

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

106年第2次臨時會議紀錄

時間：106年7月4日下午2時

地點：中央健康保險署18樓大禮堂

出席代表：

盧代表瑞芬	請 假	吳代表文正	吳文正
洪代表子仁	洪子仁	吳代表鏘亮	蘇聰賢代
王代表明鉅	王明鉅	童代表瑞龍	請 假
陳代表亮良	陳亮良	張代表國寬	張國寬
林代表錫維	林錫維	鄒代表繼群	朱益宏代
吳代表志雄	請 假	李代表允文	李允文
郭代表宗正	詹德旺代	趙代表昭欽	請 假
謝代表文輝	謝文輝	謝代表輝龍	謝輝龍
黃代表遵誠	黃遵誠	羅代表永達	羅永達
陳代表石池	黃雪玲代	張代表克士	張克士
張代表德明	李偉強代	謝代表景祥	謝景祥
施代表壽全	林富滿代	謝代表武吉	謝武吉
鄭代表明輝	潘延健代	林代表慧玲	王春玉代
郭代表守仁	莊春珍代	唐代表宏生	唐宏生
邱代表仲慶	王敏容代	陳代表威仁	蘇美惠代
鍾代表飲文	鍾飲文	劉代表淑芬	劉淑芬
林代表欣榮	請 假	林代表恒立	請 假
趙代表有誠	林慶豐	顏代表鴻順	請 假
黃代表忠智	黃忠智	王代表榮濱	王榮濱
周代表思源	周思源	梁代表淑政	梁淑政
蘇代表主榮	蘇主榮	龐代表一鳴	龐一鳴

列席單位及人員：

衛生福利部社保司	周雯雯		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴		
台灣醫院協會	王秀貞	何佳儒	吳洵伶
	鄭禮育		
中華民國醫師公會全國聯合會	林筱庭	吳春樺	
中華民國護理師護士公會全國	梁淑媛		

聯合會

中華民國物理治療師全國聯合會	林士峰		
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	宋佳玲		
中華民國藥師公會全國聯合會	秦語謙		
本署臺北業務組	余千子	宋怡慧	
本署北區業務組	謝明珠	江謝佩妘	
本署中區業務組	蔡瓊玉		
本署南區業務組	程慶惠		
本署高屏業務組	彭錦環		
本署東區業務組	王素惠		
本署醫審及藥材組	王本仁		
本署資訊組	姜義國		
本署企劃組	柯秉志		
本署財務組	楊小娟		
本署醫務管理組	張溫溫	洪于淇	林右鈞
	曾美嘉	鄭凱元	鄭正義
	郭育成		

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林沁玫

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項

案由：106年第1季初級照護案件核減點數結算情形

決議：

- 一、第1季不處理初級照護點數核減事宜，併第2季扣減點數後合併結算，並請各分區業務組就醫院申報資料進行分析及瞭解。
- 二、依106年5月24日本會議決議之初級照護計算邏輯辦理結算事宜。醫院如有更正診斷碼等相關申報資料，將依更正後資料辦理結算。
- 三、針對門診診斷碼如何正確編碼原則，將邀集編碼臨床專家和病歷管理學會討論訂定。
- 四、醫院以病人為中心門診整合照護計畫案件，不屬初級照護案

件排除項目，請各分區業務組訂定區域級以上醫院收案時，如該類病人同時符合初級照護管控項目範圍，可考量不納入目標數，以避免增加醫院壓力。

**參、散會：下午3時25分**

**肆、與會人員發言摘要詳附件**

## ※與會人員發言摘要

### 主席

今天臨時會是討論有關初級醫療案之執行，謝謝大家撥冗協助今天會議做決定。醫學中心協會針對本案來函建議 2 次，因第一季點值將結算，初級照護核扣點數也要併同結算，今天慎重召開臨時會議，希望取得大家共識。大家若無意見進入討論案，先請醫管組說明。

