

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 111年第1次研商議事會議紀錄

時間：111年2月24日下午2時

地點：中央健康保險署9樓第1會議室(臺北市信義路3段140號)

主席：張組長禹斌

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列)(*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
古代表濱源	古濱源*	陳代表俞沛	陳俞沛*
何代表紹彰	何紹彰*	陳代表淑華	陳淑華
吳代表材炫	吳材炫*	陳代表博淵	陳博淵*
吳代表清源	吳清源	陳代表瑞瑛	請假
李代表永振	李永振*	陳代表憲法	唐寶華(代)*
李代表麥	李麥*	黃代表上邦	黃上邦*
卓代表青峰	請假	黃代表兆杰	黃兆杰
林代表狄昇	林狄昇	黃代表怡超	蔡素玲(代)*
林代表敏華	林敏華*	黃代表頌儼	黃頌儼*
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	詹永兆*
胡代表文龍	胡文龍*	詹代表益能	詹益能
孫代表茂峰	孫茂峰*	蔡代表三郎	蔡三郎
曹代表榮穎	請假	蔡代表宗憲	蔡宗憲*
郭代表朝源	郭朝源*	蘇代表守毅	蘇守毅*

列席單位及人員：

衛生福利部社保司

蘇芸蒂

衛生福利部中醫藥司

涂瑜君*

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、張嘉云

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年、賴宛而

本署醫務管理組

游慧真、李雨育、韓佩軒、
劉林義、張作貞、呂姿曄、
洪于淇、陳依婕、劉立麗、
宋宛蓁、陳俐欣、吳庭沂、
陳柏叡、賴昱廷、楊淑美、
鄭正義

本署醫審及藥材組

高幸蓓、涂奇君、單國浩、
林惠瑩

本署企劃組

王宗曦*、趙偉翔

本署財務組

李佩耿

本署資訊組

吳少庠

本署違規查處室

白姍綺、陳靜慈

本署臺北業務組

楊淑娟*、郭乃文*、黃寶玉*

本署北區業務組

蔡秀幸*、吳煥如*、林孟萱*

本署中區業務組

蘇彥秀*、王奕晴*、戴秀容*

本署南區業務組

陳淑眉*、潘佳鈴*、洪文琦*

本署高屏業務組

丁增輝*、賴文琳*、高宜聲*
李金秀*、張慧娟*、黃皓綱*
吳建昌*、李昀融*、廖子喬*
高菲屏*

本署東區業務組

羅亦珍*、王素惠*、江春桂*
鄭翠君*、王晶*

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號 5 第 2 項有關修訂新增巡迴醫療之中度複雜性傷科支付標準代碼應併同修訂第六章針灸合併傷科之支付標準案，繼續列管，餘解除列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年第 3 季點值報告。

決定：

一、洽悉。

二、110 年第 3 季結算點值確認如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
110年 第3季	浮動點值	1.2634	1.1591	1.0574	1.0613	1.0739	1.2874	1.1361
	平均點值	1.1656	1.0957	1.0367	1.0367	1.0449	1.1879	1.0844

三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

四、本季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「健保支付標準第四部中醫」文字修正案，提請討論。

決議：通過下列修訂內容：

一、修訂第五章傷科標準作業程序：修改「四診八綱辨證」為「四診八綱辨證（含理學檢查）」，並修改「理筋手法」為「傷科處置：傷科手法〔理筋手法（推、拿、揉、滾、按等）、正骨八法（摸、接、端、提、按、摩、推、拿等）〕、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定等各類傷科處置」。

- 二、修訂第五章「中度複雜性傷科—療程第一次」及「高度複雜性傷科—起始次」通則：「中度複雜性傷科療程第二次—第六次」及「高度複雜性傷科後續治療處置」原規範應以一般傷科（E01、E02）申報，修改為以一般傷科（E01、E02）、一般針灸（D01、D02）、電針治療（D03、D04）、一般針灸合併一般傷科（F01、F02）、電針合併一般傷科（F18、F19）申報。
- 三、修訂第五章「高度複雜性傷科—起始次」通則：
- (一) 新增同一院所同一病人申報第二次「高度複雜性傷科—起始次」需為新發生損傷案件並載明發生原因及時間，並加強審查之規範。
- (二) 新增同一院所對同一病人再次受傷之申報頻率限制：
1. 不同部位：每三個月限申報一次。
 2. 同一部位：每六個月限申報一次。
- 四、修訂附表 4.5.2 高度複雜性傷科（多部位損傷）適應症：新增適應症代碼 S96.29、S96.89 及 S96.99 以及刪除適應症代碼 M13.0。
- 五、修訂第八章特定疾病門診加強照護：
- (一) 腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷之診療項目(C05至C09)申報條件，由「同時執行針灸治療及傷科治療」改為「執行針灸治療或傷科治療」。
- (二) 修訂腦血管疾病適用範圍，ICD-10-CM 由「G45.0-G46.8 及 I60~I68」修正為「G45.0-G46.8、I60-I68」(將原範圍之「及」改為頓號)。

第二案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計

畫」中「JQ(呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療)」案件，如

遇個案死亡，無法作外續的評量，建請 P33056 生理評估(限呼吸困難患者適用)可不需上傳後測，或以特定分數上傳取代之，以符合實際臨床情況案，提請討論。

決議：考量實際臨床需求，本署將於全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫（含呼吸困難、腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷），以及全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案中「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」之 VPN 登錄畫面，新增「病人死亡，無法進行後測」選項供院所點選。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關支付標準第四部中醫第四章針灸治療處置費、第五章傷科治療處置費及第六章針灸合併傷科治療處置費申報規範案，提請討論。

決議：

- 一、同意第四章、第五章及第六章內含複雜性針灸及傷科治療之醫令，應於醫令清單段之「執行時間一起」(p14)及「執行時間一迄」(p15)填列起迄日期時分，另同意增訂合併輔助治療虛擬醫令（CH01—CH10）以及明訂診療部位，以利院所申報及本署後續檢核作業。
- 二、請中全會會後提供中醫針灸及傷科之部位列表，本署將依中全會提供之部位列表資料，增列於相關章節通則。
- 三、前開檢核作業之實施時程，請中全會會後與本署醫務管理組討論及確認。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」暨支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護案，提請討論。

