

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

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：

- (一)針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，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，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。
- (二)希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質。

三、施行期間：自公告日起至106年12月31日止。

四、適用範圍：

- (一)腦血管疾病(ICD-10： G45.0-G46.8 及 I60~I68)、顱腦損傷(ICD-10： S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10： S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)自診斷日起六個月內之住院病患，需中醫輔助醫療協助者。
- (二)需中醫輔助醫療之腫瘤住院患者。

五、預算來源：106年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款項目下支應，全年經費133百萬元。

六、申請資格及退場機制：

- (一)設有中醫門診之醫院，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)。

(三)退場機制：當年度收案且結案患者前後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，12 個月內不得承作本計畫。

七、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)及計畫書，以掛號郵寄方式向中醫全聯會提出申請。

八、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：加強中醫醫療照護門診的種類、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：

A、腦血管疾病，以美國國家衛生研究院中風評量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。

B、顱腦損傷，以巴氏量表(Barthel Index)、改良式創傷嚴重度指標 (Revised Trauma Score, RTS：包含呼吸次數，收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標)做為評估標準。

C、脊髓損傷，以美國脊髓損傷協會神經和功能評分(American Spinal Injury Association neurologic and functional score，ASIA score)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。

D、腫瘤住院患者，以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)、Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 生活品質評估等做為評估標準。

(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。

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

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)本計畫收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(VPN)。各項評估量表須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須完成各項支付標準所列之量表並登錄於VPN。

(三)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫者，須先函送中醫全聯會進行評估，並檢具中醫全聯會所發予之評估結果，向保險人之分區業務組申請計畫之變更，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「C8(腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療)」、「JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」、「JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」及「J7(腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療)」。

(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患療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

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。

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫給付項目 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本計畫之診察費項目(P33001及P34001)，不受同一療程規定之限制。
- 三、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。
- 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，所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及營養飲食指導費，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。
- 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。
- 七、本計畫之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。

支付標準表(一)
-腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

第一章 中醫輔助醫療診察費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|-----------|------|
| P33001 | 中醫輔助醫療診察費 | 350 |

第二章 藥費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|------|------|
| P33021 | 每日藥費 | 100 |

第三章 針灸治療

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---------|------|
| P33031 | 針灸治療處置費 | 400 |
| P33032 | 電針治療 | 500 |

註：P33031、P33032 每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|------|------|
| P33041 | 一般治療 | 300 |

第五章 疾病管理照護費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---|-------|
| P33051 | 中醫護理衛教費 | 300 |
| P33052 | 營養飲食指導費 | 250 |
| P33053 | 生理評估(限腦中風患者適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index) | 1,000 |
| P33054 | 生理評估(限顱腦損傷患者適用) (1)改良式創傷嚴重度指標(RTS) (2)巴氏量表(Barthel Index) | 1,000 |
| P33055 | 生理評估(限脊髓損傷患者適用) (1)美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score) (2)巴氏量表(Barthel Index) | 1,000 |

註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。

2.P33053、P33054、P33055 生理評估：

(1)須以個案為單位。

(2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。

(3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於 VPN。

支付標準表(一)
-腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

第六章 藥品調劑費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|-------|------|
| P33061 | 藥品調劑費 | 50/次 |

第七章 中醫輔助醫療檢查費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---------------------|-------|
| P33071 | 中醫輔助醫療檢查費(舌診儀) | 500/次 |
| P33072 | 中醫輔助醫療檢查費(脈診儀) | 500/次 |
| P33073 | 中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助) | 500/次 |
| P33074 | 中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助) | 500/次 |

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

支付標準表(二)
-腫瘤患者手術、化療、放射線療法

第一章 中醫輔助醫療診察費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|-----------|------|
| P34001 | 中醫輔助醫療診察費 | 350 |

第二章 藥費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|------|------|
| P34021 | 每日藥費 | 100 |

註：出院患者必要時得開給7天藥品

第三章 針灸治療

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---------|------|
| P34031 | 針灸治療處置費 | 400 |
| P34032 | 電針治療 | 500 |

註：P34031、P34032 每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|-------------------|------|
| P34041 | 一般治療(含推拿治療或外敷藥處置) | 300 |

第五章 疾病管理照護費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|---|-------|
| P34051 | 中醫護理衛教費 | 300 |
| P34052 | 營養飲食指導費 | 250 |
| P34053 | 癌症治療功能性評估： (1)一般性量表(FACT-G) (第四版) (2)生活品質評估(ECOG) | 1,000 |

註：1.P34051、P34052 每一個案住院期間限申報一次費用。

2.P34053 癌症治療功能性評估：

(1)以個案為單位。

(2)須於收案後三日內及出院前各執行一次，前後測量表可各申報一次費用。

(3)每次須同時完成該項所列之量表並登錄於 VPN。

支付標準表(二)
-腫瘤患者手術、化療、放射線療法

第六章 藥品調劑費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|-------|------|
| P34061 | 藥品調劑費 | 50/次 |

第七章 中醫輔助醫療檢查費

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|----------------|-------|
| P34071 | 中醫輔助醫療檢查費(舌診儀) | 500/次 |
| P34072 | 中醫輔助醫療檢查費(脈診儀) | 500/次 |

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。