

2013中醫健保執業手冊

個人資料

姓名： _____

手機： _____

院所名稱： _____

院所地址： _____

院所電話： _____

院所醫事機構代號： _____

目錄 CONTENTS

壹、全民健康保險醫療辦法	1
貳、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法	10
參、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準	30
肆、102年度中醫門診總額一般部門預算分配方 式試辦計畫	52
伍、全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門診照 護計畫.....	68
陸、行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組中 醫門診總額抽樣抽審實施方案.....	80
柒、全民健康保險中醫門診總額專業審查不予支 付理由代碼	87
捌、全民健康保險醫療費用審查注意事項.....	91
玖、102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.....	100
醫師執業登記及繼續教育辦法.....	108
廠商名錄	116

全民健康保險醫療辦法

第1條

本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十條第二項規定訂定之。

第2條

全民健康保險（以下稱本保險）保險對象之就醫程序、就醫輔導、保險醫療服務提供方式及其他醫療服務必要事項，依本辦法之規定。

第3條

保險對象至特約醫院、診所或助產機構就醫或分娩，應繳驗下列文件：

- 一、全民健康保險憑證（以下稱健保卡）。
- 二、國民身分證或其他足以證明身分之文件。但健保卡已足以辨識身分時，得免繳驗。

前項第二款文件，於未滿十四歲之保險對象，得以戶口名簿、戶籍謄本等影本或其他足以證明身分之相關文件代之。

保險對象至第一項以外之保險醫事服務機構接受醫療服務，除應繳驗第一項之文件外，並應繳交特約醫院、診所交付之處方。

保險對象有接受居家照護服務必要時，應由特約醫事服務機構診治醫師先行評估，開立居家照護醫囑單，並由各該醫院、診所逕向設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構提出申請。



第4條

保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給符合醫療法施行細則規定之收據；保險對象於就醫之日起十日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。

保險對象因無力繳納保險費，於保險人暫行停止保險給付期間，具有下列情形之一者，得檢附戶籍所在地村（里）長出具之清寒證明書，以保險對象之身分先行就醫；因情況特殊取得清寒證明書顯有困難者，得由就醫之保險醫事服務機構先行治療：

- 一、因傷病須急診就醫或住院醫療。
- 二、因罹患非立即就醫將危及生命之急症，或本保險重大傷病等急重症，須門診治療。

第5條

因不可歸責於保險對象之事由，致保險對象未能依前條規定期限內，補送應繳驗之證明文件時，得檢附保險醫事服務機構開具之保險醫療費用項目明細表及收據，依本法第五十六條規定，向保險人申請核退自墊醫療費用。

第6條

特約醫院、診所應將門診處方交由保險對象，自行選擇於該次就醫之特約醫院、診所或其他符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。

特約醫院、診所限於專長或設施不足，對於需轉由其他保險醫事服務機構提供調劑、檢驗、檢查、處置等服務之保險對象，應開立處方，交其前往其他保險醫事服務機構，接受醫療服務。

前項檢驗、檢查之提供，得改開給保險對象轉檢單，提供轉檢服務；或開立代檢單，以採取檢體之委託代檢方式辦理。

第7條

保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核其本人依第三條第一項應繳驗之文件；如有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。但須長期服藥之慢性病人，有下列特殊情況之一而無法親自就醫者，以繼續領取相同方劑為限，得委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，再開給相同方劑：

- 一、行動不便，經醫師認定或經受託人提供切結文件。
- 二、已出海，為遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務，經受託人提供切結文件。
- 三、其他經保險人認定之特殊情形。

第8條

保險醫事服務機構於提供門診、急診或住院之診療服務或補驗健保卡時，應於健保卡登錄就醫紀錄及可累計就醫序號之就醫類別一次後發還。

前項診療服務屬同一療程者，應僅登錄可累計就醫序號之就醫類別一次，如為同一醫師併行其他診治，亦不得再重複登錄。



前項同一療程，指下列診療項目，於一定期間施行之連續治療療程：

- 一、以三十日內治療為療程者：洗腎、精神疾病社區復健治療、精神科心理治療、精神科活動治療、精神科職能治療、高壓氧治療、減敏治療、居家照護及其他經保險人指定之診療項目。
- 二、自首次治療日起至三十日內，六次以內治療為療程者：西醫復健治療、皮症照光治療、簡單傷口換藥、非化學治療藥物同一針劑之注射、同牙位治療性牙結石清除、同牙位牙體復形（補牙）、同牙位拔牙治療、術後拆線、尿失禁電刺激治療、骨盆肌肉生理回饋訓練、肺復原治療、中醫針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者及其他經保險人指定之診療項目。
- 三、自首次治療日起六十日內治療為療程者：牙醫同部位之根管治療。同一療程最後治療日為例假日者，順延之。

第9條

保險醫事服務機構於保險對象有下列情形之一者，應於其健保卡登錄就醫紀錄，但不得登錄為可累計就醫序號之就醫類別：

- 一、出院。
 - 二、接受同一療程內第二次以後之診療。
 - 三、接受排程檢查、排程檢驗、排程治療、排程手術或轉檢服務。
 - 四、接受第三條第四項之醫療服務。
- 前項排程檢查、排程檢驗、排程治療、排程手術或轉檢之檢查過程中，因病情需要併行相關處置，得視同另次診療，登錄可累計就醫序號之就醫類別一次

第10條

特約醫院於保險對象辦理住院手續時，除精神科日間住院外，應留置其健保卡，於其出院時發還。保險對象入住慢性醫院或精神科醫院，如因不同診療科別疾病，經診治之醫師研判確須立即接受診療，而該醫院並無設置適當診療科別以提供服務時，得將健保卡交還給保險對象，供其外出門診；透析病人住院期間，經診治之醫師認定確須立即接受透析，而該醫院無法提供透析之服務時，亦同。

保險對象住院期間，入住之特約醫院不得以門診方式提供其醫療服務。但入住之特約醫院限於設備或專長不足，無法提供完整之檢驗（查）時，得以轉（代）檢方式，委託其他特約醫事服務機構提供檢驗（查）服務。

第11條

保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院：

- 一、可門診診療之傷病。
- 二、保險對象所患傷病，經適當治療後已無住院必要。

第12條

特約醫院對於住院治療之保險對象經診斷認為可出院療養時，應即通知保險對象。保險對象拒不出院者，有關費用應由保險對象自行負擔。

第13條

保險對象住院後，不得擅自離院。因特殊事故必須離院者，經徵得診治醫師同意，並於病歷上載明原因及



離院時間後，始得請假外出。晚間不得外宿。
未經請假即離院者，視同自動出院。

第14條

保險對象罹患慢性病，經診斷須長期使用同一處方藥品治療時，除管制藥品管理條例所規定之第一級及第二級管制藥品外，醫師得開給慢性病連續處方箋。
前項慢性病範圍，如附表。
同一慢性病，以開一張慢性病連續處方箋為限。

第15條

保險對象持特約醫院、診所醫師交付之處方箋，應在該特約醫院、診所調劑或選擇至特約藥局調劑。但持慢性病連續處方箋者，因故無法至原處方醫院、診所調劑，且所在地無特約藥局時，得至其他特約醫院或衛生所調劑。
前項處方箋以交付一般藥品處方箋及管制藥品專用處方箋併用時，保險對象應同時持二種處方箋調劑。

第16條

保險醫事服務機構診療保險對象，有本法第四十七條應自行負擔之住院費用，第五十一條或第五十二條規定不給付項目或情形者，應事先告知保險對象。

第17條

保險對象完成診療程序後，保險醫事服務機構應依本法規定，向保險對象收取其應自行負擔之費用，並開給符合醫療法施行細則規定之收據及依藥事法規定為藥袋標示，其無法標示者，應開給藥品明細表。
特約醫院、診所當次診療，未開立藥品處方或處方為交付調劑者，得免開給藥品明細表。

第18條

保險對象至保險醫事服務機構就醫時，應遵行下列事項：

- 一、遵守本保險一切規定。
- 二、遵從醫事人員有關醫療上之囑咐。
- 三、不得任意要求檢查（驗）、處方用藥或住院。
- 四、住院者，經特約醫院通知無住院必要時，應即出院。
- 五、依規定繳交應自行負擔之費用。

第19條

保險對象需要輸血及使用血液製劑時，應優先使用其家屬、親友捐贈或捐血機構供應之血液及其製劑。

因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血及使用血液製劑，而捐血機構無庫存血液及其製劑供應時，特約醫院、診所得向評鑑合格醫院之血庫調用捐血機構之血液及其製劑。

第20條

保險對象住院，以保險病房為準；其暫住之病房等級低於保險病房時，不得要求補償差額；暫住之病房等級高於保險病房時，亦不得要求補助差額。

特約醫院應優先提供保險病房，若限於保險病房使用情形，無法提供保險病房時，應經保險對象同意，始得安排入住非保險病房，並應事先告知其應自付之病房費用差額；其後保險病房有空床時，特約醫院並應依保險對象之請求，將其轉入保險病房，不得拒絕。保險對象不同意自付病房費用差額者，特約醫院應為其辦理轉院或另行排定及通知其入住保險病房。



第21條

本保險病房費用，自保險對象住院之日起算，出院之日不算。

第22條

本保險處方用藥，每次以不超過七日期用量為原則；對於符合第十四條第二項慢性病範圍之病人，得按病情需要，一次給予三十日以內之用藥量。

第23條

本保險處方箋有效期間，自處方箋開立之日起算，一般處方箋為三日（遇例假日順延），慢性病連續處方箋依各該處方箋給藥日數計，至多九十日；處方箋逾期者，保險醫事服務機構不得調劑。

同一慢性病連續處方箋，應分次調劑；每次調劑之用藥量，依前條規定。

第24條

保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑。

前項保險對象如預定出國、返回離島地區、為遠洋漁船船員出海作業、國際航線船舶船員出海服務或罕見疾病病人，得於領藥時出具切結文件，一次領取該慢性病連續處方箋之總給藥量。

第25條

醫師處方之藥物如未註明不可替代，藥師（藥劑生）得以相同價格或低於原處方藥物價格之同成分、同劑

型、同含量其他廠牌藥品或同功能類別其他廠牌特殊材料替代，並應告知保險對象。

第26條

為保障保險對象用藥安全，藥劑之容器或包裝上應載明保險對象姓名、性別、藥品名稱、數量、天數、劑量、服用方法、調劑地點、名稱、調劑者姓名及調劑年、月、日等資料。

第27條

保險對象如有重複就醫或不當利用醫療資源之情形，保險人應予以輔導，進行就醫行為瞭解、提供適當醫療衛教、就醫安排及必要之協助，並得依其病情指定其至特定之保險醫事服務機構接受診療服務。

前項保險對象未依保險人輔導，於指定之保險醫事服務機構就醫者，除情況緊急外，不予給付。

第一項輔導，得以郵寄關懷函、電訪、訪視或運用相關社會資源等方式進行。

第28條

本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。但第六條、第七條、第十條、第二十四條自發布日施行。



全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法

第一章 總則

第一條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第六十六條第一項及第六十七條第一項規定訂定之。

第二條 保險醫事服務機構之特約及管理，應依公平、對等、尊重及互信原則為之。

第二章 特約之申請及審核

第三條 符合附表所定，領有開業執照之醫事機構，於向保險人申請特約為保險醫事服務機構時，應檢具該附表所定相關文件。

保險人應於受理前項申請後三十日內完成審查，必要時得延長三十日，並應通知申請人。

聯合診所以外之基層醫療單位，其負責醫師具有醫師、中醫師或牙醫師多重醫事人員資格者，僅得依其執業執照登記之類別，申請特約。

第四條 申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，不予特約：

- 一、違反醫事法令，受停業處分期間未屆滿，或受罰鍰處分未繳清。
- 二、違反全民健康保險（以下稱本保險）有關法令，經停止特約（以下稱停約）或終止特約，期間未屆滿，或受罰鍰處分未繳清。
- 三、與保險人有未結案件，且拒絕配合辦結。
- 四、對保險人負有債務未結清，且不同意由保險人於應支付之醫療費用中扣抵。
- 五、負責醫事人員因罹患疾病，經保險人實地訪查，並請相關專科醫師認定有不能執行業務之情事。
- 六、負責醫事人員執業執照逾有效期限，未辦理更新。
- 七、容留受違約處分尚未完成執行之服務機構之負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員。

第五條 申請特約之醫事機構或其負責醫事人員有下列情事之一者，於五年內不予特約：

- 一、同址之機構最近五年內，受停約或終止特約二次以上。
- 二、終止特約執行完畢後五年內，再次受停約或終止特約。
- 三、停約執行完畢後五年內，再次受終止特約或停約二次以上。