決議：

- 一、通過修訂腦血管疾病適用範圍，ICD-10-CM 由「G45.0-G46.8

告。

臨時動議

提案單位：吳代表清源

案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護及全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫之上傳 VPN 資料勾稽主診斷，建議放寬勾稽主、次診斷。

決議：有關代表之建議，本署將再與中全會研議。

伍、散會：下午 4 時 34 分

陸、與會人員發言摘要(詳附件)。

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議

111 年第 1 次會議與會人員發言摘要

主席：

我們會議時間到了，委員人數過半了。會議就正式開始，謝謝各位的與會。今天是召開中醫門診總額 111 年第一次的研商會議。在開會前，我先介紹新加入的專家學者代表，孫茂峰孫代表。也介紹現場有吳清源吳代表、柯富揚柯理事長、蔡三郎蔡代表、詹益能詹代表，謝謝你們親自前來，我們這次會議幾乎都是在線上視訊。希望今年中醫總額能夠順利地進行下去。去年因為柯理事長很認真地幫全聯會去爭取預算，所以我們今年中醫總額預算順利地爭取一些成長的費用，希望今年大家就努力地把這些費用發揮得淋漓盡致。接下來就進行整個議程，請各位代表先確認前次會議的紀錄，看第 3 頁到第 11 頁，不知道各位代表有沒有什麼意見？如果沒有的話，進入報告事項第一案。

報告事項第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席：

總共有 11 項，10 項解除列管，就第二項是繼續列管，全聯會針對這一項是評核會委員的意見，要不要再補充說明一下？

柯代表富揚：

主席，還有我們健保署的長官、健保會長官，還有在視訊端的委員們，大家午安，大家好。確實去年在因為疫情的情況之下，我們看到就是在五月份爆發疫情，利用率才開始往下降，我們中醫在前半年的利用率其實是明顯提升的。我想今年的疫情，估計應該是不會像去年那麼嚴峻，所以目前我們也規劃了一系列活動，我們在五月的第三個禮拜天，也是母親節後的那個禮拜天，我們會開一個中醫嘉年華會，這部份我們是跟玉山銀行合作，在臺北市的大安森林公園那裡舉行，我們也會定期每三個月召開一次記者會，把整個中醫的好處讓民眾知道。目前我們正在規劃中醫醫療網及地圖的 APP，我們會想辦法讓這

樣子的活動試辦更成功，也就是讓民眾知道，我如果要看中醫，這個醫療網的概念就是說上面除了會提供中醫的相關的疾病治療現況，還有一些好的 SCI 的 paper 提供之外，我們也做醫療諮詢，也有中醫的醫療地圖網，也就是他今天看一般門診或一般醫院的中醫部，還有在健保上我們所提供的醫療服務項目，包括西醫住院、中醫會診，還有很多中醫的專案，以及我們的居家醫療、長照醫療，還有我們的那個 C 據點以及我們現在做偏鄉巡迴醫療的點跟時間跟醫師的名字，我們都會在這個醫療網上面。我想藉由讓民眾知道中醫的可近性及便利性，對於提高中醫的一個利用率是很有幫助的。以上先做簡短的報告。

主席：

謝謝理事長，因為中醫的發展在健保會的委員，還有評核會的委員，以及學者專家其實都很關心的，剛才聽柯理事長講的，我想今年整個的中醫發展應該會有看到很多的成果。

柯代表富揚：

精彩可期。

主席：

不知道各位委員對報告案的第一案有沒有什麼要提問的？請李永振委員。

李代表永振：

主席、各位先進大家午安，我這邊有三點請教，第一點是序號五，建議要解除列管，這邊有兩項，第一項解除列管 OK，第二項，新增的有提到要提共擬會議討論，這一個部份是不是需要共擬會議同意才算數？共擬會議是不是已經討論通過，如果還沒有的話，是不是第二項等共擬會議有結果再解除？

第二點，序號十，我們決議的時候是通過摘要改支規則，辦理情形是中醫改支邏輯，我不曉得這個規則跟邏輯是一樣嗎？如果不一樣的話是不是把它弄成一樣會比較好？

第三點是為了求一致性，能夠簡潔並避開別字，那麼序號八、九、

十一的辦理情形，說明裡面有業以於，是不是把它改為業於就好，這樣的話，可以符合前面講的一致性，可以將「以」別字也可以刪除，三點請教，謝謝。

主席：

好，謝謝委員。第五點第二大項，就先繼續列管，等共擬會議過後我們再解除列管。第十點，我請承辦科跟委員說明。

醫務管理組陳依婕科長：

謝謝李委員的提問，這個部分的話，「改支規則」確實就跟我們前面講的「改支邏輯」是一樣的，只是因為這個規則我們要把它轉化成電腦的相關程式，所以我們這邊在辦理情形才會寫邏輯，其實這邊的規則跟邏輯是一致的意思，我們的醫審及藥材組也已經把相關的遊戲規則把它寫進程式裡，在去年的12月30號完成相關的資訊版更作業。以上說明。

主席：

第三項，第三個提問是業已於，那個有已，以後就整個拿掉。不知道各位對報告案一有沒有什麼意見？

詹代表永兆：

我是中執會的執行長，剛剛李委員提到第五案的第二項，巡迴醫療中度複雜性傷科，我們跟健保署這邊已經談完了，因為把那個中度複雜性傷科由427點轉327點，這個已經公告了，所以這個很明確，對，已經談完了。

