

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 112年第4次研商議事會議紀錄

時間：112年11月16日下午2時

地點：本署9樓第1會議室

主席：李副署長丞華

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列) (*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
何代表紹彰	何紹彰	陳代表俊龍	陳俊龍
吳代表清源	吳清源	陳代表俞沛	請假
卓代表青峰	請假	陳代表博淵	陳博淵
林代表狄昇	林狄昇	陳代表憲法	陳冠仁(代)
林代表源泉	林源泉	傅代表世靜	傅世靜
花代表錦忠	張鈺民(代)	黃代表頌儼	黃頌儼
邱代表瑞發	邱瑞發	黃代表輝榮	黃輝榮
姜代表智文	姜智文	詹代表永兆	詹永兆
柯代表富揚	請假	劉代表林義	公出
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表素玲	涂瑜君(代)
張代表廷堅	陳建霖(代)	蔡代表淑貞	蔡淑貞
張代表清田	張清田	羅代表永達	羅永達
陳代表仲豪	陳仲豪	蘇代表守毅	蘇守毅
陳代表俊良	陳俊良	蘇代表芸蒂	蘇芸蒂

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

陳淑華

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴

中華民國中醫師公會全國聯合會

李敬、王逸年、賴宛而

本署醫務管理組

林右鈞、黃珮珊、洪于淇

本署醫審及藥材組

本署企劃組

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

陳依婕、黃怡娟、朱文玥
黃瓊萱、黃怡娟、黃奕瑄
劉立麗、黃惠卿、吳倍儀
黃馨玉、李羿萱、林麗智
楊淑美、鄭正義

高幸蓓、詹淑存、陳亞其
陳泰諭

楊淑娟*、賴美雪*、黃寶玉*
謝明珠*、黃毓棠*、林孟萱*
蘇彥秀*、王奕晴*、林裕能*、
戴秀容*、林育辰*、陳怡心*、
潘佳鈴*、謝佩璇*

李建漳*、賴文琳*

謝明雪*、李金秀*、黃皓綱*
李昀融*、吳建昌*、廖子喬*
高菲屏*

黃兆杰*、羅亦珍*、鄭翠君*

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號6「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案繼續列管，餘解除列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年第 2 季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：依衛生福利部 112 年 8 月 8 日衛部健字第 1123360102 號公告修正「112 年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配方式」暨中華民國中醫師公會全國聯合會於同年月日(112)全聯醫總兆字第 0617 號函修訂「112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」分配計畫，略以增列風險調整移撥款 3 千萬元，用於逐季補助當季浮動點值低於 0.75 者則補至 0.75，經統計 112 年第 2 季北區分區浮動點值 0.70756456，以截至 112 年第 1 季尚未支用金額 5,893,299 元補至 0.71616296。

決定：

一、洽悉。

二、112 年第 2 季結算點值確認如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
112年 第2季	浮動點值	0.82919	0.71616	0.78554	0.77146	0.78211	1.12215	0.79300
	平均點值	0.89333	0.82899	0.86210	0.86201	0.86641	1.07994	0.87124

三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

四、本季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案。

決定：

一、洽悉。

二、113 年保障項目決議維持原 112 年項目，除藥費依藥物給付項

目，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點 1 元支付，並報健保會同意後實施。

三、有關 113 年中醫門診總額一般服務預算四季重分配，考量 110 年受疫情影響，110 年第 2 季占率偏低，比照 112 年按 105-109 年各季核定點數平均占率分配(第 1 季 23.209366%、第 2 季 25.148925%、第 3 季 25.846146%、第 4 季 25.795563%)。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」之會議召開事宜。

決定：

一、洽悉。

二、會議時間如下，請各代表預留時間：

第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 臨時會
113.2.22 (週四下午)	113.5.16 (週四下午)	113.8.15 (週四下午)	113.11.14 (週四下午)	113.12.5 (週四下午)

第六案

報告單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：調整「112 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域一覽表案。

說明：

- 一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1)：新增「彰化縣線西鄉」。
- 二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-2)：刪除「彰化縣線西鄉」。
- 三、施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 77 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 80 個鄉鎮區(如附件)。

決定：洽悉。

報告事項第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：中醫112年第1-2季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算事宜案。

決定：本案業提案至112年11月15日衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第10次委員會議討論，將俟衛生福利部決定辦理後續事宜。

報告事項第八案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第四部中醫第六章針灸合併傷科治療處置費不符申報適應症案件之改支邏輯案。

決定：本案同意修訂，並將補付院所改支之差額。

報告事項第九案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂3項中醫專款照護計畫（全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫、全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、修訂「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」）案。

決定：本案修訂通過，配合執行年度（113年）修改實施期程及違約情事之認定文字（附件）。

參、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

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

決議：本案修訂通過，增修條文4-1。

一、本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：

（一）受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。

（二）所服務之醫療（事）機構受停業、廢止開業執照處分。

(三) 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終止或不予特約處分。

(四) 受前三款處分之執行。

二、本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。

三、醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人準用前二項規定。

四、本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。

五、有關代表建議負責人部分，應僅限不得擔任違約之總額別研商議事會議代表，請本署納入考量。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案(下稱品保方案)」之「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等5項專業醫療服務品質指標案。