前項情事，已逾五年，經予以特約後，再有前項各款情事之一，不予特約。

醫事機構之部分服務項目或科別，經保險人實地訪查認有違反本保險規定之情事，或有具體事實認有違反本保險規定之虞者，於該情事或具體事實未消失前，得僅就該部分之服務項目或科別，不予特約。

第一項各款所定情事，屬部分服務項目或科別停約或終止特約者，應以五年內計達五次或同一服務項目或科別計達三次，始於五年內不予特約。

第六條 負有前條第一項第二款、第三款所定情事行為責任之醫事人員，於任何保險醫事服務機構對保險對象提供服務之費用，本保險不予支付。

第七條 醫事機構申請特約，經審查合格後，保險人應與保險醫事服務機構依第二條所定之原則簽訂契約。

前項契約應以定型化方式為之，其內容應每年檢討一次，如有修正，自下次續約日起適用。

醫事機構內之負責醫事人員或執業醫師、藥師（藥劑生）、物理治療師（生）、職能治療師（生）、醫事檢驗師（生）、醫事放射師（士），於其申請特約日前五年內，未有第三十八條、第三十九條、第四十條或第

四十七條所定情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日起十五個工作天者，特約生效日得追溯至開業執照核發日起算。

第八條 前條特約契約之效期為三年，效期期滿，保險醫事服務機構符合下列條件，未以書面通知保險人終止特約時，保險人得依本辦法規定續約之：

- 一、未有本辦法所定不予特約之情事。
- 二、特約期間未受違約記點，或曾受違約記點，已完成改善。
- 三、特約期間曾受停約，期滿後已完成改善。
- 四、依本法規定受罰鍰處分，其罰鍰已繳清。
- 五、未有第四條、第五條或第四十五條所定情事。

第九條 醫院申請辦理保險住院給付之特約，應經醫院評鑑通過。精神復健醫事機構申請辦理精神疾病患者社區復健服務之特約，應經醫事機構評鑑通過。

前項醫院於評鑑效期屆滿，經再評鑑結果動時，保險人應依其動後之評鑑結果，核定變更特約保險給付等級；未再參加評鑑或經再評鑑未通過時，其特約類別應變更為基層醫療單位。

新設立之醫院未及參加當年主管機關依法令



規定辦理之評鑑時，得由保險人參照醫院評鑑基準，專案認定其特約保險給付等級。除醫院以外之保險醫事服務機構依法令規定應參加中央衛生主管機關辦理之評鑑或訪查，經評定不合格或應參加而未參加時，應予終止特約。

第三章 保險醫事服務機構之規範

第十條 保險醫事服務機構應將全民健康保險醫事服務機構之標誌，懸掛於明顯處所。

保險醫事服務機構於停約或終止特約期間，應將前項標誌卸除。但停約或終止特約為部分服務項目或科別者，保險醫事服務機構應於掛號處所（含網 網頁）及其他明顯處所告示停約或終止特約之項目及期間。

第十一條 保險醫事服務機構提供保險對象醫療服務，應開給符合醫療法施行細則規定之收據，並於醫療費用收據上列印保險對象當次就醫之保險憑證就醫序號。

第十二條 保險醫事服務機構對於因故未能及時繳驗保險憑證或身分證件之保險對象，除應先提供其醫療服務外，並應留存繳費、退費紀錄。

第十三條 本保險給付之項目，保險醫事服務機構除依第十四條規定收取費用外，其他不得囑

保險對象付費或自購藥劑、治療材料或自費檢查；亦不得應保險對象要求，提供其非醫療必要之服務及申報費用。

第十四條 保險醫事服務機構提供保險對象應自付差額之特殊材料，應向保險對象收取費用，並依下列規定辦理：

一、收費標準，應先報請所在地之衛生主管機關核定。

二、應自付差額之特殊材料品項及其費用、產品特性、副作用、與本保險已給付品項之療效比較，應公布於服務機構網際網 或明顯之處所。

三、除緊急情況外，應於手術或處置前二日，將相關 明書交付予病患或其親屬，同時應向病患或其親屬詳細解 釋，並由病患或其親屬填寫自付差額之同意書一式 份，一份交由病患收執，一份併同病歷保存。

前項第三款 明書應載明自付差額品項費用及其產品特性、使用原因、應注意之事項、副作用，與本保險給付品項之療效比較等。同意書應載明自付差額品項名稱、品項代碼、醫療院所單價、數量及自付之差額。

第十五條 保險醫事服務機構提供保險對象本保險給付之手術、檢查及處置時，非因情況緊急



或不可預期之情形，不得於手術、檢查及處置實施過程中徵詢或請病人、親屬使用本保險不給付之項目。

第十六條 保險醫事服務機構依本保險提供服務之有關帳冊、簿據之記載，應與向保險人申報者相符，並應保存五年。

第十七條 保險醫事服務機構之負責醫事人員因故不能執行業務逾三十日時，除已依其他法令報請原發開業執照機關備查者外，應自逾三十日之日起十日內，報請保險人備查；備查事項變更時，亦同。

第十八條 保險醫事服務機構名稱變更，或公立醫療機構、醫療法人之醫療機構或法人附設之醫療機構變更負責醫師時，應檢具衛生主管機關核發之開業執照影本，向保險人辦理變更。

第十九條 保險人因保險有關業務之必要，得對保險醫事服務機構進行實地訪查。

第二十條 診所申請特約辦理本保險分娩給付，應經所在地衛生主管機關核准設置門診手術室、產房、嬰兒室及觀察病床；未設置門診手術室者，不得申請剖腹產給付。

第二十一條 保險醫事服務機構得報經所在地衛生主管機關之許可，並報經保險人同意，指派醫師及必要之醫事人員至立案之老人安養、養護機構或身心障礙福 機構、護

理之家（以下稱照護機構），提供保險一般門診及復健診療服務，並以符合下列條件為限：

- 一、保險醫事服務機構提供一般門診診療服務應為特約醫院及診所；提供復健診療服務應為特約醫院及復健科診所。
- 二、於提供復健治療服務時，應依服務類別，指派符合醫療服務給付項目及支付標準規定之專科醫師及物理、職能、語言或聽 治療師（生）。
- 三、照護機構內設有符合醫療機構設置標準規定之診療空間（設施）；於辦理復健治療服務時，應依服務類別，設有符合物理、職能、語言或聽 治療所設置標準規定之設施。
- 四、應將照護機構內保險對象名冊，報經保險人備查。其名冊應每月更新一次。

前項保險醫事服務機構有違規情事者，保險人得不予許可其申請支援服務。

第二十二條 前條保險醫事服務機構指派醫師及必要之醫事人員，服務時段限制如下：

- 一、保險醫事服務機構之醫師提供一般門診及復健診療服務，每週合計以



三個時段為限；復健治療人員提供復健治療服務，每週合計以三個時段為限。

二、保險醫事服務機構之醫師提供收住達三百人以上之住宿型身心障礙福機構之一般門診及復健診療服務，每週合計以六個時段為限；復健治療人員提供復健治療服務，每週合計以六個時段為限。

三、保險醫事服務機構經核可至照護機構，提供保險一般門診及復健診療服務期間，其他保險醫事服務機構對同一照護機構，不得再申請本項服務。但科別不足之保險醫事服務機構，得商請其他之保險醫事服務機構共組團隊，前往照護機構提供整合性之醫療服務，並由主要保險醫事服務機構申報費用及管理其病歷。

前項情形，同一時段提供診療服務之醫師、復健治療人員，各以一名為限。但屬於提供早療服務之照護機構，同一時段提供治療服務之復健治療人員，至多三名為限。

第二十三條 特約醫院聘有復健科、骨科或整形外科專任專科醫師、物理治療師及職能治療

師，且其處方及裝配之義肢，符合藥事法令規定者，得予保險給付。但經依本辦法中華民國九十九年九月十五日修正施行前之規定認可者，得適用修正施行前之規定。

第二十四條 保險醫事服務機構之醫師於執業處所外，為保險對象提供之醫療服務，非依法令規定，經報准支援及報經保險人同意，本保險不予給付。

保險醫事服務機構得報經保險人同意，指派其所屬醫事人員至山地、島地區，以巡迴醫療方式為保險對象提供服務。

第二十五條 保險醫事服務機構不得無故拒絕為保險對象提供醫療服務，並不得向保險對象收取保證金。

第二十六條 保險醫事服務機構間辦理保險對象之轉介（診），應依其醫療需要為之。

提供保險對象住院診療之保險醫事服務機構，於其病情穩定，應出院或轉送慢性病房者，應予適當之處置及協助。

第二十七條 特約醫院或診所得委託特約醫事檢驗所或特約醫事放射所辦理相關檢驗、檢查業務。

特約物理治療所或職能治療所依物理治療師法或職能治療師法規定之業務範圍提供服務，應依特約醫院或診所之復健



科、神經科、骨科、神經外科、整形外科或內科專科醫師開具之處方為之。

前項內科專科醫師應經保險人認可之具有風濕病診療專長。

第二項之職能治療所亦得依精神科專科醫師就其業務範圍開具之處方為之。

第二十八條 開業執照載有居家護理服務之護理之家，為其收容之保險對象提供居家照護，得申請該服務給付。

第四章 保險病房之設置

第二十九條 本法第四十七條所稱急性病房，指設有急性一般病床、隔 病床、特殊病床或精神急性一般病床之病房。

第三十條 本法第四十七條所稱慢性病房，指設有慢性一般病床（含慢性結核病床、漢生病病床）或精神慢性一般病床之病房。

第三十一條 特約醫院之病床，除應經所在地衛生主管機關核准登記外，應向保險人報請備查。

第三十二條 本法第六十七條第一項所稱保險病房，指特約醫院提供保險對象住院診療，未收取病房費差額之病房。

除下列病床外，保險醫事服務機構不得向保險對象收取病房費差額：

一、每病室設二床以下之急性病房。

二、每病室設二床以下之慢性病房。

第三十三條 特約醫院保險病房之病床數，其占總病床之比率，於公立醫院之醫學中心、區域醫院、地區醫院應分別達百分之七十五以上；於非公立醫院應分別達百分之六十以上。

前項比率，急性病房及慢性病房應分別計算之；其因硬體設施限制，未能符合者，應於六個月內，專案提改善計畫報保險人核定。

第三十四條 特約醫院應於其住院櫃檯及其網際網頁明顯標示其設置之總病床數、各類病床之每日占床數及空床數、保險病床數及其比率、收取差額之病床數及其差額數等資料，並於其病房護理站明顯標示該病房之前述各項資料。

第五章 保險醫事服務機構之管理

第三十五條 保險醫事服務機構有下列情事之一，保險人應通知其限期改善：

一、未依規定登錄保險對象之保險憑證及上傳保險對象之就醫資料者。

二、未協助保險人有關代辦 工保險職業傷病醫療給付及強制汽 責任保險代



位求償所需表單之收繳、填報等事宜者。

- 三、藥價調查申報資料錯誤，非屬故意者。
- 四、其他違反特約事項，非屬情節重大者。

- 第三十六條 保險醫事服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點一點：
- 一、未依醫事法令或本保險相關法令之規定辦理轉診業務。
 - 二、違反第十條至第十四條、第十六條至第十七條、第二十五條、第三十二條第二項、第三十三條或第三十四條規定。
 - 三、未依全民健康保險醫療辦法規定，核對保險對象就醫文件。但急診等緊急醫療事件於事後補繳驗保險憑證者，不在此限。
 - 四、未依本保險規定，退還保險對象自墊之醫療費用。
 - 五、未依本法之規定向保險對象收取其應自行負擔之費用或申報醫療費用。
 - 六、不當招攬病人接受本保險給付範圍之醫事服務，經衛生主管機關處分。

七、不當向保險對象收取自付差額品項之費用，超過保險人所訂之差額上限者。

八、違反本法第七十三條之規定者。

九、經保險人通知應限期改善而未改善。

第三十七條 保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：

一、未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。

二、未經醫師診斷逕行提供醫事服務。

三、處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載。

四、未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用。

五、申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。

六、容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務。

前項應扣減金額，保險人得於應支付保險醫事服務機構之醫療費用中逕行扣抵。

第三十八條 保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月。但



於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月：

- 一、違反本法第六十八條、第八十條第一項規定，經保險人分別處罰三次後，再有違反。
- 二、違反依第三十六條規定受違約記點三次後，再有違反。
- 三、經扣減醫療費用三次後，再有前條規定之一。
- 四、拒絕對保險對象提供適當之醫事服務，且情節重大。

第三十九條 保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約一個月至三個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一個月至三個月：

- 一、以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用。
- 二、以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。
- 三、未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。
- 四、其他以不正當行為或以虛偽之證

明、報告或陳述，申報醫療費用。

五、保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用。

第四十條 保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一年：

- 一、保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停約，經執行完畢後五年內再有前條規定之一。
- 二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。
- 三、違反醫事法令，受衛生主管機關廢止開業執照之處分。
- 四、保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用，情節重大。
- 五、停約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他保險醫事服務機構申報該服務費用。
- 六、依第一款至前款規定，受終止特約或停約一年，期滿再申請特約後，經查