主席：

談完了還要到共擬會議，共擬會議過才會公告，在3月10號會開會，這個沒有問題。那如果第一案大家沒有問題，我們就進行第二案。

報告事項第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案（附件報2-1）

主席：

好，謝謝。不知道各位委員對於剛才的報告有沒有什麼要指教的？請李永振李委員。

李代表永振：

我這邊有三點看法，第一點在投影片第3頁有提到中醫的總額，中醫在協商的時候，成長率是4.208%，這是柯理事長很努力爭取的結果，它在各部門之中算最高的，我們在111年的總額成長是3.32%，所以在中醫的部份大約快多出來一個1%，不過在討論的過程裡面，大家對一些支付標準方面討論比較多，後來給了錢，但是有一個協定，就是要看執行的情況，如果不夠理想的部份會扣回來。這個地方我特別提出來說，大家很care這個地方，所以在執行的時候要很小心，不能說錢來了，就盡量把它花掉，就不會被扣回去！一些條件要放寬，應該考慮易放難收，這樣的話比較會符合原來我們在協商時給錢的先決條件。我們希望能好好掌握中醫在這種情況環境之下繼續成長，不要有像臺中的老鼠屎影響大局，這是第一點。

第二點請看投影片33頁，專案的第五項，急症部份，在去年的會議裡面就曾經提到過，當時還有點期待，看後面疫情降下來的時候，可不可以有比較好的呈現，但是現在看起來還是不理想，執行力才兩成，本來在去年的評核會議是建議把它拿掉，但柯理事長極力爭取才留下來，雖然費用是腰斬，五百萬是不多啦，但是它存在的意義應該是蠻大的，這個部份是不是可以請中全會好好去考慮一下，應該讓它成長，這個專案執行不久，107年才開始。好不容易有開始，可以好好地繼續下去。

第三點是第六項，關於提升慢性腎病的照護計畫，這個錢又不夠了，我的想法說為什麼會一枝獨秀，它裡面的做法是不是值得我們去參考，可以給其它專案去借鏡？這樣的話，是不是會有那個成果？以上三點供大家參考，謝謝。

主席：

請柯理事長做一點回應。

柯代表富揚：

謝謝委員對中醫界的關心，首先要感謝就是我們健保會的委員在今年的預算，給予中醫充足的經費挹注，讓我們可以在民眾的醫療需求，可以得到更好的照護，可以滿足民眾的需求。雖然說以整體來講我們是 4.208%，但是因為中醫只占全民健保總額的 3.6%，占比真的是很低。所以我們的 4.208%基本上來講，當然在現況來看成長率，我們是全國最高，這個是委員的支持跟厚愛，更是中醫界的機會，所以我們要好好地去發揮這樣子的費用它所代表的意義。也就是說讓民眾在需求上確實得到滿足，也確實得到更好的中醫藥的醫療照顧。所以我們在品質跟需求上來講，我們真的會去兼顧這樣子的品質的提升，尤其是我們利用大概都是在針灸傷科，因為我們看到的是中醫是一個不分科，所以當今天不管是骨科、神經外科、神經內科，相關的一個疾病，大概如果來找中醫看診的話，大概就是一個疾病，就是我們可能是用不同的方式治療，針灸或傷科，可是事實上這樣子的費用是比較偏低的，又有次數上的一個限制，尤其在黃金治療期，我們想可能強度更大的治療方式，包括說更密集，我想對民眾絕對是有利的。我們在健保會中也承諾，我們會願意跟疫情之前的 108 年去做比較，我們也確實會好好地來發揮中醫的一個長才，對於民眾做好中醫藥的醫療照顧。

第二點，委員有提到就是關於那個五百萬的那個中醫急症專案，事實上就是說今年的預算，因為已經砍了一半剩下 50%了，如果以同樣的比率來看的話，也就是說今年如果完全不進步的情況之下，就是 40%，如果有進步的話，就是超過，目前我們看到的是，因為這個就像當年西醫住院、中醫會診的時候，一開始執行率並沒有很高，因為我們需要西醫轉介紹患者，讓民眾提出需求，所以我們也是花了一點時間讓民眾在西醫住院，譬如說他可能是中風的患者，他會跟西醫提出說他想找中醫來針灸，所以這個時候慢慢地就開始有患者產生，他知道說其實原來政府有這樣子的一個美意，可以在住院期間來做治療。現在大概進入急診的，大概也是一樣的情況，大概會進急診想到的都是西醫，所以我們也是需要民眾主動去提出說他有中醫急診的需求，

也就是說如果說他今日的情況，在判斷上的時候，在檢傷分類的時候，我們在找出這樣一個模式，什麼是在急診的時候是中醫能夠扮演的角色是什麼，譬如說在檢傷分類的時候，他今天去做，一個暈眩的患者，他今天去做電腦斷層或核磁共振的檢查之後，發現並沒有阻塞或出血的情況，他單純暈眩，或許這時候中醫就很好介入，我們現在是在這個模式上來講，我們需要更多的一點的時間，我們很努力地在做。目前有個好消息，我們看到之前大概是只有花蓮的慈濟醫院，他做得特別好，結果我們在去年下半年，我們發現到馬偕醫院也做得非常非常成功，而且馬偕醫院已經超過花蓮的慈濟醫院，也就是說整個全國的急診目前大概就集中在馬偕醫院跟花蓮的這個慈濟醫院。我想這個其實是值得去推廣，如果說這樣的一個醫療模式，對民眾的急診需求，中醫的介入是有幫助的，我想也會越來越好，就像現在我們看到西醫住院、中醫會診，其實比例在提高的道理一樣。

第三點就是關於腎臟病照護，我們全聯會是傾盡全力，我們與臺灣腎臟醫學會合作，我們也不斷地在召開包括記者會，各種各樣的方式，我們是在鼓勵民眾。因為以前中醫給民眾的印象，他們很害怕，吃中藥會不會傷腎，我想這樣子一個過程，其實其來有自從最早起的馬兜鈴酸事件到中藥的重金屬，甚至是上次臺中的那個不名譽的鉛中毒事件，一次又一次地打擊中醫，但事實上中藥的安全性這幾年是做得非常地好。我們今年還有做一個衛福部的計畫，就是有關中藥材的一個分級管理，我們希望甚至能夠未來有醫療用的中藥材，它是一個更高的一個標準，那所以慢性腎病的一個中醫醫療，是中醫傾全國之力在支持的一個項目，因為我們要告訴民眾，其實腎臟病，尤其是在我們的分類上來講，從第二期到第五期，中醫都能介入。目前我們所看到的資訊，我想未來我們會陸續發表，其實在第二期跟第三期，中醫療效真的非常好，它的那個 EGFR 確實可以明顯地提高。這部份加上有宣傳，所以我們的執行力是相對地很好的。而且當時我們在設定這個中醫治療慢性腎病的門診加強照護計畫的時候，當時就因為拜健保署好的政策規定，就是現在有 VPN 查詢，所以在雲端上來講，我們可