決議：本案修訂通過，並依本次會議決議，辦理後續品質確保方案專業醫療服務品質指標修訂行政作業事宜。

第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案。

決議：本案修訂通過，重點如下：

一、修訂執行目標：本年度以至少90家照護機構，及以達成20,000服務人次，服務總天數3,500天為目標。

二、修訂申請資格：增列參與計畫前二年內不得有特管辦法第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分及違約期間認定。

三、醫療服務提供方式：

- (一) 修訂第三項休診及報備規範。
 - (二) 增列第四項經雙方協調同意，報備後不須補診，及常態性休診未補診時，作為次年度審查參考。
- 四、給付項目及支付標準：論量支付增列照護機構核定床數 50 床以上者，每診次以 25 人次為上限。
- 五、修訂評核指標：照護機構接受本方案之中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較 112 年減少。
- 六、增列第十六點「新年度方案未公告前，延用前一年度方案；新年度方案依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度方案者，得執行至保險人公告日之次月底止」。

第四案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：修訂「113 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」條文案。

決議：本案修訂通過，重點如下：

- 一、依據 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議決議，優先改善極偏遠地區之醫療服務，爰提高山地離島巡迴醫療論次費用，其餘地區則微幅提高。
 - (一) 調高巡迴論次費用，山地離島地區每診次調高 1,000 點，其餘地區調高 300 點。
 - (二) 附件 1-2(僅有一家中醫醫事服務機構開業鄉鎮區)所列屬施行區域如為山地及離島地區，比照二級偏遠論次費用。
- 二、考量飛地(吾拉魯滋部落、長治大愛百合園區、新來義部落、高雄市杉林區大愛里、台東縣金峰鄉正興村、台東縣金峰鄉賓茂村等地)地域性及原住民語言特殊性(礙難由坐落地之其他巡迴點取代)，為鼓勵中醫醫事服務機構執行飛地之巡迴服務，以二級偏遠論次費用支付。
- 三、考量本方案施行地區有行動不便者無法至巡迴點接受中醫服務，為提升巡迴服務成本效益，開放執行中醫巡迴醫療服務亦可提供到宅醫療。

四、為簡化參與本方案中醫醫事服務機構行政作業負擔，執行報告及考核要點(考核表及滿意度調查表)統一繳交予中全會，再由中全會彙整考核要點後提供本署分區業務組作為下年度審查之依據。

五、餘酌修文字內容。

第五案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：修訂 113 年「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)」案

決議：本案修訂通過，修訂本計畫年度，餘同 112 年方案。

第六案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：修訂 113 年度「全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)」條文案

決議：本案修訂通過，重點如下：

一、風險調整移撥款動支方式提撥及分配式：

(一) 提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 6,000 萬元，由各季提撥 1,500 萬元。

(二) 分配方式：

1. 其中 4,000 萬元用於補助點值，補助方式如下：

(1) 自 113 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

(2) 其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/∑各院補助金額)。

(3) 若兩區以上浮動點值低於 0.8 時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.8 元。

(4) 移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 113 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

2. 其中 2,000 萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。
註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。

二、113 年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下：

- (一) 指標 2：預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配由 14%增加至 15%。
(二) 指標 3：預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配由 10%降至 9%。

肆、散會：下午 3 時 59 分

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

縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數	縣市別	鄉鎮區	分級級數
新北市	坪林區	1	台南市	左鎮區	1	花蓮縣	秀林鄉	3
	石門區	1		龍崎區	1		萬榮鄉	3
	平溪區	1		北門區	1		卓溪鄉	3
	雙溪區	1		東山區	1	台東縣	大武鄉	2
	烏來區	3	田寮區	1	東河鄉		1	
宜蘭縣	大同鄉	3	高雄市	茂林區	3		長濱鄉	2
	南澳鄉	3		桃源區	3		綠島鄉	5
新竹縣	橫山鄉	1		那瑪夏區	3		延平鄉	3
	寶山鄉	1	內門區	1	海端鄉		3	
	北埔鄉	1	屏東縣	萬巒鄉	1		達仁鄉	3
	峨眉鄉	1		竹田鄉	1		金峰鄉	3
	尖石鄉	3		新埤鄉	1		蘭嶼鄉	6
	五峰鄉	3		車城鄉	1		金門縣	烈嶼鄉
苗栗縣	南庄鄉	1		滿州鄉	2	烏坵鄉		6
	獅潭鄉	1		枋山鄉	1	連江縣	北竿鄉	4
	泰安鄉	3		三地門鄉	3		莒光鄉	6
	頭屋鄉	1		霧臺鄉	3		東引鄉	6
台中市	大安區	1		泰武鄉	3		南竿鄉	4
	和平區	3		來義鄉	3			
彰化縣	線西鄉	1	春日鄉	3				
南投縣	信義鄉	3	獅子鄉	3				
	仁愛鄉	3	牡丹鄉	3				
	鹿谷鄉	3	瑪家鄉	3				
雲林縣	四湖鄉	1	澎湖縣	吉貝村	6			
嘉義縣	溪口鄉	1		白沙鄉	5			
	番路鄉	1		西嶼鄉	5			
	阿里山鄉	3		望安鄉	6			
	東石鄉	1		七美鄉	6			
台南市	後壁區	1	花蓮縣	豐濱鄉	2			
	大內區	1		富里鄉	1			

