

「中醫總額支付委員會」97年第4次委員會議紀錄

時間：97年11月20日下午2時

地點：中央健康保險局18樓大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

出席委員：(依姓氏筆劃排列)

王委員清曉	王清曉	丘委員應生	丘應生
何委員永成	何永成	李委員豐裕	陳憲法(代)
沈委員茂庭	沈茂庭	林委員永農	林永農
林委員宜信	(請假)	孫委員茂峰	孫茂峰
張委員廷堅	賴宛而(代)	張委員志鴻	唐寶華(代)
張委員晉賢	周彥瑤(代)	張委員景堯	張景堯
梁委員淑政	梁淑政	許委員怡欣	(請假)
陳委員立德	陳建仲(代)	陳委員風城	陳風城
陳委員潮宗	陳潮宗	陳委員誌松	陳誌松
陳委員顯東	林銘梁(代)	黃委員林煌	黃林煌
黃委員偉堯	(請假)	黃委員進泰	黃進泰
黃委員蘭嫻	黃蘭嫻	葉委員宗義	(請假)
鄭委員耀明	鄭耀明	賴委員俊雄	(請假)
謝委員慶良	(請假)		

列席單位及人員：

行政院衛生署	陳馨慧
全民健康保險醫療費用協定委員會	陳燕鈴
中華民國中醫師公會全國聯合會	宋美慈、王逸年
本局台北分局	張照敏、蔡美霞、吳秀惠、 丁香豔、沈鈴珍
本局北區分局	林麗雪

本局中區分局	程千花
本局南區分局	王世華
本局高屏分局	(請假)
本局東區分局	江春桂
本局醫審暨藥材小組	洪秀真
本局企劃處	(請假)
本局稽核室	段世傑
本局資訊處	姜義國
本局醫務管理處	李麗華、林阿明、黃淑雲、 張溫溫、李純馥、劉立麗、 張桂津、曾淑汝、陳韻寧、 歐舒欣

主席：黃召集人三桂

紀錄：孫嘉敏

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會第 3 次委員會會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認(略)

參、報告事項：

第一案

報告單位：本局醫務管理處

案由：本會第 3 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本局醫務管理處

案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本局醫務管理處

案由：97年第2季點值結算結果報告。

決定：

一、點值確定如下表：

項目 分局別	97年第2季	
	浮動點值	平均點值
台北分局	0.90163528	0.92863252
北區分局	0.90381884	0.93261216
中區分局	0.91211663	0.93849946
南區分局	0.92399696	0.95022304
高屏分局	0.90750062	0.93681289
東區分局	1.23671087	1.15710443
全局	0.91438477	0.94027066

二、依全民健康保險法第50條規定辦理點值公布、結算事宜。

第四案

報告單位：本局醫務管理處

案由：有關98年中醫總額支付委員會議期程建議案。

決定：

- 一、原則上每三個月由召集人召集開會一次，必要時得召開臨時會議。
- 二、本委員會議進行方式，基於共管原則，報告事項由本局與中華民國中醫師公會全國聯合會共同負責。
- 三、本委員會98年會議時間，擬訂如下表：

次數	1	2	3	4
會議日期	98.02.26	98.05.21	98.08.20	98.11.19
會議名稱	98年第1次 會議	98年第2次 會議	98年第3次 會議	98年第4次 會議

肆、討論事項

第一案

提案單位：本局醫務管理處

案由：98年中醫門診總額醫療給付費用一般服務之保障措施案。

決議：藥品及藥品調劑費採每點固定以1元預先扣除。

第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

會

案由：「開內服藥之針傷科脫臼整復治療處置費及嬰幼兒診察費給付費調整項目支付標準」。

決議：

- 一、同意，平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科及脫臼整復處置費上限由 23 人調高為 26 人，另支付標準第四部中醫：通則第十點修訂文字為「3歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。修訂結果詳附件 1。
- 二、將依行政程序辦理後續事宜。

第三案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

會

案由：「98年中醫門診總額品質保證保留款方案」（草案）。

決議：同意中華民國中醫師公會全國聯合會所提方案詳附件2，將依行政程序辦理後續事宜。

第四案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住

院病患中醫輔助醫療試辦計畫」。

決議：

一、本試辦計畫草案詳附件 3，相關文字修訂摘要如下：

(一) 十一、支付方式：(二)內容修訂如下：本計畫預算與全民健康保險 98 年度其他預算「醫療給付改善方案」另三項中醫試辦計畫預算得互相流用，但該年度試辦計畫費用總合超出全年總預算時，改以全年度浮動點值計算。

(二) 修訂試辦計畫之第十五點如下：本計畫實施成效由中醫師公會全聯會進行評估，並於年終向費協會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料；並於實施半年後進行期中檢討。

(三) 刪除試辦計畫之第十二點(二)。

(四) 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：

1. 修正第一點依據如下：依據全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)97 年 10 月 17 日第 142 次委員會議決議辦理」。

2. 刪除第八點(一)。

3. 修正第十三點如下：執行報告(一)經審查通過執行本試辦計畫者，於試辦計畫執行期間，應依規定時間傳送本計畫收案之個案數位資料至中醫師公會全聯會，以確保本計畫之執行品質與提報總結成果。

4. 修正支付標準表如下：P34053 註：BCQ 中醫體質量表評估以個案為單位，每次住院最多申請前後測共兩次，方可提出申請給付，建議比照其他試辦計畫明確訂出量表項目與名稱，以利各分局審查作業。

二、本案將依行政程序辦理後續事宜。

第五案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」。

決議：

一、原則同意本局醫務管理處修正意見。

二、本試辦計畫草案詳附件 4，相關文字修訂摘要如下：

(一) 十一、支付方式內容修訂如下：(二)本計畫預算與全民健康保險 98 年度其他預算「醫療給付改善方案」另三項中醫試辦計畫預算得互相流用，但該年度試辦計畫費用總合超出全年總預算時，改以全年度浮動點值計算。

(二) 修訂試辦計畫之第十五點如下：本計畫實施成效由中醫師公會全聯會進行評估，並於年終向費協會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料；並於實施半年後進行期中檢討。

(三) 刪除試辦計畫之第十二點(二)。

三、本案將依行政程序辦理後續事宜。

第六案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」。

決議：

一、本試辦計畫草案詳附件 5，相關文字修訂摘要如下：

(一) 十一、支付方式修訂內容如下：(二)本計畫預算與全民健康保險 98 年度其他預算「醫療給付改善方案」另三項中醫試辦計畫預算得互相流用，但該年度試辦計畫費用總合超出全年總預算時，改以全年度浮動點值計算。