於終止特約或停約一年期間，有前款所定情事。

依前項規定終止特約者，自終止之日起一年內，不得再申請特約。

第四十一條 保險人對保險醫事服務機構有本法第八十一條第一項規定行為，依前條第一項第二款、第四款所為之處分，應就其服務機構名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實等公告於保險人網站，其公告期間為自處分發文日起至處分執行完畢。

第四十二條 依第三十八條至第四十條規定所為之停約或終止特約，有嚴重影響保險對象就醫權益之虞或為防止、除去對公益之重大危害，保險醫事服務機構得報經保險人同意，僅就受處分範圍，以保險人第一次處分函發文日期之該保險醫事服務機構前一年受處分之診療科別、服務項目或全部或一部之門診、住院業務申報量及各該分區總額最近一年已確認之平均點值核算扣減金額，抵扣停約或終止特約期間。

前項抵扣停約或終止特約期間之規定，於本辦法九十九年九月十五日修正施行前，違反規定且未完成執行之案件，得

適用之。

第四十三條 第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：

- 一、違約虛報點數超過十萬點，並有發給保險對象非醫療必要之藥品、營養品或其他物品。
- 二、違約虛報點數超過十萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。
- 三、違約虛報點數超過十五萬點，並有虛報保險對象住院診療。
- 四、違約虛報點數超過二十五萬點。

第四十四條 保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；歇業或遷址者，應予終止特約。但於同一鄉（鎮、市、區）遷址，檢具動後之開業執照影本通報保險人者，不在此限。

第四十五條 保險醫事服務機構於特約期間，有下列情事之一者，應予終止特約：

- 一、違反醫事法令規定，經衛生主管機關廢止開業執照處分。
- 二、第五條第一項第二款或第三款之一。



第四十六條 保險醫事服務機構於保險人或其他機關訪查前，主動向保險人通報有申報不正確或向其他機關坦承等情事，並繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用第三十七條至第四十條之規定；其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，有前開之情事者，亦同。

第四十七條 保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。

前項受不予支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。

第四十八條 保險醫事服務機構不服保險人依本辦法規定處置所為之通知時，得於收受通知後三十日內，以書面申請複核，但以一次為限。

保險人應於收到前項申請書後三十日內重行審核，認為有理由者，應變更或撤銷原處置。

第六章 附則

第四十九條 保險醫事服務機構積欠保險費或滯納

金，經通知仍未繳納者，保險人得以應支付之醫療費用抵扣。

- 第五十條 第四十五條第二款違約計，自本辦法九十一年十二月三十日修正施行之日前已核定停止特約、終止特約者，不計入計。第五條第一項第二款、第三款、第四項及第四十五條第二款停約及終止特約之計算於本辦法九十九年九月十五日修正施行前之違規事項，每一保險醫事服務機構或醫事人員以一次計；同時受停約及終止特約處分者，停約不列計。
- 第五十一條 依本辦法所為之裁處，應審酌裁量違反行政法上義務行為、目的、應受責難程、所生影響，作為違約處理之基準。
- 第五十二條 本辦法自中華民國一百二年一月一日施行。



全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第四部 中醫

通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、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、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：
 - （一）經中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
 - 1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次／（當月專任中醫師數*23日）】
 - 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為50人（含）以下，申報編號A82、A83、A84、A85。
 - 3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出50人以上，申報編號A86、A87、A88、

A89。

- (二) 未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。
- 三、針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94)。
- 四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。
- 五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每月上限為16人次(每月申報日數計算方式：每月申報日數超過26日者以26日計；另屬全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之醫療資源不足地區，每月以實際看診日數計)。
- 六、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、脫臼整復及針灸（合併傷科）治療處置費（編號：B41、B43、B45、B53、B55、B62、B80、B82、B85、B87、B90、B92）上限為三十人次，超出三十人次部分者五折支付。

七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸（合併傷科）治療合計申報量在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44、B46、B54、B56、B57、B61、B63、B81、B83、B84、B86、B88、B89、B91、B93、B94者，九折支付，四十六人次以上，編號：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94者，支付點數以零計。

八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸（合併傷科）治療合計申報量 =（當月針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置總人次／當月專任中醫師總看診日數）。

九、三歲（含）以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費 (一)中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤50)	
A82	--看診時聘有護理人員在場服務者	280
A83	--看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	310
A84	--看診時未聘有護理人員在場服務者	270
A85	--看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	300
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(>50)	
A86	--看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	--看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A88	--看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	--看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230



編號	診療項目	支付點數
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量在二十五人次以下部分(≤25)	
A01	一看診時聘有護理人員在場服務者	320
A11	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350
A02	一看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A12	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340
	2. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過二十五人次，但在五十人次以下部分(26-50)	
A03	一看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	260
A04	一看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	250
	3. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)	
A05	一看診時聘有護理人員在場服務者	160

編號	診療項目	支付點數
A15	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A06	一看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
A07	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(70-150)	90
A17	一開具慢性病連續處方	120
A08	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五〇人次部分(>150)	50
A18	一開具慢性病連續處方	80
	6.山地離島地區	
A09	一看診時聘有護理人員在場服務者	320
A19	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350
A10	一看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A20	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340
	註：1.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。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。	



編號	診療項目	支付點數
A20	<ol style="list-style-type: none">2. 針灸、傷科及脫臼整復同療程第二次以後之就醫亦併入每日門診量內計算。3. 支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。4. 開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。5. 支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。6. 每月申報日數計算方式：一般門診診察費申報第（一）項者，每月申報日數超過23日者以23日計；一般門診診察費申報第（二）項者，每月申報日數超過26日者以26日計；中醫總額支付制度受託單位與保險人認定之醫療資源不足地區，每月以實際看診日數計。	340
A90	<p>一初診門診診察費加計</p> <p>註：1. 限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。</p> <ol style="list-style-type: none">2. 限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。3. 院所申報初診案件數以每月申報診察費不為0之就醫病人ID歸戶人數之10%為最高申請件數。	50

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
A21	<p>每日藥費</p> <p>註：1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。</p> <p>2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。</p>	30

第三章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
A31	<p>藥品調劑費</p> <p>－修習中藥課程達適當標準之藥師調劑</p>	20
A32	<p>－中醫師親自調劑</p> <p>註：1.未開藥者不得申報藥品調劑費。</p> <p>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。</p>	10



第四章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
	針灸治療處置費（含材料費）	
B41	—另開內服藥	200
B42	—未開內服藥 註：未符合「中醫醫療院所針灸標準作業程序」，其所申報未開內服藥之針灸治療處置費(支付標準代碼B42) 9成支付（新開立之健保特約院所二個月內除外）。	200
	電針治療	
B43	—另開內服藥	200
B44	—未開內服藥 註：限符合「中醫醫療院所針灸標準作業程序」並經中醫總額受託單位審查認證合格之中醫特約醫事服務機構申報。	200
	複雜性針灸治療	
B45	—另開內服藥	280
B46	—未開內服藥 註1：申請資格限本保險特約中醫醫事服務機構於96年度起通過「中醫醫療院所加強感染控制」及「針灸作業標準程序」者。 註2：申報與審查方式依附表4.4.1規定辦理。 註3：本項申報適應症請詳附表4.4.2。	280

第五章 傷科治療

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
B53	傷科治療處置費（含材料費） — 另開內服藥	200
B54	— 未開內服藥 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、腕部橈側腕伸肌炎等。 (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。	200
B55	複雜性傷科治療 — 另開內服藥	280
B56	— 未開內服藥	280
B57	— 骨折、脫臼整復第一線復位處置治療 註：1.申請資格限本保險特約中醫醫事服務機構於96年度起通過「中醫醫療院所加強感染控制」者。 2.申報與審查方式依附表5.5.1規定辦理。 3.本項申報適應症請詳附表 5.5.2。 4.B57「骨折、脫臼整復第一線復位處置治療」係指該患者受傷部位初次到醫療院所做接骨、復位之處理治療，且不得與B61併同申報。	450



第六章 脫臼整復費治療處置

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
B61	脫臼整復費（含材料費） —同療程第一次就醫	300
B62	—同療程複診，另開內服藥	200
B63	—同療程複診，未開內服藥	200

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費 註：1.申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。 2.前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報。 3.前項中醫特約醫事服務機構限依據行政院衛生署中醫藥委員會中醫評鑑合格之中醫特約醫事服務機構。 4.申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載（應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告）。 5.B71、B72每項每位病人每月限申報一次。	500

第八章 針灸（合併傷科）治療

通則：1.限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

2.以下各診療項目適用其內含單項診療項目之各項規範

編號	診療項目	支付點數
	針灸（合併傷科）治療（含材料費）	
B80	－另開內服藥	200
B81	－未開內服藥	200
	針灸（合併複雜性傷科）治療（含材料費）	
B82	－另開內服藥	280
B83	－未開內服藥	280
B84	－骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	450
	電針（合併傷科）治療（含材料費）	
B85	－另開內服藥	200
B86	－未開內服藥	200
	電針（合併複雜性傷科）治療（含材料費）	
B87	－另開內服藥	280
B88	－未開內服藥	280
B89	－骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	450



編號	診療項目	支付點數
	複雜性針灸（合併傷科）治療（含材料費）	
B90	— 另開內服藥	280
B91	— 未開內服藥	280
	複雜性針灸（合併複雜性傷科）治療（含材料費）	
B92	— 另開內服藥	280
B93	— 未開內服藥	280
B94	— 骨折、脫臼整復第一線復位處置治療 註：B84、B89、B94係指該患者受傷部位初次到醫療院所做針灸合併接骨、復位之處理治療，且不得與B57、B61併同申報。	450

附表4.4.1複雜性針灸申請給付原則

一、醫療費用支付方式：

- (1)複雜性針灸適應症之定義為需為附表4.4.2所列之重大傷病及癩癩病名。
- (2)本專案依全民健康保險醫療費用中醫部門支付標準申報，案件類別為26案件（不列入針灸SOP加成）。

二、申報與審查相關限制：

- (1)按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理執行審查。
- (2)病歷記載應依規定書寫，重大傷病應詳述記載重大傷病史及健保IC卡序號（12碼）。
- (3)抽審病歷視醫療院所與去年申報本方案所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。



附表4.4.2複雜性針灸適應症

icd-9	中文病名
140-208	惡性腫瘤（衍生出的相關符合針灸適應症）
225	腦瘤併發神經功能障礙（73）
290	（一）老年期及初老年期器質性精神病態【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】
293.1	（二）亞急性譫妄
294	（三）其他器質性精神病態
295	（四）精神分裂症
296	（五）情感性精神病
297	（六）妄想狀態
299	（七）源自兒童期之精神病
	小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者（其身心障礙等級在中度以上者）。
045.1	（一）急性脊髓灰白質炎併有其他麻痺者
343	（二）嬰兒腦性麻痺
344 + 138	（三）其他麻痺性徵候群（急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群）
358.0	重症肌無力症

icd-9	中文病名
	脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者（其身心障礙等級在中度以上者）
806	（一）脊柱骨折，伴有脊髓病灶
952	（二）無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
336	（三）其他脊髓病變
	急性腦血管疾病
430	（一）蜘蛛膜下腔出血
431、 432	（二）腦內出血
433、 434	（三）腦梗塞
435~437	（四）其他腦血管疾病
345	癲癇
註：重大傷病應詳述記載重大傷病史及健保IC卡序號（12碼）。	