註 1：本一覽表統計截止日期：112 年 8 月 4 日-112 年 10 月 25 日，共 7677 個鄉鎮(區)。(澎湖縣白沙鄉吉貝村屬澎湖縣白沙鄉，故不另計入鄉鎮(區)數)。

註 2：1 表一級偏遠；2 表二級偏遠；3 表山地鄉；4 表一級離島；5 表二級離島；6 表三級離島。

註 3：澎湖縣白沙鄉吉貝村，考量地理及交通因素，另列分級級數為 6。

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

縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區	縣市別	鄉鎮區	
新北市	三芝區	台南市	七股區	屏東縣	鹽埔鄉	
	金山區		將軍區		高樹鄉	
	萬里區		山上區		南州鄉	
	貢寮區		楠西區		九如鄉	
	石碇區		南化區		琉球鄉	
	八里區		官田區		崁頂鄉	
宜蘭縣	蘇澳鎮	雲林縣	玉井區	花蓮縣	林邊鄉	
	三星鄉		安定區		鳳林鎮	
	冬山鄉		古坑鄉		壽豐鄉	
	壯圍鄉		東勢鄉		光復鄉	
桃園市	復興區		二崙鄉	台東縣	瑞穗鄉	
新竹縣	芎林鄉		褒忠鄉		太麻里鄉	
苗栗縣	卓蘭鎮		臺西鄉		池上鄉	
	造橋鄉		元長鄉		成功鎮	
	西湖鄉		口湖鄉	鹿野鄉		
	三灣鄉		布袋鎮	卑南鄉		
台中市	石岡區		六腳鄉	澎湖縣	湖西鄉	
彰化縣	線西鄉		嘉義縣	義竹鄉	金門縣	金沙鎮
	埔鹽鄉			梅山鄉		金寧鄉
	二水鄉			大埔鄉		
	田尾鄉	中埔鄉				
	芳苑鄉	鹿草鄉				
	竹塘鄉	湖內區				
	大城鄉	六龜區				
南投縣	集集鎮	高雄市	杉林區			
	中寮鄉		永安區			
	魚池鄉		彌陀區			
	國姓鄉		甲仙區			
台南市	柳營區	屏東縣	恆春鎮			
	六甲區		長治鄉			
	西港區		麟洛鄉			

註 1：本一覽表統計截止日期：~~112 年 8 月 4 日~~112 年 10 月 25 日，共 81 80 個鄉鎮(區)。

註 2：本一覽表為僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，分級級數為:0 中醫資源不足。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

依112年*月*日健保醫字第*號公告自113年1月1日生效

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

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

三、施行期間：~~112~~113年1月1日至~~112~~113年12月31日。

四、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫提升孕產照護品質計畫」專款項目下支應。

五、適用範圍：

(一)助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕男性及女性**患者病人**

人，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關的診斷依據。

(二)保胎：先兆流產、非自然受孕、經助孕受孕及易流產之女性(病歷應記載詳實)，受孕後0-20週之保胎照護(應註明孕期週數)。

六、結案條件：符合結案條件之**患者病人**當年度該院所不能再收案。

(一)助孕：

1. 女性**患者病人**，自初次收案日起算六個月，基礎體溫未見高低溫雙相曲線、或雖有雙相曲線但高溫期短於10天者。(病歷應登載基礎體溫均溫、高溫期天數)。

2. 男性**患者病人**，自初次收案日起算六個月，精液檢查報告異常項目無進步者。(病歷應登載各次檢驗報告，未登載驗報告即應結案)

(二)保胎：妊娠滿20週即應結案。

七、申請資格：

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

(二)申請參與本計畫之中醫師及保險醫事服務機構：須二年內未曾涉及全

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

八、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，向中醫全聯會提出申請。

九、申請資格審查：

中醫全聯會於每年3月、6月、9月中旬(以郵戳為憑)收齊申請案件後，5個工作日內將審查完成結果造冊送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

十、執行方式：

(一)助孕

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

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

十一、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件二。

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

十二、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「J9(全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫)」。

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

十三、執行報告

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

(二)實施效益須包含如下：

1. 助孕：

(1)助孕成功率(=成功受孕個案數/助孕看診個案數)

註：

A. 分子:分母個案中當年度至隔年六月間有申報第二次產檢之人數(無第二次者以第三次計)。

B. 分母:當年度申報助孕照護處置費(P39001、P39002)女性人數。

(2)受孕成功者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、基礎體溫表、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

