

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 114年第3次研商議事會議紀錄

時間：114年11月13日下午2時

地點：本署9樓第1會議室

主席：龐副署長一鳴(張主任秘書禹斌代理)

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	請假	陳代表冠仁	陳冠仁
吳代表清源	吳清源	陳代表建輝	陳建輝
李代表元齡	李元齡	陳代表博淵	陳博淵
卓代表青峰	卓青峰	陳代表節如	請假
林代表狄昇	林狄昇	黃代表上邦	請假
邱代表國華	邱國華	楊代表志中	楊志中
姜代表智文	姜智文	楊代表啟聖	楊啟聖
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	詹永兆
胡代表文龍	胡文龍	廖代表奎鈞	廖奎鈞
孫代表茂峰	孫茂峰	蔡代表素玲	蔡素玲
張代表田黨	請假	羅代表永達	羅永達
陳代表仲豪	顏志誠(代)	蘇代表守毅	蘇守毅
陳代表俊良	陳俊良	蘇代表芸蒂	蘇芸蒂
陳代表俊龍	陳俊龍		

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、林偉翔

衛生福利部中醫藥司

請假

台灣醫院協會	請假
中華民國藥師公會全國聯合會	溫致群、蕭力揚、陳暘
中華民國護理師護士公會全國聯合會	林綉珠、余文彬、梁淑媛
中華民國中醫師公會全國聯合會	李敬
本署醫務管理組	黃珮珊、賴彥壯、洪于淇、黃怡娟、陳依婕、成庭甄、黃瓊萱、王智廣、黃千芬、邱雲、李柏諺、陳聿萱、廖慈珊、鄭正義、楊淑美、林麗智
本署醫審及藥材組	賴秋伶、陳盈如、陳力瑄
本署企劃組	楊朝圍
本署臺北業務組	宋兆喻*、黃奕瑄*、張翊暄*、林育婷*、陳郁淇*、張景興*、楊淑娟*、方亞芸*、林孟萱*、黃珮晴*
本署北區業務組	賴大年*、楊惠真*、林裕能*、戴秀容*、柯依鳳*、林育辰*、潘佳鈴*、謝佩璇*
本署中區業務組	賴文琳*、林聖哲*、高宜聲*、盧靜宜*、秦莉英*、李昕璇*、劉乃慈*、李岳勳*、胡瓊文*
本署南區業務組	謝明雪*、黃皓綱*、李昀融*
本署高屏業務組	江春桂*、馮美芳*、鄭翠君*、吳乙亭*
本署東區業務組	

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

貳、報告事項

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：洽悉。

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

報告事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：114年第2季中醫門診總額點值結算報告案。

說明：

- 一、依據114年總額公告，「114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計畫」略以，增列風險調整移撥款1.5億元，由每季提撥3,750萬元，其中1.1億元用於逐季補助當季浮動點值低於0.9者則補至0.9；另4,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。
- 二、經統計114年第2季風險調整移撥款撥補就醫率最高分區(中區)1,000萬元；其中北區、中區、高屏區當季浮動點值未達0.9，分別移撥該等分區各約30.9、0.8、8.7百萬元，風險調整移撥款未尚支用金額66.9百萬元。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、中醫門診總額一般服務 114 年第 2 季點值確認如下表，並將依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

分區	浮動點值	平均點值
台北	0.98260122	0.98921127
北區	0.90000000	0.94029857
中區	0.90716902	0.94093649
南區	0.90078209	0.94114242
高屏	0.90000000	0.93912760
東區	1.12020576	1.07901089
全區	0.93025205	0.95702438

三、本季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告案。

決定：洽悉。

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115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、115年保障項目決議維持原114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，並報全民健康保險會同意後實施。

三、考量部分分區浮動點值大於1，為免保障項目之點值低於當區一般服務浮動點值，增列「若當季當區一般服務浮動點值大於1元，則前開保障項目以浮動點值支付，浮動點值大於1元所產生之點值差額，於次季辦理追扣補付作業。」之規定。

四、115 年中醫門診總額一般服務預算四季重分配，以 107-109 年及 112-113 年之各季核定點數平均占率計算：第 1 季 23.551755%、第 2 季 25.209410%、第 3 季 25.707486%、第 4 季 25.531349%。

報告事項第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：115 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：

會議次別	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
會議日期	2/12 星期四 (下午)	5/21 星期四 (下午)	8/20 星期四 (下午)	11/19 星期四 (下午)	12/3 星期四 (下午)

報告事項第七案

報告單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：調整「114 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」施行區域異動情形，提請討論。

說明：

- 一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-1)：新增「金門縣金寧鄉」；刪除「新竹縣寶山鄉」、「嘉義縣溪口鄉」、「苗栗縣卓蘭鎮」、「南投縣鹿谷鄉」。
- 二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區(方案附件 1-2)：新增「新竹縣寶山鄉」、「嘉義縣溪口鄉」、「苗栗縣卓蘭鎮」、「南投縣鹿谷鄉」、「雲林縣林內鄉」；刪除「金門縣金寧鄉」。
- 三、施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 78 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 80 個鄉鎮區。

四、以上資料係更新至 114 年 10 月 25 日之統計異動。

決定：洽悉。

參、討論事項

討論事項第一案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

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

決議：本案修訂通過(附件)，重點如下：

- 一、條文七/(一)條文末段，增列「…；執行方案期間，若有因違反特管辦法而停止執行本方案 2 次，五年內不得再申請執行本方案。」，以確保申請巡迴中醫院所之醫療品質。
- 二、條文九/(二)/1 條文調整為「…，得由巡迴院所向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定；保險人分區業務組於 10 個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會該會中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會，始得執行。」
- 三、條文於十一/(三)/2/(2)/A. 條文調整為「應依據論次費用申請表格式…上傳至健保資訊服務網系統(VPN)『或』郵寄紙本…。」配合論次費用申請表電子化，簡化執行院所作業。

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：中華民國藥師公會全國聯合會建議中醫門診總額研商議事會議增列該會代表案，提請討論。

說明：

一、中華民國藥師公會全國聯合會提供意見重點如下：

- (一) 藥費及藥事服務費占中醫門診總額費用比例高，顯見其重要性。
- (二) 藥師投入中藥服務意願持續提升。
- (三) 藥師是中醫藥振興計畫中不可或缺的一員。
- (四) 藥師在長照、居家醫療及用藥安全之助益亦可適用中藥用藥安全。
- (五) 法規並無窒礙之處，藥界期待為國人健康福祉盡一份

力。

二、中華民國中醫師公會全國聯合會提供意見重點如下：

- (一) 不同意藥師團體加入會議代表：本會議主要為研議中醫總額支付制度執行細節，如地區預算分配、專案計畫修正、支付標準調整、點值確認等，主要落實中醫醫療服務體系制度與資源分配，與藥師團體關聯性較低。另與藥品給付政策或支付標準相關的議題，則由健保署另設之「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」進行專責處理，職責劃分已有明確制度界線。
- (二) 中醫醫療體系與藥師職責屬性不同，實際參與程度有限：中醫總額中的藥事服務費平均占比僅約 0.06%，藥師於中醫體系中參與人力基礎及實務連結皆相對有限。
- (三) 會議聚焦政策執行，避免變為職業團體協商平台：本會議為中醫總額制度之行政與技術協商平台，不涉及職類代表權益或制度設計改革等政策層面。若針對個別職類訴求調整會議架構，將可能產生比照效應，稀釋會議焦點，影響專業協商與政策落實功能。

決議：

- 一、本案未達共識，現階段仍維持現行運作模式，不增加代表。
- 二、本會議討論提案如有涉及中華民國藥師公會全國聯合會者，將諮詢該會意見或邀請該會列席說明。

討論事項第三案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**

案由：中醫支付標準中有關「整合醫療照護費加計 A91」條文是否修正案，提請討論。

決議：考量 A91 申報相關規範本署已納入申報格式修訂草案，請中醫全聯會協助向會員宣導，申報 A91 須依實際服務內容開始及結束時間，覈實填報醫令執行起/迄欄位至年月日時分。