附表5.5.1複雜性傷科申請給付原則

一、醫療費用支付方式：

- (1)複雜性傷科適應症之定義為需要附表5.5.2所列之傷病病名。
- (2)本專案依全民健康保險醫療費用中醫部門支付標準申報，案件類別為27案件。

二、申報與審查相關限制：

- (1)院所每月專任中醫師平均申報上限為16人次，超出部分依現行支付標準支付。
- (2)申報資格：凡健保特約中醫醫事服務機構96年度起通過「中醫醫療院所加強感染控制」者。
- (3)按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。
- (4)病歷記載應依規定書寫。
- (5)申報本方案醫療費用時主診斷碼需符合本方案之適應症ICD-9代碼。
- (6)抽審病歷視醫療院所與去年申報本方案所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表5.5.2複雜性傷科適應症

icd-9	中文病名
71119	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
71129	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
71639	更年期關節炎，多處部位
71659	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
71689	其他明示之關節病變，多處部位
71699	未明示之關節病變，多處部位
71809	關節軟骨疾患，多處部位
71849	關節緊縮，多處部位
71859	關節粘連，多處部位
71889	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
71899	未明示之關節障礙，多處部位
71939	復發性風濕，多處部位
71949	關節痛，多處部位
71959	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
71979	行走障礙，多處部位
71999	未明示之關節疾患，多處部位
7338	癒合不良及不癒合之骨折
73381	癒合不良之骨折
73382	不癒合之骨折



icd-9	中文病名
8000~8004	顱骨穹窿骨折
80100~80149	顱骨底部骨折
802.0及802.2	臉骨骨折
8024	顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性
8026	眶底閉鎖性骨折
8028	其他顏面骨閉鎖性骨折
8030~8034	其他及性質不明之顱骨骨折
8040-8044	多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者
80500~80508	脊柱骨折，閉鎖性
8060及8062	頸椎骨折，閉鎖性，
8064	腰椎骨折，閉鎖性
8066	骶骨及尾骨骨折，閉鎖性
8068	未明示之脊柱骨折，閉鎖性
8070	肋骨閉鎖性骨折
8072	胸骨閉鎖性骨折
8074	連枷胸（多條肋骨塌陷性骨折）
8075	喉部及氣管閉鎖性骨折
808.0	骨盆骨折
8080	髌臼閉鎖性骨折
8082	恥骨閉鎖性骨折
8084~80843	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
80849	骨盆之其他骨折，閉鎖性

icd-9	中文病名
809.0	診斷欠明之軀幹骨骨折
8090	軀幹骨骨折，閉鎖性
81000~81003	鎖骨閉鎖性骨折
81100~81103	肩胛骨骨折
81109	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
81200~81209	肱骨上端閉鎖性骨折
8122	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折
8124	肱骨下端骨折，閉鎖性
81241~81249	肱骨踝上骨折，閉鎖性
81300~81308	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
8132~81323	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
8134~81344	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
8138~81383	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
81400~81409	腕骨骨折
81500~81509	掌骨骨折
81600~81603	一個或多個手指骨骨折
8170	手骨之多處閉鎖性骨折
8190	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性
82000~82009	股骨頸骨折
8202~82022	經由粗隆之骨折，閉鎖性
8208	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
8210~82129	股骨骨折，閉鎖性



icd-9	中文病名
8220	閉鎖性髕骨之骨折
8230~82302	脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折
8232	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
82320	僅脛骨幹閉鎖性骨折
82321	僅腓骨幹閉鎖性骨折
82322	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
8238	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82380	僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折
82381	僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82382	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
8240~8248	閉鎖性踝骨折
8250	閉鎖性跟骨骨折
8252~82529	其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性
8260	閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折
8270	閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折
8280	閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及下肢與肋骨和胸骨者
8290	閉鎖性未明示部位之骨折
8310、8320、 8330、8340、 8350、8360、 8363、8365、 8370、8380、 8390、8392、 8394、8396	脱臼

icd-9	中文病名
9228	軀幹多處挫傷
9238	上肢多處挫傷
9244	下肢多處挫傷
9248	下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位置挫傷，他處未歸類者
92709	肩及上臂多處位置壓砸傷
9278	上肢多處位置壓砸傷
9288	下肢多處壓砸傷
929.0	多處及未明示位置之壓砸傷
9290	多處位置壓砸傷，他處未歸類者
9050	顱骨及面骨骨折之後期影響
9051	脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病灶者
9052	上肢骨折後期影響
9053	股骨頸骨折後期影響
9054	下肢骨折後期影響
9055	多處及未明示骨折之後期影響
9056	脫臼之後期影響
9598	其他明示位置之損傷，包括多處



102年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫

壹、依據：

全民健康保險醫療費用協定委員會101年12月14日第189次會議紀錄。

貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本試辦計畫。

參、試辦期間：

102年1月1日起至102年12月31日止。

肆、預算分配：

當年度中醫門診總額一般部門預算（不含品質保證保留款），按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區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%，其餘五分區（以下簡稱五分區）預算占率97.78%。
- 二、五分區各季預算分配方式如下（操作型定義詳附

件1)：

- (一) 78%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) 6%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
- (三) 5%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) 5%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」定義之中醫醫療院所，當季結算之醫療點數，除依一般部門結算外，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. 偏鄉定義為每萬人口中醫師數小於1.5人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之院所須排除各季月平均申請點數大於101年全國每月申請點數之平均值者（含）。
2. 同時符合中醫門診總額醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫之院所僅能擇一方案辦理。
3. 101年全國每月申請點數之平均值 = $\Sigma 101$ 年每月申請點數 / $\Sigma 101$ 年每月月底特約中醫醫療院所家數。申請點數為特約中醫醫療院所每月之申請點數。
4. 102年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以101年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

三、經上述第（一）款至第（六）款方式分配後，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

試辦計畫六分區總額事務之協調與管理。

- 二、中醫全聯會與全民健康保險保險人（以下稱保險人）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，負責本試辦計畫之管理、監控與檢討。

柒、監控與檢討

- 一、監控各分區預估點值：五分區預估平均點值低於0.9元時，請中醫全聯會立即進行檢討，提出改善對策。
- 二、保險人與中醫全聯會按季對醫療費用、品質與醫療資源分布及共管機制進行監控與檢討。

捌、本試辦計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。



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(Σ Ai1)

條件說明：

一、102年第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總

二、102年第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總

三、102年第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總

四、102年第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(Ai2)

條件說明：

一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）http://www.ris.gov.tw/gateway/population.cgi?s_code=m0&sheet0name=s8（首頁 > 人口資料庫 > 歷月人口統計 > 近期各月人口統計資料 > 各鄉鎮市區戶數及人口數統計表）

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(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：院所申報資料【不含職業災害（案件分類B6）案件）及中醫醫療照護試辦計畫（案件分類22）且任一特定治療項目代號為(C8,J7,CA)】，該費用年月次次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。
- 三、計算步驟：

- (一) 計算去年同期全局就醫人數(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(a)
- (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(Σ 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)/ 全局就醫人數(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(Σ K1)

四、舉例說明：

- (一) 本季全局就醫中醫病患有4人(p)。

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%+a3% +a4%)
台北	3	15.6667%	2	7.1429%	24	60.000%	0	0.0000%	0.83005
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%	0.42638
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%	0.91667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.6667%	1.02403
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%	0.40097
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%	0.39170
全局	18	100.000%	28	100.000%	40	100.000%	12	100.000%	4.00000

- (二) 計算(a)、(a%)、(T)



(三) 計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數 bau_p	各區每位病患之 就醫次數比率(T)	權值(K1) =T/P	扣除東區分局	權值(K2)
台北	3	0.838095	0.209524	0.209524	0.232241
北區	3	0.428968	0.107242	0.107242	0.118870
中區	2	0.916667	0.229167	0.229167	0.254014
南區	4	1.024603	0.256151	0.256151	0.283923
高屏	3	0.400397	0.100099	0.100099	0.110952
東區	3	0.391270	0.097817	-	-
全局	4 (p)		1.000000	0.992183	1.000000

指標 4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率(p)：以各區患者ID歸戶（以「季」及「人」為單位不重複計算），即（101年該季/100年同期）-1。
- 三、醫療費用點數成長率(r)：（101年該季申報醫療費用點數/100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總額一般部門申報醫療費用點數（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）、中醫醫療照護試辦計畫（案件分類22）且任一特定治療項目代號為(C8,J7,CA)
 註：C8（腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療）、J7（腫瘤患者手術化療放射線療法西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫）、CA（腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫）。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且p值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且r值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標 5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。

二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。

三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。

四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。

五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數

=各分區各鄉鎮市區中醫師數 \div (各分區各鄉鎮市區戶籍人口數 \div 10,000)

六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：

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

=-5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 \leq 全國平均值：

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



= +5%(m)* (各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

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

* 各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

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

= 各分區 \sum 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

* 成長率之計算係與前季季中比較。

指標 6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

一、每季結算時，「偏鄉」之中醫醫療院所，當季結算之醫療點數，除依一般部門結算外，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，若分區前一當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、偏鄉定義為每萬人口中醫師數小於1.5人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之院所須排除各季平均月申請點數大於101年全國每月申請點數之平均值者(含)。

二、同時符合中醫門診總額醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫之院所僅能擇一方案辦理。

三、101年全國每月申請點數之平均值 = $\sum 101$ 年每月申請點數 / $\sum 101$ 年每月月底特約中醫醫療院所家數。申請點數為特約中醫醫療院所每月之申請點數。

四、102年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以101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、當年度中醫門診總額一般部門各季收入預算總額
(T)

$$= \text{預算GA} + \text{預算GB} + \text{預算GC} + \text{預算GD} + \text{預算GE} \\ + \text{預算GF} + \\ \text{預算(東區)}$$

$$\text{指標1預算GA} = (T) * 97.78\% * 78\%$$

$$\text{指標2預算GB} = (T) * 97.78\% * 6\%$$

$$\text{指標3預算GC} = (T) * 97.78\% * 5\%$$

$$\text{指標4預算GD} = (T) * 97.78\% * 5\%$$

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

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

二、各分區各季預算計算如下

(一) 各分區各季預算Ga

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

$$\text{指標1占率} \left(\frac{A_{i1}}{\sum A_{i1}} \right) \\ = \frac{\text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (A_{i1})}{\sum \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (\sum A_{i1})}。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位



(二) 各分區各季預算Gb

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

指標2占率 ($A_{i2} / \sum A_{i2}$)

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

※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 (Ai5 / \sum Ai5) 。

※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 (Ai5)
= 95年第4季至98年第3季之各區各季預算
(Ai1) * [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 (Ai5 / \sum Ai5)

= 各分區各季經指標5加權後之預算 (Ai5) / \sum
各分區各季經指標5加權後之預算 (\sum Ai5)

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算Gf

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

三、各分區各季預算Ts = 該區當季預算Ga + 該區當季
預算Gb + 該區當季預算Gc + 該區當季預算Gd + 該
區當季預算Ge + 該區當季預算Gf 。

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

1. 各分區全年預算Ty = \sum 該區各季Ts + \sum 指



標6各區各季補至每點1元所需預算。

2. 成長率 = $(102\text{年該區}yT / 101\text{年該區}yT) - 1$

。

3. 各分區撥補比例 = $(\text{分母各區}Ty) / \Sigma$
(成長率大於0之分區 Ty)。

(二) 撥補程序

1. 於102年第四季結算時，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 Ty 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。

肆、102年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫

	101年該區全年預算TY (百萬元)		102年該區全年預算TY (百萬元)		成長率 W/V-1	貢獻成長分區 差額 X	Y	X*Y=Z	調整金額 Z	撥補後Y W+Z	撥補後成長率
	Y	W	W	X							
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	-14.1	-0.3%		--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0		2,858.7		2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.9	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2		3,207.2		2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長分區小計			14,178.9				100.0%		-14.1		



※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費及藥品調劑費分別依藥價基準及以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

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

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

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

三、平均點值

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

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

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



全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫 門診照護計畫

一、依據：

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

二、目的：

針對病情已穩定、進入慢性復健期的腦血管疾病患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療積極主動介入，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇、降低醫療費用支出的目的。

三、施行期間：自公告日起至**102年12月31日**止。

四、適用範圍：經醫師診斷發生腦血管疾病之診斷日起二年內（年月減年月）患者（**ICD-9：430~438**）（收案對象需登錄VPN系統作管理），經急性期處置後之下列情形，由符合資格之中醫師以門診專案照護計畫，提供中醫輔助醫療（病人自述之診斷日需記載於病歷上，未記載者不予支付）。

（一）腦血管疾病（**ICD-9：430~438**）自診斷日起超過三個月仍需中醫輔助醫療協助之住院病患。

(二) 腦血管疾病 (ICD-9：430~438) 自診斷日起三個月內需中醫輔助醫療協助之住院病患，惟入住無中醫科之醫院或入住有中醫科之醫院，但該院未參加「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」。

(三) 出院。

(四) 轉入療護機構 (如公、私立老人安養、養護機構、身心障礙福利機構、護理之家)，惟各療護機構限由一家中醫醫事服務機構前往收案，每位醫師提供診療服務每週合計以三個時段為限，且不得跨縣市收案。若同醫師同一時段支援多家療護機構，保險人得考量經濟效益及醫療品質等因素，依實際狀況認定是否核准。

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「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」專款項目。

六、申請資格：

(一) 申請院所負責醫師需執業滿四年以上，其他執行醫師需執業滿二年以上，且皆需參加中華民國中醫師公會全國聯合會 (以下稱中醫全聯會) 辦理之講習會 (講習會不



定期召開），及團隊能有效提供醫療服務者。（符合本計畫資格之醫事服務機構名單將公告於行政院衛生署中央健康保險局全球資訊網供民眾查詢）

- (二) 申請參與本計畫之醫師及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者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者）。

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醫全聯會提出申請。

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，超出上限的部分，費用支付點數為0。
- (二) 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。
- (三) 本計畫執行期間，醫事服務機構欲變更計