A. 助孕診療紀錄表(每季提供予中醫全聯會)-女性

姓名	生日	收案日期	低溫期天數 1少於10天。 211-20天。 321天以上。 4高低溫紊亂無規律	高溫期天數 1少於10天。 211-20天。 321天以上。 4高低溫紊亂無規律	本季排卵低溫 1>=2次。 21次。 3無。	是否受孕	次診斷(請填不孕症之其他病名)	是否曾接受西醫不孕治療 0. 沒有 1. 西醫藥物治療 2. 人工受孕 3. 試管嬰兒	其他

B. 助孕診療紀錄表(每半年提供予中醫全聯會)-男性

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

2. 保胎

(1) 保胎成功率(=成功保胎個案數/保胎看診個案數)

A. 分子: 分母個案中當年度至隔年六月間有申報第三次以上產檢之人數。

B. 分母: 當年度申報保胎照護處置費(P39003、P39004)之人數。

(2) 順利生產者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

懷孕初期症狀及心理評估量表(每季提供予中醫全聯會)

姓名	生日	初診日期	心跳數	血壓	噁心嘔吐	出血	憂鬱	心悸	頭痛	眩暈	微熱	便秘	次診斷	其他

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

十五、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行或繳交之助孕診療紀錄表與懷孕初期症狀及心理評估量表未符合規定，並經全聯會要求改善而未改善者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十六、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

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

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

依112年*月*日健保醫字第*號公告自113年1月1日生效

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

- (一)本計畫針對兒童患有過敏性鼻炎者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使**病患病人**過敏性鼻炎症狀改善且減少其他上、下呼吸道的併發症、改善日常生活能力、提升生活品質。
- (二)透過中醫治療介入，改善過敏性鼻炎兒童的學習情形與生活品質，進而提升學習能力。

三、施行期間：~~112~~113年1月1日至~~112~~113年12月31日。

四、預算來源

- (一)全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」專款項目下支應。
- (二)若本計畫下一年度未續辦，原當年度收案對象產生計畫內照護費用將自下一年度中醫門診總額一般服務預算中優先支應。

五、收案條件：須同時符合下列條件者，且同一個案同一期間不得重複收案(含同院所及跨院所)。

- (一)5歲(含)至14歲(含)兒童於過敏性鼻炎發作期，經中醫師診斷為鼻鼾(即出現鼻塞、鼻癢、噴嚏、鼻流清涕)為診斷基準，中醫辨證分型屬肺陰虛、肺氣虛、脾氣虛、腎氣虛或肝火熱熾型且主診斷碼為ICD-10：J30.1、J30.2、J30.5、J30.81、J30.89、J30.9者。
- (二)過敏性鼻炎控制評估測試量表【The Rhinitis Control Assessment Test(以下稱RCAT評估量表)】(如附件一)分數小於21(不含)分者。

六、結案條件：符合下列條件之一者，應予結案；結案之個案於一年內不得再被收案(含同院所及跨院所)。

- (一)個案照護滿六個月(以收案日起算滿195日)。
- (二)前述照護期間，若有下列情事之一，須結案：
 - 1、未連續照護【「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」大於

28(不含)天】者，視為中斷照護。

2、第二次或第三次RCAT評估量表分數較前次分數增加未達3分且總分小於21(不含)分者。

3、收案後35日內未完成後測並登錄健保資訊服務網系統(以下稱VPN)者。

七、申請資格及退場機制

(一)申請之中醫師：須參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。

(二)申請參與本計畫之中醫師及保險醫事服務機構：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。；前述未曾涉及違規情事期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者或申請暫緩處分者)。

(三)退場機制：前一年度結案患者病人之前測量表完成率低於90%且後測量表完成率低於50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本計畫。

八、申請程序

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(如附件二)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

九、申請資格審查

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

十、執行方式

(一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於

病歷中詳細記載，其中治療療程包括開立內服藥、經穴按摩指導、過敏性鼻炎生活衛教與飲食指導。

- (二)個案收案並進行第一次 RCAT 評估量表(前測)後，後續每28天應執行一次 RCAT 評估量表，每次評估應間隔28天(必要時可延後7天，即「前次後測日+28天」至「前次後測日+35天」內)。
- (三)為避免重複收案，完成第一次 RCAT 評估量表(前測)者，應將個案之基本資料及 RCAT 評估量表資料登錄於 VPN，以完成收案。其餘 RCAT 評估量表資料可於費用申報前登錄於 VPN。
- (四)第二次或第三次 RCAT 評估量表分數，若不符合照護效益者【即量表分數較前次分數增加未達3分且總分小於21(不含)分者】，應依本計畫第**五六**點之(二)予以結案，且不得繼續申報本計畫支付標準。

十一、支付方式

- (一)本計畫之給付項目及支付標準如附件三。
- (二)本計畫預算按季均分及結算，採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十二、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

