

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 115 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：115 年 2 月 12 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：張副署長禹斌(劉主任秘書林義代理) 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	何宗融(代)	陳代表博淵	陳博淵
卓代表青峰	卓青峰	陳代表節如	陳節如
林代表狄昇	請假	黃代表上邦	黃上邦
邱代表國華	彭德桂(代)	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	請假	詹代表永兆	詹永兆
胡代表文龍	胡文龍	廖代表奎鈞	王國輝(代)
孫代表茂峰	孫茂峰	蔡代表素玲	洪小幸(代)
張代表田黨	張志麒(代)	羅代表永達	羅永達
陳代表仲豪	沈瑞斌(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

陳真慧

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

洪小幸

台灣醫院協會

楊智涵

中華民國藥師公會全國聯合會	蕭彰銘、溫致群、陳暘
中華民國護理師護士公會全國聯合會	余文彬
台北馬偕醫院	王宏銘
花蓮慈濟醫院	何宗融
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、賴宛而
本署醫務管理組	黃珮珊、賴彥壯、洪于淇、黃怡娟、陳依婕、呂姿曄、許博淇、黃瓊萱、成庭甄、王智廣、張玉婷、廖慈珊、張祐禎、陳聿萱、張雅涵
本署醫審及藥材組	張如薰、賴秋伶、茆家靜
本署企劃組	楊朝圍
本署臺北業務組	宋兆喻*、黃奕瑄*、陳湘燁*、張景興*
本署北區業務組	楊淑娟*、方亞芸*、林孟萱*、黃珮晴*
本署中區業務組	楊惠真*、林裕能*、戴秀容*、柯依鳳*、林育辰*、潘佳鈴*、謝佩璇*
本署南區業務組	賴文琳*、林聖哲*、盧靜宜*、李昕璇*、劉乃慈*
本署高屏業務組	陳淑惠*、李金秀*、黃皓綱*、李昀融*
本署東區業務組	鄭翠君*、吳乙亭*

壹、主席致詞：(略)。

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：確認。

參、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7「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、序號8「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」條文修訂案及序號12「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」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

提案單位：本署醫務管理組

案由：114年第3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3季風險調整移撥款撥補就醫率最高分區(中區)1,000萬元；其中北區當季浮動點值未達0.9，移撥該分區約45.3百萬元，風險調整移撥款未尚支用金額21.6百萬元。

決定：

一、洽悉。

二、中醫門診總額一般服務 114 年第 3 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	0.96045502	0.97563260
北區	0.90000000	0.94068504
中區	0.92602114	0.95311282
南區	0.92308725	0.95464836
高屏	0.93197888	0.95895390
東區	1.14778279	1.09653700
全區	0.93780907	0.96190948

三、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：「全民健康保險中醫急症處置計畫」執行經驗案。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「115 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」案。

說明：

一、前次會議業已通過本計畫，惟於全民健康保險會 114 年 11 月 19 日第 7 屆 114 年第 9 次委員會議討論未達共識，經衛生福利部 115 年 1 月 20 日衛部保字第 1141260589 號函核定：略以，地區預算分配方式 1. 各分區實際收入預算占率：64%(減

少 1%)。2. 各分區戶籍人口數(R 值)占率：17%(增加 1%)；風險調整移撥款依協商共識。

二、中醫全聯會於 115 年 1 月 21 日來函表示，本計畫指標 2 各分區戶籍人口數占率由原 16%進到 17%一案，尊重衛生福利部裁示意見，其餘原規劃風險調整移撥款之提撥及分配條文不另行修正。

決定：本案修訂通過如附件 1，重點如下：

- 一、各分區實際收入預算占率：64%(減少 1%)。
- 二、各分區戶籍人口數(R 值)占率：17%(增加 1%)。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：調整「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」附件之施行區域劃分，將「高雄市甲仙區」及「屏東縣琉球鄉」由「一家中醫服務區」變更為「無中醫服務區」案。

說明：

- 一、無中醫醫事服務機構之鄉鎮區：新增「高雄市甲仙區」(火開極中醫診所於 114 年 12 月 1 日歇業)、「屏東縣琉球鄉」(琉球中醫診所於 115 年 1 月 6 日歇業)。
- 二、一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區：刪除「高雄市甲仙區」、「屏東縣琉球鄉」。
- 三、施行區域經增刪後，無中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 80 個鄉鎮區；一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區，計 78 個鄉鎮區。
- 四、以上資料係更新至 115 年 2 月 2 日之統計異動。

決定：洽悉，修訂名單如附件 2。

肆、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：建議調升「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」附件 1-1 無中醫醫事服務機構之鄉鎮區中「嘉義縣番路鄉」部分村落之級數案，提請討論。

決議：

- 一、本案修訂通過如附件 3，修訂嘉義縣番路鄉大湖村、公田村、公興村與草山村提高論次級數，由原一級偏遠(P23007)調升至二級偏遠(P23063)。
- 二、因本案涉及調升支付點數，須報請主管機關核定後公告實施，為提升行政效率，請中醫全聯會後續如有調整特定地區級數之建議，應併檢視全台各鄉鎮地區之巡迴分級後再一併提案。

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(下稱藥師全聯會)提供意見重點如下：
 - (一) 113 年在中醫醫令申報量、藥費、調劑費、開立天數、藥品總品項的申報量，藥師申報量皆為中醫師之數倍，中醫醫令申報量為 1.75 倍、藥費為 2.5 倍，調劑費為 3.11 倍、開立天數為 2.62 倍、藥品總品項為 2.15 倍。
 - (二) 中醫門診總額研商議事會議已事涉藥事人員專業團體之參與及權益，又本會為全國性藥師團體，增列本會藥師代表無論在代表性、合法性及公正性皆為最妥適。
- 二、中醫全聯會提供意見重點如下：
 - (一) 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藥師全聯會者，將諮詢該會意見或邀請該會列席說明。