以看到可以選相關的檢查資料。所以相對的收案是比較容易的。當時去制定這個的部份，加上天時地利，因為健保署的雲端藥歷查詢，讓很多醫院跟診所它的相關檢查資料都 po 到雲端，所以我們就很好地可以去看這樣的資料，否則以前我們的收案條件有時候會牽扯到是我們找不到要符合收案條件的那些檢查數據，因為不符合就不能收案，所以我們現在收案相對地比較容易。過敏性鼻炎它的收案上來講，是因為患者是小朋友，他根本沒有自主性，他要父母帶他來看診，所以這時候我們在收案上來講，確實有一定的難度。尤其是平常週一到週五幾乎都要上學，他不可能請假來看一個過敏性鼻炎。所以其實在執行上來講，確實有一定的難度。我想這部份，中醫全聯會責無旁貸，我們還會持續地努力，讓整個最好的一個中醫藥的一個治療品質，能夠讓全國民眾充分地享受到。謝謝委員的提醒跟指教，感謝。

主席：

謝謝柯理事長的回應，我想中醫在這幾年的發展還是有它的成果，尤其理事長在講今年要做相當多的活動，我想會把中醫再帶向另外一個層次。不知道那個各位委員對剛才的報告有沒有什麼意見？

吳代表清源：

主席，大家各位前輩大家好，我再補充我們理事長剛剛的說明，他幫我們中醫做了很多事情，他剛剛只講了一小段，我再幫他補充一下。其實我們腎臟病加強照護計畫，我們為什麼會做得這麼好，其實有一個很大的原因，因為去年在理事長的支持下，我們有跟中西整合醫學會合作，召開中西腎病共同照顧的訓練營，我們的理事長親自派我們很多的幹部，然後還有跟西醫的像高醫的他們的一個腎病的大老，還有腎臟醫學會的理事長，然後一起來召開相關的一個訓練營，讓所有的中西醫師能夠了解，並互相合作，然後加強相關的一個照護計畫。本來腎病醫學會不是那麼理解我們中醫，自從召開這個訓練營之後，那大家互相溝通理解之後，其實大家互相轉介得非常地順暢。在此跟委員報告，我們將來可能其它的一些專案計畫也會遵循相關的一個模式來共同推動，以上報告。

主席：

謝謝補充說明。好，那如果沒有問題，我們進行報告案第三欄。

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110年第3季中醫門診總額點值結算報告案。

主席：

這是例行必須跟各位報告的，不知道各位對報告內容有沒有什麼意見？如果沒有，我們就進行討論案件。今天總共有六項討論案，可能有幾案可能會需要比較專業的意見，我們到時候會請與會的這些專家再給我們意見，好來，進行第一案。

討論事項 第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「健保支付標準第四部中醫」文字修正案。

醫務管理組陳依婕科長：

請示主席，第一案因為裡面有總共中全會提了六個建議，我們是不是逐項討論？首先我們先講第一個部份，中全會有建議關於中醫傷科的定義請示主席，第一案因為裡面中全會總共提了六個建議，我們是不是逐項討論？

主席：

好。

醫務管理組陳依婕科長：

首先我們先講第一個部分，中全會**有**建議關於中醫傷科的定義，在討1-1頁，中全會所提意見的說明一的(1)跟(2)，是在講傷科的標準、作業程序，中全會的意見是考量到骨傷的病人常常需要各種中西醫的理學檢查，才能夠正確地診斷，所以建議標準作業程序中有提到第一個是四診八綱，希望改成「四診八綱辨證，或理學檢查」來符合臨床的需求。那(2)也是講到傷科的定義，是因為傷科處置其實包含很多處置的方法，譬如說傷科的手法，摸、接、端、提、按、摩、推、拿等，或者是給予冰敷、熱敷或給予藥布或使用外敷，又或者是用於

患部固定等等，單純的理筋手法恐怕沒有辦法代表所有的傷科處置。有一些特殊病痛的病人也沒有辦法使用到理筋手法，所以為了使傷科的條文的完整，所以建議標準作業程序中的第三項，原先只有寫到「理筋手法」這四個字，建議修正為傷科處置然後冒號，傷科手法（摸、接、端、提、按、摩、推、拿等），還有冰敷、熱敷、藥布、外敷固定等各類傷科處置亦符合臨床需求。首先我們就先討論(1)跟(2)的部分。

請大家看到討 1-3 頁，健保署意見，首先我們有先提到 111 年，用於調整支付標準相關的預算來源，我們盤點了一下有 5.529 億元，相關的內容我們有把它列在(一)跟(二)，(三)提到的是去年在共擬的時候，已經有先調整了部分支付標準合理量相關的文字，是針傷處置的合理量上限從 45 人次調到 60 人次，所以已經使用其中的 0.82 億點，這是預算的部分先跟各位做個報告。有關於剛剛中全會這邊有提到的傷科標準作業程序的部份，我們做個說明：第一個是現在我們支付標準裡面提到的傷科標準作業程序，有講到四診八綱辨證、診斷及理筋手法，之前我們在 103 年曾經有先詢問過中全會的意見，就「理筋手法」這四個字裡面到底包含什麼樣的內容有就教過，函釋提到是包含推、拿、揉、按、滾這五種手法。如果沒有符合前述規定的案件，健保是不予給付的。