- 1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
- 2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
 - (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
 - (2)特定治療項目(一)：請填報「JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)」代碼。
- (二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

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

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

十五、執行報告

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容(應含評量表之執行、人數人次之統計及執行檢討建議等)將做為下年度申請資格審查之依據。

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及**病患病人**療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

十七、品質監控指標

(一)指標一：個案接受完整治療療程，自結案日起一年內，因主診斷為過敏性鼻炎之中、西醫門診就醫次數較治療前一年減少之比例。

(二)指標二：個案接受完整治療療程，自結案日起一年內，因過敏性鼻炎問題再使用中醫玉屏風散、補中益氣湯、八味地黃丸或西醫抗組織胺藥 (Antihistamine) 之次數、用藥費用較治療前一年減少之比例。

十八、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

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

附件一

過敏性鼻炎控制評估測試量表(RCAT)
(The Rhinitis Control Assessment Test)

1.過去一週，你鼻塞發作的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

定義：5分(過去一週，未曾有鼻塞症狀)

4分(過去一週，少於三天會有鼻塞症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有鼻塞症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有鼻塞症狀)

1分(過去一週，每天整天會有鼻塞症狀)

2.過去一週，你打噴嚏的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

定義：5分(過去一週，未曾有打噴嚏症狀)

4分(過去一週，少於三天會有打噴嚏症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有打噴嚏症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有打噴嚏症狀)

1分(過去一週，每天整天會有打噴嚏症狀)

3.過去一週，你流眼淚(流目油)的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

定義：5分(過去一週，未曾有流眼淚(流目油)症狀)

4分(過去一週，少於三天會有流眼淚(流目油)症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有流眼淚(流目油)症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有流眼淚(流目油)症狀)

1分(過去一週，每天整天會有流眼淚(流目油)症狀)

4.過去一週，你因鼻過敏或其他過敏症狀而影響睡眠的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

定義：5分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

4分(過去一週，有1-2天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

3分(過去一週，有3-4天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

2分(過去一週，有5-6天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

1分(過去一週，有7天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

5.過去一週，你因鼻過敏或其他過敏症狀而取消活動(例如：取消拜訪有貓、狗、花園等過敏原場所)。

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

定義：5分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

4分(過去一週，有1-2天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

3分(過去一週，有3-4天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

2分(過去一週，有5-6天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

1分(過去一週，有7天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

6.過去一週，你鼻過敏或其他過敏症狀控制的情形？

完全控制	控制良好	稍有控制	很少控制	完全沒有控制
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

定義：5分(過去一週，未曾有鼻過敏或其他過敏症狀)

4分(過去一週，少於三天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有鼻過敏或其他過敏症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有鼻過敏或其他過敏症狀)

1分(過去一週，每天整天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

註：幼兒可由父母協助回答。

附件二

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫申請表

申請日期： 年 月 日

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

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

附件三

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 給付項目及支付標準

通則：

- 一、 本計畫除管理照護費(編號：P58005)外，診察費、藥費、藥品調劑費、針灸及傷科處置費依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫所列之下列項目申報：
 - (一) 門診診察費：A82、A84、A01、A02
 - (二) 藥費：A21
 - (三) 藥品調劑費：A31、A32
 - (四) 一般針灸：D01、D02
 - (五) 一般傷科：E01、E02
- 二、 本計畫申報時不併入該院所原門診合理量計算，且針灸及傷科診療項目得同時申報。
- 三、 保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、 同院所同個案於本計畫收案期間，屬本計畫收案條件之主診斷不得另以一般案件申報。

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P58005	管理照護費 註： 本項包含中醫護理衛教、營養飲食指導及經穴按摩指導，各項目皆須執行並於病歷詳細記載，方可申報費用。	200

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

依 112 年*月*日健保醫字第*號公告自 113 年 1 月 1 日生效

一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

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

三、施行期間：~~112~~113 年 1 月 1 日至 ~~112~~113 年 12 月 31 日。

四、預算來源

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」專款項目下支應。

五、適用範圍

慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, 以下稱CKD) stage 2~5 期之病人，主診斷為ICD-10-CM為N182-N186(慢性腎病)之病人。

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

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

六、申請資格

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

(二)申請參與本計畫之中醫師及保險醫事服務機構：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一 暨第四十四條及第四十五條

違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。；前述未曾涉及違規情事期間之認定，以全民健康保險保險人（以下稱保險人）第一次處分核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者或申請暫緩處分者）。

七、結案條件

(一)腎功能持續改善至stage 1。

(二)於收案期間，發生急性腎衰竭、接受器官移植、接受血液透析、腹膜透析者。

(三)病人中斷照護超過 90 日。

八、申請程序

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附件一)及其他檢附資料，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

九、申請資格審查

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

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

十、執行方式

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

(二)檢查數據：

1. 收案時：

(1) CKD stage 2者：須檢附之檢查數據包含血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱Cr)、UPCR (或糖尿病病人採UACR)及糖尿病病人必填糖化血紅素(Hemoglobin A1c,HbA1C)。

