

全民健康保險中醫急症處置計畫

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

針對急診常見病症，藉由中醫介入處置，減輕急診壅塞，減少病人反覆進出急診或滯留於急診觀察區。

三、適用範圍及收案條件：符合下列疾病適應症之急診病人，經急診主治醫師評估需中醫介入處置，且徵詢病人同意者。

(一)眩暈

- 1.適應症：ICD-10-CM前三碼為R42、H81。
- 2.排除急重症與危急病人。

(二)急腹症(腸阻塞)

- 1.適應症：ICD-10-CM前四碼為K31.5、K56.0、K56.5、K56.6、K56.7、K91.3。
- 2.排除緊急開刀與危急病人。

(三)胸悶、胸痛、心悸

- 1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為F41、F45.4、I20、I23.7、I49.9、K21、R00、R07、R12、R53，且符合下列情況之一者：
 - (1)心電圖為正常竇性節律(normal sinus rhythm)、竇性心律過速(sinus tachycardia)或竇性心律過緩(sinus bradycardia)等，抽血數值無明顯異常需矯正，影像學診斷亦無明顯異常，給予西藥症狀治療仍無法改善，導致仍需滯留於急診留觀或等床者。
 - (2)確診為特定疾病所導致之胸悶、胸痛、心悸，經西醫治療後症狀仍持續，導致仍需滯留於急診留觀或等床者。
 - (3)心肌梗塞溶栓治療危險評分(Thrombolysis in Myocardial Infarction risk score, TIMI risk score)大於4分者(其14天內之死亡率大於20%)，應與急診醫師討論，並酌情告知病人或家屬，再斟酌是否治療。
- 2.排除需接受緊急侵入性治療之病人(註：若經侵入性治療後，病人意識清醒且仍感不適導致須於急診留觀或等床者，則不在此限)。
- 3.排除生命徵象不穩定、需插管急救及其他緊急處置之病人。

4.排除須立即轉往加護病房之病人。

(四)軟組織疼痛

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為M54.4、M54.5、M60.8、M60.9、M65.3、M65.4、M65.8、M65.9、M67.4、M70、M75、M76.3、S20.2、S23、S33、S40、S46、S47、S50、S56、S57、S60、S66、S70、S76、S77、S80、S86、S87、S90、S96、S97、L03。

2.排除急重症與危急病人。

(五)經痛

1.適應症：ICD-10-CM前四碼為N94.4、N94.5、N94.6。

2.排除懷孕、急重症與危急病人。

(六)偏頭痛

1.適應症：ICD-10-CM前三碼為G43。

2.排除急重症與危急病人。

(七)癌症疼痛

1.適應症：ICD-10-CM前四碼為G89.3。

2.排除急重症與危急病人。

(八)骨骼、關節相關痛症

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為M02.3、M02.8-M02.9、M05-M19、M1A、M22-M25、M36.1-M36.4、M43、M45、M46.1、M46.4、M46.8-M46.9、M47-M51、M77、M80、M81、M84.3、M84.4、M84.5、M84.6、M79.6、S02、S12、S22、S32、S38、S39、S42、S49、S52、S59、S62、S72、S79、S82、S89、S92、S43、S53、S63、S67、S69、S73、S83、S93、S28、S38、S48、S68、S78、S88、S98。

2.排除急重症與危急病人。

(九)腦中風

1.適應症：

(1)出血性腦中風：ICD-10-CM前三碼為I61及I62，為非創傷性出血性腦中風，出血性中風指數(Intracerebral Hemorrhage score, ICH score)為0分。

(2) 梗塞性腦中風：ICD-10-CM前三碼為I63，梗塞性腦中風到急診時美國國衛院腦中風評估量表(National Institutes of Health Stroke Scale，以下稱NIHSS)分數小於6分(不含6分)，未接收靜脈注射血栓溶解劑，栓體舒注射液(recombinant tissue plasminogen activator, rt-PA, Actilyse)之病人。

