘、膝觸碰式為宜)。
7. 飲水—飲水設備有檢查保養、檢驗資料或更換濾心記錄。
8. 包藥器材—每次分包後應清潔乾淨，分包機至少每周清洗乙次。
9. 針灸使用之針應儘可能使用拋棄式，否則應有消毒之規範與作業流程。

參、環境清潔

1. 每天開診前及結束後清潔環境及所有檯面、桌面、床面(0.05%漂白水)。
2. 工作人員清洗、處理器械應戴手套。
3. 空調設備—應保持環境之空氣流通，並定期清洗或更換過濾元件或系統。

肆、門診作業

1. 工作人員應著工作服從事臨床醫療工作。
2. 當接觸藉飛沫傳染疾病的病患時，應戴外科級以上口罩。

3. 針灸前應先於患者皮膚針刺局部表面以 75%酒精常規消毒，並約於 30 秒後才下針。
4. 針灸治療應符合無菌技術之操作，操作方式詳門診醫療品質提升計畫-中醫針灸標準作業程序。
5. 倘若發生針扎事件，依「針扎處理流程」進行處理。
6. 與病患體表有接觸之器械，如拔罐杯、刮痧板等使用前後應消毒；沾血之火罐杯應消毒備用（塑膠拔罐杯以拋棄式為原則）。
7. 藥局人員配藥時應先行洗手。
8. 遇有疑似傳染症患者，在處理完病患後，應立刻在其動線上消毒後才可恢復門診。
9. 注意體溫異常之醫療人員及病人。
10. 遇有疑似法定傳染症病患，應注意其境外移入史、接觸史、傳染症病史；8、9、10 點應依規定向衛生主管機關通報及轉診。
11. 備有外科級以上口罩在必要時提供給工作人員及病人使用。
12. 不可用已污染的手或穿戴污染之手套碰觸門把、電話、電腦及進食，又傷科外敷於傷口之藥物，應先做消毒或無菌處理。
13. 洗手

A．設備

(1)水：應使用自來水。

(2)洗手劑：

①肥皂塊：宜用磁鐵懸掛壁上或肥皂盒上，避免潮濕或泡於水內。

②肥皂液：容器避免污染，最好用拋棄式，如需重覆使用，則等肥皂溶液完全用完後，澈底清洗乾淨，烘乾後再重新裝入新肥皂，勿於中途加入新肥皂。

③消毒溶液：使用殺菌力強、使用方便之消毒液，如 Hibscrub、Better Iodine。

(3)水龍頭：最好以使用感應式，或以腳、膝、手肘等方式來開關；如以手部控制者，應在洗手後以擦手紙包住水龍頭關掉水。

(4)擦手紙：應置於水槽附近，且不易被弄濕之處，其高度應不致於使洗完手後，手上的水從手肘處回流至手。

B．方法：

- (1)除去手上的飾物。
- (2)以清水及肥皂或消毒液抹在雙手及前臂，保持手部低於手肘。
- (3)雙手用力摩擦搓洗，注意指甲內（請勿留指甲）指尖，指縫等處。
- (4)沖水，用紙巾擦乾。
- (5)水龍頭如以手部控制者，應在洗手後以擦手紙包住水龍頭關掉水。
- (6)全部時間 30-45 秒。

C．需要洗手之情況：

- (1)執行需要無菌操作技術之醫療行為前後。
- (2)接觸分泌物或排泄及其用品之後。
- (3)接觸病人傷口前後。
- (4)原則上接觸不同病人之間。
- (5)分發食物、藥物及針灸治療前。
- (6)進出隔離病房。
- (7)曾以手挖鼻或擤鼻之後。
- (8)飯前、便前、便後。
- (9)上、下班前。
- (10)工作時若戴手套，兩個案之間應洗手，脫除手套時亦應洗手。
- (11)看診前後應徹底洗手。