第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關「115 年度全民健康保險提升中醫護理人員照護品質獎勵方案」條文修訂案，提請討論。

決議：

- 一、本案修訂通過如附件 4，通過修訂「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」獎勵方式及核發原則，增列「提升護理照護品質獎勵金」**相關規定**：前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，並於 116 年 3 月底前完成撥付。
- 二、因前已於 115 年 1 月 5 日陳報衛生福利部新增本方案中，爰將併案報部，並提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第四案

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：

- 一、本案修訂通過如附件 5，修訂照護模式轉換規範文字為「療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限」。
- 二、將提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」115 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配核定事項案，提請討論。

決議：為符合 115 年度中醫門診總額核定事項，本署建議「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」依中醫門診總額 114 年第 2 次研商議事會議決議方式扣減，中醫全聯會建議不予扣減。本案續擬提至健保會報告。

第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」案，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件 6，將依會議決議提至 115 年 3 月 26 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告後，提報健保會再報請衛生福利部核定後公告實施。

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 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」修訂案，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件 7，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。

- 一、刪除 2 項鈍化指標(柒、中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：「六、未參與「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」中醫院所及玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：「三、「同日重複就診率」超過 80 百分位者，核算基礎(A)減計 10%」)。

- 二、新增加計原則三項指標(第七點、參與「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」院所核算基礎加計 10%、第八點、參與「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」院所核算基礎加計 5 %及第九點、參與「居家醫療照護整合計畫」院所核算基礎加計 5 %)。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時 4 分。

115 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：115年1月1日起至115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 400 百萬元，由各季提撥 100 百萬元。

（二）分配方式：－

- 1、自 115 年第 1 季起用於補助點值至 0.93 元 之差值，逐季使用至預算使用完畢為止。
- 2、當季浮動點值低於 0.93 元之分區，最高補至 0.93 元，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、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 115 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

三、115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) 64 65 %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) 17 46%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
- (三) 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」定義為須符合下列條件之一：

- (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。
- (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)114年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
 - A. 115年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以114年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。
 - B. 114年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = $\frac{\sum \text{114年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數}}{\sum \text{114年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數}}$ 。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。

2、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。

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鄉鎮戶數及人口數統計資料（採季中戶籍人口數）

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	於各區就醫次數 比率(a1%)	病患a2就醫 次數	於各區就醫次 數比率(a2%)	病患a3就醫 次數	於各區就 醫次數比 率(a3%)	病患a4就 醫次數	於各區就 醫次數比 率(a4%)	各區每位病患 之就醫次數比 率 T=(a1%+a2%+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 就醫次數比率(T)	權值 (K1)=T/(全 區P)	扣除東區分區 權值(K2)
台北	3	0.838095	0.209524	0.209524
北區	3	0.428968	0.107242	0.107242
中區	2	0.916667	0.229167	0.229167
南區	4	1.024603	0.256151	0.256151
高屏	3	0.400397	0.100099	0.100099
東區	3	0.391270	0.097817	-
全區	4		1.000000	0.902183

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 ($\frac{114\text{年該季}}{113\text{年同期}}$) -1。
- 三、醫療費用點數成長率(r)：($\frac{114\text{年該季申報醫療費用點數}}{113\text{年同期申報醫療費用點數}}$)-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： \sum 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
=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)
- 六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值
(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：
*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 ≥ 全國每萬人口中醫師數成長率，
各鄉鎮市區權值(dr_peop)
= -5%(m)*(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。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值：

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

=+5%(m)*(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)=114年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

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、 114年全國每月申報醫療費用點數之平均值= Σ 114年每月申報醫療費用/ Σ 114年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、 115年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以114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。

$$\text{指標1預算 GA} = (T) * 97.78\% * \underline{64} \ 65\%$$

$$\text{指標2預算 GB} = (T) * 97.78\% * \underline{17} \ 16\%$$

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

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

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

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

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 = $(\text{115年該區各季核算 } T_y / \text{114年該區各季核算 } T_y) - 1。$

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115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。

	114年該 區全年 預算 Ty (百萬 元)	115年該 區全年 預算 Ty (百萬 元)	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%

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

註 1：本一覽表統計截止日期：115 年 2 月 2 日，共 80 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	雲林縣	古坑鄉	高雄市	甲仙區	
	三芝區		林內鄉		杉林區	
	八里區		二崙鄉	屏東縣	長治鄉	
	貢寮區		東勢鄉		麟洛鄉	
	金山區		臺西鄉		九如鄉	
	萬里區		元長鄉		鹽埔鄉	
宜蘭縣	蘇澳鎮	口湖鄉	高樹鄉			
	壯圍鄉	布袋鎮	新園鄉			
	冬山鄉	溪口鄉	崁頂鄉			
	三星鄉	六腳鄉	林邊鄉			
新竹縣	芎林鄉	嘉義縣	義竹鄉		澎湖縣	南州鄉
	寶山鄉	鹿草鄉	琉球鄉			
苗栗縣	卓蘭鎮	中埔鄉	梅山鄉	湖西鄉		
	大湖鄉	大埔鄉	花蓮縣	鳳林鎮		
	三灣鄉	柳營區		瑞穗鄉		
臺中市	石岡區	六甲區	臺東縣	成功鎮		
	外埔區	官田區		卑南鄉		
彰化縣	線西鄉	西港區		金門縣	太麻里鄉	
	埔鹽鄉	七股區			鹿野鄉	
	二水鄉	將軍區	金沙鎮			
	田尾鄉	安定區	臺南市			
	芳苑鄉	山上區				
	大城鄉	玉井區				
	竹塘鄉	楠西區				
南投縣	集集鎮	南化區				
	鹿谷鄉	湖內區				
	中寮鄉	永安區				
	魚池鄉	彌陀區				
	國姓鄉	六龜區				
雲林縣	土庫鎮	高雄市				