(2) CKD stage 3~5者：須檢附之檢查數據包含血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)及糖尿病病人必填糖化血紅素(HbA1C)。

2. 重新檢附檢查數據之頻率：

(1) CKD stage 2者：每6個月須重新檢附檢查數據。

(2) CKD stage 3~5者：每3個月須重新檢附檢查數據。

3.本計畫所訂檢驗費限健保醫療資訊雲端查詢系統查詢患者病人資料未紀錄檢查數據者及符合開具檢驗資格之中醫師申報，且以與西醫不重複檢驗為原則。

(三)疾病管理照護：

1. 收案時須填寫「CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表」(附表一)及生活品質量表(EuroQol instrument,以下稱 EQ-5D)(附表二)，且每6個月執行一次。

2. 給予病人中醫衛教、營養飲食指導及運動指導並記載檢查數據(查詢健保醫療資訊雲端查詢系統)(疾病管理照護衛教表單詳附表三)。

(四)收案後應依本計畫進行照護，均須完成各項支付標準所列之量表，並將收案對象之基本資料(包含血壓、Cr、eGFR項目)、量表結果、腎功能評估及慢性腎疾病分期數據於執行期限之次月 20 日前登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)，每次須完成各項支付標準所列之量表需並於每季結束上傳中醫全聯會，未登錄VPN者不予支付該次費用。

(五)本計畫限單一院所收案，不得重複。

十一、支付方式

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

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

十二、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「JP」(全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫)。

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

十三、執行報告

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

(二)實施效益須包含下列項目：

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

2. CKD stage 3b~5者：收案一年(或12個月)後，糖尿病病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m² /year；非糖尿病病人 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m² /year。

十四、退場機制：

(一)參加本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執

行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

(二) 本計畫之承作院所於生活品質量表(EQ-5D)之回收率低於 60% 或 CKD stage 3~5 病人之檢查數據上傳率低於 60%者，次年不得承作本計畫。

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

十六、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

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

附件一

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫申請表

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

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

附件二

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

給付項目及支付標準表

通則：

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

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

支付標準表

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

編號	診療項目	支付點數
P64007	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天、針灸處置） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病 <u>患</u> 人病歷記錄備查。	2,000
P64008	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天、針灸處置） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病 <u>患</u> 人病歷記錄備查。	2,350
P64009	中醫慢性腎臟病加強照護費（未給口服藥、針灸處置同療程第 1 次） 註： 1. 包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2. 第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病 <u>患</u> 人病歷記錄備查。	800
P64010	中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次) 註： 1. 限與 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 合併申報。 2. 同一療程「中醫慢性腎臟病加強照護費(針灸處置)」及「中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次)」合計每週限申報 3 次。	300
P64011	疾病管理照護費 註： 1. 中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。 2. 須檢附相關檢查數據： (1)CKD stage 2 者：每 6 個月須重新檢附於病歷。 (2)CKD stage 3~5 者：每 3 個月須重新檢附於病歷。 3. 限 56 天(含)以上申報一次。	500

編號	診療項目	支付點數
P64012	<p>中醫慢性腎臟病治療功能性評估：</p> <p>1. CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表（附表一）</p> <p>2. 生活品質量表(EQ-5D)（附表二）</p> <p>3. 需於病歷及 VPN 登錄下列項目：</p> <p> (1)CKD stage 2 者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、UPCR（或糖尿病<u>患者病人</u>的 UACR）、糖尿病病人必填糖化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。</p> <p> (2)CKD stage3~5 者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、糖尿病病人必填糖化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。</p> <p>註 1：每一個案限每 6 個月申報一次費用(每次須同時完成各項所列之量表)</p> <p>註 2：需有病人新收案或前一次功能性評估之量表及檢驗檢查，且已於 VPN 登錄者，始得申報本項。</p> <p>註 3：申報 2 次加強照護費及 1 次疾病管理照護費後，始得申報本項。</p>	700
<p>註 1：含藥費之加強照護費(P64001-P64008)與不含藥費之加強照護費(P64009)，需≥ 28 天始得相互轉換。</p> <p>註 2：P64001、P64002、P64003、P64004、P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 每次診療限擇一申報。</p> <p>註 3：同一療程 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 限擇一申報。</p>		

檢驗費

編號	診療項目	支付點數
P64013	尿蛋白與尿液肌酐比值 UPCR (Urine protein/creatinine ratio)	80
P64014	尿微蛋白與尿液肌酐比值 UACR (Urine albumin/creatinine ratio)	315
09006C	糖化血紅素 HbA1C (Hemoglobin A1c)	200
09015C	肌酐、血 Creatinine (B) CRTN	40