(二) 試辦計畫之第十五點修訂內容：本計畫實施成效由中醫師公會全聯會進行評估，並於年終向費協會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料；並於實施半年後進行期中檢討。

(三) 刪除試辦計畫之第十二點(二)。

第七案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「中醫門診總額資源缺乏地區改善方案(草案)」。

決議：本案修訂草案如附件6，將依行政程序辦理後續事宜，相關文字修訂摘要如下：

一、中醫門診醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務試辦計畫：刪除試辦計畫之第十一點(一)。

二、中醫門診醫療資源缺乏地區獎勵開業服務試辦計畫：

(一) 試辦計畫之第十點(一)修訂內容：

1. 第一類：醫療資源缺乏之離島地區，每月保障額度 25 萬元。
2. 第二類：除第一類以外之醫療資源缺乏地區，每月保障額度 15 萬元。

(二) 刪除試辦計畫之第十點(四)及第十一點(一)。

第八案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請修訂中醫支付標準表第四部第三章藥品調劑費代碼「A32 為-中醫師親自調劑或監督之」

決議：俟衛生署回覆意見後再予研議修訂。

第九案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式試辦計畫修訂案(草案)

決議：

一、健保局建議 98 年試辦計畫修正重點如下：

(一)五區預算分配 90%以 94 年至 96 年各分局分配之預算數之占率分配之。

(二)刪除校正指標或僅作監測之用。

(三)另 10%預算仍經加權指標加權校正後之預算占率分配。

二、請中華民國中醫師公會全國聯合會依健保局建議彙整內部意見修訂計畫後，函送本局，俾利後續作業。

伍、臨時提案

臨時提案一

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「98年度中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式試辦計畫」(草案)。

決議：併討論事項第九案討論。

臨時提案二

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「中醫門診總額支付制度分區總額調整暨運用方案(草案)」。

決議：

一、原則同意中醫師公會全聯會所提方案，部分條文之相關文字修訂如下：

(一)第四點執行方式之 2：「用途二，提高東區醫療利用率：鼓勵西區醫療服務品質優良中醫師，至東區經中醫師公會全聯會

公告徵求之無中醫鄉開業，開業補助分二類補助，保障每月15萬元及25萬(限離島地區)，為期1年；…」

- (二) 刪除第四點執行方式之「3.用途三，予第四季推估開業補助款尚有結餘時，啟動市鎮邊緣弱勢照護，鼓勵醫師巡迴服務看診照護弱勢民眾，啟動時機由全聯會通過，採事前申請經核可後方可執行，支付方式比照無中醫鄉給付。」。

二、本方案草案修訂結果詳附件7，將依行政程序辦理後續事宜。

三、另請中醫師公會全聯會需提供以下名單，俾利辦理後續作業，如下：

- (一) 西區醫療服務品質優良中醫師，至東區無中醫鄉開業院所名單及開業起迄日。

- (二) 「申請開業補助之醫療院所於承辦期間，若因重大違規經中央健保局停止特約或終止特約者，該年度之補助費用需全數繳回。」。

- (三) 「開業登記日起至月底未滿一個月者，補助金按門診日數計算。」

- (四) 提供「申請補助之醫療院所負責醫師不得支援其他醫療院所；聘請其他醫療院所醫師加入診療服務，須事先經中醫師公會全國聯合會審查並核准後，方可向當地衛生主管機關及中央健保局轄區分局報備申請。」。

散會：下午3時40分

附件 1

第四部 中 醫

通則：

七、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科及脫臼整復處置費(支付標準代碼 B41、B43、B45、B53、B55、B62)上限為 26 人次，超出 26 人次部分者五折支付。

十、3歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

98年度全民健康保險中醫門診總額支付制度 鼓勵提昇醫療品質保證保留款實施方案

一、依據：

本方案依據全民健康保險醫療費用支付標準總則 10 暨全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會) 97 年 10 月 17 日第 142 次委員會議決議辦理。

二、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。

三、本方案預算來源與分配範圍：

- (一)本方案預算依費協會會議決議辦理。事後申復、爭議成功，以當年度一般服務預算優先支應。
- (二)各分區品質保證保留款預算以 98 年全年各分區一般服務預算總額占率分配(註 1)。並依本方案第七點原則辦理各分區品質保證保留款分配增減，計算各分區品質保證保留款預算。

四、核發資格：

98 年特約之中醫門診醫事服務機構且無本方案第六點情形者，得核發品質保證保留款。

五、核算基礎：

- (一)該院所參與品質保證保留款之核算基礎 = (該院所申報 98 年醫療服務點數 - 98 年申報藥費與藥品調劑費) * 平均核付率(含部分負擔, 註 2)

註：98 年申報醫療服務點數以 99 年 3 月底為截止點

- (二)以上述核算基礎，依本方案第 8 及 9 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。

六、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)98 年度在台中市、台中縣新設立之中醫門診特約醫事服務機構。

(二)核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率(註 3)，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)，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 64 條、第 65 條、第 66 條、第 67 條及第 68 條等所列違規情事並經處分者，以處分日期認定之。

(五)中醫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。

七、各分區品質保證保留款分配增減原則：

以「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」中重複就診率(註 4)及用藥日數重複率(註 5)監測值為標準，超出任一項者，以該分區預算 9 折分配，超出二項者，以該分區預算 8 折分配，其被扣減之預算費用，撥入未超出監測值之分區預算比率(註 6)分配。

八、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)98 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)，位於當年中醫師公會全聯會公告之無健保特約中醫院所之鄉鎮地區或在花蓮縣及台東縣者，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%。

九、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：依據中醫師公會全聯會所定「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 7）。

十、本方案之支用範圍：

(一)本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。

(二)品質保證保留款之分配：

1. 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 B / Σ 各醫療院所結算核算基礎 A) * 該分區品質保證保留款 C

2. 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 B / Σ 各醫療院所結算核算基礎 A) * 該分區品質保證保留款 C

十一、核算基礎資料提供：

本方案第六點（三）、（五）、第八點暨第九點，由中醫門診總額受託單位於 99 年 3 月底前提供名單並函請中央健康保險局（以下簡稱健保局）辦理結算。

十二、本方案由健保局會同中醫門診總額受託單位研訂後，送費協會備查，並由健保局報請行政院衛生署核定後公告實施。

98 年度全民健康保險中醫門診總額支付制度 鼓勵提昇醫療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*(98 年該分區一般服務全年預算 / Σ 6 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：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 4：重複就診率	(按分局別、病人 ID、案件分類、就醫日期歸戶之同一天、同一天就診 2 次以上筆數) / (按分局別、病人 ID、案件分類、就醫日期歸戶筆數); 監測值 $\leq 0.04\%$
註 5：用藥日數重複率	(按分局別及病人 ID 歸戶之重複給藥日份加總) / (Σ 給藥案件之給藥日份); 監測值 $\leq 1.10\%$
註 6：未超出監測值之分區預算比率	(該符合資格分區保留款預算/符合資格分區保留款總預算)
註 7：專任中醫師減計基礎	<ol style="list-style-type: none"> 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。

腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫

壹、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)97年10月17日第142次委員會議決議辦理。

二、目的：

本計畫對於西醫住院病患中之促進腦血管疾病病患神經學上的功能恢復、改善日常生活能力、提昇生活品質、縮短病患住院天數、降低醫療費用支出。三、施行期間：自公告日起至98年12月31日止。

四、適用範圍：西醫住院患有腦血管疾病需中醫輔助醫療之病患。

五、經費來源：全民健康保險98年度其他預算「醫療給付改善方案」支付。

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

七、申請程序：

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

八、執行方式：

(一)腦血管疾病每位患者處置每週不得超過3次(加護病房患者除外)。

(二)每週每位患者看診超出本計畫所訂之上限，超出上限者費用點數給付為0。

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

(四)執行本計畫醫療服務者欲變更計畫者需報請中醫師公會全聯會審議通過，發予變更同意函；檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函向健保局所屬分局報備核准後始得變更。

九、計畫書之規範：

(一)書寫格式：以WORD形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，

(標) 楷書 14 號字型，橫式書寫。

(二) 封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三) 內容至少應包括下列項目：

1. 前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。
2. 目的：分點具體列述所要達成之目標。
3. 實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：
 - (1) 醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。
 - (2) 標準作業程序。
 - (3) 適應症。
 - (4) 治療及追蹤計畫。
 - (5) 療效評估標準對於腦血管疾病，以 NIHSS、Barthel Index 做為評估標準。
 - (6) 不良反應紀錄及通報。
 - (7) 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點之本計畫「支付標準表」之診療項目及支付點數預估。

(四) 評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

十、受理資格審查：

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

十一、支付方式：

- (一) 本計畫支付標準表如附件二，其每點支付金額以 1 元暫付。
- (二) 本計畫預算與全民健康保險 98 年度其他預算「醫療給付改善方案」另三項中醫試辦計畫預算得互相流用，但該年度試辦計畫費用總合超出全年總預算時，改以全年度浮動點值計算。

十二、醫療服務申報與審查

- (一) 執行本計畫之醫療院所，有關醫療服務申報及支付、程序審

查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二)醫療費用申報

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

2. 健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：

(1)「案件分類」：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」(中醫其他案件)。

(2)特定治療項目：「腦血管疾病」請填寫「C8」。

十三、執行報告

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

十四、辦理本試辦計畫之中醫門診特約醫事服務機構、實施成效不佳或執行者未依本試辦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健保局各分局同意終止執行者辦理本試辦計畫服務。

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

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

附件一

98 年度腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫申請書

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷		檢附證明文件	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		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	計畫書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	醫師人力		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	其他醫事人力				
保險醫事服務機構	機構章戳	中醫全聯會審核意見欄			本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日		1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： 日期章戳：		

附件二

「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」 支付標準表

通則：

- 一、本支付標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）
- 二、腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療門診服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次門診合併實施治療評估並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。

支付標準表

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

第三章 針灸治療

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

註：P33031、P33032 每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生心理評估 美國國家衛生研究院中風評量表 (NIHSS) 巴式量表 (Barthel Index)	1000

註：P33051、P33052、P33053 每一個案住院期間限申請 1 次費用。

P33053 生心理評估需以個案為單位需前後量表皆完成方可提出申請給付。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P33071	中醫輔助醫療檢查費 (舌診儀)	500/次
P33072	中醫輔助醫療檢查費 (脈診儀)	500/次
P33073	中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助)	500/次
P33074	中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助)	500/次

註：每個月限以一次為限，未檢查者不得申報。

貳、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(草案) (新增)

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)97年10月17日第142次委員會議決議辦理。

二、目的：

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

三、施行期間：自公告日起至98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98年度其他預算「醫療給付改善方案」支付。

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

七、申請程序：

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

八、執行方式：

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

(二)腫瘤住院患者每週處置不得超過3次(加護病房患者除外)。

(三)每週每位患者看診超出本計畫所訂之上限，超出上限者費用點數給付為0。

(四)看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療與評估，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療和計畫規範應執行之記錄。

(五)執行本計畫醫療服務者欲變更計畫者需報請中醫師公會全聯會審議通過，發予變更同意函；檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函向健保局所屬分局報備核准後始得變更。

九、計畫書之規範：

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

(二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

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

2. 目的：分點具體列述所要達成之目標。

3. 實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

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

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準。

(6)不良反應紀錄及通報。

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

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

十、受理資格審查：

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

(二)經審查通過並收到回復函之中醫門診特約醫事服務機構，檢具中醫師公會全聯會之同意函與健保局轄區分局以換文方式申請辦理本試辦計畫服務，即可執行。

十一、支付方式：

(一)本計畫支付標準表如附件二，其每點支付金額以 1 元暫付。

(二)本計畫預算與全民健康保險 98 年度其他預算「醫療給付改善

方案」另三項中醫試辦計畫預算得互相流用，但該年度試辦計畫費用總合超出全年總預算時，改以全年度浮動點值計算。

十二、醫療服務申報與審查

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

(二)醫療費用申報

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

2. 健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：

(1)「案件分類」：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」(中醫其他案件)。

(2)特定治療項目：「腫瘤」請填寫「J7」。

十三、執行報告

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

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

十四、辦理本試辦計畫之中醫門診特約醫事服務機構，經審查結果評定實施成效不佳，或執行者未依本試辦計畫規定事項與學術審查意見辦理者，得經中醫師公會全聯會重新評估後轉請健保局各分局同意終止執行者辦理本試辦計畫服務，執行報告內容之審查意見亦將做為下年度計畫審查之參考。

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

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

附件一

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

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

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

通則：

- 一、本支付標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）
- 二、腫瘤患者手術、化療、放線射療法西醫住院病患中醫輔助醫療門診服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次門診合併實施治療評估並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。

支付標準表

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P34001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100

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	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	BCQ 中醫體質量表評估	500

註：P34051、P34052 每一個案住院期間限申請 1 次費用。
P34053 BCQ 中醫體質量表評估以個案為單位，每次住院最多申請前後測共兩次，需配合其它學術研究量表（資料後補備查）方可提出申請給付。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
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。