討論事項第四案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**

案由：「中醫針傷科不同複雜度療程之配套管理措施及審查機制」案，提請討論。

決議：本案未通過，建議中醫全聯會依支付標準規定評估所提之草案如何確保醫療服務合理性及品質後再議。

討論事項第五案 **提案單位：**中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文修訂案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件)，增列「呼吸器病人得否收案於本計畫」相關函釋說明文字，並配合執行年度修訂計畫實施期間。

討論事項第六案 **提案單位：**中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」條文修訂案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件)，新增「卵巢癌」、「鼻咽癌」及「膀胱癌」，並配合執行年度修訂計畫實施期間。

討論事項第七案 **提案單位：**中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文修訂案，提請討論。

決議：本案修訂通過，配合執行年度修訂計畫實施期間，並請中醫全聯會持續協助加強推動本計畫。

討論事項第八案 **提案單位：**中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險中醫急症處置計畫」條文修訂案，提請討論。

決議：

一、本案修訂通過，配合執行年度修訂計畫實施期間，並請中醫全聯會持續協助推動本計畫。

二、下次會議邀請花蓮慈濟醫院至本會議分享計畫執行經驗。

討論事項第九案 **提案單位：**中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」修訂案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件)，修訂重點如下：

- 一、配合執行年度修訂計畫實施期間。
- 二、原規定含藥費及不含藥費之加強照護費費用需 ≥ 28 天始得相互轉換，增列「療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限」規定，後續將持續觀察前開項目申報情形之變化。

討論事項第十案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫條文修訂案，提請討論。

決議：本案通過(附件)，修訂重點如下：

- 一、新增「全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案(草案)」，依照中醫院所實際調薪情形按季撥付獎勵金，另依據中醫支付標準規定，聘有護理人員之中醫院所需定期上傳護理人員班表至本署 VPN，後續獎勵金計算將依據 VPN 護理人員班表名單計算。
- 二、刪除「支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者診察費」之規範。
- 三、附表 4.4.3 及附表 4.5.1 增列適應症「腦中風後遺症(I69)」，實施一年後再依申報情形研議是否訂定優先挹注於黃金治療期相關規範。

討論事項第十一案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：有關「照護機構中醫醫療照護方案」條文修訂乙案，提請討論。

決議：本案修訂通過(附件)，修訂重點如下：

- 一、修正施行目標及整併申請所需檢附之申請文件。
- 二、簡化計畫性休診程序，無須併附休診單。
- 三、增列受有性質相同給付者，不得重複申報或請領之規範。

討論事項第十二案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：有關 115 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」修正案，提請討論。

決議：

- 一、本案修訂(附件)指標操作定義註 10：「院所提供慢性病照護未達一定比例」之案件分類：刪除 22(中醫其他專案)之特定治療項目為(一)JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫文字)。
- 二、請中醫全聯會參採全民健康保險會委員意見，並就方案內鈍化指標 8 (同日重複就診率超過全國 80 百分位者)及指標 11(未符合「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之中醫院所)進行修訂，擬具提升品質及鑑別度的指標。

討論事項第十三案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：有關「115 年度總額地區預算分配方式」修訂案，提請討論。

決議：中醫全聯會建議版本如下：

- 一、增列「風險移撥款」動支方式提撥及分配提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 400 百萬元，由各季提撥 100 百萬元。自 115 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止，其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.93 元之差值(且補助後平均點值不得高於次低區域的平均點值)，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/ Σ 各院補助金額)。
- 二、本案中醫全聯會業提案至全民健康保險會(下稱健保會)114 年 11 月 19 日第 7 屆 114 年第 9 次委員會會議討論，將依健保會決議辦理。

附帶事項：115 年中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區分配預算案，業經 114 年 11 月 19 日全民健康保險會第 9 次委員會會議討論未達共識，該會將報請衛生福利部核示。

臨時提案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關建議將中醫納入「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心（UCC）試辦計畫」，以分散急診壅塞，提升輕急症病人照護效能案，提請討論。

決議：因「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心（UCC）試辦計畫」係由六都縣市衛生局規劃特定科別執行，衛生福利部預訂於實施半年後進行檢討，屆時再研議中醫納入本計畫之可行性。

臨時動議

提案單位：蘇守毅代表

案由：西醫基層在 114 年春節期間看診研議予以鼓勵加成，中醫是否可比照辦理？

決議：請本署醫務管理組攜回研議。

肆、散會：下午 4 時 29 分。

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

註 1：本一覽表統計截止日期：~~114 年 4 月 28 日~~114 年 10 月 25 日，共 8178 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。

115 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	石碇區	臺南市	六甲區	高雄市	甲仙區	
	三芝區		官田區		杉林區	
	八里區		西港區	屏東縣	長治鄉	
	貢寮區		七股區		麟洛鄉	
	金山區		將軍區		九如鄉	
	萬里區		安定區		鹽埔鄉	
宜蘭縣	蘇澳鎮		山上區		高樹鄉	
	壯圍鄉		玉井區		新園鄉	
	冬山鄉		楠西區		崁頂鄉	
	三星鄉		南化區		林邊鄉	
新竹縣	芎林鄉		土庫鎮		澎湖縣	南州鄉
	<u>寶山鄉</u>		古坑鄉			琉球鄉
苗栗縣	<u>卓蘭鎮</u>		<u>林內鄉</u>	花蓮縣	湖西鄉	
	大湖鄉		二崙鄉		鳳林鎮	
	三灣鄉	東勢鄉	瑞穗鄉			
臺中市	石岡區	臺西鄉	臺東縣	成功鎮		
	外埔區	元長鄉		卑南鄉		
彰化縣	線西鄉	口湖鄉		金門縣	太麻里鄉	
	埔鹽鄉	布袋鎮			鹿野鄉	
	二水鄉	<u>溪口鄉</u>	金沙鎮			
	田尾鄉	六腳鄉	<u>金寧鄉</u>			
	芳苑鄉	義竹鄉				
	大城鄉	鹿草鄉				
	竹塘鄉	中埔鄉				
南投縣	集集鎮	梅山鄉				
	<u>鹿谷鄉</u>	大埔鄉				
	中寮鄉	湖內區				
	魚池鄉	永安區				
臺南市	柳營區	國姓鄉	彌陀區			
		高雄市政府	六龜區			

註 1：本一覽表統計截止日期：114 年 4 月 28 日-114 年 10 月 25 日，共 7680 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。

115年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案修正彙整表

115年度建議條文	115年度中全會/本署各分區業務組建議條文	114年度原條文	健保署說明
<p>三、預算來源： <u>114115</u>年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為183百萬元。</p>	<p>三、預算來源： <u>114115</u>年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為183百萬元。</p>	<p>三、預算來源： 114年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「醫療資源不足地區改善方案」專款項目下支應，全年經費為183百萬元。</p>	<p>修改年度，全年經費為183百萬元。</p>
<p>四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以<u>113114</u>年10月25日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。 (二)巡迴醫療服務計畫：以<u>113114</u>年10月25日調查時，為附件1-1所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件1-2所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。</p>	<p>四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以<u>113114</u>年10月25日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。 (二)巡迴醫療服務計畫：以<u>113114</u>年10月25日調查時，為附件1-1所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件1-2所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。</p>	<p>四、施行區域： (一)獎勵開業服務計畫：以113年10月25日調查時，為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，詳附件1-1，每鄉鎮區限一家中醫保險醫事服務機構申請。 (二)巡迴醫療服務計畫：以113年10月25日調查時，為附件1-1所列屬無中醫醫事服務機構之鄉鎮區及附件1-2所列屬僅有一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區為施行區域。</p>	<p>修改年度。</p>