註 1：本一覽表統計截止日期：115 年 2 月 2 日，共 78 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。

瑞泰幸福老人長照中心 ● 1A 5B+8C單位		醫	食	住			行			育樂	小計	
		專業服務 (醫師、 護理、藥事、醫 養、職能、物 理、心理)	送餐	居家式	社區式	機構式		交通 接送	社區 式交 通接 送	輔具 及環 境改 善		C 據點
				居家服務	小規模 日照 家托 臨短托	長照 機構	職息					
● 5B ● 8項 服務	1.下坑村-番路鄉衛生所	●									1	
	2.新福村-瑞泰幸福老人長照中心養護型					●	●				2	
	3.新福村-瑞泰幸福居家長照機構			●			●				3	
	4.新福村-私立瑞泰社會福利基金會							●	●		2	
	5.下坑村-幸福社區式長照服務機構				●						1	
小計		1	0	1	1	1	2	1	1	0	8	
● 8C	1.下坑村-安道基金會									●	1	
	2.下坑村-番路鄉衛生所									●	1	
	3.新福村-日安社區發展協會									●	1	
	4.新福村-巷弄(瑞泰社福基金會)									●	1	
	5.內壠村-巷弄(瑞泰社福基金會)									●	1	
	6.江西村-巷弄(瑞泰社福基金會)									●	1	
	7.番路村-巷弄(瑞泰社福基金會)									●	1	
	8.觸口村-文建站(社區發展協會)									●	1	
小計		—	—	—	—	—	—	—	—	8	8	

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：反映中醫門診特約醫事服務機構護理人員薪資，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門診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中醫門診特約醫事服務機構。
- 一、院所及護理人員資格：114年12月31日前開業之全民健康保險(以下稱本保險)中醫門診特約醫事服務機構(不含115年新開業診所及新開設中醫醫院或醫院附設中醫部門)，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門診特約醫事服務機構為認定。
 - 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月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少一投保等級且不得低於第四投保等級，以及院所當月調升聘用護理人員達半數以上者，予以獎勵。
 - 陸、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。

柒、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之加計獎勵

(一)獎勵方式：

1. 符合獎勵條件之中醫門診特約醫事服務機構，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」治療處置費之案件，加計獎勵13點。
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-E14)、針灸合併傷科(F01-F84)。

(二)核發方式：

1. 本項獎勵費用由全民健康保險保險人(下稱保險人)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。
2. 符合申報之中醫門診特約醫事服務機構，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。
3. 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：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。

二、提升護理照護品質獎勵金：前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案標準，依診所調升護理人員薪資人

月占率核發獎勵金，並於116年3月底前完成撥付。

捌、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。

玖、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。

壹拾、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、聘有護理師或護士之中醫門診特約醫事服務機構增加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增加本保險投保金額至少一投保等級，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。

(以下略)

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 給付項目及支付標準

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、本計畫之醫療服務量、診察費、針灸申報量，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、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。
- 五、本計畫之案件(同一個案)每週限申報一次(P39007、P39008不在此限)。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 支付標準表

編號	診療項	支付點數
P39001	中醫助孕照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、調劑費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能	1200
P39002	中醫助孕照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、調劑費、衛教、營養飲食指導，	900
P39003	中醫保胎照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費口服藥(至少七天)、調劑費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39004	中醫保胎照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(至少七天)、調劑費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能	900

編號	診療項	支付點數
P39005	中醫助孕照護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註: 照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估, 女性須含基礎體溫 (BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導, 單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39006	中醫保胎照護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註: 照護處置費包括中醫四診診察費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導, 單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39007	中醫助孕照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第2~6次) 註: 每週限申報3次。	300
P39008	中醫保胎照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第2~6次) 註: 每週限申報3次。	300
<p>註:</p> <p>1、 P39003、P39004、P39006、P39008限受孕後0-20週之保胎照護病人適用。</p> <p>2、 各照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004、P39005、P39006)每週限擇一申報。</p> <p>3、 含藥費之照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004)與不含藥費之照護模式(P39005、P39006), 需\geq28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>		

全民健康保險中醫三高病人加強照護方案

115 年○月○○日健保醫字第○○○○○○○○○號公告

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

隨著全球人口老化及慢性病負擔日益沉重，「三高」—高血壓、高血脂、高血糖—已成為影響國人健康與醫療體系的重大挑戰。尤其中醫在慢性疾病防治與健康促進領域扮演重要角色，如何以科學實證為基礎，深化中醫在三高及其併發症的臨床應用，已是時代所趨。從而進一步融入長期照護、家庭醫學與基層醫療體系之中，拓展中醫在全民健康促進中的重要角色，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。

三、施行期間

115 年 1 月 1 日至 115 年 12 月 31 日。

四、執行目標

收案照護人數達 3 萬人。

五、預算來源

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫三高病人加強照護計畫」專款項目。

六、收案對象(會員)

- (一)保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)，以三高[高血糖(ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13)、高血脂(ICD-10-CM 前 4 碼為 E78.0-E78.5)及高血壓(ICD-10-CM 前 3 碼為 I10-I15、或前 4 碼為 I27.0、I27.2、I67.4、I87.3、I97.3)]主要於中醫院所就醫者做為較需照護名單，交付參與計畫之中醫院所提供健康管理。
- (二)前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫、代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)、醫院以病人為中心門診整合