畫者，需先報請中醫全聯會審議通過後，檢具中醫全聯會所發予之變更同意函向全民健康保險保險人（以下稱保險人）之分區業務組報備後，始得變更。

- (四) 醫事服務機構申請至療護機構收案時，應提供機構內收容罹患腦血管疾病之院民名冊（內容包括姓名、身分證字號、最近罹患腦血管疾病之診斷日等資料），檢送至保險人分區業務組，做為日後醫療費用申報審核依據，修正時亦同。

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支付方式預估。
- 4.當地衛生主管機關之報備支援同意函及醫療（療護）機構同意書。
- (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、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底（以郵戳為憑）收齊申請案件後，十五日內遴聘專學者進行審查，並於審

查完成後十五日內送保險人核定及公告新增承辦之醫事服務機構名單，執行日以公告日當月1日起計。

十一、支付方式：

- (一) 本計畫支付標準表如附件二。
- (二) 本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點金額不高於1元。

十二、醫療費用申報與審查

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



件)」。

(2)特定治療項目（一）：請填報「CA
（腦血管後遺症中醫門診照護計
畫）」。

十三、執行報告

執行本計畫之醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，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、辦理本計畫之醫事服務機構，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，中醫全聯會自該醫事服務機構處分停約或終止特約日起，轉請保險人分區業務組停止執行本計畫。

十五、執行本計畫而成效不佳者、未依本計畫規定事項執行者或未依中醫全聯會規定繳交相關資料、評量報表者，得經中醫全聯會重新評估後，停止執行本計畫。

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於

實施半年後進行期中檢討，於年終向全民健康保險會（以下稱健保會）提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料。

- 十七、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查。屬給付項目及支付標準之修訂，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。



附件一

102 年度全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫申請表

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼	
	院所負責醫師姓名		身分證字號	
	院所負責醫師年資		電話	
			傳真	
	院所地址：			
資 料	承辦計畫醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	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			
	配合養護機構相關資料			
保 險 醫 事 服 務 機 構	機構章戳		中醫全聯會審核意見欄 1□審核通過 2□不符合規定 3□資料不全，請補齊 4□其他：	本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日		審核委員： 日期章戳：	

附件二

全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫 給付項目及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、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、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。
- 三、腦血管疾病後遺症門診照護計畫服務量、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合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、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，作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費，應於該次合併實施治療評



估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。

- 六、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。

伍、全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫

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
P38001	中醫輔助醫療診察費	300

第二章 藥品費

編號	診療項目	支付點數
P38021	每日藥品費	50

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P38031	針灸治療處置費	250

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P38041	一般治療（含推拿治療或外敷藥處置）	250

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P38051	中醫護理衛教費(限有聘用護理人員之院所申報)	300
P38052	生心理評估 美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) 巴氏量表(Barthel Index)	1000

註：(1)P38051 中醫護理衛教費限每三個月申請一次。

(2)P38052 生心理評估需以個案為單位，限每二個月申請一次。每次需 2 項評估量表皆完成，方可申請給付。



行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組中醫門診總額抽樣抽審實施方案

行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組101年12月18日修訂

- 一、依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第16條規定辦理。
- 二、抽樣抽審執行原則：以實施立意抽審占院所數0%~20%、一般審查占院所數20%~50%及免個案專業審查占院所數40%~70%為原則。
- 三、凡符合下列任一條件之院所，其當月份申報之醫療費用案件（不含職災及專款專用案件）應予以抽樣審查：
 - A1違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第35、36、37、38條經處分確定者。
 - (A1-1)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十五條經違約記點者應予抽審6個月。
 - (A1-2)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條經扣減其醫療費用之十倍金額者應予抽審1年。
 - (A1-3)違反全民健康保險醫事服務機構特約及

管理辦法第三十七條停止特約一個月者
應予抽審1年6個月。

(A1-4)違反全民健康保險醫事服務機構特約及
管理辦法第三十七條停止特約二個月者
應予抽審2年。

(A1-5)違反全民健康保險醫事服務機構特約及
管理辦法第三十七條停止特約三個月者
應予抽審2年6個月。

(A1-6)違反全民健康保險醫事服務機構特約及
管理辦法第三十八條停止特約一年者應
予抽審3年。

A2特約未滿6個月之院所。

A3同址1年內更換2位（含）以上負責醫師之院所
應予抽審2年。

A4補報醫療費用之全數案件應予以審查。

A5當月醫療費用未於次月20日前申報之院所。

A6採書面申報醫療費用之院所。

A7未參加中保會（台北區分會）舉辦之輔導會議
或連續2次未參加說明會之院所。

A8同一院所內任一中醫師未符合中醫全聯會繼續
教育修習規定之院所。

A9經中保會（台北區分會）檔案分析異常或相關



會議決議應予抽審、列管或輔導之院所。

(A9-1)管理指標超出同儕值。

(A9-2)不符病歷記載相關規範。

(A9-3)不符臨床治療常規。

(A9-8)經台北區分會提報應加強審查之異常名單。

A10經健保局檔案分析或共管會議決議應予抽審、列管或輔導之院所。

A10-1最近一年開藥日數超過360天以上人數占率最高前20名院所（應予抽審3個月）

A10-2最近一年申請診察費超過60次以上人數占率最高前20名院所（應予抽審3個月）

A11特約滿6個月以上仍未取得「中醫門診總額中醫醫療院所加強感染控制」或「中醫門診總額針灸標準作業程序醫療品質提升計畫」審查認證合格之院所。

A12於每萬人口中醫師數大於最近一季季中全國平均之鄉鎮市區院所增加專任醫師數。
（註：如醫療院所增加專任醫師數係為未提供健保看診服務者，經向健保局報備且查證確未申報費用者，得予排除。）

A12-1於每萬人口中醫師數介於最近一季季中全國

平均值~**3.09**（含）間之鄉鎮市區院所增加專任醫師數。（應予抽審**3**個月，**100**年**12**月起適用）

A12-2於每萬人口中醫師數大（等）於**3.10**之鄉鎮市區院所增加專任醫師數。（應予抽審**6**個月，**100**年**12**月起適用）

A13臺北業務組提報應加強審查之異常名單。

A14自行終止合約

四、凡下列指標（不含**B1**及**B3**）最近一月指標值大於（或等於）**95**百分位院所，以分子作排序，取前**50%**之院所，其當月份申報醫療費用案件（不含職災及專款專用案件）應予以抽樣審查：

B1最近一季，每病人平均就醫次數（排除代辦、重大傷病、診察費為**0**案件，取純內科及針傷內科院所之最高前**5**家）。

B2療程中申報診察費比率。

B3最近一季，就醫次數大於**30**次之病人數大於**3**人之院所。（排除代辦、重大傷病、診察費為**0**、「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「腫瘤患者手術、化療、放射線療法西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦



計畫」、「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」、「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」案件)

五、凡下列指標最近一月之指標值大於（或等於）**97.5**百分位同儕值之院所，其當月份申報醫療費用案件（不含職災及專款專用案件）應予以抽樣審查：

C1院所申請醫療費用點數。

C2院所醫師平均申請醫療費用點數。

C3院所任一醫師申請醫療費用點數。

C4院所任一醫師案件分類**21**、**22**申請醫療費用點數。

C5院所申請醫療費用點數成長率（特約滿**24**個月以上，**100**年**12**月起適用）。

C6院所平均每一患者申請醫療費用。

六、凡下列指標最近一月之指標值大於（或等於）**99**百分位同儕值之院所，其當月份申報醫療費用案件（不含職災及專款專用案件）應予以抽樣審查：

D1院所平均每位醫師申請醫療費用點數成長率（特約滿**24**個月以上）。

D2院所藥費申請點數占率成長率（特約滿**24**個月

以上)。

D3針傷科六次完成率(排除件數50件以下)。

D4針傷科一次完成率(排除件數50件以下)。

D5院所案件分類26、27、29平均每件申請醫療費用點數(排除件數50件以下)。

D6重複就診率(同一日同一病患就診2次(含)以上比率)。

D7療程利用率(排除件數50件以下)。

D8用藥日數重複率。

D9針傷科與內科交替比率。

D10隔日申報診察費比率。

D11同一月同一患者申請針灸、傷科處置費超過15次以上占率。

D12同一月同一患者申請診察費超過6次以上占率。

D13院所任一醫師案件分類26、27、29申請醫療費用點數。

D14療程14日內未完成重新申請診察費率(且指標閾值 $\geq 3\%$)

七、凡下列指標最近一月之指標值(不含職災及專款專用案件)未符合前述抽樣應依下列辦理抽樣審查。



E1每月未納入抽樣抽審之院所中隨機抽樣5%至10%之院所抽樣審查；本項隨機抽樣與前述抽樣抽審樣本數之合計以不超過院所數之45%為原則。

E2每一院所每年至少應予以抽樣審查1次。

八、本方案依全民健康保險醫事服務機構醫療服務案件抽樣及回推方式辦理，每次抽樣件數最少20件。

九、下列指標採論人歸戶隨機抽樣審查，抽審代碼為「F」：

(一) 自97年1月(含)起實施之指標：A1-1(違約記點2點)、A1-3至A1-6、A2、B1

(二) 自98年1月(含)起實施之指標：B3、D10、D11

(三) 自98年8月(含)起實施之指標：C5、D1

(四) 自99年4月(含)起實施之指標：(A12-1)、(A12-2)、D14、C1(21案件數占率 \geq 99百分位院所)、C2、C6

(五) 自99年7月(含)起實施之指標：C3、C4

(六) 自99年10月(含)起實施之指標：D3、D4、D7、D9

(七) 自102年1月(含)起實施之指標：B2

十、本方案修訂後自102年1月(費用年月)實施。

全民健康保險中醫門診總額專業審查 不予支付理由代碼1020205

分類	代碼	不予支付理由	法源
病歷 紀錄	0101C	資料不全：未附病歷（含影像等）／報告，或所附病歷資料不齊（實施本項（診療／處置／治療／檢驗／檢查/藥品），未依規定附期限內之相關病歷資料（檢查/檢驗報告）	1904 1907
	0102C	無充分病歷資料(如主訴、病史、檢查檢驗結果、治療經過等)/或僅附電腦處方箋，無法支持其診斷與治療內容	1907
	0103C	所附病歷（含影像等）／報告錯誤，或所附資料錯誤／不符（非本個案或基本資料、性別、日期／期限等錯誤）	1901 1904
	0104C	病歷醫囑記錄上無醫師簽名或蓋章，該部分費用應予核扣	1907
	0105C	檢查報告或治療記錄無執行者（醫師／醫檢師／治療師（簽章	1907
	0106C	月日後醫師診療之病程紀錄無醫師簽名或蓋章，該部分診察費用應予核扣	1907
	0107C	病歷未記載/無醫囑；或申報項目/數量與病歷記載不符	1901



分類	代碼	不予支付理由	法源
病歷紀錄	0108C	治療紀錄皆以定型化單張勾選，缺乏個別病患之具體治療內容	1907
	0109C	病歷紀錄缺乏具體內容或過於簡略（主訴、病況、治療經過等），或無辨證論治，無法支持其診斷與治療內容／未能顯示或判斷施予該項（診療／處置／治療／檢驗／檢查／藥品／特材）之適當理由或必要性	1907
	0110C	病歷記錄內容揣測描述甚多但不具體，且不符合醫學常理，無法支持其診斷與治療內容	1907
	0111C	不同病患但所附病歷資料均雷同，有不實記載之嫌	1907
	0112C	所附病歷資料每次記載內容均雷同，有不實記載之嫌	1907
	0113C	所附病歷資料凌亂，未依診療次序裝釘，無法辨識	1907
	0114C	病歷記載字跡過於潦草，無法辨識	1908
	0115C	病歷記載內容與醫令或申報不符	1917
基本診療	0201C	依據病歷記載及病況，不足以支持實施本項（診療／處置／治療／檢驗／檢查／藥品）	1917
	0202C	屬同療程之（診療／處置／治療／檢驗／檢查／藥品），不應重複申報	1904 1917

柒、全民健康保險中醫門診總額專業審查不予支付理由代碼

分類	代碼	不予支付理由	法源
基本診療	0203C	本患者在該院所之看診次數頻繁，依據病況及病歷紀錄判斷並無需如此頻繁就醫，且亦不符醫學常理；屬非必要之連續就診，另應加強對於病患之說明／衛生教育	1902
	0204C	治療內容與本保險支付標準不符	1904
	0205C	治療與醫令／病歷記載不符	1917
	0206C	其他不合臨床常規之醫療	1901
藥品	0301C	已實施相關處置，依病況無再投予類似藥品之必要	1909
	0302C	適應症／種類／用量（劑量／天數等）不符藥品／給付一般通則規定	1904
	0303C	用藥份量重複（重複者： ）	1910
	0304C	申報藥品天數，不符醫學常規／一般醫理或慣用通則	1910
	0305C	使用藥量，不符醫學常規或有礙醫療品質	1910
	0306C	處方用藥與醫令／病歷記載／本保險支付標準規定不符	1904 1917