### 醫務管理組張專委溫溫

第一點，本案前後總共開了七次會議，在 5 月總額協商會議已經確認計算邏輯，資料在附件 1，資料第 3 頁，目前用主診斷來做認定，在會議中也特別向醫院說明，希望確實做到分級醫療，讓 coding 可以正確填報。

第二點，依據定義計算 106 年第一季度資料結果，20 家醫學中心，有 8 家要扣款，83 家區域醫院有 42 家要扣款，附件 4 資料，醫學中心 105 年第一季度和 106 年第一季度案件數比較，初級照護案件數有些變化較大，所以今天會議跟大家做確認。

第三點，外界擔心會造成醫院編碼改變的情況，所以署長在 6 月 20 日特別親函請各醫學中心和區域醫院院長要尊重醫師專業判斷來進行編碼。

第四點，醫學中心協會來函建議目前是採用主診斷計算，門診每一診斷碼都很重要，建議應該有討論的空間，另於 6 月 30 日再次函文說明，健保署誤解原意，函文內容於補充資料。

最後就各醫院的編碼結果發現，有些醫院總件數變化不大，可是初級案件數下降較多，分析後發現，過去病人疾病在主診斷，但在今年第一季，同樣病人但變成次診斷，有些則改列為 P4P 項目。如果今天會議沒有共識，本案第一季核扣點數就到第二季一併處理。

### 主席

今天最主要請大家看附件 3 及附件 4 資料。附件 1 係經過歷次的初級醫療會議後，大家取得的共識，即用第一診斷計算，結算結果第 1 季核扣約 1.98 億點，核扣點數還是回到總額，相對提升點值。本署結算過程中，陸續接到醫院訊息，有醫院確實有以資訊程式做排除動作，所以署長在 6 月 20 日特別寫一封信給各區域級以上的醫院院長，希望大家不要用資訊動作干預，讓疾病編碼失真。

另外，病人看診當次最主要問題，是放第一診斷，但如果診斷碼位

移，只為了怕被扣款，對於誠實者相對不公平，因為是大家的總額。今天的資料係將醫院名稱拿掉，讓大家知道結算結果。

另醫學中心協會之建議，第一次來文提到，以一個病人來看，門診五個診斷一樣重要，如果定義改成所有診斷都納入考慮，統計結果在附件 7、8，這部分供大家參考；醫學中心再次來函說說明，不是所有診斷都要算，所以再次重申附件 7、8 是讓大家參考用，真正要討論的是附件 3、4 的資料，如何結算較恰當，這是今天開會的目的，請各位代表表示意見。

### **李代表偉強**

補充資料是台灣醫學中心協會在 6 月 30 日有行文到健保署和各層級醫院協會，是一份澄清的文，門診病人每個診斷都很重要，門診病人是多重疾病，如果只有看一個病就一個診斷，二個以上大多是有多重疾病，比方說有糖尿病和高血壓，這兩個診斷對病人來說是重要的，所以我們才說每一個診斷都重要的，附件 3 及 4 是過去會議決議，是以第一個診斷為主。

當初發文的原因是因健保要扣錢，所以應更謹慎，因此行文給會員醫院表達意見，大家意見主要有兩個部分：1. 對於初級照護的定義，我們並沒有要改變前面七次專家學者建議，透過很多專家會議所訂出來的 205 項，我們尊重，後來又增加 S 碼到五千多項，這是專家學者的建議，我們沒有意見，其實每一項診斷都重要，所以應該每個都看，是不是任一診斷符合初級照護就算是初級照護呢？還是都要符合初級照護才算是初級照護，這是我們的文那時候沒有寫得那麼清楚，所以健保署又試算一次，在附件 8，每醫院初級照護案件都暴增，所以醫中協會才行文澄清，謝謝健保署察納雅言，知道是計算的問題，建議如果可以就病人整體的疾病與診斷來判斷是最好的，如果不行就回到當初共識。2. 在費用部分，每件初級照護都單價約近三千多點，在計算初級照護件數時排除慢箋 08 案件，計算費用時是不是也應該考慮要排除？如果點數把 08 案件都排除掉，單價約一千多元，所以把建議的公式列出來，藉由今天跟大家澄清，也謝謝健保署願意提供資料給大家。