照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。

(三)交付原則：以三高就醫件數最高之中醫保險醫事服務機構收案照顧。

(四)每名醫師之收案人數以 100 人列計。

七、參與計畫醫療院所、醫師資格及申請資格

(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，且參與計畫第 1 年及每 6 年應接受 8 小時三高防治教育訓練課程(包含高血壓、高血糖、高血脂)。

(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。

(三)符合前述各項資格之保險醫事服務機構，得向保險人分區業務組提出參與計畫申請(申請書如附件 1)，經審核通過後，由保險人分區業務組函復保險醫事服務機構副知中醫全聯會，並自核定日起執行本計畫。

(四)前一年度已參加本計畫之醫療院所或醫師，若未有本計畫十一、退場機制所列之情形者，得延續執行本計畫，無須重新申請。

八、執行內容：

(一)參與院所需於保險人提供較需照護名單後，將會員資料上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附件 2)，並於收案後 3 個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意。

(二)中醫師應提供完整的診療，依中醫辨證原則於病歷中詳細記載，以標準作業流程與處置完成診療，並依收案會員健康狀況及疾病樣態，給予疾

病照護資訊及相關衛教。

- (三)建立與西醫院所轉診及合作模式：參與院所應與 1-2 家特約西醫醫院或診所合作，訂定共同照護機制及相關流程，併於申請書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制。
- (四)應製作本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務，並提供收案會員確認回饋機制，並留存備查。
- (五)收案會員應按慢性病個案臨床治療指引之各項檢驗建議頻率定期檢視或提供相關檢查(驗)，檢驗前應至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人檢查數據，參考最近 3 個月(90 日)內相關檢驗數據。符合開具檢驗資格之中醫師始可申報檢驗費。
- (六)本計畫限單一院所收案，不得重複；參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。
- (七)參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付個案管理費，並依相關規定辦理。

九、費用申報及支付方式

(一)個案管理費：

1. 支付項目：

- (1)基本費用：資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導等照護，每人支付 250 點/年。
- (2)個人健康資料加成費：完成個人健康資料建檔者(附件 3)，每人支付 30 點/年。
- (3)生活習慣自評加成費：完成生活習慣自評建檔者(附件 4)，每人支付 40 點/年。

2. 收案會員個案管理費按收案月份數等比例支付。

3. 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，

如因故中途退出本計畫，則依計畫參與月份數按比例核付個案管理費，其餘費用則不予核付。

4. 收案會員於計畫執行期間應至少有一筆三高疾病相關之檢驗數據(資料來源不限收案院所)，不符者，則不予核付個案管理費。

疾病型態	檢驗(查)項目
高血壓	血壓
高血糖	HbA1c、LDL
高血脂	LDL

(二)品質照護獎勵費：

1. 會員若於計畫執行期間於收案院所無就醫紀錄，則不予核付本項費用。
2. 計畫實施第一年會員須連續收案達6個月始得核付本項費用，第2年起會員須連續收案達9個月始得核付本項費用。
3. 支付方式：依計畫評核指標達成情形分四級支付：
 - (1)特優級：計畫評核指標分數 ≥ 80 分，則支付每人1,000點。
 - (2)良好級：計畫評核指標分數介於70分 \leq ~<80分，則支付每人750點。
 - (3)輔導級：計畫評核指標分數介於60分 \leq ~<70分，則支付每人500點。
 - (4)不支付：計畫評核指標分數<60分，則不予支付。

(三)計畫評核指標：

1. 會員急診率(20分)

- (1) \leq 收案會員30百分位，得20分。
- (2) $>$ 收案會員30百分位，但 \leq 收案會員45百分位，得16分。
- (3) $>$ 收案會員45百分位，但 \leq 收案會員65百分位，得10分。

(4)計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷、全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫案件)。

分母：會員人數。

2. 血糖、血脂監控數據良(或進步)率(50分)

(1)HbA1c 控制良好(或進步)占率(25分)，限院所中醫師高血糖收案會員達3人以上適用：

- A. $\geq 60\%$ ，得25分。
- B. $< 60\%$ ，但 $\geq 55\%$ ，得20分。
- C. $< 55\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得15分。
- D. 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖收案會員數。

(2)LDL 控制良好(或進步)占率(25分)，限院所中醫師高血糖及高血脂收案會員合計達3人以上適用：

- A. $\geq 60\%$ ，得25分。
- B. $< 60\%$ ，但 $\geq 55\%$ ，得20分。
- C. $< 55\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得15分。
- D. 計算公式說明：

分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步。

分母：高血糖、高血脂收案會員數。

(3)控制良好範圍：

疾病組合	檢驗項目控制良好範圍	
	HbA1c	LDL
高血糖	$< 7\%$ ；80歲以上病人為 $< 8\%$	100 mg/ dL
高血脂	-	100 mg/ dL
高血糖+高血脂	$< 7\%$ ；80歲以上病人為 $< 8\%$	100 mg/ dL

(4)執行方式：

A. 符合下列任一條件，即判斷為控制良好：

- (a) 當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度7月1日以後。若於當年度7月1日前之LDL檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受LDL檢驗者，亦視為控制良好。

(b)當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。

B.進步定義：檢驗結果後測-前測 <0 ，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度7月1日以後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。

C.資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。

3. 血壓上傳率(20分)，限院所中醫師收案會員達3人以上適用。

(1) $\geq 70\%$ ，得 20 分。

(2) $< 70\%$ ，但 $\geq 60\%$ ，得 15 分。

(3) $< 60\%$ ，但 $\geq 50\%$ ，得 10 分。

(4)計算公式說明：

分子：收案會員中，每年至少上傳 2 筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳 3 筆)。

分母：會員人數。

(5)資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳數據。

4. 成人預防保健檢查率(10分)