115年度建議條文	115年度中全會/本署各分區業務組建議條文	114年度原條文	健保署說明
<p>五、施行期間： 自公告日起至114115年12月31日。</p>	<p>五、施行期間： 自公告日起至114115年12月31日。</p>	<p>五、施行期間： 自公告日起至114年12月31日。</p>	<p>修改年度。</p>
<p>七、申請資格： (一)申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)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，以保險人第一次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；<u>執行方案期間，若有因違反特管辦法而停止執行本方案</u></p>	<p>(一)申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)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，以保險人第一次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；<u>另若執行方案期間，有兩次因違反上開法規情事而停止</u></p>	<p>七、申請資格： (一)申請參與本方案之中醫保險醫事服務機構及醫事人員，須最近2年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)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，以保險人第一次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。</p>	<p>【南區業務組建議】 執行方案期間若有因違反特管辦法而停止執行本方案2</p>

115年度建議條文	115年度中全會/本署各分區業務組建議條文	114年度原條文	健保署說明
<u>2次，五年內不得再申請執行本方案。</u>	執行本方案者，不得再申請本方案。		次，不得再申請執行本方案。
<p>八、申請與審查程序及須檢附之文件：</p> <p>(二)須檢附之文件：</p> <p>2. 巡迴醫療服務計畫： (1)本年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請表(附件3)、醫事人員名冊(附件4)。</p>	<p>2. 巡迴醫療服務計畫： (1)本年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請表(附件3)、醫事人員名冊(附件4)。</p>	<p>八、申請與審查程序及須檢附之文件：</p> <p>(二)須檢附之文件：</p> <p>2. 巡迴醫療服務計畫： (1)本年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫申請表(附件3)、醫事人員名冊(附件4)。</p>	<p>【中全會建議】 簡化計畫申請文件，刪除申請表，調整醫事人員名冊格式及附件序號。</p>
<p>九、開診規範：</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫：</p> <p>5. 門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單(附件5、6)於前月25日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p>	<p>5. 門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單(附件54、65)於前月25日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p>	<p>九、開診規範：</p> <p>(一)獎勵開業服務計畫：</p> <p>5. 門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單(附件5、6)於前月25日前向所轄保險人分區業務組及中醫全聯會備查。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p>	<p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序號。</p>

115年度建議條文	115年度中全會/本署各分區業務組建議條文	114年度原條文	健保署說明
<p>1. 以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天至多1次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，每週至多3次定點定時中醫巡迴醫療服務。若有特殊情況，需增加每天或每週之巡迴次數或醫師數之巡迴點，<u>得由巡迴院所向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定；保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會該會中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會，始得執行。</u></p> <p>3. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同</p>	<p>1. 以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天至多1次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，每週至多3次定點定時中醫巡迴醫療服務。若有特殊情況，需增加每天或每週之巡迴次數或醫師數之巡迴點，<u>得由巡迴院所向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定；保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會與該會之中醫門診醫療服務審查執行會(以下稱中執會)各區分會。</u></p> <p>3. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同</p>	<p>1. 以醫療資源不足地區當地衛生所或自籌處所為據點，每一保險醫事服務機構之醫師每天至多1次，同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則，每週至多3次定點定時中醫巡迴醫療服務。若有特殊情況，需增加每天或每週之巡迴次數或醫師數之巡迴點，得由巡迴院所向所轄保險人分區業務組提出申請，由該分區業務組會同該區中執會分會專案核定同意並副知中醫全聯會後，始得執行。</p> <p>3. 執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務者，應依已同</p>	<p>【南區業務組建議】 有關新增巡迴診次，建議同方案參與審查原則，由中全會先行評估，爰建議修訂報備流程。</p> <p>【中全會建議】 基於同質性內容規範，建</p>

115年度建議條文	115年度中全會/本署各分區業務組建議條文	114年度原條文	健保署說明
<p>意之每週診療時間提供醫療服務，並於所轄保險人分區業務組核定日或發文日30個工作日內開始執行，超過30個工作日仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本計畫之辦理。如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流等，得事後核准。</p> <p>4. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。</p>	<p>意之每週診療時間提供醫療服務，並於所轄保險人分區業務組核定日或發文日30個工作日內開始執行，超過30個工作日仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本計畫之辦理。如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流等，得事後核准。</p> <p>4. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，<u>如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流等，得事後核准。</u>若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，</p>	<p>意之每週診療時間提供醫療服務，並於所轄保險人分區業務組核定日或發文日30個工作日內開始執行，超過30個工作日仍未執行者，由所轄保險人分區業務組終止本計畫之辦理。如因故休診，應事先載明原由，專函報請所轄保險人分區業務組同意並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會；如遇不可抗力因素如山崩、土石流等，得事後核准。</p> <p>4. 原訂提供巡迴醫療服務之日期，若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。</p>	<p>議移動條文文字序列。</p> <p>【中全會建議】 基於同質性內容規範，建議移動條文文字序列。</p> <p>【臺北業務組建議】 本組曾接獲首次參與本方案之承作院所反映，申請前已依規定報備支援當年度巡迴醫療服務，惟承作院所在接獲本署核定同意函時，已逾原報備之巡迴醫療服務日期，依114年本方案規定，承作院所需來函報備該日休診，為簡化承作院所作業程序，建議本方案九、(二)4. 原訂提供巡迴醫療服務之日期…，休診日，增列：<u>或</u></p>

115年度建議條文	115年度中全會/本署各分區業務組建議條文	114年度原條文	健保署說明
<p>7. 申請巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請见附件7辦理)。</p>	<p>不須補診及報備。</p> <p>7. 申請巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請见附件76辦理)。</p>	<p>7. 申請巡迴醫療服務之中醫師應將「全民健保中醫醫療巡迴服務」之標誌或海報及看診地點、時間，揭示於巡迴點明顯處(標示製作作業說明請见附件7辦理)。</p>	<p><u>首次參與之承作院所，如於分區業務組核定日或發文日起7個工作日內未能執行巡迴醫療服務者</u>，不須補診及報備。</p> <p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序號。</p>
<p>十、支付方式 (一)獎勵開業服務計畫：</p> <p>4. 承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件8)，並於次月20日前費用申報時以電子檔案，報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p> <p>6. 執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫</p>	<p>4. 承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件87)，並於次月20日前費用申報時以電子檔案，報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p> <p>6. 執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫</p>	<p>十、支付方式 (一)獎勵開業服務計畫：</p> <p>4. 承辦本計畫之保險醫事服務機構須填寫門診日報表(附件8)，並於次月20日前費用申報時以電子檔案，報請所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p> <p>(二)巡迴醫療服務計畫：</p> <p>6. 執行巡迴醫療服務之保險醫事服務機構應逐次填寫</p>	<p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序號。</p> <p>【東區建議】 建議比照牙醫及西醫基層醫不足方案，刪除門診日報表；如中全會有參考需要，則請院所逕送中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p> <p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序</p>