再來第二點說明是提到，中全會這些項目的建議是屬於放寬現行支付規範的部分，關於傷科手法，我們這邊有幾個問題要麻煩中全會說明，在 3 的(1)，因為我們有先上網找找看網路上的資料，有在醫宗金鑒正骨心法要旨裡面提到，正骨手法總結為就是中全會提到的摸、接、端、提、按、摩、推、拿這八大法，後世稱之為正骨八法，所以我們也想瞭解說這八種手法裡面，是只要做到任一項就好，還是這八種可能要合併多項一起執行才算是完成傷科的治療？另外我們也去查了衛福部的中醫傷科專科醫師訓練課程基準，這還是一個草案，裡面有提到傷科相關的手法訓練有包含理筋手法、正骨手法還有上躄手法，因為原先支付標準已經寫到理筋手法了，這次中全會要建議增加

的是所謂的正骨手法，裡面還漏了一個上骺手法，我們就再想要就教看看，這個是不是需要列進去？另外我們也建議支付標準應該要明定，病歷要詳細記載醫師施行的傷科主治項目，以上。

主席：

全聯會這邊有沒有要先補充一下？

吳代表清源：

主席、各位委員大家好，我是中醫的吳清源醫師，在此跟大家報告。我就逐項回答，第一個就是經查網路資料，醫宗金鑑、正骨心法等等，這些我們是否執行任一項即可，或需合併多項手法，事實上在我們臨床上常常看到一些病人有些比較嚴重的，也有比較輕的，嚴重的可能要需要很多的手法來幫他做治療，輕的可能就單純只是啪一聲，他的錯位就回去了，就只要一個手法就好了。所以說我們全聯會的建議，因為病患的病情複雜度都不相同，我們建議尊重中醫師的臨床專業判斷，正骨手法執行其中任一項即可。

第二個，是否建議增列上骺手法，我非常感謝健保署幫我們多加一個手法上去，可是上骺手法它的意義就是錯位之後暫固定的方法，其實是一個複合式手法。等於是我們剛剛可能只用一個手法就做好了，上骺手法他要先摸，接下來再按，再提，再接，再推，其實這是一個類似一個複雜性、複合性的一個手法。所以我們假如連上骺手法要提上去的話，可能很多的手法我們都要列，永遠都列不完了。所以我們把最基本的這八法放進去，這樣子很符合我們基本上的需求了。

第三個，是不是在支付標準明定病歷詳細記載，其實在我們相關的審查原則裡面，我們裡面已經很明確地要求，病歷必須詳細記載醫師施行的傷科處置項目，所以我們建議不需要再特別把文字列在支付標準裡面。以上報告。

主席：

接下來先請三位專家就分別對這件事提一些看法，第一位請何紹彰何醫師。

何代表紹彰：

關於這個傷科的支付的標準來講，因為我們傷科其實都一樣是統包，我的意見是假如說要詳細列這麼清楚的話，應該是增加大家作業的困難度，你現在是分成一般傷科跟中度複雜跟高度複雜性傷科，它這時候有 227 點跟 327 點跟 427 點的差別，假如說你把所謂的傷科手法都列進去，勢必造成基層醫師做所謂這個傷科的一些所謂的文件工作的一些困難度。所以我是建議假如說是統包的支付標準來講，應該要尊重中醫師團體的專業意見，看他們到底定義是什麼，事後來做審查，我想是比較容易做一些標準的核定，假如說你把這個所有的正骨八法也好，摸、接、端、提也好，這是我們要講，針灸來講，假如說你的進針手法跟出針手法都列，大概我們都要把這個項目訂得非常清楚，其實不切實際，目前的狀況是這樣子。以上是我的意見。

主席：

接下來請那個孫茂峰孫教授。

孫代表茂峰：

主席還有各位委員大家好。針對這個部份我有一點看法。第一個就是說它要修訂的在病症的部份，依照四診八綱辨證或理學檢查，這裡面有一個很有趣的地方就是在我們的中醫的術語裡面的四診八綱這個四診呢，包括望聞問切，這個切大概不是只有把脈，它本身就涵蓋有去撫觸這樣的含義，也就是某種程度它就是代表理學檢查。所以你用四診八綱辨證或理學檢查，我覺得後面的或理學檢查其實只是加強了一般人大家對於我們理學檢查的一個必要性，如果一定要的話，我認為應該是「且」，而不會是或，應該就是說四診八綱辨證且理學檢查，這樣是比較合理的。因為四診八綱辨證裡面的望聞問切，那個切本來就涵蓋了這一個所謂的理學檢查在裡面了。如果說要讓它更清楚，讓現代醫學的字眼能夠在裡面呈現的話，應該是四診八綱辨證及理學檢查，這是第一點我個人的意見。

第二點呢，其實我們在這一個支付標準裡面需不需要把這個所謂的這個什麼手法等等寫在裡面，如同剛剛我們吳清源吳代表所提到的，如果說在我們的這一個病歷記載的專業的注意事項裡面，在審查的部

份裡面，基本上病歷如實記載本來就是醫療的普世價值，那麼反過來講就是說你如果沒有如實記載，本來就不應該申報費用或者是應該被核刪。有沒有必要在這個地方再特別加上好像對傷科要特別地這樣子的一個字眼呢？我是覺得大家可以討論一下，如果要的話，只是再一次強調就是說我們病歷應該要針對你的處置做一個如實記載，這個是單是就這樣加強的字眼。健保署這邊的同仁花了相當多的努力，把這個所謂的傷科手法的大致上如同剛剛吳清源吳理事長所提的就是把它細分成這個傷科裡面的這幾個傷筋的手法，還有正骨手法，還有上骹的手法，事實上其實它就是傷科的處置，總的來講就是傷科的處置，是不是需要在這個地方把它列得這麼清楚呢？事實上如同剛剛講的，如果中醫師的專業的話，並不是每一個病人我都需要摸、接、端、提，我很可能就是一個推的動作，或者很可能是一個怎麼樣的動作，它就完成了這一次的治療整個全部。所以是不是在這個支付標準這樣的地方，是不是只要用這個傷科處置或傷科手法來涵蓋這個細項就夠了？以上是個人的淺見，謝謝。