(1) $\geq 35\%$ ，得 10 分。

(2) $< 35\%$ ，但 $\geq 30\%$ ，得 5 分。

(3)計算公式說明：

分子：30 歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數。

分母：(30 歲至 39 歲會員數/5+40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)。

註.按衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。

(四)本計畫相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付。

- (五)參與院所原有之醫療服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」及總額支付制度，依實際執行情況按月依門診醫療費點數申報格式規定申報。
- (六)於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。
- (七)醫療費用申報、暫付、審查及核付，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。

十、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及保險人分區業務組備查。

十一、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)參與計畫院所一年內沒有收案紀錄者，未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫。
- (三)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。
- (四)保險人提供評核指標介於60分至70分($60 \text{分} \leq \text{評核指標} < 70 \text{分}$)之院所名單予中醫全聯會協助輔導改善，且須於次年6月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得繼續參加本計畫(計畫實施第一年無須提具執行改善計畫書)；第2年仍未達70分續辦標準者(評核指標 $< 70 \text{分}$)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。
- (五)如評核指標未達60分者(評核指標 $< 60 \text{分}$)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。本項規定於計畫實施第二年起適用，計畫實施第一年比照上述評核指標介於60分至70分($60 \text{分} \leq \text{評核指標} < 70 \text{分}$)之院所辦理。

- 十二、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，由中醫全聯會評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。
- 十三、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。
- 十四、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。

建立與西醫院所轉診及合作模式

一、合作之西醫院所名稱及代碼：

二、與合作之西醫院所建立合作模式如下(請詳述內容)：

(一)共同照護機制

(二)雙向轉診流程

(三)與合作之西醫院所轉診資料之共享

(四)其他合作模式

全民健康保險中醫三高病人加強照護方案檢核邏輯 保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、 參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、 醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選會員管理選項，進行會員資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

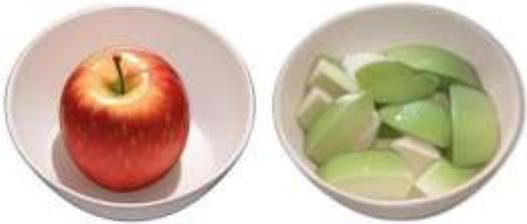
1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄未完整之醫療院所於收案後2個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第2筆資料無法輸入。

附件 3

「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」—收案會員個人健康資料

個人基本資料(必填)			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	西元 年 月 日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉(鎮)
<p>家庭生命週期：</p> <p><input type="checkbox"/>新婚夫婦 <input type="checkbox"/>第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/>有學齡兒童 <input type="checkbox"/>有青少年子女 <input type="checkbox"/>子女外出創業 <input type="checkbox"/>空巢 <input type="checkbox"/>老化的家庭</p>			
醫療病史及菸酒檳習慣(必填)			
<p>慢性病史</p> <p><input type="checkbox"/>1.高血壓 <input type="checkbox"/>2.糖尿病 <input type="checkbox"/>3.腎臟病 <input type="checkbox"/>4.缺血性心臟病 <input type="checkbox"/>5.心律不整 <input type="checkbox"/>6.心臟衰竭</p> <p><input type="checkbox"/>7.腦血管疾病 <input type="checkbox"/>8.腫瘤 <input type="checkbox"/>9.貧血 <input type="checkbox"/>10.關節炎 <input type="checkbox"/>11.高膽固醇血症 <input type="checkbox"/>12.痛風或高尿酸血症 <input type="checkbox"/>13.過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/>14.氣喘 <input type="checkbox"/>15.慢性肺疾病 <input type="checkbox"/>16.消化性潰瘍 <input type="checkbox"/>17.功能性腸胃問題 <input type="checkbox"/>其他</p>			
<p>家族病史及相關健康問題</p> <p>(若有親人有罹患下列疾病，請填入家屬代碼：A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他)</p> <p><input type="checkbox"/>1.無 <input type="checkbox"/>2.糖尿病【 】 <input type="checkbox"/>3.高血壓【 】 <input type="checkbox"/>4.心臟病【 】 <input type="checkbox"/>5.腦血管病變(中風)【 】</p> <p><input type="checkbox"/>6.高血脂【 】 <input type="checkbox"/>7.腎臟病或尿毒症【 】 <input type="checkbox"/>8.惡性腫瘤【 】 <input type="checkbox"/>9.遺傳性腎臟疾病【 】</p> <p><input type="checkbox"/>10.多囊腎【 】 <input type="checkbox"/>11.痛風【 】 <input type="checkbox"/>12.自體免疫性疾病【 】 <input type="checkbox"/>13.其他【 】 <input type="checkbox"/>14.不知</p>			
<p>長期藥物使用（使用達 3 個月以上）</p> <p><input type="checkbox"/>降血壓藥 <input type="checkbox"/>胰島素 <input type="checkbox"/>降血糖藥 <input type="checkbox"/>降血脂藥 <input type="checkbox"/>降尿酸藥 <input type="checkbox"/>NSAID <input type="checkbox"/>中草藥 <input type="checkbox"/>其他_____</p>			
食物過敏史食物名稱：		藥物過敏史藥物名稱：	
<p>抽菸：</p> <p>1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上</p>			
<p>喝酒：</p> <p>1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常喝 (每週>2 天)</p>			
<p>嚼檳榔：</p> <p>1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2 天)</p>			
身體檢查(皆為必填)			
身高(cm)		血壓(收縮壓/舒張壓)(mmHg)	
體重(kg)		腰圍(cm)	
脈搏(次/每分鐘)			