「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)97年10月17日第142次委員會議決議辦理。

二、目的：

本計畫在促進提供主要照顧者對患童的居家照護能力、降低主要照顧者的生、心理負擔、提升主要照顧者的家庭生活品質、減輕腦性麻痺患童的醫療成本支出。

三、施行期間：自公告日起至98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98年度其他預算「醫療給付改善方案」支付。

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

七、申請程序：

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

八、執行方式：

(一)每日執行上限為30人次，小兒腦性麻痺每位患者每週以一次為限。

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

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

(四)執行本計畫醫療服務者欲變更計畫者需報請中醫師公會全聯會審議通過，發予變更同意函；檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函向健保局所屬分局報備核准後始得變更。

九、計畫書之規範：

(一)書寫格式：以 WORD 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，

(標) 楷書 14 號字型，橫式書寫。

(二) 封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三) 內容至少應包括下列項目：

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

2. 目的：分點具體列述所要達成之目標。

3. 實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

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

(2) 標準作業程序。

(3) 適應症。

(4) 治療及追蹤計畫。

(5) 療效評估標準。

(6) 不良反應紀錄及通報。

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

(四) 評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

十、受理資格審查：

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

(二) 經審查通過並收到回復函之中醫門診特約醫事服務機構，檢具中醫師公會全聯會之同意函與健保局轄區分局以換文方式申請辦理本試辦計畫服務，即可執行。

十一、支付方式：

(一) 本計畫支付標準表如附件二，其每點支付金額以 1 元暫付。

(二) 本計畫預算與全民健康保險 98 年度其他預算「醫療給付改善方案」另三項中醫試辦計畫預算得互相流用，但該年度試辦計畫費用總合超出全年總預算時，改以全年度浮動點值計算。

十二、醫療服務申報與審查

(一) 執行本計畫之醫療院所，有關醫療服務申報及支付、程序審

查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二) 醫療費用申報

1. 健保局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
2. 健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：
 - (1) 「案件分類」：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」（中醫其他案件）。
 - (2) 特定治療項目：請填寫「C0」（小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫）。

十三、執行報告

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

- 十四、辦理本試辦計畫之中醫門診特約醫事服務機構、實施成效不佳或執行者未依本試辦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健保局各分局同意終止執行者辦理本試辦計畫服務。
- 十五、本計畫實施成效由中醫師公會全聯會進行評估，並於年終向費協會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料；並於實施半年後進行期中檢討。
- 十六、本計畫由健保局會同中醫師公會全聯會研訂後，並送費協會備查及報請行政院衛生署核定後，由健保局公告實施。

98 年度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		
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註
	繼續教育證明書 份		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	計畫書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	醫師人力		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	其他醫事人力				
保 險 醫 事 服 務 機 構	機構章戳	中醫全聯會審核意見欄		1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： 日期章戳：	
	申請日期： 年 月 日				

支付標準表

通則：

- 一、本支付標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。
- 二、小兒腦性麻痺中醫優質門診照醫療門診服務量、各項治療處置合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報護理衛教與指導費，應於該次門診合併實施治療評估並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 五、申報本計畫支付項目時需申報必要執行項目(P32101-P32108)，如有其中一項未實施，該筆費用將不予給付。（必要執行項目為註明中醫四診診察費、開立口服藥、頭皮針針灸治療、中醫五音治療、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸、體針半刺、護理衛教與指導費等八項）

支付標準表

一、必要項目

編號	診療項目	支付點數
P32101	中醫四診診察費	350
P32102	開立口服藥	150/日
P32103	頭皮針針灸治療處置費(醒神開竅、留針二小時以上)	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		380/次
	SF-36 生活品質量表	
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。		

「小兒氣喘緩解期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)97年10月17日第142次委員會議決議辦理。

二、目的：

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

三、施行期間：自公告日起至98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98年度其他預算「醫療給付改善方案」支付。

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

七、申請程序：

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

八、執行方式：

(一)每日執行上限為30人次,小兒氣喘每位患者每週以一次為限。

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

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

(四)執行本計畫醫療服務者欲變更計畫者需報請中醫師公會全聯會審議通過,發予變更同意函;檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函向健保局所屬分局報備准後始得變更。

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 及 SF36 等五項指標。）。
- (6) 不良反應紀錄及通報。
- (7) 經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點之本計畫之支付點數預估。

(四) 評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

十、受理資格審查：

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

十一、支付方式：

- (一) 本計畫支付標準表如附件二，其每點支付金額以 1 元暫付。
- (二) 本計畫預算與全民健康保險 98 年度其他預算「醫療給付改善方案」另三項中醫試辦計畫預算得互相流用，但該年度試辦計畫費用總合超出全年總預算時，改以全年度浮動點值計算。

十二、醫療服務申報與審查

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

(二) 醫療費用申報

1. 健保局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表：本計

畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：

(1) 「案件分類」：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」（中醫其他案件）。

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

十三、執行報告

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

十四、辦理本試辦計畫之中醫門診特約醫事服務機構、實施成效不佳或執行者未依本試辦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健保局各分局同意終止執行者辦理本試辦計畫服務。

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

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

附件一

98年度小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫申請書

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

「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」
支付標準表

通則：

- 一、本支付標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。
- 二、小兒氣喘緩解期中醫輔助醫療門診服務量、各項治療處置合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報護理衛教與指導費，應於該次門診合併實施治療評估並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 五、申報本計畫支付項目時需申報必要執行項目(P31101-P31108)，如有其中一項未實施，該筆費用將不予給付。（必要執行項目為註明中醫四診診察費、開立口服藥、中醫五音治療、氣霧吸入處置費、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費、護理衛教與指導費等七項）。

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
P31105	氣霧吸入處置費(豁痰開竅)	200
P31106	穴位推拿按摩(培元納氣)	500
P31107	穴位敷貼處置費(平喘益肺)	300
P31108	護理衛教與指導費	300

二、加強項目

編號	診療項目	支付點數
P31211	生、心理評估(每三個月一次)	500/次
P31212	Expiratory No 一氧化氮檢測	270/次
P31213	Pulmonary function 肺功能試驗	400/次
P31214	Methacholine challenge test 醃丑甲基膽鹼 誘發性氣道收縮測試	250/次
P31215	Total IgE 免疫球蛋白 E	380/次
P31202	SF-36 生活品質量表	
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	500/次
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	500/次
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	500/次
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	500/次
P31206	體針針灸治療並留針一個小時(豁痰定喘)	350
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。		

98 年度中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案(草案)

