

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫

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：

針對乳癌、肝癌患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療積極主動介入，降低治療期間產生之不適感，以改善患者日常生活能力、提升生活品質，使患者能順利完成整個腫瘤治療療程為目的。

三、施行期間：自公告日起至105年12月31日止。

四、適用範圍：

(一)西醫確診為乳癌(ICD-10：C50、C79.2、C79.81、D05.00-D05.92、D48.60-D48.62、Z51.0、Z51.11)、肝癌(ICD-10：C22、C78.7、D01.5、D37.6)併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)治療期間之患者。

(二)住院接受手術或放化療患者，若於住院期間，經「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」收案，出院改採門診繼續接受放化療(含標靶治療)者，應另於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)登錄，並改以本計畫照護。若患者再次住院，則由住院計畫申請加強照護，其得於兩計畫併行收案，惟申報照護費用不得重複。

五、預算來源：

105年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」專款項目下支應，全年經費14.9百萬元。

六、申請資格：

(一)申請參與本計畫之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之中醫師。

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫師，須最近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或申請暫緩處分者)。

七、申請程序：

中醫門診特約保險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，並經電話向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

八、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一日起計。

九、執行方式：

- (一)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。
- (二)開立中藥、針灸(或傷科)治療。
- (三)疾病管理照護費(含中醫護理衛教及營養飲食指導)，限三個月申報一次。
- (四)填寫生理評估，包含癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版)、生活品質評估Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG)，限三個月申報一次。
- (五)承辦本計畫之保險醫事服務機構需於收案後，將個案之基本資料登錄於VPN，並每三個月於VPN上登錄各項生理評估量表。
- (六)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者，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、支付方式：

- (一)本計畫之給付項目及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「JE(乳癌患者中醫門診加強照護醫療)」或「JF(肝癌患者中醫門診加強照護醫療)」。

(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。

十二、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，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。

十三、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。

十四、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。

十五、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患療效評估等資料(含登錄於VPN之生理評估量表資料分析)。

十六、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。

附件一

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基	院所名稱				院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名				身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷				聯絡電話		
E-mail :							
本	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期		
			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				
資	保險醫事服務機構自評項目			請 V 選		備註	
	院所是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	醫師是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	機構章戳						
料							

中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫)	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，請於 月 日內補齊。
	4 <input type="checkbox"/> 其他，_____。
	審核委員： _____ 審核日期： 年 月 日

附件二

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫支付標準表

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、本計畫之中醫輔助醫療服務量、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原門診合理量、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，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、申報疾病管理照護費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 五、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。

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P56001	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 7 天以下) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	700
P56002	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 8-14 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,050
P56003	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 15-21 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,400
P56004	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 22-28 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,750
P56005	癌症針灸或傷科治療處置費 註：本項處置費每月申報上限為 12 次，超出部分支付點數以零計。	400
P56006	疾病管理照護費 註：1.包含中醫護理衛教及營養飲食指導。 2.限三個月申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	300
P56007	生理評估費 1.癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版) 2.生活品質評估(Eastern Cooperative Oncology Group；ECOG) 註：1.前測(收案三日內)及後測(收案三個月內)量表皆完成，方可申請給付。 2.限三個月申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	1,000