編號	請想一想過去七天，並回答以下問題，你是否：
1	我感覺生活有目標。(是：2分；否：0分)
2	日常飲食我會避免油炸的食物，多以清蒸、水煮、涼拌等烹調方式為主。 (是：1分；否：0分)
3	我有進行了兩次以上(含兩次)的靈性、宗教或民俗信仰活動(例如冥想、靜坐、祈禱、拜拜、參加宗教活動、祭拜家中神明或祖先等)。 (是：2分；否：0分)
4	我大部分時間都覺得能夠處理生活的各種壓力?(是：2分；否：0分)
5	我有參加團體聚會或活動(例如運動、社區、社團、學校團體等)? (是：2分；否：0分)
6	我有抽菸、使用電子煙或其他菸品?(是：0分；否：5分)
7	我有和家人或朋友相聚或聊天三次以上? (是：2分；否：0分)
8	大部分時間，我睡醒後覺得精神很好，有休息夠了?(是：2分；否：0分)
9	我總共花了兩小時以上的時間待在大自然中(例如：城市內外開放空間：公園、森林、海邊等)? (是：2分；否：0分)
10	大部分時間，我覺得有足夠的時間照顧自己?(是：1分；否：0分)
11	我有嚼檳榔?(是：0分；否：1分)
12	我的飲食大多以原型食物(如新鮮蔬果、全穀、未加工肉類)為主。(是：1分；否：0分)
	請想一想過去七天，並提供您關於以下問題最好的估計值：
13	我總共進行了幾天的肌力訓練?(例如伏地挺身、深蹲、引體向上等) 0、1、2、3、4、5、6、7天(0、1、2分)
14	我總共喝了幾杯含糖飲料?(例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料)。 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10杯或更多(2、0分)

15	<p>我一天中喝下含有酒精的飲料，最多共有幾單位？(1 單位酒精 =10 公克純酒精)</p> 
	<p>(女 3 以下、男 4 以下，2 分、0 分) 少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多</p>
16	<p>以有喝酒精飲料的那幾天來算，我每天平均喝幾單位？(如果過去七天都沒有喝酒精飲料，請選「少於 1」)</p> <p>(女 1 以下、男 2 以下，2 分、0 分) 少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多</p>
17	<p>我每晚大約睡幾個小時？</p> <p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多 (0、3、5 分)</p>
18	<p>我每天大約吃幾份水果？(1 份是 1 拳頭大小或一碗 8 分滿)</p> <p>水果一份 約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗 8 分滿</p>  
	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(0、1、2 分)</p>
19	<p>我每天坐著的總時間大約有幾小時？</p> <p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多(3、1、0 分)</p>
20	<p>每天平均食用包裝零食(例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒等)的包數。</p>

	少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 包或更多(2、0 分)
21	<p>每天平均食用蔬菜的份數(1 份為可食重約 100 公克)。</p> <p style="text-align: center;">蔬菜一份</p> <p style="text-align: center;">約100公克·或半碗至8分滿的煮熟蔬菜</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">  臺灣生活型態醫學會 製作 </p>
	少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(0、1、2 分)
22	我累積的有氧運動時間，總共有幾分鐘？（例如快走、慢跑等）
	小於 30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於 300 分鐘 (0、1、2、3、4、5 分)

★ 各領域總分計算(每個領域最高 10 分) 正向社會連結：第 1、3、5、7、9 題的分數總合_____ 身體活動：第 13、19、22 題的分數總合_____ 避免危害物質：第 6、11、15、16 題的分數總合_____ 睡眠與壓力管理：第 4、8、10、17 題的分數總合_____ 營養：第 2、12、14、18、20、21 題的分數總合_____ 整體生活型態分數：_____ (最高 50 分)

整體生活型態分數解釋

解釋	整體生活型態分數	
現在是您與醫師合作的好時機，幫助您養成顯著改善健康的生活習慣。	0-20	低於平均
您有一些不錯的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低疾病風險。	21-30	平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以檢視並嘗試改善。	31-40	非常好
您做得很好，但可以對生活方式進行小調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50	優秀

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)

中華民國107年1月8日健保醫字第1060016997號公告修訂
 中華民國108年5月31日健保醫字第1080007611號公告修訂
 中華民國109年2月7日健保醫字第1090001213號公告修訂
 中華民國110年1月19日健保醫字第1100000291號公告修訂
 中華民國111年1月5日健保醫字第1100017843號公告修訂
 中華民國111年12月28日健保醫字第1110123002號公告修訂
 中華民國112年12月21日健保醫字第1120665398號公告修訂
 中華民國113年12月17日健保醫字第1130126278號公告修訂
 中華民國115年00月00日健保醫字第1150000000號公告修訂

壹、依據：

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。

貳、目的：

本方案之實施，在於提升中醫醫療服務品質，獎勵績效卓著之中醫門診特約醫事服務機構。

參、預算來源：

全民健康保險年度中醫門診醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、支用條件：

- 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算一次。
- 二、提供資料及來源：本方案第柒點第四項、第五項、第七項及第捌點第三項與第玖點第一項，由中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）於次年2月底前提供名單並函請全民健康保險保險人（以下稱保險人）辦理結算。

伍、預算分配方式：

一、核算基礎：

（一）該院所之核算基礎(A)

=（該院所申報當年醫療服務點數－當年申報藥費）×該院所年平均核付率（含部分負擔，註1）

說明：當年申報醫療服務點數及年平均核付率以次年1月底為截止點。

(二)前述核算基礎，依本方案第捌點及第玖點增減原則，計算每院所參與品質保證保留款之核算基礎。

各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)=

60%×各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數

(三)各院所分配品質保證保留款金額=(各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B)/各院所品質保證保留款核算基礎合計(ΣB))×品質保證保留款

二、辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之中醫門診特約醫事服務機構提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度中醫門診總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季中醫門診總額一般服務項目預算中支應。

陸、核發資格：

一、當年中醫門診特約醫事服務機構且無本方案第柒點情形者，得符合核發品質保證保留款資格；另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。