分類	代碼	不予支付理由	法源
檢查 檢驗	0401C	與病情無關之檢查／檢驗（含研究、預防或健康檢查）	1901
	0402C	未進行詳細理學檢查、問診、評估，逕予進行該項檢查/檢驗，不符一般醫學常理／程序，且病歷未記載具體特殊理由	1905
	0403C	施行該項檢查／檢驗過於頻繁不合常理／無特殊理由，該項檢查不應列為常規檢查／無例行性檢查之必要	1905
	0404C	依據之前的檢查／檢驗，已足以進行診斷／已達追蹤病況之目的，不需要再施行本項檢查／檢驗	1905
其他 不符 支付 標準 或審 查規 定	0501C	不符審查注意事項一般原則第 條之規定	1917
	0502C	不符審查注意事第 條之規定	1917

備註：

- 1.表中所列法源，指依據「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第十九條各款之款次。
- 2.不予支付理由「／」表示「或」。
- 3.審查醫師在使用0206C代碼時，需加以說明理由。

全民健康保險醫療費用審查注意事項

中央健康保險局100年10月03日健保審字第1000075850號函令
中央健康保險局101年01月06日健保審字第1010074718號函令
中央健康保險局101年04月11日健保審字第1010075126號函令
中央健康保險局101年06月14日健保審字第1010075422號函令
中央健康保險局102年02月07日健保審字第1020034874號函令
* 本書各項規定後加註之日期為該規定最終異動生效日

總則

壹、審查依據及相關規定：

- 一、全民健康保險法及全民健康保險法施行細則。
- 二、全民健康保險醫療辦法及全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法。(102/3/1)
- 三、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準。(102/3/1)
- 四、全民健康保險藥物給付項目及支付標準。(102/3/1)
- 五、刪除(102/3/1)
- 六、全民健康保險特定疾病住院基本要件。
- 七、行政院衛生署藥品許可證及醫療器材許可證。(102/3/1)
- 八、刪除(102/3/1)
- 九、其他與審查有關之規定事項。



貳、病歷審查原則

一、送審之醫療費用案件，檢送相關病歷複製本之審查注意事項如下：(100/11/1)

(一) 病歷記載內容：

1. 病歷（得以中文或英文記載）書寫應清晰詳實完整。送審之病歷資料，若經兩位審查醫藥專家會審，仍無法辨識者，由醫療院所事先選擇提供補充說明或逕行核刪。(100/11/1)
(102/3/1)

2. 病歷記載內容應依醫師法第12條規定辦理，病歷應有首頁及內容。首頁填寫病患基本資料（病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料）；內容應填寫就診日期、病患主訴、檢查發現、醫師診斷或病名、治療處置或用藥及其他應記載事項。牙科治療部位、軟、硬組織均應載明。(100/11/1)

(二) 病歷之增刪修正：

1. 病歷、處方等若有增刪修正時，應依醫療法第六十八條規定辦理。(100/11/1)

(三) 病歷審查處理原則：

1. 因病歷記載因素而核減，應視其內容缺失不同，予以核減除診察費外之缺失相關醫療費

用。(100/11/1)

- 2.(1)中醫傷科應敘明理筋推拿手法或傷科處置內容，不得僅記載推拿二字，針灸應詳細註明穴位（區、帶、點、線），如未依規定載明者，應核扣診察費；如針灸或傷科處置不當或異常之案件應核扣處置費。
(101/5/1) (102/3/1)

(2)刪除(102/3/1)

(四)送審檢送資料：

- 1.以電腦製作病歷時，應將電腦儲存之病歷資料逐日、逐筆列印黏貼於病歷紙上，並由診治醫師簽名或蓋章。如依行政院衛生署公告「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定，以電子病歷送審者，依該規定辦理。
(100/11/1)
- 2.『檢送抽審病歷複製本，應與病歷正本相符。如依行政院衛生署公告「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」規定，以電子病歷送審者，依該規定辦理。』(100/11/1)
- 3.送審應檢送病歷資料期間如下：
 - (1)醫院總額：
門診：首頁複製本及該案當月之全部病歷複製本。（當月該科有關資料）。



(100/11/1)

住診：首頁複製本及當次住院之全部病歷複製本。(100/11/1)

(2)西醫基層總額：首頁複製本及該案當月就診之全部病歷複製本。(100/11/1)

(3)中醫門診總額：首頁複製本及該案當月及前一月份就診之全部病歷複製本，如該案病患前一月未就診，應檢附該案病患前一次病歷複製本。(100/11/1)

(4)牙醫門診總額：首頁複製本應含牙醫門診初診日期（年、月、日）及至少六個月之病歷內容，六個月之內無看診紀錄者，需接續上次看診紀錄，不論半年內是否有就診紀錄，一律附足該筆病歷回推半年前的最後一筆資料；醫院綜合病歷得以任何科別之看診日期戳章接續。如為初診病歷，則不需檢附六個月資料。(100/11/1)

(102/3/1)

4.牙醫門診總額須檢附之相關文件及資料如附件。(100/11/1)

5.申請爭議審議應檢送原送審查之病歷資料（病歷資料上應有健保局核蓋之章戳）。

(100/11/1)

第四部 中醫醫療費用審查注意事項

中央健康保險局84年9月19日健保審字第84016569號函
中央健康保險局85年2月16日健保審字第85001960號函
中央健康保險局86年1月4日健保審字第86000060號函
中央健康保險局87年4月15日健保審字第87007495號函
中央健康保險局89年6月9日健保審字第89015284號函
中央健康保險局91年12月20日健保審字第0910023538號函公告
中央健康保險局93年9月1日健保審字第0930068663號函公告修正
中央健康保險局94年9月16日健保審字第0940068938號函令修正
中央健康保險局95年1月9日健保審字第0940069098號函令修正
中央健康保險局95年7月7日健保審字第0950068550號令修正
中央健康保險局95年11月10日健保審字第0950068682號函令修正
中央健康保險局97年4月1日健保審字第0970012154號函令修正
中央健康保險局98年2月12日健保審字第0980032057號函令修正
中央健康保險局98年9月3日健保審字第0980095409號函令修正
中央健康保險局98年12月14日健保審字第0980095828號函令修正
中央健康保險局99年12月6日健保審字第0990082225號函令修正
中央健康保險局100年10月03日健保審字第1000075850號函令修正
中央健康保險局101年04月11日健保審字第1010075126號函令
中央健康保險局102年02月07日健保審字第1020034874號函令
*本書各項規定後加註之日期為該規定最終異動生效日

- 一、保險對象應自行負擔中醫門診或急診費用部分負擔，請依「全民健康保險中醫部份負擔相關規定及費用申報代碼」規定辦理。
- 二、一般案件給藥天數不得超過七日，惟屬全民健康保險醫療辦法所定慢性病者，得視保險對象醫療需要，一次最高給予三十日內之用藥量。



- 三、中藥之使用依「全民健康保險中藥用藥品項表」所收載為範圍，係以行政院衛生署核准經由G.M.P.中藥濃縮廠製造之「調劑專用」及「須由醫師（中醫師）處方使用」之濃縮中藥為限；複方濃縮中藥之使用並應用列屬行政院衛生署整編之「臨床常用中藥方劑標準處方」。(101/5/1)
- 四、同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥或相關治療。
- 五、針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者，主治醫師應親自執行並得視保險對象病情需要，同一療程取一次卡號，最多可酌予治療六次並僅申報一次診察費。(101/5/1)
- 六、中醫特約醫療院所符合規定設置檢驗室者，若具相關檢驗、檢查設備，且經衛生主管機關登記核可者，得向中央健康保險局分區業務組報備實施檢驗(如生化、血液等)項目，經核准後依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準1、西醫及牙醫部分所列檢驗項目及支付點數申報費用。(102/3/1)
- 七、治療次數已逾所需療程者，如急性腰痛或急性肌肉關節疼痛，治療逾一個月以上，其超過療程部分，加強審查。如未詳實記載病況、療效、原因

者，應核扣診察費；如處置不當或異常之案件應核扣處置費。(101/5/1)

八、開放性骨折之整復、黑斑、雀斑、斜視、老花、散光、白髮、近視、非病態減肥及三伏貼等不得申報。(98/10/1)

九、(一)刪除(97/5/1)

(二)刪除(100/11/1)

十、刪除(100/11/1)

十一、刪除(100/11/1)

十二、刪除(100/11/1)

十三、刪除(100/11/1)

十四、刪除(101/5/1)

十五、同一療程中，只開給內服藥不施以傷科針灸治療而再申報診察費者，應只限於病情變化，或不同傷病名稱且病歷須詳細記載。(97/5/1)

十六、

(一)傷科脫臼整復之審查依病歷紀錄，應包括：

- 1.脫臼發生之時間及原因。
- 2.是否第一線處理。
- 3.受傷部位之局部症狀。
- 4.整復手法。



(二) 「傷科脫臼整復治療第一次療程第一次就醫以脫臼整復費－同療程第一次就醫 (B61) 申報，同療程2-6次以脫臼整復費－同療程複診，另開內服藥 (B62) 或脫臼整復費－同療程複診，未開內服藥 (B63) 申報，第二療程起按一般傷科給付(傷科治療處置費－未開內服藥 (B54) 或傷科治療處置費－另開內服藥 (B53))申報。

- 十七、診斷病名為扭傷或挫傷時，未於病歷上載明病人主訴之發生時間及原因者，應加強審查。
- 十八、慢性病開藥七天以下或開藥加針灸或傷科治療，比例過高者應加強審查。
- 十九、申報針灸、電針、傷科及脫臼整復治療次數顯有異常頻繁之情形時，應加強審查。
- 二十、電針病歷應詳實記載穴位、時間、波形、頻率如未載明者，費用應予刪除。
- 二十一、電針處置治療佔26案件（針灸加成）比例過高者應加強審查。
- 二十二、非屬本保險給付範圍之醫療服務代辦案件，未依規定以代辦案件申報者，整筆核刪不予本保險支付（例如：屬職業災害事故所發生

之醫療費用以健保醫療費用申報者不予支付)。(95/7/15)

二十三、醫事機構申報重大傷病免部分負擔之醫療費用，非與重大傷病相關之診療者，追扣醫事機構該筆醫療費用部分負擔。(98/3/1)

二十四、案件分類為「一般案件」（俗稱簡表）者，經個案專業審查後，有下列情形者整筆費用核刪：

（一）影響病人安全之處方者。

（二）非必要之連續性就診者。(95/12/1)

二十五、病歷需填卡序，無填寫卡序者將加強審查。(99/1/1)

二十六、刪除(100/11/1)



102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

壹、依據：

全民健康保險醫療費用協定委員會（以下稱費協會）102年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第186次委員會議紀錄。

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：

依費協會第186次會議決議，品質保證保留款應全數用於鼓勵提升醫療品質，並累計最近兩年有該保留款成長率的額度。101年度品質保證保留款成長率0.1%（19.94百萬元），102年度仍應依本方案辦理，全年經費為19.94百萬元。

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1次。
- 二、提供資料及來源：本方案第柒點第四項、第五項

及第捌點第一項、第二項與第玖點第一項，由中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）於103年3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、各分區品質保證保留款預算分配：102年全年各分區一般服務預算總額占率分配（註1）

二、院所核算基礎：

（一）該院所參與品質保證保留款之核算基礎(A)
=（該院所申報102年醫療服務點數－102年申報藥費與藥品調劑費）× 平均核付率
（含部分負擔，註2）

說明：102年申報醫療服務點數以103年3月底為截止點。

（二）以上述核算基礎，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。

（三）各醫療院所分配品質保證保留款 = (各醫療院所核算基礎A / 各醫療院所核算基礎Σ A)
× 該分區品質保證保留款

三、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，其核發金額將自當時結算之當季中醫門診總額一般服務項目預算中支應。

申復、爭議成功院所之品質保證保留款 = (該院所核算基礎 / 各醫療院所核算基礎 Σ A) \times 該分區品質保證保留款

陸、核發資格：

102年中醫門診特約醫事服務機構且無本方案第柒點情形者，得核發品質保證保留款。

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、102年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數3.0以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。
(註3)
- 二、核減率：中醫門診特約醫事服務機構年平均核減率(註4)，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、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、第37條、第38條、第39條或第40條等所列違規情事並經處分(以處分日期認定)者。

- 四、中醫門診特約醫事服務機構非屬「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、未符合保險人公布之中醫總額部門醫療資訊公開「醫療費用明細標示」院所。