主席：

接下來我們請陳俞沛陳主任。

陳代表俞沛：

大家好，剛才傷科手法的這個問題，我的意見可能跟孫茂峰老師比較一致，就是說我們中醫傷科的手法非常多種，用那一本教科書還是要怎麼來寫，可能應該也寫不完全，每一個醫師可能有他自己的專業的用法，是不是不用寫得太詳細，只要他病歷詳實地記載，然後有做傷科手法，我想在支付跟審查上面，就不用把它列得這麼詳細。我個人的意見是這樣，謝謝。

主席：

我請教中醫藥司蔡技正，有來嗎？蔡技正沒來，我請教署本部的醫審及藥材組，我們的中醫審查事項，有沒有審查事項、注意事項？有沒有可能在那邊去把它再寫清楚一點，這個案子就是因為很多東西寫不清楚，然後我們的審查是醫師審醫師，他審完，對方又不服，所以

才會去訂出這些規則。要不然我很支持大家講的，因為最重要是在上面寫清楚，你把它訂得越細，反而以後爭議更多。這是在實務上來看是這樣子。我請教違規查處室，你有什麼建議？

違規查處室白姍綺專委：

我說明一下，就是我們一般在這種違規案件的查核當中，對於在傷科常會發現的一件事情，我們通常會詢問病人醫生到底有沒有幫你做推拿，因為在過去的這個理筋手法可能都會等於是推拿的一些手法，當然我們也發現說在推拿的手法裡面有很多，包括剛剛講的正骨八法或者是說其它的這個我們以前所講的理筋手法，所以在我們現在的評斷上面，只要醫師真的有針對病人去做了這個觸摸或者是說有尋找痛點等等這種狀況之下，基本上我們都會排除掉。換言之，因為我們在查核上主要是針對無中生有的部份去做，如果醫生從頭到尾都沒有觸碰到病人，而是直接交給隔壁的推拿師去做的時候，當然這就會列為虛報。所以其實這個應該回歸到醫師有沒有確實執行，至於做的內容當然是要回歸醫師專業來認定這個部分包含哪些，以上說明。

主席：

柯理事長有什麼要建議的？

柯代表富揚：

基本上來講，因為我們在審查注意事項上來講，大概大家都很注意這個事情。其實中全會提倡的一個修正，就是因為我們很難去在傷科上來講，就按照原本的，包括說在檢查端，四診八綱的辨證，或理學檢查就是因為有一些他是中西醫師，他就是受過西醫的訓練，然後才來做中醫，所以他就認為說他認為他並不是四診八綱的辨證，當然我們可以去解釋說他的望聞問切的切，就是理學檢查，就好像今天如果說就由神經外科的醫生的角色來看，他理學檢查不同於我們的切。所以如果說像一個或字這樣的意思是能夠包含說，他今天去幫他做相關的一些神外的那些檢查，包括頸椎壓迫，他可以去壓壓看，他其實這是比較偏西醫的一些檢查，他的意思只想突顯這個而已，他認為說我是受現代醫學訓練的，我是有西醫的專科執照，我並不懂中醫的這個

四診八綱的辨證。在這一點上，我認為說加個或的意思，他起碼要二選一吧，他兩個要做一個嘛，所以是這樣子一個精神，因為他檢查上來講，也是尊重專業的一個方式，只是可能在文字的一個表達敘述上的理解不同而已。

在處置上來講的話，是因為我們大概看到的是如果說今天為什麼會列舉了這麼多的目的，其實只是不管上駝手法寫不寫都一樣，因為基本上它就是一個逗號，一個頓號，他要如實記載，他到底做了什麼樣的傷科處置，如果說今天在一個急性期，我舉例來講，我們講一個如果是一個急性期扭受傷的患者來找我們看的時候，我們會怎麼做，因為他正在紅腫熱痛，我們今天可能需要的就是發炎的時候，應該給他的是什麼？冰敷，我們可能給他的是藥布，那這樣子有沒有推拿？沒有，有沒有傷科手法？沒有。可是我們要去看的是真實情況，如果我們看到的是，他每一次都這樣子，這個就有問題了。我的意思是這樣，就是說因為事實上我們沒有辦法，基本上我們說它叫做統包，我們也可以認為說它其實就是一個叫做包裹式的一個治療，我就是幫你做中醫的針灸、中醫的傷科治療，我可以用的方法很多，我在尊重中醫的一個第一線的醫師的一個專業上來講，他會這麼做，可是我們在審查端其實也很容易做到，因為只要問患者，醫師怎麼幫你做治療的，如果患者說，他每一次都像那個我們違規查處室講到的，就是說他每一次都沒有做，連摸都沒摸，那我們當然可以去做虛報、浮報的處理，這都沒問題的。所以我的意思是指當我們今天去改成這樣子的模式的話，才是一個具體的呈現。並不會因為這樣子就造成我們審查的困難，因為你只要問他，每一次你怎麼做治療的，一問就知道了。所以如果說患者說的是，他就是去隔壁治療的，醫師都沒有幫他看，這個是很容易做到的，我們不用陷入在文字的一個窠臼當中，因為畢竟我們的治療方法真的太多了。以上做這樣一個補充。

醫務管理組陳依婕科長：

我綜整剛剛我綜整剛剛大家的意見，我們看到討1-8頁，有把我們建議修改的文字有先留在上面，標準作業程序裡面的(1)，就是「四診

八綱辨證或理學檢查」，意思就像剛剛理事長講的，原先的四診八綱辨證，或者是採理學檢查都可以符合這一項的意思。另外，(3)原先寫的文字是「理筋手法」，原先中全會是建議說傷科處置，後面傷科手法裡面接著「摸、接、端、提……」的那一段，我們原先是想說要不要把原本有的「理筋手法」放上去，然後理筋手法包含就是那個函釋的內容我們也把它寫上去，然後再接後面這個正骨八法，留下這樣的字，就不寫到上駝手法這樣，不曉得中全會能不能接受現在這樣的呈現？那病歷記載的話，因為原先病歷就應該要詳細記載，這句話的話，我們就不呈現在這裡，病歷記載是本來就在醫療法上面一定要的要求，我們這邊就不再另外說明。