二、符合核發品質保證保留款資格核定分數計算：

(一)符合本方案第捌點第二項者，給予核定分數20分。

(二)符合本方案第捌點第三項者，給予核定分數15分。

(三)符合第捌點第四至九六項者，各給予核定分數10分。

(四)符合本方案第玖點第一項者，當年申報健保費用醫師扣核定分數2分，單一院所最多扣核定分數10分。

(五)符合本方案第玖點第二至四五項者，各給予扣核定分數5分。

三、符合核發品質保證保留款資格院所，依核定分數由高而低排列，取前90%之院所進行核發。

柒、中醫門診特約醫事服務機構有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

一、當年度在前一年12月每萬人口中醫師數3.0(含)以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構(註2)。

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90百分位，且超過前一年該區之年總平均核減率者。

三、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36條至第40條、第44條至第45條等所列違規情事之一，並經核定違規者以保險人第一次核定違規函所載處置日期認定(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請緩執行者)。倘停止或終止特約期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

四、中醫門診特約醫事服務機構非屬「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。

五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所。

~~六、未參與「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」中醫院所(註4)。~~

~~六七、未符合本方案「中藥用藥安全管理及品質提升作業要點」(詳附件)之院所。~~

捌、品質保證保留款核算基礎之加計原則：

一、符合核發品質保證保留款資格前30%之院所，核算基礎(A)加計100%。

二、當年度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)，屬於同年之「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮開業地區，依核算基礎(A)加計100%。

三、為鼓勵提升中醫醫療服務品質，中醫門診特約醫事服務機構從事教學研究且績效卓著者，依核算基礎(A)加計10%。其適用對象為經衛生福利部中醫藥司「中醫醫療院所負責醫師二年以上醫師訓練合格」之院所。

四、為鼓勵中醫師提供假日看診服務減少民眾就診不便，中醫門診特約醫事服務機構當年度於週日看診超過30天(含)以上者，依核算基礎(A)加計10%；超過45天(含)以上者，依核算基礎(A)加計20% (註4 5)。

- 五、中醫門診特約醫事服務機構參與「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」者，依核算基礎(A)加計5%。
- 六、為推動中醫門診特約醫事服務機構於健保資訊網服務系統(Virtual Private Network，以下稱VPN)公告連續假期排班等變動情形，鼓勵院所即時更新排班時間，院所「每月完成門診時間網路登錄」者，依核算基礎(A)加計10%，未全年完成門診時間網路登入者則不予加計(註5 6)。
- 七、參與「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」院所核算基礎加計 10 % (註6)。
- 八、參與「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」核算基礎加計 5 % (註7)。
- 九、「居家醫療照護整合計畫」院所核算基礎加計 5 % (註8)。
- 玖、品質保證保留款核算基礎之減計原則：
- 一、保險醫事服務機構之中醫師未依中醫全聯會所定「中醫師繼續教育點數管理辦法」之規定修滿繼續教育點數(每年20點)者，其申請之醫療費用點數不列入核算基礎(A)。
- 二、「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」超過80百分位者，核算基礎(A)減計20% (註9 7)。
- ~~三、「同日重複就診率」超過80百分位者，核算基礎(A)減計10%(註8)。~~
- ~~三四、「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」超過80百分位者，核算基礎(A)減計10% (註10 9)。~~
- 四五、為促使院所積極提供慢性病照護(含慢性病連續處方箋)，中醫門診特約醫事服務機構當年度申報中醫一般案件、中醫慢性病、中醫慢性病連續處方調劑及過敏性鼻炎照護計畫中，屬慢性病給藥七天以上之件數占率為3%(含)以下者，依核算基礎(A)減計10% (註11 10)。
- 拾、本方案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。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

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
註1：年平均核付率	$(\text{全年初核核定點數}) / (\text{全年申請點數} + \text{部分負擔})$
註2：當年度在前一年12月每萬人口中醫醫師數3.0(含)以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。	資料範圍：以前一年12月「內政部戶政司戶籍人口數」及「醫事人員公務統計檔」計算之。
註3：年平均核減率	$(\text{全年複核核減點數}) / (\text{全年申請點數} + \text{部分負擔})$ [註]未完成複核月份以初核核減率計算，截取時間點為次年2月底(傳票日期)前。
註4：未參與「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」中醫院所。	保險人未曾撥付當年度「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」補助網路月租費之中醫院所。
註4 5：中醫門診特約醫事服務機構於每年週日看診超過30天及45天以上者	以門診申報資料之「就醫日期」認定週日是否看診，含同一療程。
註5 6：「每月完成門診時間網路登錄」	院所全年每月於VPN之「保險人看診資料及掛號費維護」介面完成次月門診時間登錄。 [註]若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。(院所可於VPN系統「上次登錄日期」判斷上個月是否完成登錄)。

指標項目	操作型定義
<u>註6：參與「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」院所核算基礎加計 10 %</u>	<u>資料範圍：當年度曾參與「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。</u>
<u>註7：參與「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」核算基礎加計 5 %</u>	<u>資料範圍：當年度曾參與「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」院所。</u>
<u>註8：「居家醫療照護整合計畫」院所核算基礎加計 5 %</u>	<u>資料範圍：當年度曾參與「居家醫療照護整合計畫」院所。</u>
<u>註9 7：「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分母：全年同一院所、同月看診總人數加總。 2. 分子：全年同一院所、同一病人、同月看診次數8次（含）以上人數加總。 3. 指標計算(S)：分子總和 / 分母總和。 4. 全年計算平均比率，進行百分位排序。 5. 所有資料排除符合以下任一條件者： <ol style="list-style-type: none"> (1) 診察費=0 (2) 案件類別 A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)。之專款項目案件。
<u>註8：「同日重複就診率」</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 資料範圍：所有屬中醫總額就醫且診察費>0之門診案件。 2. 公式說明： 分子：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶，計算就診2次（含）以上之筆