115年度建議條文	115年度中全會/本署各分區業務組建議條文	114年度原條文	健保署說明
<p>門診日報表(附件8),並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查,並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p>	<p>門診日報表(附件87),並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查,並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p>	<p>門診日報表(附件8),並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查,並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p>	<p>號。</p> <p>【東區建議】 建議比照牙醫及西醫基層醫不足方案,刪除門診日報表;如中全會有參考需要,則請院所逕送中醫全聯會及所轄中執會各區分會。</p>
<p>十一、醫療服務申報、審查與管理原則：</p> <p>(二)本方案須配合健保卡相關作業,依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定,保險對象均應繳驗健保卡,如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事,須填具健保卡例外就醫名冊(如附件9)。未依健保卡相關作業,經保險人審核,不符資格者,不予支付;另巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料,若巡迴醫療服務之巡迴點無法連線者,經保險人分區業務組確認評估</p>	<p>十一、醫療服務申報、審查與管理原則：</p> <p>(二)本方案須配合健保卡相關作業,依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定,保險對象均應繳驗健保卡,如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事,須填具健保卡例外就醫名冊(如附件98)。未依健保卡相關作業,經保險人審核,不符資格者,不予支付;另巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料,若巡迴醫療服務之巡迴點無法連線者,經保險人分區業務組確認評估</p>	<p>十一、醫療服務申報、審查與管理原則：</p> <p>(二)本方案須配合健保卡相關作業,依全民健康保險醫療辦法第三條第一項規定,保險對象均應繳驗健保卡,如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事,須填具健保卡例外就醫名冊(如附件9)。未依健保卡相關作業,經保險人審核,不符資格者,不予支付;另巡迴點應備讀卡機依照規定上傳就醫資料,若巡迴醫療服務之巡迴點無法連線者,經保險人分區業務組確認評估後,以專案申請方式執行巡</p>	<p>【中全會建議】 配合修訂建議,調整附件序號。</p>

115年度建議條文	115年度中全會/本署各分區業務組建議條文	114年度原條文	健保署說明
<p>後，以專案申請方式執行巡迴服務。</p> <p>(三)醫療費用申報與審查：</p> <p>2.巡迴醫療服務計畫：</p> <p>(2)本計畫採「論次加論量」支付方式：</p> <p>A.應依據論次費用申請表格式(附件10)於次月20日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)或郵寄紙本至保險人分區業務組。</p>	<p>後，以專案申請方式執行巡迴服務。</p> <p>(2)本計畫採「論次加論量」支付方式：</p> <p>A.應依據論次費用申請表格式(附件109)於次月20日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)及或郵寄紙本至保險人分區業務組。</p>	<p>迴服務。</p> <p>(三)醫療費用申報與審查：</p> <p>2.巡迴醫療服務計畫：</p> <p>(2)本計畫採「論次加論量」支付方式：</p> <p>A.應依據論次費用申請表格式(附件10)於次月20日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)及郵寄紙本至保險人分區業務組。</p>	<p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序號。</p> <p>【高屏業務組建議】 配合論次費用申請表電子化，建議修改文字。</p>
<p>十三、考核事項：</p> <p>(一)考核程序：參與本方案之保險醫事服務機構，1年至少考核1次。</p> <p>1.參與本方案之保險醫事服務機構，於本方案結束或年度結束前，應填報考核要點(附件11-1、11-2)予中醫全聯會，中醫全聯會於年度結束日起15個工作日內，將彙整考核要點送</p>	<p>1.參與本方案之保險醫事服務機構，於本方案結束或年度結束前，應填報考核要點(附件11-1、11-2)予中醫全聯會，中醫全聯會於年度結束日起15個工作日內，將彙整考核要</p>	<p>十三、考核事項：</p> <p>(一)考核程序：參與本方案之保險醫事服務機構，1年至少考核1次。</p> <p>1.參與本方案之保險醫事服務機構，於本方案結束或年度結束前，應填報考核要點(附件11-1、11-2)予中醫全聯會，中醫全聯會於年度結束日起15個工作日內，將彙整考核要點送</p>	<p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序號。</p>

115年度建議條文	115年度中全會/本署各分區業務組建議條文	114年度原條文	健保署說明
<p>所轄保險人分區業務組。考核成績將作為下年度審核之參考。</p> <p>(二)考核方式與項目：</p> <p>2. 院所考核表評核(附件11-1)。</p> <p>3. 民眾滿意度調查表評核(附件11-2)。</p>	<p>點送所轄保險人分區業務組。考核成績將作為下年度審核之參考。</p> <p>2. 院所考核表評核(附件11<u>10-1</u>)。</p> <p>3. 民眾滿意度調查表評核(附件11<u>10-2</u>)。</p>	<p>所轄保險人分區業務組。考核成績將作為下年度審核之參考。</p> <p>(二)考核方式與項目：</p> <p>2. 院所考核表評核(附件11-1)。</p> <p>3. 民眾滿意度調查表評核(附件11-2)。</p>	<p>【中全會建議】 配合修訂建議，調整附件序號。</p>
<p>(附件1-1、1-2)</p> <p>114<u>115</u>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」及「一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」</p> <p>(附件2)</p> <p>114<u>115</u>年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請表</p> <p>(附件3)</p> <p>114<u>115</u>年度全民健康保險中醫</p>	<p>(附件1-1、1-2)</p> <p>一覽表統計截止日期：114年<u>10月25日</u>，「無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」共<u>79</u>個鄉鎮(區)、「一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」共<u>79</u>個鄉鎮(區)。</p> <p>(附件3)</p> <p>刪除</p>	<p>(附件1-1、1-2)</p> <p>一覽表統計截止日期：114年2月4日，「無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」共82個鄉鎮(區)、「一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」共75個鄉鎮(區)。</p> <p>(附件2)</p> <p>114年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫申請表</p> <p>(附件3)</p> <p>114年度全民健康保險中醫門診</p>	<p>【中全會建議】 施行區域統計至114年10月25日，更新一覽表。</p> <p>【中全會建議】 簡化計畫申請文件，刪除申請表</p>

115年度建議條文	115年度中全會/本署各分區業務組建議條文	114年度原條文	健保署說明
<p>門診總額醫療資源不足地區改善方案-巡迴醫療服務計畫申請表</p> <p>(附件3)</p> <p>114115年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊</p> <p>(附件4)</p> <p>114115年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫門診時段異動表</p> <p>(附件5)</p> <p>114115年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫休診單</p> <p>(附件6)</p> <p>114115年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務之標示製作作業說明</p> <p>114115年全民健康保險巡迴醫療服務之標示製作費用申請表</p>	<p>(附件3)</p> <p>調整醫事人員名冊格式如後。</p>	<p>總額醫療資源不足地區改善方案-巡迴醫療服務計畫申請表</p> <p>(附件4)</p> <p>114年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊</p> <p>(附件5)</p> <p>114年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫門診時段異動表</p> <p>(附件6)</p> <p>114年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫休診單</p> <p>(附件7)</p>	<p>【中全會建議】</p> <p>調整醫事人員名冊格式及附件序號。</p>

115年度建議條文	115年度中全會/本署各分區業務組建議條文	114年度原條文	健保署說明
<p>(附件8)</p> <p>H4115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 論次費用申請表 (附件10-1)</p> <p>H4115年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 院所考核表 (附件10-2)</p> <p>H4115年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 民眾滿意度調查表</p>		<p>114年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務之標示製作作業說明</p> <p>114年全民健康保險巡迴醫療服務之標示製作費用申請表 (附件9)</p> <p>114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論次費用申請表 (附件11)</p> <p>114年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 院所考核表 (附件12)</p> <p>H4115年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 民眾滿意度調查表</p>	

【中區業務組】「115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」之修訂意見：『附件1-2「115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」應新增「苗栗縣卓蘭鎮」、「南投縣鹿谷鄉」，註1應為共80個鄉鎮（區）』。