附表一

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表

一、基本資料：

姓名： 生日： 身分證字號： 病歷號： 性別：
職業： 教育程度：

二、病史記錄：

(1) 如何發現自己有腎臟病？

因出現不同之症狀就醫檢查發現 是 否 不知道

因懷疑自己有腎臟病求醫檢查發現 是 否 不知道

因服用若干藥物懷疑會影響腎臟求醫發現 是 否 不知道

因其他疾病檢查時偶然發現是腎臟病 是 否 不知道

因體檢或健康檢查偶然發現 是 否 不知道

* (2) 發現腎臟疾病之後是否有下列症狀？

a. 沒有症狀 是 否 (請續答)

b. 有症狀如下，可多選

類似感冒症狀，一直未癒 是 否 不知道

蛋白尿或血尿 是 否 不知道

眼瞼浮腫或手腳水腫 是 否 不知道

背部肋骨下緣疼痛 是 否 不知道

時常覺得倦怠無力 是 否 不知道

夜裡無法入睡 是 否 不知道

血壓高，全身不適 是 否 不知道

夜裡頻尿，無法入睡 是 否 不知道

尿量減少 是 否 不知道

胃口不好 是 否 不知道

常有噁心、嘔吐之情形 是 否 不知道

爬樓梯時，容易有呼吸喘之情形 是 否 不知道

有頭暈、眼花之情形或貧血 是 否 不知道

夜裡須採坐姿，才能入睡 是 否 不知道

* (3) 使用藥物病史：

因疼痛服用止痛劑 沒有服用 偶爾服用 一個月 1-2 次 每周 1-2 次 幾乎每天使
用

常常打針，如（消炎、止痛）沒有偶爾打針時常打針(請填頻率)_____

服用草藥偏方沒有服用（若有服用，請寫下藥名與勾選使用頻率）

_____ 偶爾服用 一個月 1-2 次 每周 1-2 次幾乎每天使用

附表二



健康問卷

台灣正體中文版

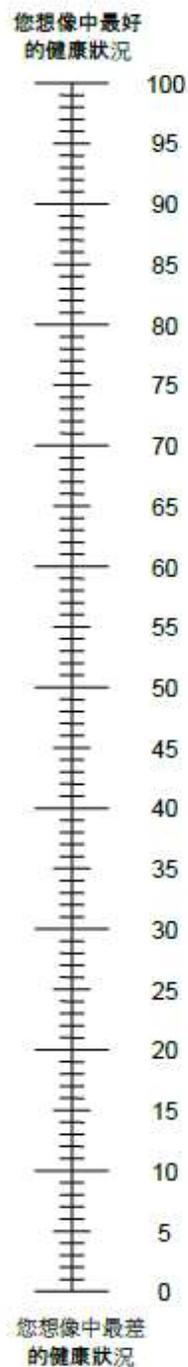
(Traditional Chinese version for Taiwan)

EQ-5D-5L 照顧者版本：1

**(請病人的照顧者設想他(她)[意指照顧者]
會如何評價病人的健康狀況)**

- 我們想知道您認為 (請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或麗英) 今天健康狀況的好壞。
- 這個刻度尺有從 0 到 100 的數字。
- 100 代表您想像中最好的健康狀況。
0 代表您想像中最差的健康狀況。
- 請在刻度尺上打個 "X", 指出您認為 (請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或麗英) 今天的健康狀況的好壞。
- 現在請在以下空格中, 寫下您在刻度尺上標示的那個數字。

病人今天的健康狀況



附表三

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

疾病管理照護衛教表單

一、健康生活型態：

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

二、均衡飲食：

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

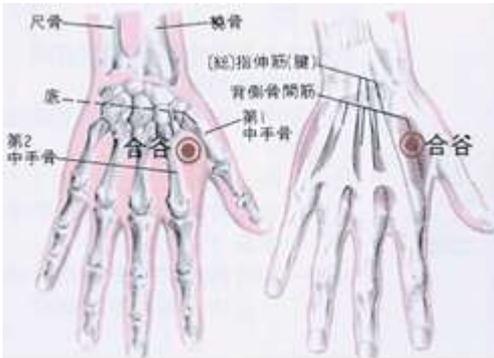
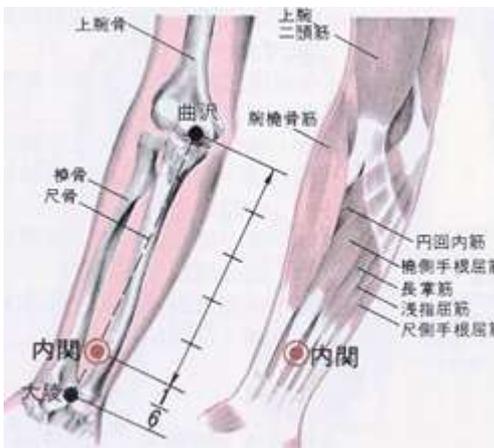
三、不亂吃藥：

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

四、自我監測及健康檢查：

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

穴位按摩：

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

以上圖片來源：《經絡與穴道》

112113年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫 (草案)

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、計畫期間：112113年1月1日起至112113年12月31日止。