### **主席**

還有沒有意見？

### **黃代表雪玲**

計算點數時 08 案件排除的部分。

**主席**

請醫管組說明。

**醫務管理組張專委温温**

計算邏輯是 08 案件件數不計，點數是納入計算的，在資料的第 4 頁，分母：醫療費用部分是申請點數加部分負擔，在算總件數時，像病理中心、連續處方箋及診察費為零的案件是不採計，費用符合前面資料的第 3 頁第三點，符合納入計算的範圍，含交付機構，交付出去都是納入計算，不論是對外的報表或在對健保會的相關報表，都是同樣的邏輯。

**李代表偉強**

在計算人次是排除的，但費用時又納進來，所以才會提出來建議。

**黃代表雪玲**

單價並沒有這麼高，而是把領慢箋的兩次納入計算，並不是因為我們看診所造成的，所以建議慢箋的部分不應納入計算。

**林代表富滿**

從第 4 頁初級照護率的計算方式，分母明訂案件分類 08 及診察費為 0 不列入計算；分子也敘明符合前開分母件數，看不出交付機構藥費要納入計算。

**主席**

還有沒有其他問題？

**王代表敏容**

第 5 頁第五點，每件初級照護平均點數等於前開初級照護案件醫療醫療點數/前開初級照護案件件數，注意都有前開這兩個字，這個不是意味分子分母條件都一樣嗎，是不是應該一律都要排除慢箋案件？

**陳代表亮良**

我來自雲林，最近看到新聞媒體報導雲林長庚急診醫生在前陣子集體出走，健保署李署長也做回應，主要要推動分級醫療，分級醫療第一階段就是初級照護，第 25 頁序號第 15 總件數和核扣醫療點數及區域醫院序號第 5 總件數偏低，請健保署說明。

**主席**

大家還有沒有意見？請醫管組先就陳代表的問題先回答。

### **醫務管理組張專委溫溫**

因為兩家都是精神專科醫院，所以初級照護案件數較低。

### **主席**

大家有沒有意見？沒有意見請醫管組說明慢箋的部分。

### **醫務管理組張專委溫溫**

依據健保法 64 條，處方交付出去還是歸責在處方的醫師，所以一般在計算件數是不計，但在計算醫療費用時是納入計算。計算邏輯前提就說明有含交付機構，所以在後面計算件數時，在計算件數不算，但計算醫療費用時，是全部都拉回來計算。

### **醫務管理組龐組長一鳴**

今天的重點在第 25-28 頁各醫院的資料，以醫學中心為例，有些醫院沒有被扣到，但去年總件數和今年總件數沒有什麼減少，而且我們確實有收到，醫院類似 upcoding 事情，甚至用電腦做修改，所以今天請大家來確認，按照這個情形，有些醫院是很老實願意扣錢，有些醫院是規避，如主席提到，假如大家同意按照這方式，有些人做這些動作，認為它是合理的，以後我們就按照執行，若有人認為有不合理的，顯然結算方式再想另一方式，健保的查核方式也要對社會有交代。

至於 08 案件要不要計算部分，國人平均就醫次數 14-15 次，已是全世界之高，如果把 08 案件納入計算，平均就醫次數可能會超過 20 次，08 案件是病人沒有看醫生，直接到藥局拿藥，所以沒有納入計算，但是費用和第一次醫療費用是有關係的，所以相關的醫療費用才會納入計算。

### **主席**

大家還有沒有意見？

### **黃代表雪玲**

第 4 頁沒有排除整合門診，整合門診大多是三高的病人，健保署希望我們做整合門診，在每季或每月就給醫院忠誠名單，而且各業務組常常把整合門診收案率當成指標，要醫學中心和區域醫院來執行，是不是排除該項或不要強迫醫院收三高的病人？