第一項 中醫門診醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務試辦計畫

一、依據

全民健康保險醫療費用協定委員會 96 年 9 月 29 日費協字第 0965901113 號函。

二、目的

鼓勵中醫師至醫療資源缺乏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

本試辦計畫預算依費協會會議之決議辦理。

四、施行區域

- (一)以中央健康保險局(以下簡稱健保局)與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)於 97 年 9 月 30 日調查時資源缺乏之山地、離島及偏遠地區為優先評選對象(如附件 1)。
- (二)於本計畫執行期間，經中醫師公會全聯會評估並報經中醫門診總額支付委員會會議同意確認後實屬醫療資源缺乏之地區，始可開放醫療院所申請巡迴醫療試辦計畫。

五、施行期間：98 年 1 月 1 日至 98 年 12 月 31 日。

六、執行方式

- (一)1.目標：鼓勵中醫師至醫療資源缺乏地區提供中醫巡迴醫療服務，本年度以至少執行 60 個點計畫為目標。
- 2.預期達成目標：預期服務人次 75,000 人次，服務總天數 3,000 天。
- (二)開診相關規定
 - 1.以醫療資源缺乏地區當地衛生所或自籌處所為據點，提供每天至多 1 次，每週至多 2 次定點定時中醫巡迴醫療服務(特殊地區由中醫師公會全聯專案認定之)。
 - 2.每診次不得少於 150 分鐘。
 - 3.執行醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務者，應依核定之每週診療時間提供醫療服務，如因故休診，應事先載明原由專函報請所屬轄區中醫師公會全聯會中保會各區分會(以下簡稱中保會各區分會)核備，並專函副知中醫師公會全聯會，遇不可抗拒因素如山崩、土石流…等，得事後核備。

- 4.執行醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務者欲變更巡迴醫療服務承作方式、時間、診次或地點，須先將變更計畫報請所屬轄區中保會分會審查評估，複經中醫師公會全聯會審議通過，發予變更同意函；檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函及當地衛生主管機關報備函向中央健康保險局所屬分局及當地衛生主管機構報備後始得變更。

七、申請資格

- (一)中醫師公會全聯會、各縣市中醫師公會、中保會各區分會、全民健康保險中醫特約醫療機構、其他相關團體所組成之醫療服務團隊，並由全民健康保險中醫特約醫療機構辦理申請及申報事宜。
- (二)中醫特約醫療機構在總額制度實施後違反全民健康保險法及其相關法令規定，經中央健康保險局予以停止特約或終止特約者，自發文處分日起二年內不得提出申請。

八、申請程序

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

- (一)98年度醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務獎勵措施試辦計畫申請表如附件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院所需車程時間等。
 - c.醫療需求情形：請詳述巡迴醫療服務點所屬地區之醫療服務使用狀況、現存各類醫事人員及各類醫事服務機構情形。
 - 4.執行計畫：
 - (1)醫療人力資源：請詳述醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師

證號、負責醫師。

(2)每週診療時間。

(3)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十點之(二)「全民健保中醫門診總額支付制醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務試辦計畫支付標準表」之診療項目及支付點數預估。

5.評估預期效益：請詳述巡迴醫療服務實施後預期達成之效益指標。

九、受理審查

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

(二)經審查通過並收到回復函之中醫特約醫療機構，依醫師法相關規定辦理報備事宜後，檢具中醫師公會全聯會之同意函及當地衛生主管機關報備函與健保局轄區分局換文方式申請辦理本試辦計畫服務，即可執行巡迴醫療服務。

十、支付方式

(一)全民健保中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務試辦計畫支付標準表如附件3，其每點支付金額以1元計算，但該年度費用超出預算時，改以全年度浮動點值計算。

(二)依本計畫所申請之醫療費用不列入「98年度全民健康保險中醫門診總額支付制度鼓勵提昇醫療品質保證保留款實施方案」計算。

(三)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如附件4，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各區分會核備。

十一、醫療服務申報與審查

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

(二)醫療費用申報與審查

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

2.健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單填寫方式如下：

(1)案件分類：屬本試辦計畫案件，請填寫「25」(中醫門診總額支付制度資源缺乏地區改善方案)。

(2)特定治療項目代號(一)：屬本試辦計畫案件，請填寫「C6」(醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務試辦計畫)。

(3)本試辦計畫須配合健保IC卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第3條

第 1 項規定，保險對象均應繳驗保險憑證（簡稱健保 IC 卡），如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，需填具 IC 卡例外就醫名冊（如附件 5）並於每月併同費用申報寄所屬轄區分局。惟未依健保 IC 卡相關作業，經健保局審核，不符資格者，不予給付。

(4) 試辦計畫中採「基本承作費加服務量」支付方式申請，除應填具全民健康保險醫療報酬申請表（如附件 6）外，並應就保險對象逐案併每月其他醫療費用向健保局申報，每位中醫師每月看診日平均門診量限定 30 人。

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

(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

經審查通過執行本試辦計畫者，於巡迴醫療服務結束或年度結束前，應檢送執行報告，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度審查之依據。

十三、辦理醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務試辦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)，或執行者未依本試辦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健保局各分局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試辦計畫服務。

十四、辦理中醫門診巡迴醫療服務試辦計畫之中醫特約醫療機構如於本試辦計畫服務期間因違反全民健康保險法及其相關法令，經中央健康保險局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健保局各分局終止本試辦計畫服務，其費用支付方式自執行本計畫起，改以本試辦計畫支付標準表之論量計酬部分費用採八折支付（每點支付金額以 1 點 1 元計算，由本試辦計畫預算及支用範圍中支付）。

十五、本計畫實施成效由中醫師公會全聯會會同健保局進行評估，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、本計畫由健保局公告實施，修正時亦同。惟 97 年度原有計畫延續至 98 年度執行，且符合 98 年度公告之「中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務試辦計畫」施行地區者，其實施日期追溯自 98 年 1 月 1 日起，至 98

年計畫公告實施日止。

十七、本制度若因故未能委託辦理，則原應由中醫師公會全聯會執行之項目，改由中央健康保險局自行辦理。

第二項 中醫門診醫療資源缺乏地區獎勵開業服務試辦計畫

一、依據

全民健康保險醫療費用協定委員會 96 年 9 月 29 日費協字第 0965901113 號函。

二、目的

鼓勵中醫師至醫療資源缺乏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

本試辦計畫預算依費協會會議之決議辦理。

四、施行區域

由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)另行公告之醫療資源缺乏地區為限。

五、施行期間：98年 1 月 1 日至 98年 12 月 31 日。

六、執行方式

(一)目標：減少三個或以上無中醫鄉鎮。

(二)開診相關規定

- 1.經中醫師公會全聯會審查通過之申請案件，於核准通知函寄達 2 個月內未完成開業登記並申請為健保特約診所回報者，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。
- 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。
- 4.門診時間表有異動或因故休診者，應以書面函及門診時段異動表、執業醫師休診單(附件 7、8)於前月二十五日前向中醫門診總額專業自主事務受託單位(中醫師公會全聯會)及本局各分局核備。
- 5.醫療院所負責醫師不得支援其他醫療院所；聘請其他醫療院所醫師加入診療服務，須事先向當地衛生主管機關及中央健康健保局轄區分局報備核准，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.中醫師公會全聯會將不定期依醫療院所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.醫療院所無故休診二周或請假休診二個月者，則終止該院所承辦本試辦計畫。