**114115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	臺南市	左鎮區	1	澎湖縣	七美鄉	6	
	石門區	1		龍崎區	1		光復鄉	1	
	平溪區	1	雲林縣	褒忠鄉	1		豐濱鄉	2	
	雙溪區	1		嘉義縣	溪口鄉		1	富里鄉	1
	烏來區	3			東石鄉		1	秀林鄉	3
宜蘭縣	大同鄉	3	番路鄉		1		萬榮鄉	3	
	南澳鄉	3	阿里山鄉		3		卓溪鄉	3	
桃園市	復興區	3	高雄市	田寮區	1		臺東縣	大武鄉	2
新竹縣	橫山鄉	1		內門區	1			東河鄉	1
	寶山鄉	1		茂林區	3			長濱鄉	2
	北埔鄉	1		桃源區	3	綠島鄉		5	
	峨眉鄉	1		那瑪夏區	3	延平鄉		3	
	尖石鄉	3		屏東縣	萬巒鄉	1		海端鄉	3
	五峰鄉	3	竹田鄉		1	達仁鄉		3	
苗栗縣	卓蘭鎮	1	新埤鄉		1	金峰鄉		3	
	南庄鄉	1	車城鄉		1	蘭嶼鄉		6	
	頭屋鄉	1	滿州鄉		2	金門縣		金寧鄉	6
	西湖鄉	1	枋山鄉		1		烈嶼鄉	6	
	造橋鄉	1	屏東縣		三地門鄉	3	連江縣	烏坵鄉	6
	獅潭鄉	1			霧臺鄉	3		南竿鄉	4
	泰安鄉	3			瑪家鄉	3		北竿鄉	4
	臺中市	大安區			1	泰武鄉		3	莒光鄉
和平區		3		來義鄉	3	東引鄉		6	
南投縣	鹿谷鄉	2		春日鄉	3	澎湖縣			
	信義鄉	3		獅子鄉	3				
	仁愛鄉	3		牡丹鄉	3				
臺南市	後壁區	1	白沙鄉	5					
	東山區	1	吉貝村	6					
	大內區	1	西嶼鄉	5					
	北門區	1	望安鄉	6					

註1：本一覽表統計截止日期：~~114年4月28日~~114年10月25日，共8178個鄉鎮(區)。

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

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。

【中區業務組】「115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」之修訂意見：『附件1-2「115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」應新增「苗栗縣卓蘭鎮」、「南投縣鹿谷鄉」，註1應為共80個鄉鎮（區）』。

**114115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	石碇區	臺南市	六甲區	高雄市	甲仙區		
	三芝區		官田區		杉林區		
	八里區		西港區	屏東縣	長治鄉		
	貢寮區		七股區		麟洛鄉		
	金山區		將軍區		九如鄉		
	萬里區		安定區		鹽埔鄉		
宜蘭縣	蘇澳鎮		山上區		高樹鄉		
	壯圍鄉		玉井區		新園鄉		
	冬山鄉		楠西區		崁頂鄉		
	三星鄉		南化區		林邊鄉		
新竹縣	芎林鄉		土庫鎮		雲林縣	南州鄉	
	<u>寶山鄉</u>		古坑鄉			琉球鄉	
苗栗縣	<u>卓蘭鎮</u>		<u>林內鄉</u>			澎湖縣	湖西鄉
	大湖鄉		二崙鄉			花蓮縣	鳳林鎮
	三灣鄉	東勢鄉	瑞穗鄉				
臺中市	石岡區	臺西鄉	臺東縣	成功鎮			
	外埔區	元長鄉		卑南鄉			
彰化縣	線西鄉	口湖鄉		太麻里鄉			
	埔鹽鄉	布袋鎮		鹿野鄉			
	二水鄉	<u>溪口鄉</u>	金門縣	金沙鎮			
	田尾鄉	六腳鄉		<u>金寧鄉</u>			
	芳苑鄉	嘉義縣	義竹鄉				
	大城鄉	鹿草鄉					
竹塘鄉	中埔鄉						
南投縣	集集鎮	梅山鄉					
	<u>鹿谷鄉</u>	大埔鄉					
	中寮鄉	高雄市	湖內區				
	魚池鄉	永安區					
臺南市	柳營區	國姓鄉	彌陀區				
			六龜區				

註1：本一覽表統計截止日期：114年4月28日至114年10月25日，共7680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。

第 12 頁

114115 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
巡迴醫療服務計畫醫事人員名冊

申請日期： 年 月 日

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

註：1.參與本方案中醫師及相關醫事人員，應依各該醫事人員法相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援。

2.本表以巡迴點為單位，申請地點為2者，則須填寫2份，若醫師人力眾多，可另行檢附名冊。

院所印章：

負責醫師簽章：

註：	<p>1. 依本方案規定填具本表。2. 核實申報均須同時填報本表，並於次月20日前合併EXCEL電子檔或紙本送保險人分區業務組備查，並副知全聯會及所轄中執會各區分會。3. 性別欄：男填1、女填0。4. 診察費欄：請依申報之診察費支付標準代碼填入。5. 藥費欄請填入天數（例如給藥7天，填入"7"）。6. 治療處置欄：依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫治療處置規範填報。7. 當地住民欄：請在是否處擇一打"√"。8. 申請費用=醫療費用-部分負擔。9. 身份別：山地離島地區一律填入"007"；非山地離島地區：重大傷病填入"001"，低收入戶填入"003"，榮民（遺眷之家戶代表）填入"004"，一般民眾免填。10. 到宅服務欄：如屬到宅服務個案請打"√"。11. 若當日無人看診仍應檢送當次門診日報表。</p>
參照	<p>參照「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」，榮民（眷）填入"004" →定義更明確→榮民（遺眷之家戶代表）填入"004" 參照 「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」</p>
註 10:	<p>(1)免部分負擔代碼及規定</p> <ul style="list-style-type: none"> • 代碼 001:重大傷病 • 代碼 002:分娩 • 代碼 003:合於社會救助法規定之低收入戶之保險對象(第五類之保險對象)(協助衛生福利部辦理項目) • 代碼 004:榮民、榮民遺眷之家戶代表(第六類第一目之保險對象)(協助國軍退除役官兵輔導委員會辦理項目) • 代碼 005：經登記列管結核病患至衛生福利部疾病管制署公告指定之醫療院所就醫者(協助疾病管制署辦理項目) • 代碼 006:勞工保險被保險人因職業傷害或職業病門診者(協助勞工保險局辦理項目) • 代碼 007:山地離島地區之就醫（88.7 增訂）、山地原住民暨離島地區接受醫療院所戒菸治療服務免除戒菸藥品部分負擔 • 代碼 008:經離島醫院診所轉診至台灣本島門診及急診就醫者（僅當次轉診適用）

全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

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：

針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難及術後疼痛病人，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病人神經學功能進步、呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。

三、施行期間：1145年1月1日至1145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「西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款項目下支應。

五、適用範圍：

(一)符合下列任一項適應症，自診斷日起六個月內之住院病人，需中醫輔助醫療協助者：

- 1.腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I69、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829)。
- 2.顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9、S06.A0XA、S06.A0XD、S06.A0XS、S06.A1XA、S06.A1XD、S06.A1XS)。
- 3.脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)。

(二)呼吸困難(ICD-10-CM：J12-J18、J43-J45、J69、J70、J80、J81、J84、J90、J91、J93、J94、J96、J98、J99、P23、P24、P28、R06)之住院病人，當次住院需中醫輔助醫療協助者。

1. 不適用於入住一般病房(含經濟病房)及慢性呼吸照護病房(RCW)之慢性呼吸照護階段者(因無法脫離呼吸器而需長期住院之呼吸器依賴者)。
2. 連續使用呼吸器者，於入住ICU(最長照護日數21天)與RCC(最長照護日數42天)等急性病房期間，經醫療專業判斷具治療需求者(有助於脫離呼吸器或縮短住院天數等)，得予收案。

(三)術後疼痛(ICD-10-CM：F45、G89、M22-M26、M36、M76-M77、M79-M81、N23、R10、R14、R39、R51-R52、R68、S38-S39、S80、S82-S83、S86-S89)，當次住院開刀後需中醫輔助醫療協助者。

(以下略)

全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤病人經手術、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，讓病人能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期病人所出現的惡病質，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，提升病人的生活品質。