2. 出血性腦中風病人，排除下列情況者：

(1) 非創傷性出血性腦中風，排除蜘蛛膜下腔出血、硬腦膜下腔出血、硬腦膜外出血。

(2) 生命徵象不穩定、需插管急救、及其他緊急處置之病人。

(3) 接受緊急侵入性治療之病人。

(4) 立即轉往加護病房之病人。

3. 梗塞性腦中風病人，排除下列情況者：

(1) 合併急性心肌梗塞病人。

(2) 疑似腦出血(包括蜘蛛網膜下出血)病人。

(3) 生命徵象不穩定、需插管急救之病人。

(4) 接受緊急侵入性治療之病人。

(5) 立即轉往加護病房之病人。

四、中醫急症處置照護流程，詳附件三。

五、評估方式：

(一) 眩暈：使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale，以下稱VAS量表)進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。

(二) 急腹症(腸阻塞)：使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。

(三) 胸悶、胸痛、心悸

1. 記錄病人針灸治療前、後之心跳及血壓。

2. 使用數字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)評估病人針灸治療前、後之臨床症狀改善程度，以數字量化1-10表示，最不舒服且無法離開病床為10，可執行日常活動無不適為0，並於每次處置後記錄於病歷。

(四)軟組織疼痛：使用簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)進行前、後測評估，並於每次處置後記錄分數。

(五)經痛：

- 1.使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。
- 2.由中醫進行病案分析與臨床評估。

(六)偏頭痛

- 1.使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。
- 2.由中醫進行病案分析與臨床評估。

(七)癌症疼痛

- 1.使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。
- 2.由中醫進行病案分析與臨床評估。

(八)骨骼、關節相關痛症：使用疼痛評估(VAS 量表)及關節角度評估(range of motion，以下稱 ROM)進行前、後測評估，並於每次處置後記錄 VAS 量表分數及 ROM 數值。

(九)腦中風

1.出血性腦中風

- (1)由中醫進行病案分析。
- (2)記錄病人針灸治療前、後之昏迷指數(Glasgow Coma Scale，以下稱 Coma Scale)。
- (3)記錄病人針灸治療前、後之上下肢近端及遠端雙側的肌力分級 (muscle power)。

2.梗塞性腦中風

- (1)由中醫進行病案分析。
- (2)記錄病人針灸治療前、後之NIHSS分數。
- (3)記錄病人針灸治療前、後之Coma Scale。
- (4)記錄病人針灸治療前、後之上下肢近端及遠端雙側之肌力分級 (muscle power)。

六、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫急症處置」專款項目下支應。

七、申請資格：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並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。
- (二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：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；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

八、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

九、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，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

十、執行方式：

- (一)醫師應對當次看診病人提供完整之診療，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。
- (二)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十一、支付方式：

- (一)本計畫之給付項目及支付標準如附件二。
- (二)本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於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，惟每點支付金額不高於 1 元。

十二、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本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「JK(中醫急症處置計畫)」。

3.本計畫之費用與當次西醫急診費用分開申報。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十三、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，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告包含執行成果及實施效益，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。

十四、辦理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。

十五、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，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

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人療效評估等資料。

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，並報請主管機關核定後公告實施。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。

全民健康保險中醫急症處置計畫 給付項目及支付標準

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、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。
- 三、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」(以下稱醫療服務支付標準)之02005B「住院會診費」及第四部中醫各章節之診療項目，且本計畫之申報量不併入該院所原門診合理量或針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、本計畫之案件(同一個案)當次就醫之中醫急症處置費以申報三次為限。

全民健康保險中醫急症處置計畫 支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P61001	中醫急症診察費	521
P61002	中醫急症處置費	354
<p>註1：夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。</p> <p>註2：每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001)。</p> <p>註3：每一個案該次急診期間，中醫急症處置費(P61002)以申報三次為上限。</p> <p>註4：藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。</p>		

中醫急症處置照護流程

