

## 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：

依據全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第163次委員會議決議辦理。

### 二、目的：

本計畫乃針對病情已穩定、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100年12月31日止。

### 四、適用範圍：病人自述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)，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)自診斷日起超過六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)自診斷日起六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)，惟各療護機構限制1家中醫院所支援，且不得跨區支援。

### 五、經費來源：全民健康保險100年度中醫門診醫療給付費用專款項目「全民健康保險腦血管疾病後遺症門診照護計畫」支應。

### 六、申請資格：申請院所負責醫師執業滿四年以上之院所得以承辦，執行醫師執業需滿二年以上且需參加總額受託單位辦理講習會領有繼續教育證明及團隊能有效提供醫療服務者(講習會不定期召開)。(符合本試辦計畫資格之院所名稱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。)

### 七、申請程序：

申請執行之中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中華民國中醫師公會全國聯合會(以下簡稱中醫全聯會)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。
- (二)每週每位患者看診超出本計畫所訂之上限，超出上限者費用點數支給付為0。
- (三)看診醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。
- (四)執行本計畫醫療服務者本計畫執行期間欲變更計畫者欲變更計畫者需報請中醫師公會全聯會審議通過，發予變更同意函，並檢具該中醫師公會全聯會發予之變更同意函向全民健康保險保險人（以下稱保險人）之分區業務組報備准後始得變更。

#### 九、計畫書之規範：

- (一)書寫格式：以WORD形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號字型，橫式書寫。
- (二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。
- (三)內容至少應包括下列項目：
  - 1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。
  - 2.目的：分點具體列述所要達成之目標。
  - 3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：
    - (1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。
    - (2)標準作業程序。
    - (3)適應症。
    - (4)治療及追蹤計畫。
    - (5)療效評估標準對於腦血管疾病，以NIHSS、Barthel Index做為評估標準。
    - (6)不良反應紀錄及通報。
    - (7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點之本計畫「支付標準表」之診療項目及支付方式點數預估。
  - 4.衛生主管單位報備同意文件及醫療（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、受理資格審查：

- (一)中醫師公會全聯會於每月月底（以郵戳為憑）收齊申請案件後，十五日內遴聘專家學者進行審查，並於審查完成後十五日

內送保險人核備同意後函復審查結果。

(二)經審查通過並收到回復同意函者之~~中醫門診特約醫事服務機構~~，檢具~~中醫師公會全聯會~~之同意函與本保險之分區業務組以換文方式申請辦理本試辦計畫服務，即可執行本計畫。

#### 十一、支付方式：

(一)本計畫支付標準表如附件二，~~其每點支付金額以1元暫付~~。

(二)本計畫之經費全年預算90百萬元，按季均分及結算，並暫以每點1元支付，當季預算若有結餘則流用至下季，當預算不足時採浮動點值計算暫結，且每點不高於1元，年底時進行全年結算，惟每點不高於1元。

#### 十二、醫療服務申報與審查

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

#### (二)醫療費用申報

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

2.~~健保局保險人特約醫事服務機構~~門診醫療服務點數清單及門診醫療服務醫令清單填寫方式：

(1)案件分類：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」。

(2)特定治療項目(一)：「腦血管後遺症」請填寫「CA」。

#### 十三、執行報告

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

十四、執行辦理本試辦計畫之~~中醫門診特約醫事服務機構~~實施而成效不佳者、未依本試辦計畫規定事項執行者或未依中醫總額受託單位規定繳交相關資料、評量報表者，得經中醫總額受託單位重新評估後，停止執行者辦理本試辦計畫服務。

十五、本計畫實施成效由~~中醫師公會全聯會~~進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，並於年終向費協會提送年度執行報告，其內

容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況等資料。

十六、本計畫由保險人會同中醫師公會全聯會研訂後，並送費協會備查及報請行政院衛生署核定後，由保險人公告實施，修正時亦同。

## 100年全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫申請書

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：			
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	
		台中字第	號	
每週診療時間				
檢 送 項 目	項	目	審	查
			結	果
			備註	
	繼續教育證明書份		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	計畫書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	醫師人力		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	其他醫事人力			
配合養護機構相關資料				
保 險 醫 事 服 務 機 構	機 構 章 戳			本 欄 由 審 查 單 位 填 寫
	申請日期： 年 月 日		中醫全聯會審核意見欄 1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他：  審核委員： 日期章戳：	

## 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 支付標準表

通則：

- 一、本支付標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）
- 二、腦血管疾病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。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報中醫護理衛教費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。

## 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	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：P38051 中醫護理衛教費限每三個月申請一次。

P38052 生心理評估需以個案為單位限每二個月申請一次，在醫療（療護）機構未住滿兩個月者，限申報一次。