三、施行期間：1145年1月1日至1145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「中醫癌症病人加強照護整合方案」專款項目下支應。

五、適用範圍：

(一)癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫：當次住院為接受癌症相關治療且需中醫輔助醫療之健保給付西醫住院病人。

(二)癌症病人中醫門診延長照護計畫：

1.術後或接受化學治療、放射線治療過程中副作用明顯之癌症病人，依據放化療副作用評估表(Common Terminology Criteria for Adverse Events，以下稱CTCAE評估表)，至少兩項症狀程度為grade 2以上者。

2.正在接受其他抗癌治療且出現嚴重副作用或後遺症，經醫師評估須延長照護之癌症病人，依據CTCAE評估表，至少兩項症狀程度為 grade 2以上者。

3.CTCAE評估表請至全民健康保險保險人(以下稱保險人)全球資訊網(網址 <https://www.nhi.gov.tw>)下載，其路徑為：首頁> 健保服務> 健保醫療費用> 醫療費用申報與給付> 醫療給付相關計畫> 中醫總額醫療照護試辦計畫。

(三)特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：

1.西醫確診為乳癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C50、C79.81。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼：C50、Z85.3)。

2.西醫確診為肝癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C22、C23、C24。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.3、C79.5、C79.7、Z94.4)+(次診斷碼C22、C23、C24、Z85.05)。

3.西醫確診為肺癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C33、C34。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.3、C79.5-C79.7、Z94.2)+(次診斷碼C33、C34、Z85.1)。

4.西醫確診為大腸癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C18、C19、C20、C21。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.0、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼C18、C19、C20、C21、Z85.04)。

5.西醫確診為胃癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C16、C49.A1、C49.A2。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼C16、C49.A1、C49.A2、Z85.028)。

6.西醫確診為攝護腺癌ICD-10-CM：主診斷碼：C61。

7.西醫確診為口腔癌ICD-10-CM：主診斷碼：C01-C10。

8.西醫確診為子宮頸癌ICD-10-CM：主診斷碼：C53。

9.西醫確診為子宮體癌ICD-10-CM：主診斷碼：C54。

10.西醫確診為甲狀腺癌ICD-10-CM：主診斷碼：C73。

11.西醫確診為卵巢癌ICD-10-CM：主診斷碼：C56。

12.西醫確診為鼻咽癌ICD-10-CM：主診斷碼：C11。

13.西醫確診為膀胱癌ICD-10-CM：主診斷碼：C67。

14.符合上述第1點至第103點之診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)或其它抗癌治療期間之病人。

註1：癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症病人中醫門診延長照護計畫及特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：同一病人不得於三項計畫併行收案。

註2：癌症病人中醫門診延長照護計畫：同一病人，每月限收案兩次(含跨院)。

(以下略)

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：本方案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「~~J7(癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫)~~」、「~~JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~JH(癌症病人中醫門診延長照護計畫)~~」、「~~JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~MA(子宮頸癌中醫門診加強照護計畫)~~」、「~~MB(子宮體癌中醫門診加強照護計畫)~~」及「~~MC(甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫)~~」。

代號	計畫名稱
<u>J7</u>	<u>癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫</u>
<u>JE</u>	<u>乳癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>JF</u>	<u>肝癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>JH</u>	<u>癌症病人中醫門診延長照護計畫</u>
<u>JI</u>	<u>肺癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>JJ</u>	<u>大腸癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>JY</u>	<u>口腔癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MA</u>	<u>宮頸癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MB</u>	<u>子宮體癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MC</u>	<u>甲狀腺癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MD</u>	<u>卵巢癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>ME</u>	<u>鼻咽癌中醫門診加強照護計畫</u>
<u>MF</u>	<u>膀胱癌中醫門診加強照護計畫</u>

(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。

(以下略)

**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，應併入病人病歷記錄備查。	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，應併入病人病歷記錄備查。	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，應併入病人病歷記錄備查。	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，應併入病人病歷記錄備查。	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，應併入病人病歷記錄備查。	1,300

編號	診療項目	支付點數
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，應併入病人病歷記錄備查。	1,650
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： 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 (或糖尿病病人的 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，<u>但療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限</u>。</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>		

115年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案

壹、依據：全民健康保險會(下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：反映基層健保特約中醫院所護理人員薪資，提升護理照護品質。

參、實施期間：115年1月1日至115年12月31日。

肆、預算來源：115年度全民健康保險中醫醫療給付費用總額一般服務「友善

醫事人員環境-提升中醫護理照護品質」預算375.1百萬元。

伍、獎勵條件：聘有護理人員且有調升其薪資之健保特約中醫院所。

一、院所及護理人員資格：114年12月底前開業之全民健康保險(以下稱本保險)特約中醫院所(不含115年新開業診所及新開設中醫科醫院)，不限公、私立醫療機構，且需至少一名護理人員當月執業登記於該診院所；護理人員依護理人員法第2條所稱護理師及護士，且依當月所有執業登記之中醫健保特約院所為認定。

二、護理人員調薪幅度之認定標準：

(一)薪資認定：

依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。各診院所調升護理人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。

(二)須依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較114年12月薪資調升幅度達本保險次一投保等級且不得低於第四投保等級(31,800元)，以及院所當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵~~且符合下列標準予以獎勵：聘護理人員調升半數(含)以上護理人員薪資自升效日起算。~~

(三)前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員，惟投保金額不得低於第四投保等級。

陸、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費及針傷處置費加計獎勵

(一) 獎勵方式：

1. 符合獎勵條件之中醫健保特約院所，依該院所「看診時聘有護理人員在場服務者」之門診診察費及「針灸、傷科、針灸合併傷科」針傷治療處置費申報之案件，加計獎勵13點，~~申報編號 AXX 及 BXX~~。
2. 看診時聘有護理人員在場服務者門診診察費醫令代碼範圍：A82、A83、A41、A86、A87、A43、A01、A11、A45、A03、A13、A47、A05、A15、A49、A09、A19、A53。
3. 針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費：針灸(D01-D08)、傷科(E01-E12)、針灸合併傷科(F01-F84)。

二、核發方式：

- (一) 本項獎勵費用由保險人每季依各院所每月申報門診診察費及針傷處置費案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點1元暫付。
- (二) 符合申報之特約院所，應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「護理人員跟診時段」，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項每~~月~~需提送護理人員名單，加計點數併入一般部門申報。
- (三) 診院所於方案公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，115年1月起至公告當月皆認定為符合本項獎勵條件。

三、點值結算：115年預算(計375.1百萬元)按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。

柒、審查方式

一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物

給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、本方案每月季撥付，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向保險人各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

捌、方案管理機制

一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。

二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

玖、年度執行目標：聘有護理人員之中醫院所，調升護理人員薪資比率之中醫院所家數達50%。

分子：調升護理人員薪資幅度達標準之中醫院所家數(含新聘護理人員，且每家中醫院所須調升半數以上護理人員數，不足一名以一名計算)。

分母：聘有護理人員之診所家數。

拾、評估指標

一、聘有護理師/護士之健保特約中醫院所增加1%。

二、稽核機制：每月勾稽每家中醫院所須調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級，且不得低於第四投保等級。

拾壹、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國中醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會共同研訂後，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，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

第四部 中 醫

討10附件2

附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中英文病名
A80	A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	D32	腦膜良性腫瘤
D33	D33	腦瘤併發神經功能障礙
D48	D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	F02、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	F03-F05	老年期及初老年期器質性精神病態限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號
F05	F05	亞急性譫妄
F20、F21、F25	F20、F21、F25	思覺失調症
F22、F23、F24	F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	F30-F39	情感性精神病
F84	F84	源自兒童期之精神病
F80	F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	G11、G94	脊髓小腦症
G12	G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	G20、G21	巴金森病
G35	G35	多發性硬化症
G36	G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	G40	癲癇
G45、G46、I67	G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	G70	重症肌無力症
G71	G71	肌肉特發性疾患
G80	G80	嬰兒腦性麻痺
G81	G81	偏癱
G82-G83+B91	G82-G83+B91	其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
G91	G91	水腦症
G93.0	G93.0	腦囊腫
G93.1	G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	G93.2	良性顱內高壓
G93.3	G93.31、G93.32、G93.39	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	G93.5	腦壓迫
G93.6	G93.6	腦水腫