### **主席**

整合門診在當時決議是沒有排除的，這和 08 案件一樣是新的訴求要排除。

## 鍾代表飲文

剛剛李偉強代表及其他幾位代表也已釐清，08 案件歷年來醫管組計算件數是不算的，能不能以同樣的邏輯再重新思考慢性處方的金額亦不計入。另外龐組長提到的問題，用規避的名詞，有一點沉重，署長也發信給所有的醫療院所，希望不要透過系統性的管控，反而干擾到原本應該填的正確 coding。不論醫學中心或區域醫院沒有扣到款項的，有一部分可能是醫院認真宣導，有些醫師原本可能對 coding 不是很了解，而讓醫師認識到病人實際上的嚴重度而去調整 coding；也有一部分可能是配合分級醫療，教育民眾選擇適當就醫醫療院所，才導致初級照護件數減少，所以除非健保署有明確的證據可以指出哪家醫療院的減少是因為不適當地規避，今天才有辦法討論釐清，後續醫療院所和健保署其實要共同去努力宣導。如 08 案件看有沒有辦法重新考慮，如果沒有，個人建議照原來方式執行。

## 李代表偉強

現在有 8 萬多個 ICD-10-CM 碼，哪個人會去記憶 8 萬多個 ICD-10-CM 碼，經六、七年的努力住院 DRG 做較穩定，門診要推 coding 編碼，建議由健保署主辦，並邀請專家學者，對常用的疾病該如何正確 coding，教育後大家才知道怎麼做。另病人到醫院後，醫院無法拒絕，但健保在前端有沒有讓民眾知道，有些疾病其實可以不必到大醫院。

另外，在今年第一季醫院的病人數量基本上是持平的，另一方面基層的家庭醫師整合計畫，在健保會也討論要增加預算，因為參與人數增加到 400 多萬，家庭醫師主要照顧對象是相對較不嚴重的病人，醫院有一些措施慢慢教育醫師，多管齊下，真正效益可能在下半年就會出來。基層很積極做整合，我們也很支持，還有沒有方法讓民眾了解，如果民眾了解，自然就不會抱怨，就不會有後續的問題。罰錢不是本案主要目的，錢還是在總額裡，這錢對點值補救也是小數點後 2、3 位，並不會差太多，我們要如何達到真正原始目的，還是須要三管齊下：民眾端、基層醫療端、醫院端共同來努力。

08 案件和雪玲代表提到整合照護部分，這是當初配合政策大量釋出處方箋和整合照護計畫，是不是請健保署在政策面做統一協調，我們也可以配合，以上補充。

## 主席

本案真正的目的不是扣錢，是希望初級醫療病人回到地區醫院或基層，要達到這個目的，當然要多管齊下，包括醫學中心和區域醫院對病人的教育也很重要，如告訴病人，這情形以後到社區醫院或基層診所就可以，不一定要擠到大醫院，當然基層或社區醫院的努力也很重要。

議程附件 4 資料，第一季在討論本案時第一季已結束，共識決議時應該是在第二季，理論上第一季所有定義還沒有確定，沒有扣到錢的醫院，可能已提早落實分級醫療，如果大家共同決議是這樣，就同意。第二季就愈清楚，如果第一季不是這樣，就是醫院不是提前落實這政策，而是事後申報時，把 coding 位移，原始目的沒有達到，純粹是 paper work，這也是署長寫信給大家的理由。

以常理來判斷，病人來看病，當次最主要的診斷放在第一個 code，如有其他疾病就放在第二個、第三個、第四個 code。另外醫管組的同仁分析資料發現，有醫院把醫師第一診斷以資訊作業轉至第二診斷，若真屬實，大家是不是可以接受？如果這樣可以，則第二季可能更多醫院不用扣，問題是初級醫療病人沒有下轉，這已不是分級醫療的目的。

### 洪代表子仁

第一季在之前會議中，已共識用這方式處理，而且基本規則當時都已經很清楚，所以結算還是按照之前取得共識先執行，但建議健保署，針對醫院有 coding 不當或不適合的情形，如鍾代表所提到，要有具體的數字或事證，才能做後續的處理。當規則出來後，基本上在各醫院，都會針對初級照護的定義向醫師說明。建議如有明顯失衡的件數或機構，請健保署了解，是比較妥善的做法。