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。
- (二)醫療院所需具備 IC 卡讀卡設備，並確實刷卡、上傳資料。

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)98 年中醫門診醫療資源缺乏地區獎勵開業申請表(附件 9)。

(二)中醫門診獎勵開業計畫書內容應包含：

- 1.前言。
- 2.開業服務地區之現況分析(含當地人口分布狀況、地理環境概況、交通情況、醫療資源分析)。
- 3.預定開業之詳細地址，並檢附診間空間規畫分配圖。
- 4.醫療服務人員及詳細學經歷。
- 5.預定醫療門診時間表。

九、受理審查

- (一)中醫師公會全聯會在收到申請計畫後進行審查，並於公開審查完成後 7 日內函復審查結果。
- (二)經中醫師公會全聯會審查通過日起，應於二個月內完成開業登記且與中央健康保險局簽訂「全民健康保險特約醫事服務機構合約」，並回報中醫師公會全聯會確定之開業時間、地址及門診時間表。

十、支付方式

(一)獎勵標準

- 1.第一類：醫療資源缺乏之離島地區，每月保障額度 25 萬元。
- 2.第二類：除第一類以外之醫療資源缺乏地區，每月保障額度 15 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 點 1 元(若該區點值大於 1 點 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.醫療院所承辦本試辦計畫後第四個月開始，若連續二個月未滿保障額 30% 之醫療院所或連續四個月未達 60%者，即刻終止補助。

(三)98 年度中醫門診總額支付制度總額資源缺乏地區改善方案兩項計畫，以開業獎勵計畫為優先，由本試辦計畫預算及支用範圍中優先支付。

十一、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之醫療院所，有關醫療服務申報及支付、程序審查、專業審查、

事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法辦理。

(二)醫療費用申報與審查

- 1.健保局特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報總表：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
- 2.健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單填寫方式如下：
 - (1)案件分類：屬本試辦計畫案件，請填寫「25」(中醫門診總額支付制度資源缺乏地區改善方案)。
 - (2)特定治療項目代號(一)：屬本試辦計畫案件，請填寫「C7」(醫療資源缺乏地區獎勵開業服務試辦計畫)。
 - (3)本試辦計畫須配合健保 IC 卡相關作業，依全民健康保險醫療辦法第 3 條第 1 項規定，保險對象均應繳驗保險憑證(簡稱健保 IC 卡)，如有首次加保及遺失補發或換發等未及領卡情事，需填具 IC 卡例外就醫名冊(如附件 5)並於每月併同費用申報寄所屬轄區分局。惟未依健保 IC 卡相關作業，經健保局審核，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

經審查通過執行本方案者，於巡迴醫療服務結束或年度結束前，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、為辦理 98 年度中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區獎勵開業服務試辦計畫之獎勵開業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方案規定事項辦理者，得經中醫師公會全聯會重新評估後轉請健保局各分局同意終止獎勵開業之中醫特約醫療機構辦理本方案服務。

十四、辦理 98 年度中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區獎勵開業服務試辦計畫之中醫特約醫療機構如因違反相關規定轉請健保局各分局終止本試辦計畫服務者，其費用支付方式自執行本計畫起，以全民健康保險醫療費用支付標準八折支付(每點支付金額以 1 點 1 元計算，由本試辦計畫預算及支用範圍中支付)。

十五、本計畫實施成效由中醫師公會全聯會會同健保局進行評估，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、本計畫由健保局公告實施，修正時亦同。符合 98 年度公告之「98 年度中醫門