捌、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、102年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），位於當年保險人公告之102年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案無健保特約中醫院所之鄉鎮地區，依核算基礎加計100%。
- 二、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，依核算基礎加計10%。其適用對象為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』之醫院。
- 三、為鼓勵中醫師提供假日看診服務減少民眾就診不便，醫療機構當年度於週日看診超過30天以上者，依核算基礎加計10%。（註5）



玖、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：

- 一、依據中醫全聯會所定「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，以占率作為減計核算基礎（註6）。
- 二、「中醫同一院所同一患者同月就診8次以上比例」超過90百分位者，減計20%（註7）。
- 三、同日重複就診率超過90百分位者，減計10%（註8）。
- 四、7日內處方用藥日數重複2日以上比率超過90百分位者，減計10%（註9）。

拾、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送費協會備查，並報請主管機關核定後公告實施。自102年起，屬給付項目及支付標準者，依新修正公布之全民健康險保法第41條第1項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

102年度中醫門診總額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*（102年該分區一般服務全年預算/Σ6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3：102年度在各鄉鎮市區每萬人口中醫師數3.0以上之地區，新設立中醫門診特約醫事服務機構。	1.資料範圍：以101年11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。 2.102年1月公布於全球資訊網。
註4：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5：醫療機構於每年週日看診超過30天以上者	以門診申報資料之「就醫日期」認定週日是否看診。
註6：專任中醫師減計基礎	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。



指標項目	操作型定義
註7：「中醫同一院所同一患者同月看診次數過高病患就診8次以上比例」	<ol style="list-style-type: none">1.分母：同一院所、同月看診總人數。2.分子：同一院所、同一病人、同月看診次數8次（含）以上人數。3.指標計算(S)：分子 / 分母。4.各月計算比率，全年計算平均比率，進行百分位排序。 $\text{平均每月比率} = \frac{\sum S}{\text{月份數}}$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25(中醫至無中醫鄉巡迴或獎勵開業服務)及B6(職災案件)。(3)案件類別22，且任一特定治療項目代號為(C8,J7,CA)。<ul style="list-style-type: none">※C8（腦血管疾病之西醫住院病患中醫輔助醫療）※J7（腫瘤患者手術化療放射線療法西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫）※CA（腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫）
註8：「同日重複就診率」	<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：

指標項目	操作型定義
註8：「同日重複就診率」	<p>分子：歸戶，計算就診2次（含）以上之筆數。</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 / 分母。</p> <p>4.指標進行百分位排序。</p>
註9：「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」	<p>1.資料範圍：所有屬中醫總額之門診給藥小於等於7日案件(排除26、29案件)。</p> <p>2.公式說明：</p> <p>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。</p> <p>分母：同一院所給藥案件之給藥日份加總。</p> <p>※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>



醫師執業登記及繼續教育辦法

92.4.23衛署醫字第0920202566號令訂定發布施行

96.8.17衛署醫字第0960208038號令修正發布施行

97.4.21衛署醫字第09702020995號令修正發布施行

- 第一條 本辦法依醫師法第八條第三項及第四項規定訂定之。
- 第二條 領有醫師證書，且未有醫師法第八條之一第一項規定情形之一者，得申請醫師執業登記。
- 第三條 醫師申請執業登記，應填具申請書並檢具下列文件及執業執照費，向所在地直轄市、縣（市）主管機關申請，發給執業執照：
- 一、醫師證書正本及其影本一份（正本驗畢後發還）。
 - 二、身分證明文件影本一份。
 - 三、最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片二張。
 - 四、擬執業機構出具之證明文件。
 - 五、執業所在地醫師公會會員證明文件。
 - 六、完成第八條第一項各款繼續教育之證明文件。但具專科醫師資格者，為完成第八條第一項第二款至第四款所定繼續教育之證明文件。
 - 七、中央主管機關發給且仍在有效期間內之專科醫師證書。但不具專科醫師資格者，得免檢

具。

醫師申請執業登記，有下列情形之一者，得免檢具前項第六款及第七款文件：

- (一) 領得醫師證書、中醫師證書或牙醫師證書未逾五年，始申請執業登記。
- (二) 民國92年4月23日前已取得醫師證書，且於97年4月23日前申請首次執業登記。
- (三) 醫師歇業後重新申請執業登記之日期，未逾原執業處所執業執照所載應更新日期。

醫師申請執業登記，其依照第一項第六款所定應檢具之繼續教育證明文件，有下列情形之一者，得以申請執業登記前一年內接受第八條第一項各款繼續教育課程積分達30點以上之證明文件代之；為專科醫師者，得以申請執業登記一年以內接受第八條第一項第二款至第四款所定繼續教育課程積分3點以上之證明文件代之：

1. 本辦法施行後，領得醫師證書、中醫師證書或牙醫師證書逾五年，首次申請執業登記。
2. 民國92年4月23日之前已取得醫師證書，卻於民國97年4月23日後始首次申請執業登記。
3. 連續歇業期間超過二年。

第四條 醫師辦理執業執照更新，應於其執業執照應



更新日期屆滿前三個月內，填具申請書並檢具下列文件及執業執照費，向原發執業執照機關申請換領執業執照：

- 一、原領執業執照。
- 二、最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片二張。
- 三、完成第八條第一項各款所定繼續教育之證明文件。但專科醫師應檢具者，為完成第八條第一項第二款至第四款所定繼續教育之證明文件。
- 四、中央主管機關發給且仍在有效期間內之專科醫師證書。但不具專科醫師資格者，得免檢具。

第五條 領得醫師證書、中醫師證書或牙醫師證書未逾五年，申請執業登記者，其執業執照之更新日期為自各該證書發證屆滿第六年之翌日。

民國92年4月23日前已取得醫師證書，且於本辦法施行之日起五年內，申請執業登記者，其執業執照之更新日期不得逾98年4月22日。

醫師歇業後重新申請執業登記，執業登記日期未逾原發執業執照所載應更新日期者，以該日期為新發執業執照應更新日期；逾原發執業執照所載應更新日期者，其執業執照應更新日期自執業登記日期起算六年。但依第三條第三項規定辦理執業登記者，其執業執照之更新日期為自執業登記屆滿第六年之翌

日。

醫師辦理執業執照更新，其新發之執業執照應更新日期為自原發執業執照屆滿第六年之翌日。

第六條 醫師執業執照滅失或遺失時，應填具申請書、具結書，並檢具執業執照費及最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片二張，向原發執業執照機關申請補發。

醫師執業執照損壞時，應填具申請書，並檢具執業執照費及最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片二張，連同原執業執照，向原發執業執照機關申請換發。

第七條 醫師申請復業，應檢具原執業執照，向原發執業執照機關辦理。

第八條 醫師執業，應每六年接受下列繼續教育之課程積分達**180**點以上：

- 一、醫學課程。
- 二、醫學倫理。
- 三、醫療相關法規。
- 四、醫療品質。

前項第二款至第四款繼續教育課程之積分數，合計至少應達**18**點，超過**18**點者以**18**點計；且其中應包括感染管制及性別議題之課程。

前二項繼續教育課程積分，得由經中央主管機關認可之醫學團體，或中央主管機關委任所屬下級機關辦理審查認定。

兼具多重醫師資格者變更資格申請執業登記



時，對於第一項第二款至第四款繼續教育課程積分，應予採認；對於第一項第一款性質相近之醫學課程積分，得相互認定。

第九條 醫師繼續教育之實施方式與積分如下：

- 一、參加醫學校院、醫學會、學會、公會、協會、教學醫院或主管機關舉辦之繼續教育課程，每小時積分1點；擔任授課者，每小時積分5點。
- 二、參加醫學會、學會、公會或協會年會之學術研討會或國際學術研討會，每小時積分2點；發表論文或壁報者，每篇第一作者積分3點，其他作者積分1點；擔任特別演講或教育演講者，每次積分10點。
- 三、參加相關醫學會、學會、公會或協會舉辦之學術研討會，每小時積分1點；發表論文或壁報者，每篇第一作者積分2點，其他作者積分1點；擔任特別演講或教育演講者，每次積分3點。
- 四、參加經評鑑合格之醫院每月或每週臨床討論或專題演講之例行教學活動，每小時積分1點；擔任主要報告或演講者，每次積分3點。但超過60點者，以60點計。
- 五、在教學醫院接受住院醫師訓練者，每年以30點計。
- 六、參加網路繼續教育每次積分1點。但超過30點者，以30點計。
- 七、參加醫學雜誌通訊課程者，每次積分2點。但超過30點者，以30點計。

- 八、在醫學校院講授第八條所定繼續教育課程者，每小時積分2點。
- 九、在國內外醫學雜誌發表有關醫學原著論文者，每篇第一作者或通訊作者積分15點，第二作者積分5點，其他作者積分2點；發表其他類論文者，積分減半。
- 十、在國外執業或開業者，每年以30點計。
- 十一、在國內外大學或研究所進修醫學相關課程者，每學分積分5點，每學年超過30點者，以30點計。
- 十二、衛生教育推廣講授者，每次積分1點，超過18點者，以18點計。

於澎湖、金門、馬祖、綠島、蘭嶼等離島地區執業者，參加前項第一款至第四款繼續教育，其積分1點得以2點計。

前項繼續教育課程及積分，得由經中央主管機關認可之醫學團體或中央主管機關委任之下級機關辦理採認。

第十條 申請認可辦理前二條完成繼續教育積分審查認定及繼續教育課程與積分採認之醫學團體，並符合下列規定：

- 一、須為全國性之醫學會、學會或公會。
- 二、設立滿三年。
- 三、會員人數於醫師團體應達醫師執業人數百分之十；於中醫師團體應達醫師執業人數百分之四十；於牙醫師團體應達醫師執業人數百分之二十。

申請前二條認可之醫學團體，應檢具申請函



及包括下列文件之計畫書向中央主管機關提出：

- (一) 設立證明文件、組織章程、組織概況及會員人數資料。
- (二) 醫師繼續教育課程及積分採認人力配置、處理流程、委員會組成、職責及會議召開之作業方式。
- (三) 醫師繼續教育課程及積分採認之作業監督方法。
- (四) 醫師繼續教育課程及積分採認之相關文件保存。
- (五) 醫師繼續教育課程品質管理方式。
- (六) 收費項目與金額。
- (七) 其他經中央主管機關指定之必要文件。

第十一條 中央主管機關受理前條申請認可之審查，得至該醫學團體實地訪查作業情形。

第十二條 經中央主管機關認可辦理本項業務之醫學團體，應依據核定計畫書辦理醫師繼續教育課程與積分採認及收費。

第十三條 經認可之醫學團體有下列情事之一者，中央主管機關得廢止其認可：

- 一、未依規定或計畫書審查醫師繼續教育課程及積分，致生不良影響者。
 - 二、未依計畫書收費者。
 - 三、規避、妨礙中央主管機關查核業務者。
- 違反前項第一款規定，未依規定採認之醫師繼續教育課程及積分，不生採認之效果。

經中央主管機關依第一項規定廢止認可之醫學團體，一年內不得重新申請認可。

第十四條 第八條第一項第一款所定繼續教育積分，於專科醫師，依專科醫師分科及甄審辦法之規定。

第十五條 本辦法施行前已領有執業執照之醫師，應於本辦法施行之日起一年內，填具申請書並檢具下列文件，向原發執業執照機關申請換領執業執照：

- 一、原領執業執照。
- 二、最近三個月內之一吋正面脫帽半身照片二張。

依前項規定辦理換領執業執照，得免繳執業執照費。

第一項執業執照換領，應於民國97年4月23日前申請辦理。

第十六條 醫師受懲戒，應額外接受一定時數繼續教育者，不得以本辦法所定應接受之繼續教育抵充。

第十七條 專科醫師於本辦法修正施行前已依專科醫師分科及甄選辦法，規定取得之醫學倫理、醫療相關法規或醫療品質之積分（點），合於本辦法規定者，得予採認。

第十八條 本辦法自發布日施行。



廠商名錄

<p>廠商：順天堂藥廠股份有限公司 地址：台北市羅斯福路2段11號 3樓 台北經銷：順吉成實業有限公司 地址：台北市重慶南路3段114 號 電話：(02)2332-5962~3 網址：www.sunten.com.tw</p>	<p>服務項目： 濃縮科學中藥、安全藥材、 丸劑、保健品</p> <p>連絡人：盧惠蕊、何傳福</p>
<p>廠商：勝昌製藥廠股份有限公司 地址：台北市和平西路2段56號 電話：(02)2301-1268 網址：www.herb.com.tw 連絡人：李金水、王金堂、陳忠 益</p>	<p>服務項目： 中藥濃縮製劑、濃縮顆粒 劑、濃縮錠劑、一般丸劑</p>
<p>廠商：莊松榮製藥廠有限公司 地址：台北市民權東路3段106 巷15弄16號 電話：0800-039039 (02)2546-0199 傳真：(02)2546-0133 網址：www.csz.com.tw</p>	<p>服務項目： 高濃度科學中藥製劑、 丸劑、細粒</p> <p>連絡人：莊孝武、戴坤煌</p>