### 王代表明鉅

在議程資料第 25 頁，健保署有意見，只是講得比較含蓄，某些醫學中心似乎把主診斷和次診斷對調，是不是可以把 105 年和 104 年第一季總件數和總點數的平均值做比較，如果 upcoding 或第一、第二診斷對調，應該會影響全部的點數，初級照護點數會較少、金額也較低，因件數下降一定比率就不用扣錢。如果 106 年第一季做了這些事情，會發生一些不穩定的結果，從結果看較客觀，否則核扣醫療點數為 0 的醫院，是不是大家都屬於做這種事情的人？有些是或有些不是？他們很認真做減少的動作，但是現在完全看不出來，可能有些好人被冤枉，還需要更多資料才能知道，當 upcoding 動作

後，其他非初級照護的 code 會較多。

**主席**

本署有做 105 年資料，只是表沒有呈現出來，分區業務組也做分析，也有結論，確實有疑義，所以今天特別提出來向大家說明。

**陳代表亮良**

原則上健保署也需要做結算，大家如沒有意見就通過，再來觀察下一季情形並檢討。

**主席**

陳代表的建議大家同不同意？

**王代表明鉅**

如果健保署已有決議，也看到一些事情的發生，就清楚說明就好了。

**主席**

在會議開始時已向大家報告了。

**王代表明鉅**

好，第 25 頁序號第 4、6、7 醫院，蠻不簡單的，因總件數很少，初級案件數也不是太多，能降到 1/4，要不被表揚，要不太厲害，要不就太認真，如知道有問題，還要通過，以後就繼續通過就好，大家自由心證，願意系統性地處理的就系統性地處理，那大家不想用系統性地處理，就自由心證來發揮就好，反正被揭露也沒差，總金額也沒差，醫院自己賠得起就被扣，不想被扣的就閃掉，反正健保署也抓不到，抓到也不想講，那就天下太平一團和氣就好。

**主席**

有些醫院確實減非常的多，說不定可請醫院說明如何做到，這是吻合我們的政策，把病人下轉是分級醫療的目的，我們應請醫院會上說明，有助其他醫院標竿學習。

**王代表明鉅**

最好的方法就是將醫院公布，醫院覺得心安理得，覺得這樣做就是很厲害，減的非常多，歡迎來標竿學習，如果認為這樣好像不對，別人來學不到東西，下次會自動調整。

**醫務管理組龐組長一鳴**

第一點今天數據健保署責無旁貸會再做更詳細的分析，不方便在這

裡做資訊的揭露。第二點，剛剛有代表建議查證清楚，如果用現在的結果做結算，因數據仍有疑義，查證後後續可能要做很多追扣補付作業，可能會造成院所的困擾，如果大家願意晚點結算，行政作業相對會較簡便。

### **主席**

付費者陳代表建議，係第一季就這樣結算，然後再觀察第二季；另外是王教授的建議，先觀察幾個月再處理，因為目前數據顯示確實有一些不太容易做到，件數減少非常的多，如果分級醫療第一季就這樣的話，一年後，下到地區醫院和基層的量很可觀，大家要選哪個方案？

### **王代表明鉅**

有一個折衷的方案，因第一季也許大家比較生疏，是不是可以第一季的點數先記在帳上，先不要扣，等到 2、3、4 季，說不定下一次大家看到這數字，把醫院名字公布出來後，也許下一次大家就發現其實沒有做得那麼好，下一期就自動退步，然後就把上一次的帳都給結掉，所以，2、3、4 季加在一起，結果發現其實也不用扣。意思就不要這一季就立刻做這決定，如果真的做了，後面發生核扣又補付，增加很多行政成本。

### **主席**

第一種是陳代表的建議，第一季就先結算，第二季再觀察；第二種是王教授建議先觀察幾個月後再處理，即第一季先不處理本案，核扣點數先留下來，於第二季一併扣。健保署原來的提案是如果今天無法達成共識，會延誤第一季結算時程，建議第一季暫不處理，等到第二季釐清後再一併結算。王教授的建議和健保署提案類似。