診總額支付制度醫療資源缺乏地區獎勵開業服務試辦計畫」施行地區者，其實施日期追溯自 98 年 1 月 1 日起，至 98 年計畫公告實施日止。

十七、本制度若因故未能委託辦理，則原應由中醫師公會全聯會執行之項目，改由中央健康保險局自行辦理。

附件 1

醫療資源缺乏地區特約鄉鎮地區一覽表

縣市別	鄉鎮別	代號	承作方式	縣市別	鄉鎮別	代號	承作方式
臺北縣	石碇鄉	3119	0	高雄縣	田寮鄉	4213	0
	坪林鄉	3120	0		永安鄉	4218	0
	石門鄉	3122	0		彌陀鄉	4219	0
	平溪鄉	3124	0		甲仙鄉	4222	0
	雙溪鄉	3125	0		內門鄉	4224	0
	貢寮鄉	3126	0		茂林鄉	4225	0 或 1
桃園縣	烏來鄉	3129	0	屏東縣	桃源鄉	4226	0 或 1
	觀音鄉	3212	0		三民鄉	4227	0 或 1
	復興鄉	3213	0 或 1		萬巒鄉	4312	0
新竹縣	橫山鄉	3307	0	竹田鄉	4314	0	
	寶山鄉	3310	0	新埤鄉	4315	0	
	北埔鄉	3311	0	崁頂鄉	4318	0	
	峨眉鄉	3312	0	琉球鄉	4322	0 或 1	
	尖石鄉	3313	0 或 1	車城鄉	4323	0	
宜蘭縣	五峰鄉	3314	0 或 1	滿州鄉	4324	0 或 1	
	壯圍鄉	3406	0	枋山鄉	4325	0	
	員山鄉	3407	0	三地門鄉	4326	0 或 1	
	大同鄉	3411	0 或 1	霧臺鄉	4327	0 或 1	
苗栗縣	南澳鄉	3412	0 或 1	泰武鄉	4329	0 或 1	
	銅鑼鄉	3510	0	來義鄉	4330	0 或 1	
	南庄鄉	3511	0	春日鄉	4331	0 或 1	
	頭屋鄉	3512	0	獅子鄉	4332	0 或 1	
	西湖鄉	3514	0	牡丹鄉	4333	0 或 1	
	造橋鄉	3515	0	澎湖縣	白沙鄉	4403	0 或 1
	三灣鄉	3516	0		西嶼鄉	4404	0 或 1
獅潭鄉	3517	0	望安鄉		4405	0 或 1	
臺中縣	泰安鄉	3518	0	花蓮縣	七美鄉	4406	0 或 1
	大安鄉	3614	0		壽豐鄉	4506	0
彰化縣	和平鄉	3621	0 或 1	光復鄉	4507	0	
	線西鄉	3709	0	豐濱鄉	4508	0	
	大城鄉	3724	0	富里鄉	4510	0	
南投縣	國姓鄉	3810	0	秀林鄉	4511	0 或 1	
	信義鄉	3812	0 或 1	萬榮鄉	4512	0 或 1	
	仁愛鄉	3813	0 或 1	卓溪鄉	4513	0 或 1	
雲林縣	古坑鄉	3907	0	台東縣	關山鎮	4603	0
	林內鄉	3910	0		卑南鄉	4604	0
	東勢鄉	3914	0		大武鄉	4605	0 或 1
	元長鄉	3917	0		太麻里鄉	4606	0
	四湖鄉	3918	0		東河鄉	4607	0
嘉義縣	布袋鎮	4002	0	長濱鄉	4608	0 或 1	
	溪口鄉	4005	0	鹿野鄉	4609	0	
	東石鄉	4008	0	綠島鄉	4611	0 或 1	
	義竹鄉	4009	0	延平鄉	4612	0 或 1	
	鹿草鄉	4010	0	海端鄉	4613	0 或 1	
	番路鄉	4016	0	達仁鄉	4614	0 或 1	
	大埔鄉	4017	0	金峰鄉	4615	0 或 1	
	阿里山鄉	4018	0 或 1	蘭嶼鄉	4616	0 或 1	
臺南縣	後壁鄉	4110	0	金門縣	金沙鎮	9002	0 或 1
	東山鄉	4111	0		金寧鄉	9004	0 或 1
	大內鄉	4115	0		烈嶼鄉	9005	0 或 1
	北門鄉	4119	0	連江縣	烏坵鄉	9006	0 或 1
	安定鄉	4121	0		南竿鄉	9101	0 或 1
	楠西鄉	4124	0		北竿鄉	9102	0 或 1
	左鎮鄉	4126	0	莒光鄉	9103	0 或 1	
	龍崎鄉	4130	0	東引鄉	9104	0 或 1	

註：1.本一覽表統計截止日期：97年9月30日。

2.承作方式：0為論量計酬方式；1為基本承作費加服務量方式。

98 年度中醫門診醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務 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	電 話		
	醫師姓名	身分證 字 號	中醫師證 書 字 號	台 中 第 字 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	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	
審 核 情 形	審 查 區 分 會 意 見	<input type="checkbox"/> 同意, <input type="checkbox"/> 不同意		原 因	
		區分會主任委員簽章：			
	審 查 中 保 會 意 見	<input type="checkbox"/> 同意, <input type="checkbox"/> 不同意		原 因	
		中保會主任委員簽章：			

附件 3

中醫門診醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務試辦計畫 支付標準表

通則：

- 一、本支付標準表所定支付點數應包括中醫門診巡迴醫療服務承作基本費用及風險分擔費用等，且不得另行申報 01024C、01027C 及 01028C 等項山地離島地區醫療報酬。
- 二、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。
- 三、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。
- 四、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。
- 五、本計畫經中醫師公會全聯會專案審查同意，採「基本承作費加服務量」申報方式，每位中醫師每月看診日平均門診量限 30 人次，超過 30 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；未經中醫師公會全聯會專案審查同意者基本承作費為 0 元，每位中醫師每月看診日平均門診量限 50 人次以內，超過 50 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，基本承作費申報項目如下：

基本承作費

地區	金額	申報代碼
(一)偏遠	3,000	P23007
(二)山地	5,000	P23008
(三)一級離島	7,000	P23009
(四)二級離島	8,000	P23010
(五)三級離島	9,000	P23011
(六)未經中醫師公會全聯會專案審查同意者	0	

註：

- 一級離島：排除二級、三級離島以外之離島鄉(鎮)
二級離島：澎湖縣白沙鄉、澎湖縣西嶼鄉、台東縣綠島鄉
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、金門縣金沙鎮、金門縣金寧鄉、金門縣烏坵鄉、連江縣莒光鄉、連江縣東引鄉、連江縣南竿鄉、連江縣北竿鄉

(一)基本承作費用

編 號	診 療 項 目	支 付 點 數
	中醫門診巡迴醫療服務費報酬	
P23007	— 偏遠地區中醫師巡迴醫療基本承作費用	3,000
P23008	— 山地地區中醫師巡迴醫療基本承作費用	5,000
P23009	— 一級離島地區中醫師巡迴醫療基本承作費用	7,000
P23010	— 二級離島地區中醫師巡迴醫療基本承作費用	8,000
P23011	— 三級離島地區中醫師巡迴醫療基本承作費用	9,000

(二)1 門診診察費

編 號	診 療 項 目	支 付 點 數
	門診診察費 (一)每位中醫師每月看診日平均門診量 30 人次以下部份 (≤ 30)	
	1 偏遠地區	
P23017	— 看診時聘有護理人員在場服務者	360
P23018	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	340
	2 山地地區	
P23019	— 看診時聘有護理人員在場服務者	390
P23020	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	370
	3 離島地區	
P23022	— 看診時聘有護理人員在場服務者	420
P23023	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	400
	P23017、P23019、P23022 所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指每位中醫師至少聘護理人員乙名以上。申報費用需先報備護理人員執照及職業登記地點。	
	門診診察費 (二)每位中醫師每月看診日平均門診量超過 30 人次但在 50 人次以下部份(31-50)	
	1 偏遠地區	
P23024	— 看診時聘有護理人員在場服務者	300
P23025	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	280
	2 山地地區	
P23026	— 看診時聘有護理人員在場服務者	330
P23027	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	310
	3 離島地區	
P23028	— 看診時聘有護理人員在場服務者	360
P23029	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	340

(二)2 藥費

編 號	診 療 項 目	支 付 點 數
P23021	每日藥費 註：除指定之慢性病得最高給予30日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過7日。	30

(二)3 藥品調劑費

編 號	診 療 項 目	支 付 點 數
P23031	藥品調劑費 — 修習中藥課程達適當標準之藥師調劑	40
P23032	— 中醫師親自調劑 註：1.未開藥者不得申報藥品調劑費。 2.修習中藥課程達適當標準之藥師調劑者，須先報備，經證明核可後申報。	20