<p>廠商：萬國製藥廠股份有限公司 地址：台北市中山區新生北路3段82巷27號1樓 電話：(02)2596-2797 網址：www.wkp.com.tw E-mail：wkp@wkp.com.tw</p>	<p>服務項目： 科學中藥、錠劑、膠囊劑、傳統丸散、單味、水揮、幼藥、藥布、藥膏、食品OEM 連絡人：陳志豪</p>
<p>廠商：港香蘭藥廠股份有限公司 地址：台北市南京西路274號 電話：(02)2552-3365 0800-317-317 傳真：(02)2550-3820 E-mail：kpt@kaiser.com.tw</p>	<p>服務項目： GMP濃縮中藥、細顆粒、錠、丸散、保健食品、茶包 連絡人：徐玉卿</p>
<p>廠商：科達製藥股份有限公司 地址：台北市士林區磺溪街47巷20號 電話：(02)2833-1806 傳真：(02)2834-1353 網址：www.koda.com.tw/</p>	<p>服務項目： 濃縮科學中藥、濃縮顆粒劑、濃縮錠劑、丸劑、保健食品、天然物化粧品 連絡人： 林虹妤、黃震宇、林彥昌</p>



<p>廠商：天一藥廠股份有限公司 台北辦事處： 新北市永和區保安路156號 電話：0800-800616 傳真：(02)2925-5677 E-mail：tiani@tian-i.com.tw</p>	<p>服務項目： GMP科學中藥、錠劑。 傳統丸劑、女性調理、健康管理、樂活茶飲、養生點心、保健食品系列。</p> <p>連絡人：陳俊凱、周奇璋</p>
<p>廠商：生春堂製藥工業(股)公司 地址：台南市永康區興工路6號 電話：(06)232-5155 傳真：(06)233-1026 網址：www.shengchun.com/scc/ E-mail：sct@herbalmed.com.tw 連絡人：鄭育修</p>	<p>服務項目： GMP科學濃縮中藥、丸劑、痠痛貼布、軟膏、噴劑、液劑、膠囊、錠劑、美容保養品、保健食品、清潔用品、OEM、ODM</p>
<p>廠商：勸奉堂製藥股份有限公司 地址：桃園縣觀音鄉廣興村溝尾32-1號 電話：(03)473-7996 傳真：(03)473-7995 網址：www.ox-brand.com E-mail：webmastert@ox-brand.com</p>	<p>服務項目： 濃縮科學中藥、保健食品、散劑、單味粉末、丸劑、濃縮丸劑、錠劑、濃縮錠劑、藥酒劑、傷劑、膠塊劑(勇骨龜鹿膠)、膠囊劑、外用劑、軟膏劑</p> <p>聯絡人：蔡岱原、呂豐吉</p>

<p>廠商：復旦製藥股份有限公司 地址：台北市中山區錦州街108號2樓 電話：(02)2523-3670 傳真：(02)2523-3671</p>	<p>服務項目： 科學中藥、濃縮製劑、 細顆粒、散、錠、 保健食品 連絡人：張得民</p>
<p>廠商：富田製藥廠股份有限公司 地址：彰化縣伸港鄉全興工業區興工路43號 新北市新莊區中信街89巷4號 電話：(02)8991-0281~2 傳真：(02)8991-0283</p>	<p>服務項目： 科學中藥濃縮製劑 「錠劑」、粉劑、細粒 連絡人：徐榮志（正偉） 0935-747128</p>
<p>廠商：順然製藥股份有限公司 廠址：新北市板橋區龍泉街108巷96號7樓 電話：(02)8252-5175 傳真：(02)2252-4565</p>	<p>服務項目： 科學中藥、錠劑、丸劑 連絡人：蘇俊傑 手機：0923-389682</p>
<p>廠商：仙豐股份有限公司 地址：台北市松山區延壽街347號 電話：(02)2766-2778 傳真：(02)2766-2780 網址：www.shengfoong.com</p>	<p>服務項目： 濃縮科學中藥、OTC產品、 保健食品、錠劑、丸劑、 液劑、塊膠劑等。 連絡人：陳冠宇</p>



<p>廠商：全新中藥材有限公司 地址：台北市民族西路234號 電話：(02)2594-7673 傳真：(02)2594-2119 連絡人：柯彩月</p>	<p>服務項目： 生春堂科學濃縮中藥北區總代理、各種中醫器材附設傷科儀器總匯</p>
<p>廠商：明通製藥股份有限公司 地址：台北市大同區昌吉街29號1樓 電話：(02)2595-1021 (02)2595-1051 傳真：(02)2595-1106 網址：www.mintong.com.tw</p>	<p>服務項目： 濃縮科學中藥、保健食品（靈芝、花旗參粉、花旗參片、花旗參茶包） 連絡人：施南光、樸素環</p>
<p>廠商：三才堂製藥廠有限公司 地址：桃園縣楊梅市中山北路2段256巷163弄5號 電話：(03)431-2999 傳真：(03)481-7606 E-mail：service@santsaitang.com.tw 連絡人：鄭傑之</p>	<p>服務項目： 各種濃縮科學中藥製劑與丸、散、茶包、膠囊、錠劑產品。</p>

<p>廠商：天明製藥股份有限公司 地址：新北市新莊區中山路1段67號13樓 電話：(02)8521-8883 0800-866889 網址：www.timing-pharmacy.com E-mail：service@timing-life.com 連絡人：許育珮</p>	<p>服務項目： 1.GMP科學濃縮中藥、丸劑、OTC產品 2.痠痛藥布、青草膏、噴劑、推油 3.天明資訊中醫醫療軟體 4.診所開業資訊與物流供應</p>
<p>廠商：駿緯醫藥科技股份有限公司 地址：台北市民生東路1段51號5樓之1 電話：(02)2567-6228 傳真：(02)2568-2454 E-mail：arketing@meditalent.com 連絡人：李怡真</p>	<p>服務項目： 1.哈秋內服液、舒泯逸、冬蟲夏草菌絲體、康源軟膠囊、9405膠囊。 2.DVD教材：「中國針灸學」、「中國骨傷學」。</p>
<p>廠商：中道生技有限公司 美國蓋亞生技行銷公司 地址：台北市重慶北路1段1號7樓 電話：(02)2388-8888 E-mail：dr.frankfu@gmail.com 連絡人：富博權/ 0926-666618</p>	<p>服務項目： 止癢抗炎劑：通過美國太空總署規格。非類固醇。除少數例外，立即舒緩各種類固醇無法控制的急性皮膚病；并逐日改善症狀。如：濕疹、乾癬、帶狀皰疹、皰疹、香港腳等。 養髮液：滋養根，滋潤毛髮。能延長毛髮生長期，使用大約兩個月後，就使一般人的眉毛逐日變粗變長。</p>



<p>廠商：啟業書局 啟業醫療器材有限公司 地址：台北市羅斯福路3段240巷5號 電話：(02)2368-2414 (02)2368-0834 傳真：(02)2365-4421 E-mail：cheers.com@msa.hinet.net</p>	<p>服務項目： 出版銷售現代中醫藥臨床用書、批發零售各式中醫、針灸、民俗療法器材等</p> <p>連絡人：戴亞雄</p>
<p>廠商：安泰醫療儀器有限公司 地址：新北市板橋區滿平街133號 電話：0800-666-158 網址：www.ontai.com.tw 連絡人：林志忠0935-218896</p>	<p>服務項目： 中醫開業設備、中古儀器買賣。各式傷科儀器、超音波、電療、經絡電療、電子針灸、天眼遠紅外線。各式護具產品、居家保健、銀髮族用品、推拿整脊相關器材。</p>
<p>廠商：亞莫士股份有限公司 地址：台北市10651大安區信義路2段230號1105室 電話：(02)2394-1028 0800-580898 網址：www.amos.com.tw E-mail：service@amos.com.tw 連絡人：張榮棋、何峻宇、丁義峰</p>	<p>服務項目： 科學煎藥專用·中藥飲片 ～團購服務平台～</p> <ol style="list-style-type: none">1.科學煎藥機、煎藥分包機2.純正藥液分包專用膠膜3.科學中藥粉專用分包機4.生命能量水生成機

<p>廠商：國圓科技股份有限公司 地址：新北市三重區重新路4段 206號7樓之2 電話：(02)2976-9000 網址：www.kyes.com.tw E-mail：service@mail.tcm.tw 連絡人：李和村、廖述源</p>	<p>服務項目： 國泰中醫整合系統 醫療院所開業顧問 台灣中醫網站相關業務 院所網站架設服務 院所網路掛號服務 院所電腦軟、硬體服務</p>
<p>廠商：和華科技有限公司 地址：台北市復興北路170號3 樓 電話：(02)2719-6968 傳真：(02)8192-6017 E-mail：hova@hova.com.tw 連絡人：周秋雅0929-305989 周國琳0980-876156</p>	<p>服務項目： 1.展望賽華陀中醫系統總代理。 2.醫療軟體電腦化相關科技 3.診所裝潢設計、開業協助 4.電腦周邊設備：報表紙、色帶。</p>
<p>廠商：國科生技製藥（股）公司 地址：桃園縣龍潭鄉三水村大北 坑50號 電話：(03)479-3146 傳真：(03)479-4781 網址：www.kuoko.com.tw E-mail：gabriel@kuoko.com.tw</p>	<p>服務項目： 濃縮科學中藥、傳統丸散膏丹、OTC成藥、健康食品、專業代工 連絡人：顧煜瑩</p>



<p>廠商：尊昇資訊公司 地址：台北市塔悠路47號 電話：(02)2764-9879 (02)2276-5329 網址：www.sino-medicine.com.tw 連絡人：陳明國/0939-917128</p>	<p>服務項目： 中醫健保系統、診療系統、 藥櫃實務、典籍資料庫、專 業網站、中醫藥經典、數位 典藏、搜尋、應用</p>
<p>廠商：桂台興業有限公司 地址：新北市中和區中正路736 號4樓之2 電話：(02)8228-0151 傳真：(02)8228-0161 E-mail：gktspc.tw@gmail.com</p>	<p>服務項目： 針灸類別— 韓國東方針灸針 台灣總代理 連絡人：楊立達0988- 137831</p>
<p>廠商：北醫管理顧問有限公司 地址：台北市復興南路2段27號 3樓之6 電話：(02)2706-5008 傳真：(02)2706-5006 連絡人：陳羨青</p>	<p>服務項目： 1.醫師所得稅節稅規劃 2.投資、理財諮詢服務 3.代辦勞、健保服務 4.診所開、歇業全程協助 5.健保代申報（至診所或連 線） 6.網頁服務</p>

<p>廠商：新光產物保險股份有限公司 地址：台北市建國北路2段15號 電話：(02)2507-5335 ext 335 傳真：(02)2517-2496 E-mail：ki00c60@skinsurance.com.tw</p>	<p>服務項目： 醫療糾紛保險、車險、團體、火災險、公共意外險 連絡人：王安凱</p>
<p>廠商：昌勝印刷事業有限公司 地址：台北市市民大道2段67巷3號 電話：(02)2581-9964 (02)2563-7560 傳真：(02)2523-1713 E-mail：wen10001@yahoo.com.tw</p>	<p>服務項目： 彩色印刷、雜誌目錄、美工設計 連絡人：周以文</p>
<p>廠商：維鴻企業社 地址：新北市汐止區新興路62號 電話：(02)2648-3680 傳真：(02)2649-6158 連絡人：廖志鴻/0935-025-133</p>	<p>服務項目： 自動總機、電話系統、監視安全系統、影印機及OA事務機器</p>

本年度會員通訊錄承上列廠商贊助印刷費，特此致謝！

2013中醫健保執業手冊

發行人：陳志芳

總編輯：黃建榮

副總編輯：陳朝宗

編輯委員：曹永昌 許中華 賴榮年 楊賢鴻 林展弘
羅明宇 林源泉 黃建榮 陳朝龍 陳朝宗
黃中瑀 陳月琴 林恭儀 邱榮鵬 陳鐵誠
魏以斌 顏志誠 張順晶 陳贊文 陳曉鈞
張雲鵬 許瑞香 陳天定 黃碧松 簡正倫
楊正成 吳明珠 蔡德豐 呂文智 陳俊良
葉裕祥 吳建隆 陳文戎 陳仲豪 趙裔智

發行所：台北市中醫師公會

地址：台北市中正區青島西路11號3樓

電話：02-2314-3456

傳真：02-2314-8181

網址：www.tpcma.org.tw

E-mail：tp.cma@msa.hinet.net

郵政劃撥帳號：00195927

印刷者：文盛彩藝事業有限公司

電話：(02)2301-7980

傳真：(02)2332-1644

民國102年3月 編印