### **鍾代表飲文**

因為健保署給的數據是這樣，對我們而言現在結算或不結算都沒有差別。假設健保署覺得有問題，剛剛龐組長和主席提到的應該是在指某些醫院經由不正當的手段調整 coding，在處理問題前必須要有證據，也應該要讓醫院有說明的機會。如果醫院第二次、第三次再犯，才能考慮是否公布醫院的名單，否則對今天不在現場的醫院不公平，因沒有辦法聽醫院的說法。本案目的不是扣錢，是希望達到分級醫療，建立分級轉診，把病人疏散到地區醫院或基層診所。建

議各分區業務組，如覺得醫院 coding 有問題，應先請醫院來說明解釋，也給醫院有機會去重新調整申報，否則單從數據上，縱使大家心證認為這不合理，但今天很多醫院不在現場，沒有給他們說明的機會，我們也沒有辦法做成這些醫院有問題的結論。綜合以上的考量，看看健保署覺得今天先行確認結算第一季或回去和個別醫院重新確認數據後等待第二季再一起結算，哪一個時間點對作業是最適合的。

### **主席**

代表要幫大家做決定，否則需要一些時間看有沒有問題，如有問題可不可以還原。有兩種選項，第 1.如陳代表建議第一季先結算，再觀察第二季；第 2.第一季需要時間溝通和釐清，如做得很好的醫院可作為標竿學習對象，可以到會議上來分享，或給機會讓醫院還原申報資料。因第一季將結算，如併第二季結算的處理方式，等會請醫管組說明。

### **詹代表德旺**

第一季暫時先結算，健保署再檢查，要有個段落。

### **主席**

如果選擇第二方案第一季暫不處理，第二季要如何結算，請醫管組說明。

### **醫務管理組張專委温温**

第一季要核扣的點數併到第二季核扣，第二季的點值會稍高。

### **李代表偉強**

以陳代表和王教授建議的折衷，第一季先結算，請各分區讓所有醫院針對第 1 季針對沒有核扣或減少幅度較大醫院個別處理，因第 2 季也結束了，再想想第 2 季如何處理。

### **主席**

李代表的第三方案，是折衷方案，採陳代表建議，但不是最後版本，後續更正事宜併第 2 季處理，就是採王教授和健保署的建議的折衷，兩季的點值不會因這因素點值有太大影響。陳代表建議先結算後觀察，王教授建議先保留，給一段時間瞭解各醫院作法，如有更正資料，用更正後資料結算，如兩季加起核扣 4 億，對第 2 季點值

也不會影響太大。

### **王代表明鉅**

這之中還有誠信問題，雖然對整體點值影響很小，沒有被扣錢也許是作弊，也許表現得很好，雖然對整體點值影響很小，但扣錢對醫院是打擊，健保署很清楚原因，只是不願意講。

### **主席**

署長信箋是給每家區域級以上醫院院長，不是只有核扣為零的醫院。

### **林代表錫維**

我是健保會的代表，對醫療或初級照護案不是很深入了解，醫界和健保署開過多次會議，健保署和醫院探討的結論，主要是健保署和醫院各方面可以處理和解決，我們只是代表，不一定行得通，個人建議以第二案，健保署提出相關問題和醫院再溝通，第 2 季如何合併計算會比較公平，剛剛王教授也提到是不是非常優秀或有作弊行為，應該釐清。

### **主席**

林代表支持王教授和健保署的方案，醫院代表贊成第一案或第二案？

### **林代表富滿**

建議第二案。

### **林代表慶豐**

建議第一案。

### **主席**

那怎麼辦？請醫學中心協會表示意見。

### **李代表偉強**

這制度的目的在使初級照護病人可以逐漸回到基層，在實質面對點數影響是小數點好幾位，重點是教育，醫院與民眾都能有分級醫療的觀念，至於是第一季或是第二季結算，應是健保署的權責，健保署可以決定，不是投票來決定。