肆、預算分配：

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

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

二、風險調整移撥款之提撥及分配：

(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 6,000 萬元，由各季提撥 1,500 萬元。

(二)分配方式

1、其中 4,000 萬元用於補助點值，補助方式如下：

(1)自 113 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

(2)其浮動點值以該最低分區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/∑各院補助金額)。

(3)若兩區以上浮動點值低於 0.8 元時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.8 元。

(4)移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 113 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

2、其中2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。

三、112113年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

- (一)66%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。
- (二)14%15%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
- (三)10%9%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。
- (四)4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。
- (五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。
- (六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)111112年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。

3. 111112年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = Σ 111112年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數 / Σ 111112年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

4. 112113年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以111112年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

四、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，以及含已撥補分區之風險調整移撥款，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

一、中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。

二、中醫全聯會與保險人成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

柒、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，並報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

附件1：指標之操作型定義

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

指標：

指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率

分子：各分區各季總預算(Ai1)

分母： Σ 各分區各季總預算加總($\Sigma Ai1$)

條件說明：

一、第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總

二、第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總

三、第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總

四、第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總

指標2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總($\Sigma Ai2$)

條件說明：

一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）

http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346（首頁 > 人口政策及統計資料 > 人口統計資料庫 > 人口統計資料 > 各月人口資料 > 03鄉鎮戶數及人口數）

二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)

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

條件說明：

一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。

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

三、計算步驟：

- (一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)
- (二)計算每位病患於各區就醫次數(a)
- (三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)
=每位病患於各區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)
- (四)各區每位病患之就醫次數比率(T)
=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)
- (五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)
=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)
- (六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)
=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值($\Sigma K1$)

四、舉例說明：

- (一)本季全國中醫就診病患有4人(p)
- (二)計算(a)、(a%)、(T)

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

(三)計算各分區就醫次數之權值

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

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 $(111112\text{年該季}/110111\text{年同期}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(111112\text{年該季申報醫療費用點數}/110111\text{年同期申報醫療費用點數}) - 1$ 。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

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

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

$$\text{*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率} < \text{全國每萬人口中醫師數成長}$$

率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 \leq 全國平均值：

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

=+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

= 各分區 \sum 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

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

條件說明：

一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)= $\frac{\sum_{111112} \text{全國每月申報醫療費用點數}}{\sum_{111112} \text{全國每月申報醫療費用點數}}$ 之平均者。

二、 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。

三、 $\frac{\sum_{111112} \text{全國每月申報醫療費用點數}}{\sum_{111112} \text{全國每月申報醫療費用點數}} = \frac{\sum_{111112} \text{全國每月申報醫療費用}}{\sum_{111112} \text{全國每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數}}$

申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

四、112113年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以111112年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

※五分區預算分配之計算操作型定義

- 一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)
= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算 GF+
預算(東區)+當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

$$\text{指標1預算 GA} = (T) * 97.78\% * 66\%$$

$$\text{指標2預算 GB} = (T) * 97.78\% * \text{15\%} \text{14\%}$$

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

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

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

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

二、各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

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

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

(二) 各分區各季預算 Gb

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

$$\text{指標2占率} (A_{i2} / \sum A_{i2})$$

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

$$\text{※占率：四捨五入至小數點第6位}$$

(三) 各分區各季預算 Gc

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

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

(四) 各分區各季預算 Gd

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

※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

(五) 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

(六) 各分區各季預算 Gf

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

三、各分區各季預算 $T_s = \text{該區當季預算 Ga} + \text{該區當季預算 Gb} + \text{該區當季預算 Gc} + \text{該區當季預算 Gd} + \text{該區當季預算 Ge} + \text{該區當季預算 Gf} + \text{當季撥補之風險調整移撥款 Gh}。$

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

(一) 操作定義：各分區全年預算 $T_y = \sum \text{該區各季 } T_s + \sum \text{指標6各區各季補至每點1元所需預算}。$

1. 成長率 $= (\text{H2113年該區各季核算 } T_y / \text{H1112年該區各季核算 } T_y) - 1。$

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

(二) 撥補程序

1. 於H2113第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算 T_y 負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

2. 依上述方式撥補後，如仍有分區呈現負成長，其不足額度繼續由「成長率大於0之分區」按比例撥補，直至各區預算成長率均不小於 0 為止。

	<u>112</u> 年該區 全年 預算 Ty (百萬元) V	<u>113</u> 年該區全 年 預算 Ty (百萬元) W	成長 率 W/V- 1	負成長 分區 差額 X	撥補 比例 Y	撥補方式 X*Y=Z	調整 金額 Z	撥補後 Ty W+Z	撥補後成 長率
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	- 14.1*40.4%	-5.7	5,718. 1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	- 14.1*16.9%	-2.4	2,386. 8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	- 0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188. 3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	- 14.1*20.2%	-2.8	2,855. 9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	- 14.1*22.6%	-3.2	3,204. 0	1.9%
正成長分 區小計		14,178.9			100.0 %		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

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

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

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

三、平均點值

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

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

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