我們回到議程討 1-4 頁，在阿拉伯數字 4 的地方，我們還有提到說因為我們健保申報的資料庫，沒有收載原本不符合支付規範的這些傷科案件，所以這一塊我們沒有辦法去估相關的財務預估，所以不曉得中全會這邊有沒有辦法提出一個大概的比率，就是原先我們寫的是理筋手法，現在我們增加了這些文字的描述以後，因為放寬支付規範，會不會增加一些比率的案件可以申報健保的傷科，能不能麻煩中全會？

主席：

線上李永振李委員。

李代表永振：

謝謝主席，這個議題應該是算蠻專業的，不過有幾點提供給大家參考。第一點剛才提到總額的構成裡面，事實上就是這一項，這一項討論最多，那麼所以裡面後來要給錢的時候，才會找出一個黃金治療期這種方式來等於是開路。這一項應該是屬於這邊健保署有提到，放寬支付的規範，所謂從大家討論的時候要很慎重，我們再重複一次，易放難收。至於這個內容的話，專業的部份聽剛才幾位專家的意見，我有一個看法，譬如說剛才孫教授有提到用「及、或」，我是創第三個，可不可以用「含」，因為剛才提到說「且」，「且」就已經「含」了，你說要把它明確地表現出來有這一個東西，不要就用幾個字這樣

表示出來，那這邊又這麼重要，你就把它點出來用「含」，也不要「或」也不要「及」，這樣是不是可行？

另外剛才臺南的陳代表提到，實際上這個在臨床有需求，但是你要把它弄到檯面上規範的綁得死死的，好像又不太適宜。所以可不可以在整個執行面的時候，怎麼樣去把它規範清楚，全國都可以一致的看法，醫審之間都可以有一致的看法，這樣是不是也可以符合那個部份？譬如說像我們健保法就沒辦法寫那麼細，但是比較要寫細的是在施行細則裡面去寫。你這邊是等於是全部要把需要的都寫在這個裡面，這一本真的有夠厚了，將來是不是未來越寫越厚啊？是不是把在執行面的部份在另外一個地方，在執行的那邊再去把它規劃，這樣不可行，給各位參考，謝謝。

主席：

謝謝李委員。其實他提的我是贊同的，第一個，四診八綱辨證，剛才括號合理學檢查，有些必要文字，如果不必要就可以留一下。我覺得應該是在審查注意事項要寫清楚，讓審查醫師審查的時候，他有一些依循。今天被抽審的人，或者是對審查不服的人，我拿審查注意事項來跟他說明，因為還是有些醫師是違規的。現在就是說在審查注意事項沒有寫得很清楚，醫審及藥材組可以補充說明，如果寫不清楚，想辦法把那邊寫清楚。以後的爭議會比較少。醫審及藥材組請補充一下你們的中醫審查辦法？

醫審及藥材組涂奇君科長：

醫審及藥材組說明一下，就是如果各位代表覺得這樣子的文字比較適合放在審查注意事項的話，我們就可以拿到審查注意事項去討論是不是要再多新增這樣的規範。以上說明。

柯代表富揚：

我想審查注意事項是算一個事後的審查作業，可是在最前端，應該在支付標準來講，明定會更好，至於審查事項它可以等於類似一個註解這樣一個方式，因為我們是高度尊重醫師的一個專業，可是市場在事後審查的時候，也是在 check 是不是真的有如此。所以我想這個部

份應該是沒有問題的，所以在支付標準端去做這樣的文字修正的話，可以讓他有一個標準是相對地合理，它其實不是放寬，它其實是合理地呈現，不會說只有在原本所謂的一個傷科手法，就是有摸、接、端、提那幾個字而已，我們是讓他說可以相對地，我們可能目前看得到的大概都包括在裡面，那只是相對地合理。

還有一點就是我們在討 1-8 的下面，就是有一個適應症，好像應該本來沒有這個，因為傷科的一個治療，適應症不止這一些。可能是我們自己沒有注意到，因為我的意思是我們傷科的治療不止這一些項目，不止這些適應症。我們就到這就好。

主席：

拜託承辦科先把我們修正的文字整個再念一遍，然後把它確認。

醫務管理組陳依婕科長：

麻煩翻到討 1-8 頁，我們在一般傷科的備註一，標準作業程序的 (1) 四診八綱辨證會再括弧敘明合理學檢查，(2) 的文字不變，(3) 的理筋手法四個字會刪除，調整為「傷科處置：傷科手法〔包含理筋手法(推、拿、揉、滾、按)、正骨八法(摸、接、端、提、按、摩、推、拿等)、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定等各類傷科處置〕，那適應症的部分就如同原先的文字，以上。

高屏業務組李金秀科長：

高屏這邊請求發言可以嗎？剛才依婕科長所唸的這段話，如果涉及到支付標準，剛才所唸的冰敷、熱敷、藥布、外敷這一部份，是否有執行這些就可以申報所謂的傷科處置，相對於西醫冰熱敷，一次只給付 28 點，如果說把冰、熱敷也包含在中醫的傷科處置裡面，考量是不是可以再討論？以上。

柯代表富揚：

基本上來講，我們是一個總包，我們不是逐項，我不是今天傷科一個多少錢，推拿一個多少錢，然後藥布多少錢，我們中醫是這樣，我們是總 total 就是處置費 228 點，就是 228 點裡頭包含這一些。其實我們在審查端的時候，也會去注意到說不可能一個患者每次都給他冰

敷，所以我想這個是一個專業上的認定。我們高屏區提到的也很有道理，可是事實上我們是統一支付 228 點的概念，所以不會說逐項，包含譬如說藥布多少錢，我們沒有去訂這個。

主席：

線上請孫教授。

孫代表茂峰：

小小的意見，剛剛那個要修訂的地方，傷科手法裡面包括理筋手法跟正骨手法，理筋手法，如果是這樣的話，應該後面也要加上「等」，否則的話，如果不是在五個手法裡面的一個的話，那就出事了，也是跟正骨手法一樣要加上等。以上，謝謝。