### **主席**

本案健保署無法決定，因是大家的總額，結算是公平公開的，所以今天慎重的開臨時會，署長覺得涉及大家的利益，由大家一起決定，

所以是方案一或方案二？

**李代表偉強**

方案一或方案二還是請健保署決定。另 08 案件的影響的部分，第一季可能來不及，但請列入紀錄，因會影響第二季。

**主席**

08 案件不是今年要討論的，規則已經多次會議討論取得共識。

**龐代表一鳴**

如果是採方案一 08 案件第一季會受影響；如方案二，08 案件或許可以 hold。

**主席**

今年的規則已經確定了，如果 08 案件排除，就會有整合照護或其他要排除的。

**林代表富滿**

本來分母就排除 08 案件，是解讀的問題。

**醫務管理組張專委溫溫**

第 3 頁計算範圍是有含交付機構，但計算件數時不算交付機構，因屬當次就醫的處方，所以要計算。

**林代表富滿**

我瞭解健保署的計算邏輯，但是不合邏輯，哪有分母案件不算，分子費用算，排程費用也再加回來，平均單價差很多，不合理。如果第二案會考慮排除 08 案件，選第二案。

**主席**

支持第二案的比較多，就依提案說明七辦理，第一季暫不處理，第二季一併處理。問題先釐清，給醫院申報資訊復原的機會，較公平。

**陳代表亮良**

特別強調我來至雲林縣，雲林沒有醫學中心，初級照護是衛福部施政重點，也涉及分級醫療的政策。既然有提到某些醫院作弊成功，但有些照實應答但錯誤百出，如不處理問題，等到第 2-4 季，會作弊還是會作弊，這是偽造資料，另外也肯定醫界的付出，才會提剛剛的意見。

### **醫務管理組張專委溫溫**

再次說明，第二季的定義還是 follow 第一季，另外當次就醫就是當次案件，慢連箋開立是當次發生，是當次就醫的結果，如果這無法確定，第 2-4 季也是無法結算，初級照護計算邏輯定義不再修改，本次會議目的是確認 coding 是不是正確的。

### **主席**

謝謝專委的說明，就採第二案，請分區業務組先釐清，請醫院說明，如有不小心或不知道或其他原因，就請醫院屬申報資料還原，第二季就用還原後的數據結算。

### **李代表偉強**

針對未來的建議，以 DRG 的經驗，是有主診斷、有共併症，請健保署定義規範門診要如何正確 coding，門診每一診斷都很重要，並無主次診斷之分，但現在把主診斷當作最重要的，後面作次要的，未來要請健保署統一規範，比照 DRG 的經驗，請專家學者訂定規範，門診如何 coding，病人有多少共併症問題，若病人僅「疑似」有糖尿病時要如何認定？規則清楚，大家就容易有共識。

### **龐代表一鳴**

ICD-9 前無法處理 rule out，ICD-10 可以處理 rule out。

### **李代表偉強**

有 5 千多碼是初級照護，現在醫院都是用電子病歷門診作業系統，沒有醫師可以記住所有診斷碼，我頂多記住 50 個診斷碼，其它的就需要以電腦輔助，建議健保署應容許醫院透過電腦輔助系統提示，但要提示到什麼程度健保署可以有規範及限制，依據病人的實際病情，尊重醫師的專業判斷。

### **主席**

諮詢編碼臨床專家和病歷管理學會 coding 專家，有關門診五個診斷如何排序，當時本案會議決議以第一個診斷碼作為主診斷，基本上會認為當病人來看病，主要診斷應放在第 1 個診斷，如有其他共病須開立其他藥物，就放在第二個診斷。

### **黃代表雪玲**

整合門診今年如不排除，在收案人數，健保署在給各醫學中心和區

域醫院的壓力可不可以不要這麼大。

**主席**

代表意見將轉知給分區業務組納入研議，大家還有沒有意見，如果沒有意見，今日會議到此結束，謝謝大家。