14.手套：

A．適用情形：

- (1)當接觸排泄物、分泌物、血液和體液時。
- (2)在照顧保護隔離病患時，需使用無菌手套。

15.口罩：

A．適用情形：

- (1)當疾病藉飛沫傳染，在密切接觸病患時(距離少於二公尺)，使用口罩。

(2)當疾病藉空氣或細小飛沫傳播，形成較遠距離傳播時，(距離大於二公尺以上)，進入病室工作人員應戴口罩。

(3)工作人員戴口罩，應避免自己的手接觸口罩，以避免經由黏膜接觸的傳播。

B．注意事項：

(1)使用口罩時應充分蓋住口、鼻，且使用以一次為原則，若潮濕、污染時應立即更換。

16.隔離衣：

A．適用情形：

(1)當照顧病患時，衣物會遭感染性分泌物和排泄物污染時。

(2)當隔離病室住有嚴格隔離，保護隔離之病患時。

(3)更換大範圍的傷口或燒傷傷口時，應該穿著無菌隔離衣。

B．穿著注意事項：

(1)以穿一次即更換為原則。

(2)隔離衣應完全覆蓋工作服或長及膝處。

(3)隔離衣之正面及背面、腰部和肘部以下視為污染區。脫下時應將污染區包於內面。

伍、廢棄物處理

1. 醫療廢棄物須依廢棄物清理法有關「有害事業廢棄物」相關規定辦理。

2. 應進行垃圾分類，應分感染性廢棄物及非感染性廢棄物分開收集。

3. 沾有病人血液、體液的棉花、衛生紙、手套等，應丟置於感染性事業廢棄物標誌之紅色專用膠袋內交由委託之合格處理廠商清運並代為處理。

4. 用過污染的針集中放置，投入標有感染事業廢棄物黃色標誌之不易穿透容器內，交由委託之合格處理廠商清運並代為處理。

中醫醫療院所加強感染控制查檢表

醫療院所名稱：_____

醫事服務機構代碼：_____

醫療院所地址：_____

電子郵件帳號：_____電話：_____傳真：_____

分類	項 目	符合	未符合	待改善	評分
壹、人員規範	醫事人員具有修習六學時以上感染管控相關學分認證。				20
	醫療院所內應備有針扎處理流程，並有針扎處理記錄。				2
	罹患法定傳染性疾病之員工，依傳染病防治法規定予以休假。				2
貳、器材準備	工作服—工作人員應備有足夠數量工作服。				2
	口罩—應備有外科級以上口罩供醫護及病人使用。				2
	手套。				2
	清潔用品—含環境清潔用品、消毒清潔用品及拭手紙。				2
	器械，刮痧板、拔罐杯及其他與身體接觸之器械，均應於使用前事先消毒。				2
	備有自來水。				2
	飲水設備有檢查保養、檢驗資料或更換濾心記錄。				2
	應備有乾淨紙杯以供飲水。				2
	藥品分包機至少每周清洗乙次。				2
	秤藥容器之清潔乾淨。				2
	湯匙、刮杓、刷子清潔乾淨。				2
參、環境清潔	每天開診前及結束後清潔環境及所有檯面、桌面、床面(○.○五%漂白水)。				2
	工作人員清洗、處理器械應戴手套。				2
	空調設備，應保持環境之空氣流通，並定期清洗或更換過濾元件或系統。				2
肆、門診作業	工作人員應著工作服從事臨床醫療工作。				2
	當接觸藉飛沫傳染疾病的病患時，戴外科口罩。				2
	針灸前應先於患者皮膚針刺局部表面以 75% 酒精消毒。				2
	針灸治療應符合中醫針灸標準作業程序無菌技術之操作。				2
	倘若發生針扎事件，依「針扎處理流程」進行處理。				2

