

## 小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

修訂

### 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 152 次委員會議決議辦理。

### 二、目的：

本計畫在促進提供主要照顧者對患童的居家照護能力、降低主要照顧者的生、心理負擔、提升主要照顧者的家庭生活品質、減輕腦性麻痺患童的醫療成本支出。

修訂

### 三、施行期間：自公告日起至 99 年 12 月 31 日止。

### 四、適用範圍：確診為腦性麻痺患者年齡在 12 歲以下(含 12 歲)之患童。

修訂

### 五、經費來源：全民健康保險 99 年度中醫門診醫療給付費用專款項目「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」支應。

### 六、申請資格：設有中醫門診之醫院且需參加總額受託單位辦理講習會領有繼續教育證明之中醫師(講習會不定期召開)。

### 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(以下簡稱中醫師公會全聯會)提出申請。

### 八、執行方式：

(一)每日執行上限為 30 人次，小兒腦性麻痺每位患者每週以一次為限。

(二)看診人數不得超出本計畫所訂看診人次之上限，超出上限者費用點數給付為 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。

修訂

(四)執行本計畫醫療服務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；檢具中醫師公會全聯會發予之變更同意函向~~健保局所屬分局~~本保險之分區報備核准後始得變更。

### 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。
    - (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之支付點數預估。
  - (四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

#### 十、受理資格審查：

修訂

(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，十五日內遴聘專學者進行審查，並於審查完成後十五日內送~~中央健康保險局~~保險人核備同意後函復審查結果。

修訂

(二)經審查通過並收到回復函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~~健保局轄區分局~~本保險之分區以換文方式申請辦理本試辦計畫服務，即可執行。

#### 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。

修訂

(二)本計畫預算與全民健康保險 99 年度中醫門診醫療給付費用專款項目另二項延續性試辦計畫預算得互相流用，而三項延續性試辦計畫預算與「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」預算得於 15 百萬額度內互相流

用，但該年度試辦計畫費用總合超出前述流用後總預算時，改以全年度浮動點值計算。

## 十二、醫療服務申報與審查

(一)執行本計畫之醫療院所，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.健保局特約醫事服務機構醫療服務點數清單及醫令清單：

(1)「案件分類」：屬本試辦計畫案件，請填寫「22」（中醫其他案件）。

(2)特定治療項目：請填寫「C0」（小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫）。

## 十三、執行報告

經審查通過執行本試辦計畫者，應於試辦計畫執行結束或年度結束後三十日前，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。

修訂

十四、辦理本試辦計畫之中醫門診特約醫事服務機構實施成效不佳者、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；並於實施半年後進行期中檢討。

修訂

十六、本計畫由~~健保局~~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~~健保局~~保險人公告實施。

附件一

99年度小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫申請書

|                  |             |       |  |           |
|------------------|-------------|-------|--|-----------|
| 基                | 院所名稱        |       | 院所代碼   |           |
|                  | 本計畫負責醫師姓名   |       | 身分證字號  |           |
| 本                | 本計畫負責醫師學經歷  |       | 檢附證明文件   | 件         |
|                  | e-mail :    |       | 聯絡電話 :   |           |
| 資                | 醫師姓名        | 身分證字號 | 中醫師證書字號  | 教職        |
|                  |             |       | 台中字第 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<br>送<br>項<br>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      |       |  |           |
|                  |             |       |  |           |
| 保險醫事服務機構         | 機構章戳        |       | 中醫全聯會審核意見欄<br>審核委員：<br>日期章戳：   | 本欄由審查單位填寫 |
|                  | 申請日期： 年 月 日 |       |  |           |

## 附件二

### 小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫

#### 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、小兒腦性麻痺中醫優質門診照醫療門診服務量、各項治療處置合計申報量，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，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、申報護理衛教與指導費，應於該次門診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、申報本計畫支付項目時需申報必要執行項目(P32101-P32108)，如有其中一項未實施，該筆費用將不予給付。(必要執行項目為註明中醫四診診察費、開立口服藥、頭皮針針灸治療、中醫五音治療、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸、體針半刺、護理衛教與指導費等八項)

## 支付標準表

### 一、必要項目

|    | 編號     | 診療項目  | 支付點數  |
|----|--------|---|-------|
|    | P32101 | 中醫四診診察費   | 350   |
|    | P32102 | 開立口服藥   | 150/日 |
| 修訂 | P32103 | 頭皮針針灸治療處置費(醒神開竅、留針 <del>二小時</del> <u>30分鐘</u> 以上) | 350   |
|    | P32104 | 五音治療處置費(益智健腦、清心寧神)                                | 150   |
|    | P32105 | 穴位推拿按摩(益腎通督)                                      | 500   |
|    | P32106 | 督脈及神闕藥灸(培元固本)                                     | 300   |
|    | P32107 | 體針半刺(豁痰、利關節)                                      | 280   |
|    | P32108 | 護理衛教與指導費  | 300   |

### 二、加強項目

|  | 編號     | 診療項目                             | 支付點數  |
|--|--------|----------------------------------|-------|
|  | P32211 | CCDI 學齡前兒童行為發展量表                 | 820/次 |
|  | P32212 | GMFM粗動作功能評量表                     | 600/次 |
|  | P32213 | SF-36 生活品質量表                     | 380/次 |
|  | P32202 | 中醫輔助醫療檢查費(使用儀器—舌診儀輔助) 每個月一次為限    | 500/次 |
|  | P32203 | 中醫輔助醫療檢查費(使用儀器—脈診儀輔助) 每個月一次為限    | 500/次 |
|  | P32204 | 中醫輔助醫療檢查費(使用儀器—微循環儀輔助) 每個月一次為限   | 500/次 |
|  | P32205 | 中醫輔助醫療檢查費(使用儀器—紅外線熱象儀輔助) 每個月一次為限 | 500/次 |
|  | P32206 | 中藥藥浴處置費(疏經活絡)                    | 200   |
| 註：1) 生、心理評估限每三個月一次。<br>2) 加強項目未處置或檢查者不得申報費用。 |        |                                  |       |