(二)4 針灸治療

編 號	診 療 項 目	支 付 點 數
P23041	針灸治療處置費(含材料費) — 未開內服藥	250
P23042	— 另開內服藥	150

(二)5 傷科治療

編 號	診 療 項 目	支 付 點 數
P23051	傷科治療處置費(含材料費) — 未開內服藥	250
P23052	— 另開內服藥 註：1.標準作業程序 (1)四診八綱辨證。 (2)診斷。 (3)理筋手法。 2.適應症 (1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。 (3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩(凝肩)等。	150

(二)6 脫臼整復費治療處置

編 號	診 療 項 目	支 付 點 數
P23061	脫臼整復費(含材料費) — 未開內服藥	360
P23062	— 另開內服藥	260

附件 4

98 年度中醫門診醫療資源缺乏地區巡迴醫療服務門診日報表

所屬分會：_____

承辦單位：_____

院所代碼：_____

地 點：_____鄉_____村

核准代碼：_____

日期	月	日	時間：	時	分	~	時	分									<input type="checkbox"/> 核實申報																			
									編號	姓名	身分證字號	出生年月日	姓別	住址	電話	診察費	藥費(天)	調劑費		治療處置						當地住民		醫療費用	部分負擔	申請費用	身份別	備註				
P23031	P23032	P23041	P23042	P23051	P23052	P23061	P23062	是										否																		

註： 1.依中醫門診巡迴醫療服務試辦計畫第十條第三款規定填具本表。2.核實申報均需同時填報本表，且應於申報費用時合併EXCEL電子檔(本表)分送中保會地區分會及全聯會核備。3.姓別欄：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：限擇一項申報，並在所屬申報代碼下打"√"。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(眷)填入"004"，一般民眾免填。

附件 5

全民健康保險

健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：

日期： 年 月

就醫日期	姓名	身分證號	出生日期	地址	聯絡電話	原因別
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發

年 月

頁數: 第 頁共 頁

受理日期		受理編號							
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號							
編號	請領人姓名	請領人身分字號	給付別	日期	地點	診療人次	申請金額	核減額	核定金額
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
0.									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
0.									

本頁小計									
總表	項目類別	申請次數	診療人次	每次申請金額	申請金額總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額
	給付別 1 案件								
	2 案件								
	3 案件								
	4 案件								
	5 案件								
	總計								

負責醫師姓名:
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，並報經轄區分局同意始得給付。
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 西醫基層醫療資源缺乏地區專科醫師支援報酬 3000 點。每次(時段)為 3 小時，1 天最多 3 次
5.為 P2002C 西醫基層醫療資源缺乏地區專科醫師支援報酬 5000 點。每次(時段)為 3 小時，1 天最多 3 次
中醫：中醫門診巡迴醫療服務試辦計畫：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所屬轄區分局門診組，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試辦計畫(論次計酬)。

附件 7

98 年度中醫門診獎勵開業試辦計畫門診時段異動表

(一) 原門診時段： 年 月

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

合計 天 小時/週

(二) 新門診時段 年 月起

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

合計 天 小時/週

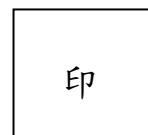
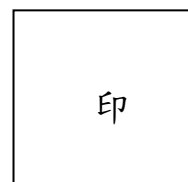
執業地點： 縣 鄉

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



門診時段異動表辦法：

1. 依「中醫門診獎勵開業試辦計畫」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所屬中央健康險局分局門診組核備。

附件 8

98 年度中醫門診獎勵開業試辦計畫休診單

本人： (姓名) 因 (事由)

將於 年 月 日 時起至 年 月 日 時止休診

合計 月 天 小時

門診補班，於① 月 日 時起至 月 日 時

② 月 日 時起至 月 日 時

③ 月 日 時起至 月 日 時

④ 月 日 時起至 月 日 時

合計 天 小時

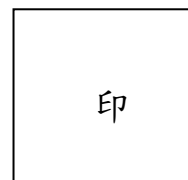
執業地點： 縣 鄉

診所名稱：

健保代號：

執業醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日



休診及補班規範

1. 依「中醫門診獎勵開業試辦計畫」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。

附件 9

98 年度中醫門診獎勵開業試辦計畫申請表

申請日期： 年 月 日

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

中醫門診總額支付制度分區總額調整暨運用方案 (草案)

一、目的

1. 維持醫療費用每點支付金額之穩定。
2. 鼓勵優良中醫院所，提昇醫療品質，促使醫療資源有效利用。
3. 提供誘因，鼓勵中醫師至資源缺乏地區開業，藉此分散中醫師數。

二、財源籌措方式

分區每點支付金額超過 1.1，以每點支付金額上限 1.1 支付，保留之款項作為該區調整運用方案基金。

三、用途

1. 該分區每點支付金額低於 1 時，得用於補足其每點支付金額至 1.0 (以不超保留之款項為限但預先扣除開業補助款)。
2. 提高民眾服務量，提昇該區中醫門診醫療利用率。
3. 鼓勵西區醫療服務品質優良之中醫師至東區開業。

四、執行方式

1. 用途一，穩定每點支付金額之執行方式：健保局於各季結算後並函知中醫師公會全聯會，中醫師公會全聯會於文到七日內提出提撥比例，由中央健保局依提撥比例納入該區總額計算。
2. 用途二，提高東區醫療利用率：鼓勵西區醫療服務品質優良中醫師，至東區經中醫師公會全聯會公告徵求之無中醫鄉開業，開業補助分二級補助，保障每月 15 萬元及 25 萬(限離島地區)，為期 1 年；開業補助相關規定為：

- A：申請開業補助之醫療院所需事前申請，於承辦期間，若因重大違規經中央健保局停止特約或終止特約者，該年度之補助費用需全數繳回。
- B：門診服務時數每週至少需提供 5 天 40 小時(至少含 2 診夜診)核准之醫療院所不受該分會所訂「新開業院所」相關規定約束。
- C：開業登記日起至月底未滿一個月者，補助金按門診日數計算。
- D：申請補助之醫療院所負責醫師不得支援其他醫療院所；聘請其他醫療院所醫師加入診療服務，須事先經中醫師公會全國聯合會審查並核准後，方可向當地衛生主管機關及中央健保局轄區分局報備申請。
- E：連續二個月未滿保障額 30%之醫療院所或連續四個月未達 60%者，即刻終止補助。
- F：醫療院所無故連續休診二周或連續請假一個月未看診者，即刻終止補助。
- G：承辦本方案之醫療院所若實施成效不佳、實地訪視醫療品質不良或執行者未依本方案規定事項辦理者，經中保會審核後即刻終止補助。
- H：本方案與「醫療缺乏地區改善方案」僅可擇一申請。

五、本要點經中醫總額支付委員會討論通過後，提報全民健康保險醫療費用協定委員會核備後實施，修正時亦同。