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中英文病名
G93.7	G93.7	雷氏症候群
H30	H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	H31	其他脈絡膜疾患
H33	H33、H44.2C1、H44.2C2、 H44.2C3、H44.2C9	視網膜退化及裂孔
H34	H34	視網膜血管阻塞
H35	H35	視網膜其他疾患
H36	H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	H40	青光眼
H42	H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	H43	玻璃體疾患
H46	H46	眼球神經炎
H47	H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	H49	麻痺性斜視
H50	H50	其他斜視
H51	H51	其他雙側眼運動疾患
H53	H53	視覺障礙
H54	H54	失明及低視力
H55	H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	I65、I66、I63、P91.821、 P91.822、P91.823、P91.829	腦梗塞
I69	I69	腦血管疾病後遺症(同一腦中風事件首次 於中醫就醫日之6個月內)

(以下略)

附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中文病名
G45、G46	G45、G46	其他腦血管疾病
G54	G54	神經根及神經叢疾患
G61	G61	發炎性多發神經病變
G62	G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
G81	G81	偏癱
G90	G90	自主神經系統疾患
G91	G91	水腦症
G93.0	G93.0	腦囊腫
G93.1	G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	G93.2	良性顱內高壓
G93.3	G93.31、G93.32、G93.39	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	G93.5	腦壓迫
G93.6	G93.6	腦水腫
I60	I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	I65、I66、I63、 P91.821、P91.822、P91.823、 P91.829	腦梗塞
I67	I67	其他腦血管疾病
I69	I69	腦血管疾病後遺症(同一腦中風事件首次於中醫就醫日之6個月內)

(以下略)

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案(修正草案)

110年12月30日健保醫字第1100017739號公告

111年12月28日健保醫字第1110122970號公告修訂

112年12月19日健保醫字

第1120125466號公告修訂

114年1月23日健保醫字第1140101705號公告修訂

114年12月 〇 日 〇 號公告修訂

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

鼓勵中醫師至照護機構執行中醫醫療服務，提升因失能或就醫不便住民之醫療照護可近性，促使全體保險對象獲得適當之中醫醫療照護，減少住民外出就診中醫人次。

三、預算來源

- (一) 本方案論次支付費用由全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「照護機構中醫醫療照護方案」專款項目下支應。
- (二) 本方案論量支付費用由中醫門診總額一般服務預算支應。

四、施行機構

- (一) 依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設立標準」、「長期照顧服務機構設立標準」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」等法規命令設置立案之護理之家、老人安養、養護機構、住宿式長照機構、身心障礙福利機構之住宿機構或榮譽國民之家。
- (二) 各縣市至少以服務一家照護機構為原則，並以護理之家為優先。
- (三) 每家照護機構僅能接受一家中醫門診特約醫事服務機構提供服務。

五、施行期間

115年1月1日至115年12月31日。

六、執行目標

- (一) 本年度以至少200家照護機構為目標。
- (二) 以達成80,000服務人次，服務總天數6,000天為目標。

七、申請資格

- (一) 保險醫事服務機構：須最近二年內未曾有全民健康保險特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一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，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)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，以保險人第一次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。
- (二) 中醫師資格：須執業登記於該保險醫事服務機構之專任醫師。
- (三) 照護機構須備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀錄。
- (四) 保險醫事服務機構於照護機構須建置全民健康保險憑證(以下稱健保卡)讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將住民健保卡攜回院所。

八、申請與審查程序及須檢附之文件

(一) 申請與審查程序

1. 符合申請資格者，自本方案公告日起15個工作天內(以郵戳為憑)檢具相關申請文件以公文掛號郵寄至中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)。
2. 申請資料不足須補件者，以最後補件日為受理日。
3. 逾期申請者，保險人分區業務組及中醫全聯會得視經費及實際需求受理申請及審查。
4. 中醫全聯會自收到申請文件(以郵戳為憑)15個工作日內，將評估後之彙整結果函送所轄保險人分區業務組進行審查。保險人分區業務組於10個工作日內將審查結果通知申請者，並副知中醫全聯會及其中醫門診醫療服務審查執行會各區分會(以下稱中執會)。
5. 保險人核定發文日為執行起日；申請延續執行者，以本年1月1日為執行起日。

(二) 須檢附之文件

1. 保險醫事服務機構申請時須檢附本方案申請表(附件1)、全民健康

保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書(附件2)、全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表(附件3)、~~醫事人員名冊(附件4)~~及計畫書；申請延續執行者，須檢附本方案申請表(附件1)、~~醫事人員名冊(附件4)~~及經當地衛生主管機關核准報備支援之中醫師、相關醫事人員同意函。

2. 前開計畫書內容應包含：

- (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號定型，橫式書寫。
- (2) 封面：包括方案名稱、執行單位、執行期間。
- (3) 前言：請敘述執行方案動機，包括照護機構地點、醫療資源提供情況及需求狀況等。
- (4) 目的：分點具體列述執行方案所要達成之目標。
- (5) 執行方案：
 - A. 醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(含姓名、學經歷、身分證統一編號、證書字號、執業年資)。
 - B. 每週診療時間。
 - C. 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請參考本方案第十點預估。
 - D. 照護機構地址及住民數。
- (6) 經當地衛生主管機關核准報備支援之中醫師、相關醫事人員同意函。
- (7) 評估預期效益：請詳述執行方案實施後預期達成之效益指標。

九、醫療服務提供方式

- (一) 保險醫事服務機構指派中醫師及必要之醫事人員，至照護機構提供中醫醫療服務，每週以一個時段為限，每時段至少須三小時。
- (二) 前開同一時段提供診療服務之中醫師，以一名為限。
- (三) 若有異動或計畫性休診，須先確實與照護機構協商後，於7個工作天前以書面函文檢附門診異動表(附件5)或休診單(附件6)，送保險人分區業務組備查並副知中醫全聯會及該照護機構，服務異動者，應檢附門診異動表(附件4)；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫全聯會

及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並得事後核准；行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。

(四) 前項若執行院所或照護機構因時間或場地無法配合，得經雙方協調同意，報請保險人分區業務組備查且不須補診。另為保障照護機構住民權益，如有常態性休診未補診情形，得作為次年度中醫全聯會及所轄保險人分區業務組審查及核定參考。

(五) 如欲變更醫療服務時間、每週服務次數或照護機構，須先檢送變更計畫書及當地衛生主管機關之報備函向中醫全聯會提出申請，並由中醫全聯會將評估結果函送所轄保險人分區業務組核定。變更照護機構者，須俟保險人分區業務組核定後，始得執行。

十、給付項目及支付標準：

(一) 論次支付(支付標準編號 P6901C)：每時段(診次)支付1,000點，每時段(診次)至少以三小時為計支單位，未達三小時不予支付。

(二) 論量支付：

1. 診察費、藥費、藥品調劑費、針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)第四部中醫所列之項目申報。

2. 每診次以15人次為上限，16人次以上部分，自申報點數最少之案件計算起，不予支付；照護機構核定床數50床以上者，每診次以25人次為上限；26人次以上部分，自申報點數最少之案件計算起，不予支付。