	與病患體表有接觸之器械，如拔罐杯、刮痧板等使用前後應消毒；沾血之火罐杯消毒備用（塑膠拔罐杯以拋棄式為原則）。				2
	藥局人員配藥時應戴口罩且先行洗手。				2
	治療具傳染性疾病之病人時，應使用拋棄性器材。				2
	遇有疑似傳染症患者，在處理完病患後，應立刻在其動線上消毒後才可恢復門診。				2
	注意體溫異常之醫護人員及病人。				2
	遇有疑似法定傳染症病患，應注意其境外移入史、接觸史、傳染症病史，並依規定向衛生主管機關通報及轉診。。				2
	備有外科級以上口罩在必要時提供給工作人員及病人使用。				2
	不用已污染的手或穿戴污染之手套碰觸門把、電話、電腦及進食，又傷科外敷於傷口之藥物，應先做消毒或無菌處理。				2
	洗手設備完善。				2
	備有洗手劑。				2
	備有拭手紙。				2
	依規定方法及適切洗手。				2
	依規定穿戴手套。				2
	依規定正確穿戴口罩。				2
	正確使用隔離衣。				2
伍、廢棄物之處理	應進行垃圾分類，應分感染性廢棄物及非感染性廢棄物分開收集。				2
	沾有病人血液、體液的棉花、衛生紙、手套等，應丟置於感染性事業廢棄物標誌之紅色專用膠袋中。				2
	用過污染的針集中放置，投入標有感染事業廢棄物黃色標誌之不易穿透容器內。				2
	感染性廢棄物應委託或交付環保署認定之感染廢棄物公司清運並代為處理。				2
陸、評分 (本欄由審查單位填寫)	總分				
	是否合格				

備註：1．總分80分以上及格

2．總分70—79分得於一個月後申請複核

3．總分70分以下得於二個月後申請複核

4．含針灸內容之項次，無針灸之院所該項視為合格

「中醫醫療院所加強感染控制計畫」具體實施及監控方案

一、依據：全民健康保險醫療費用協定委員會第 105 次委會議決議行政院衛生署 101 年 0 月 0 日衛署健保字第 0000000000 號核定函辦理。

二、實施期程：101 年 1 月起受理中醫特約院所申請審查認證。

~~（一）95 年 1 月起受理中醫特約院所申請審查認證。~~

~~（二）95 年 1 月起開始分區辦理「中醫醫療院所加強感染控制」講習會，每分區至少辦理 2 場以上的講習會。~~

~~（三）95 年 4 月至 12 月中保會及六區分會辦理分區宣導、實地輔導及抽樣實地訪視。~~

~~（四）95 年 6 月期中檢討。~~

~~（五）95 年 12 月評估實施成效。~~

~~三、實施期間：95 年 1 月至 95 年 12 月。~~

~~四三、學分認證：~~

~~（一）參加「中醫醫療院所加強感染控制」講習會取得至少三學分認證(必要條件)。~~

~~（二）參加「中醫醫事人員 SARS 防治教育訓練研討會」取得學分認證。~~

~~（三二）向中保會申請通訊課程取得學分認證。~~

~~五四、審查認證：取得本計畫規定學分證明之中醫健保特約院所，得自行填具申請書、檢附「中醫醫療院所加強感染控制」查檢表及每位醫師至少 6 學時以上證明影本，申請審查認證。~~

~~六五、審查認證辦理單位：中醫師公會全聯會中保會負責審查認證。~~

七六、監控方式：

- (一) 於中醫全聯會中保會成立「中醫醫療院所加強感染控制」審查小組。
- (二) 經審查認證中醫醫療院所填寫「中醫醫療院所加強感染控制」查檢表 (checking list)」檢送本會「中醫醫療院所加強感染控制」小組。
- (三) 由本會「中醫醫療院所加強感染控制」小組依隨機取樣原則或受理之檢舉案件取百分之五以上之合格院所做為訪視對象，進行訪視，評估是否符合「中醫醫療院所加強感染控制」之規定。

八七、罰則：不符合「中醫醫療院所加強感染控制」規定之中醫特約院所列為輔導改善之院所，並不得請領中醫品保證保留款。

九八、目標：年度結束前全國 9 成以上中醫師取得「中醫醫療院所加強感染控制」學分認證，9 成以上中醫醫療院所取得符合「中醫醫療院所加強感染控制」審查認證合格。

十九、檢討：於年度結束後評估實施成效。