指標項目	操作型定義
	<p>數。</p> <p>分母：按同一院所、同一病人、就醫日期歸戶之筆數。</p> <p>3. 指標計算：分子總和 / 分母總和。</p> <p>4. 指標進行百分位排序。</p> <p>5. 資料排除以下任一條件者：案件分類A3(預防保健)、B6(職災)、22(其他專案)、24(慢性病)案件、25(無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)、28(連續處方箋)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)、30(中醫特定疾病門診加強照護)、31(中醫居家)之專款項目案件。</p>
<p><u>註10</u> 9：「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」</p>	<p>1. 資料範圍：所有屬中醫門診給藥天數小於等於7日案件。</p> <p>2. 公式說明： 分子：按同一院所及病人 ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為1日之重複日數。 分母：同一院所給藥案件之給藥日份加總。 ※給藥案件係藥費不為0，或給藥天數不為0。</p> <p>3. 指標計算：分子 / 分母。</p> <p>4. 指標進行百分位排序。</p> <p>5. 資料排除以下任一條件者：案件分類為A3(預防保健)、B6(職災案件)、22(中醫其他專案)、25(中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案)、29(中醫針灸、傷科及脫臼整復)及31(中醫居家)之案件。</p>
<p><u>註11</u> 10：「院所提供慢性病照護未達一定比例」</p>	<p>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J6(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</p>

指標項目	操作型定義
	<p>性病連續處方調劑(案件分類28)之案件。</p> <p>2. 說明：慢性病給藥7天以上之件數占率</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>C. 指標計算：分子 / 分母。【取至小數點後第2位(4捨5入)】</p> <p>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。</p>
【核發費用計算範例】	<p>1. 該院所核算基礎(A) = (該院所申報當年醫療服務點數 - 當年申報藥費) × 該院所平均核付率(含部分負擔)</p> <p>2. 各院所參與品質保證保留款之核算基礎(B) = 60% × 各院所核算基礎(A) ± 第捌點及第玖點增減點數</p> <p>3. 各院所品質保證保留款核算基礎合計 = $\Sigma(B) = (60\% \times \text{各院所核算基礎}(A) \pm \text{第捌點及第玖點增減點數})$ 之合計</p>

指標項目	操作型定義
	<p>4. 符合核發資格之分數計算原則，如下：</p> <p>①符合本方案第捌點第二項者，核予20分。</p> <p>②符合本方案第捌點第三項者，核予15分。</p> <p>③符合第捌點第四至<u>九六</u>項者，各核予10分。</p> <p>④符合本方案第玖點第一項者，當年度申報醫療費用之中醫師扣減2分，單一中醫院所最多扣減10分。</p> <p>⑤符合本方案第玖點第二至<u>四五</u>項者，各扣減5分。</p> <p>⑥符合核發品質保證保留款資格中醫院所，依前項分數加總並由高而低排列，取前90百分位進行核發。</p> <p>⑦<u>符合核發品質保證保留款資格前30%之院所，核算基礎(A)加計100%。</u></p> <p>5. 試算範例如下：</p> <p>(1) 僅符合基本資格(無本方案第柒、捌、玖點之情事)者 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算×(A)×60%/Σ(B)</p> <p>(2) 僅符合基本資格及教學研究績效卓著者(+10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算×(A)×(60%+10%)/Σ(B)</p> <p>(3) 符合基本資格且於無中醫門診特約醫事服務機構之鄉鎮地區開業者(+100%)、教學研究績效卓著者(+10%)但「同日重複就診率」超過80百分位者(-10%) 院所核發品質保證保留款金額=當年品保款預算×A×(60%+100%+10%-10%)/ΣB</p>

全民健康保險中醫門診總額 中藥用藥安全管理及品質提升作業要點

一、目的：

為重視中藥保存安全，提升中醫醫療品質，訂定本要點，以加強中醫門診特約醫事服務機構(以下稱中醫醫療院所)藥品管理作業，確保民眾用藥權益與安全。

二、申請方式：

符合本要點第三點第一項之中醫醫療院所，應填具申請書(如附表一)並檢附查檢表(如附表二)，向中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)申請認證。

三、評核方式：

- (一)中醫醫療院所之專任醫師均須參加中醫全聯會辦理之「中藥用藥安全管理及品質提升作業」講習會，並取得證明後，以自評方式提出申請。經中醫全聯會審查合格之院所名單，每季公告於該會網站。
- (二)訪查評估：由中醫全聯會「中醫門診醫療服務審查執行會」之各分區會每年就該區合格院所數抽取二十分之一的院所進行實地訪查，並依本要點之檢查表評分；訪查不合格之院所改善後可提出複查。未提出複查或經複查仍未合格者，則列入該年度不合格院所名單。
- (三)認證合格之中醫醫療院所，如經中醫全聯會、保險人分區業務組或地方衛生主管機關依本要點查檢表再評核未合格者，該院所亦不予核發該年度「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款」。

四、本要點之評核作業由中醫全聯會研訂後公告實施。

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點
申請書

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼		
	負責醫師姓名		院所醫師數	名	
	醫師姓名	身 字	分 證 號	中 書 醫 字 師 證 號	上 課 日 期
				台 號 中 字 第	
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註
	學分證明書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
中藥用藥安全管理及品質提升作業要點查檢表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
保 險 醫 事 服 務 機 構	機 構 章 戳		中 醫 全 聯 會 審 核 意 見 欄	1 <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"/> 審核委員：日期章戳：	(本欄由審查單位填寫)

註：請將本表併同本要點之附表二郵寄至中華民國中醫師公會全國聯合會(22069 新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2)審查。