(三) 支付規定：

1. 本方案申報之門診診察費不納入醫療服務支付標準之「中醫每日門診合理量」計算。

2. 針灸、傷科及針灸合併傷科治療之診療得合併申報門診診察費，不受同一療程規定之限制，以及不納入醫療服務支付標準之合計申報量計算。

(四) 本方案論次費用預算按季均分，結算方式如下：

1. 各季預算採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。若有結餘，則

流用至下季。

2.若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

(五) 本方案申報點數不列入「中醫門診總額醫療品質保證保留款實施方案」計算。

十一、 醫療費用申報與審查

(一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案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「JR(支援照護機構提供中醫一般門診案件)」代碼。

(3) 就醫科別：請填報「60中醫科」。

3. 論次費用：支付標準編號 P6901C。

(二) 論次費用之申報，保險醫事服務機構次月20日前須至健保資訊網服務系統(VPN)登錄醫療服務費用明細，傳送資料後列印「全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表」(附件5)，蓋上院所印信，信封上請註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」，寄至所屬保險人分區業務組，由保險人各分區業務組依執行結果核定。

(三) 保險醫事服務機構於每月費用申報前，應至VPN「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院住民名冊。

(四) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「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。

(五) 執行本方案之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表(附件6)，並於次月20日前以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中醫全聯會及所轄中執會各區分會。

(六) 本方案所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。

十二、 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114年減少。

十三、 執行報告

執行本方案者，於本方案結束或年度結束前，應檢送執行報告；執行報告之格式及內容，應依送審計畫書之內容及要項，撰寫執行成果及實施效益。執行報告之內容，將作為下年度審查之依據。

十四、 退場機制

- (一) 參與本方案之保險醫事服務機構，如於方案執行期間有違反特管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），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約之日起退出執行本方案。
- (二) 辦理本方案之保險醫事服務機構，若其實施成效不佳、實地訪視醫療品質不佳、未依常規醫療行為模式、資料不齊全(含書面資料及電子檔案)或參與方案有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本方案日起退出本方案。
- (三) 保險醫事服務機構如經保險人終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人申請複核，但以一次為限。

十五、 其他事項

- (一) 報備支援規定：支援醫事人員均應依醫事相關法規向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請中醫師考量醫療負擔能力提供支援服務。
- (二) 本方案實施成效由中醫全聯會會同保險人進行評估，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、 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。

十七、 本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂，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。

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 申請表

申請日期： 年 月 日

醫事服務機構名稱		醫事服務機構代碼	
醫事服務機構地址		醫事服務機構電話(聯絡人)	
照護機構名稱		機構代碼	
照護機構地址		照護機構電話(聯絡人)	
執行時段	每週 次，每星期 上午(下午) 時 分至 時 分，共 小時		
參與照護方案醫事人力			
醫師	藥事人員	護理人員	
位	位	位	
醫事類別	醫事人員姓名	身分證統一編號	證書字號
醫師			
(藥師)			
(護理師/護士)			
院所印章	負責醫師簽章：		
<p>註：</p> <p>1.參與本方案中醫師及相關醫事人員，應依各該醫事人員法相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援。參與照護方案醫事人力眾多，可另行檢附名冊。</p> <p>2.本表填報以單一照護機構為限。</p>			

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構申請書

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院(所)自 年 月 日起以支援方式派中醫師至_____ (照護機構名稱) _____ (照護機構代號) 支援中醫一般門診，前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用，如有經通知改善未改善事項者，依健保相關法規辦理，並同意配合下列作業事項：

一、每月20日(併費用申報作業辦理)前，至健保資訊網服務系統(VPN)「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院住民名冊。

二、醫事人員執行相關診療服務後，於醫療院所病歷及照護機構診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章。

三、申請支援核備檢送之相關文件資料正確無誤，檢附下列資料，1. 前往支援醫療作業說明表、2. 衛生主管機關核定公文影本或醫事人員報備支援申請書、3. 支援照護機構之門診時程表、4. 照護機構立案證明影本。5. 照護機構平面圖(標示診療室位置)、6. 照護機構診察室照片數張(須清晰可見整體空間及內部配置)。

四、於照護機構建置健保卡讀卡環境，並於提供診療服務時即時刷卡，不得將院民健保卡攜回院所。刷卡方式說明：_____

五、照護機構必須配合保險人因業務需要所為之訪查或調閱相關資料。

<p>特約醫事服務機構及 負責醫師大、小印章</p>	<p>照護機構印章及負責人印章</p>
<p> </p>	<p> </p>

中華民國 年 月 日

全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表

服務機構代號：_____ 服務機構名稱：_____

照護機構代號：_____ 照護機構名稱：_____

作業項目	服務內容或作業方式	
病歷及診療紀錄製作及保存方式	-服務機構 <input type="checkbox"/> 手寫 <input type="checkbox"/> 電腦 住民病歷 <input type="checkbox"/> 存放地點，請說明：_____ -照護機構 <input type="checkbox"/> 手寫 <input type="checkbox"/> 電腦 診療紀錄 <input type="checkbox"/> 存放地點，請說明：_____ -醫事人員執行相關診療服務後，於病歷及診療紀錄內記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 否者，請說明實情：_____	
處方作業方式	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 專人領藥 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____	
備註事項		
特約醫事服務機構及負責醫師之印信及印鑑	醫事服務機構印信	負責醫師印

※注意事項：

1. 特約醫事服務機構第一次申請該照護機構支援或原填寫事項有異動時填報。
2. 依支援之照護機構分別填報醫療作業內容。

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

年 月門診異動表

一、申請單位資料：

1. 醫療院所名稱：
2. 負責醫師：
3. 聯絡電話：()
4. 聯絡地址：□□□

二、照護機構資料：

1. 照護機構名稱：
2. 電話：
3. 地址：

三、支援照護機構時段異動表：

(一)原支援照護機構時段：

星期	日	一	二	三	四	五	六
日期							
時段							
中醫師							

(二)異動後時段：

星期	日	一	二	三	四	五	六
日期							
時段							
中醫師							

全民健康保險中醫門診總額專款專用醫療報酬申請表

中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案論次費用

受理日期：		受理編號：							
醫事服務機構名稱：		醫事服務機構代號：		醫事類別：			費用年月：		
編號	醫事人員 姓名	醫事人員 身分證字號	支付別	日期	服務地點	服務 時段	服務 時數	診療 人次	申請 金額
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
小計									
總 表	項目 支付表	申請次數	服務時數	診療人次	每次 申請金額	申請金額總數			
	P6901C								
	總計								
負責醫師姓名：			<p>一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。</p> <p>二、支付別：P6901C，每診次支付 1,000 點，每診次至少三小時，未達三小時不予支付。</p> <p>三、診療人次：填寫當次診療之人次。</p> <p>四、填寫時同一請領人姓名應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請中醫門診總額專款專用醫療報酬」。</p> <p>填表日期： 年 月 日</p>						
醫事服務機構地址：									
電話：									
印信：									

中醫門診總額品質保證保留款實施方案各項指標操作定義
-適用範圍含醫院附設中醫部門

指標項目	操作型定義
<p>註10：「院所提供慢性病照護未達一定比例」</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 資料範圍：中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件(案件分類21)、中醫其他專案案件分類22之特定治療項目(一)為JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、中醫慢性病(案件分類24)及中醫慢性病連續處方調劑(案件分類28)之案件。 2. 說明：慢性病給藥7天以上之件數占率 <ol style="list-style-type: none"> A. 分子：分母院所當年度申報下列案件分類，給藥7天以上之件數總計。 案件分類：22(中醫其他專案)之特定治療項目為(一)JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 B. 分母：院所當年度申報下列案件分類之件數總計。 案件分類：21(中醫一般案件)、22(中醫其他專案)之特定治療項目(一)為JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)、24(中醫慢性病)及28(中醫慢性病連續處方調劑)之案件。 C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】 3. 資料排除診察費為0或補報原因註記為「2：補報部分醫令或醫令差額」之案件。