

檔 號：

保存年限：

# 中華民國中醫師公會全國聯合會 書函

會址：新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2

電話：(02)2959-4939

傳真：(02)2959-2499

E-mail：tw.tm@msa.hinet.net

承辦人：李敬 分機：13

受文者：如行文單位

發文日期：中華民國 114 年 2 月 20 日

發文字號：(114)全聯醫總兆字第 1822 號

速 別：

附 件：

主 旨：函轉「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」，請察照。

說 明：

一、依衛生福利部中央健康保險署 114 年 1 月 23 日健保醫字第 1140101705 號函辦理。

二、敬請至下方網址或掃描 QR-code 瀏覽附件資料：

<https://reurl.cc/04NqZY>



正 本：各縣市中醫師公會、中醫門診醫療服務審查執行會六區分會

## 中華民國中醫師公會全國聯合會



# 全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案

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

## 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

114年1月1日至114年12月31日。

## 六、執行目標

- (一) 本年度以至少100家照護機構為目標。
- (二) 以達成30,000服務人次，服務總天數3,500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；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7)，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。

## 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113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

|         |                   |                                                           |                         |    |                         |              |
|---------|-------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|----|-------------------------|--------------|
| 基本資料    | 醫事服務機構名稱          |                                                           | 醫事服務機構代碼                |    | 電 話                     |              |
|         | 中 醫 師<br>姓 名      |                                                           | 身 分 證<br>統一編號           |    | 中醫師證<br>書字號             | 台 中 字<br>第 號 |
|         | 中 醫 師<br>學 經 歷    |                                                           |                         |    |                         |              |
|         | 聯絡地址              |                                                           |                         |    |                         |              |
| 服務地區及時間 | 照護機構名稱            |                                                           |                         |    | 服務時間                    | 每週1次星期__     |
|         | 服務時段              | 上午<br>__ : __ - __ : __                                   | 下午<br>__ : __ - __ : __ |    | 晚上<br>__ : __ - __ : __ |              |
|         | 電 話               |                                                           |                         |    |                         |              |
|         | 地 址               |                                                           |                         |    |                         |              |
| 評估情形    | 中醫全聯<br>會 評 估 意 見 | <input type="checkbox"/> 同意， <input type="checkbox"/> 不同意 |                         | 原因 |                         |              |
|         |                   | 中醫全聯會主任委員簽章：                                              |                         |    |                         |              |

# 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。

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

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<br>住民病歷 <input type="checkbox"/> 存放地點，請說明：<br>-照護機構 <input type="checkbox"/> 手寫 <input type="checkbox"/> 電腦<br>診療紀錄 <input type="checkbox"/> 存放地點，請說明：<br>-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：<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>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<br><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  
醫事人員名冊**

|                                                     |      |         |        |   |
|-----------------------------------------------------|------|---------|--------|---|
| 照護機構地點：<br>(里)                                      |      | 縣(市)    | 鄉(鎮、區) | 村 |
|                                                     |      | 路(街)    | 段      | 號 |
|                                                     |      |         | 樓      | 室 |
| 醫療期間：民國    年    月    日到民國    年    月    日            |      |         |        |   |
| 時間：每星期    上午(下午/晚上)    時    分至    時    分共    小<br>時 |      |         |        |   |
| 醫事服務<br>機構名稱                                        |      |         |        |   |
| 醫事服務<br>機構地址                                        |      |         |        |   |
| 醫事人力                                                |      |         |        |   |
| 中醫師                                                 | 藥事人員 | 護理人員    | 行政人員   |   |
| 位                                                   | 位    | 位       | 位      |   |
| 中醫師姓名                                               |      | 中醫師姓名   |        |   |
| 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：參與本方案醫事人員，應依相關規定向當地衛生主管機關報備支援(藥事人員應向保險人分區業務組報備)。

院所印章：

負責醫師簽章：

# 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照護機構中醫醫療照護方案 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

☐ 補診，於 ☐ 月 日 時起至 月 日 時

☐ 月 日 時起至 月 日 時

☐ 月 日 時起至 月 日 時

☐ 月 日 時起至 月 日 時

合計 天 小時。

支援照護機構名稱：

支援照護機構代號：

執業地點： 縣市 鄉鎮區

院所名稱：

健保代號：

支援醫師簽名：

日期：中華民國 年 月 日

印

印

休診及補診規範：

1. 依「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」之第九項醫療服務提供方式辦理。
2. 本休診單應於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組備查並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向中醫師公會全聯會及保險人分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。

## 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<br>姓名 | 醫事人員<br>身分證字號 | 支付別                                                                                                                                                                                                               | 日期    | 服務地點       | 服務<br>時段 | 服務<br>時數 | 診療<br>人次 | 申請<br>金額 |
| 1         |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 2         |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 3         |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 4         |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 5         |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 6         |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 7         |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 8         |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 9         |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 10        |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 11        |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 12        |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 13        |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 14        |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 15        |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 小計        |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 總<br>表    | 項目<br>支付表  | 申請次數          | 服務時數                                                                                                                                                                                                              | 診療人次  | 每次<br>申請金額 | 申請金額總數   |          |          |          |
|           | P6901C     |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
|           |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
|           | 總計         |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 負責醫師姓名：   |            |               | 一、編號：每月填送均自1號起編。總表欄：於最後一頁填寫。<br>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。<br>三、診療人次：填寫當次診療之人次。<br>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」。<br>填表日期：    年    月    日 |       |            |          |          |          |          |
| 醫事服務機構地址： |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 電話：       |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |
| 印信：       |            |               |                                                                                                                                                                                                                   |       |            |          |          |          |          |