主席：

我們加上「等」，高屏業務組，剛才那個柯理事長回應了，你有沒有要再補充說明？

高屏業務組李金秀科長：

當然這一部份，它如果是在審查費裡面的一個包裹給付的話，是可以接受，只是怕未來會不會變成一些爭議點，以上。

違規查處室白姍綺專委：

我補充一下，我覺得這樣做可能會有一個需要思考的地方在於說，我們剛剛提到因為這個費用，因為如果一開始只是理筋手法這件事情，由醫師來執行，這絕對沒有問題，可是實務上未來對於這個冰敷、熱敷、藥布、外敷這件事情，如果不是醫師親自執行，它很有可能就會落到變成是醫師其實沒有做，你就不能申請這個費用？所以在實務上來講，我們知道在中醫診所這些可能都不會是醫師自己親自去做，如果要把它列進來的話，這段可能要考慮。

主席：

你說後面這一句話就不太對，因為本來就應該是中醫師在執行。

違規查處室白姍綺專委：

對，所以我就說實務上就會變成那一段。

柯代表富揚：

我了解，剛剛那是提醒，因為等於說表示都是醫師親自執行。

吳代表清源：

規定就是要中醫師親自執行，才能申請相關的費用，假如沒有，就不能來申請，你做什麼東西，本來就要在病歷上詳實記載，以上。

主席：

剛才孫教授提的，我們再加「等」字，以後避免爭議。這一部份，大家還有沒有什麼意見？

醫務管理組陳依婕科長：

剛剛有提問就是大概這樣子寫了以後，會不會放寬一些以前不能申報傷科，現在可以申報的，大概量是多少？

吳代表清源：

剛才理事長已經講了，這是符合實際上我們臨床操作的一個實際，它並不是放寬，只是更接近我們的臨床實務。

主席：

只是說把它正其名而已。接下來第二部份。

醫務管理組陳依婕科長：

第二部分請大家翻到討 1-1 頁，中全會這邊有提到的(3)，中醫的傷科，針灸的療程處置，醫生會視病人的情形給予傷科或者是針灸的處置，但我們現在高度複雜性傷科一起始次，這個診療項目的通則二的規定文字，是寫說後續治療是報一般的傷科處置；中全會覺得這樣恐怕會不符合臨床常規，因為病人後續可能會需要的是針灸，不一定是傷科，所以建議我們把後續治療處置的文字改成以傷科或針灸處置來申報，符合臨床需求。另外(4)也是同一個支付標準，我就一起說，是講到高度複雜性傷科一起始次的申報方式建議增列兩個通則，第一個是增列支付規範的第五點「同一院所、同一患者申報第二次高度複雜性傷科起始次的時候，需為新發生損傷案件並載明發生原因及時間，並加強審查」。然後新增支付規範六「同一院所對同一患者不同部位每三個月限申報高度複雜性傷科一次，同一院所針對同一個患者同一部位申報高度複雜性傷科案件六個月最多一次(不含脫臼整復還有骨

折復位)」的部分。

本署意見，請大家翻到討 1-4 頁。在(二)這邊我們有說明，第一個是有關修訂後續治療處置的定義，這一題我們有事先洽中全會了解，就是像剛剛講的，如果我們支付規範裡面後面說到是做單純的傷科，需以一般傷科來申報；可是會遇到實務上，有病人他是需要後續去做針灸的，或者是針傷合併的治療，如果我們支付規範這樣寫，可能造成臨床實務上會有一些困擾。希望是按照支付標準的規定，如果是做針灸就申報針灸，做針傷合併就申報針傷合併，這是問題點。

在(2)的地方，我們針對這一件事情，我們有思考到會不會涉及到同一療程的申報方式，所以這邊有幾點想要請中全會說明，因為我們現在在醫療辦法的第八條第三項訂有中醫的針灸傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者，從首次治療起 30 日內六次治療是視為同一療程。同一療程除了第一次診療要部分負擔以外，其它後續的療程都是免除門診基本部分負擔，只有中醫傷科相關的療程的話，第二次起每次是需要付 50 塊的部分負擔。我們這邊想要釐清說，如果那個個案他首次是進行傷科治療，他第二次變成針灸或者是針傷合併治療，這樣到底算不算同一療程？還是它其實是分屬不同療程？如果是不同療程，他就另外報就好了，就沒有需要修改現在我們支付標準的那個文字的規範，以上是要釐清的部分。

另外關於第 2 點「增訂治療頻率」，我們這邊有說中全會想要增訂的這個支付規範五，就是要載明新發生損傷的案件，要說好原因跟時間，這個跟現在的支付規範是相同的，所以我們健保署這邊的意見是同意增訂。另外針對不同部位每三個月限申報一次，同部位六個月申報一次的這個部分，我們想要了解一下中全會增加這個項目的原因，因為我們訂這個項目，它之所以叫做「起始次」就是因為它新發生損傷的案件才可以申報這個支付標準，然後不管他治療了多久，要是新發生損傷才可以申報，所以我們在思考有沒有需要增訂這樣子的支付規範。以上。

主席：

全聯會要不要補充說明一下？

吳代表清源：

主席、各位前輩大家好。我簡單說明一下，同一療程的申報模式，全民健康保險法裡面規定，中醫針灸、傷科、脫臼同一診斷需連續治療，它沒有說要同一哪種治療，所以在首次治療起 30 日之內到六次以內治療為同一療程，它並沒有說同一針灸，或同一傷科治療或同一脫臼整復治療，尤其是脫臼整復，你不可能來六次，六次都再給他復位。骨折的話，一次復位就結束了，接下來後續都治療它的副作用。所以說不可能整個六次都在給它復位，這樣是非常匪夷所思的。所以根據這個精神，我們相關的規定並沒有限制在同一療程之內，全程都一定要使用同一個治療模式，所以我們中醫師必須要根據當時的病情變化，根據我們的專業判斷來做最適當的傷科或是針灸的處置治療。我簡單講一下，一個脫臼，我們復位之後，其實它後面還有一些急性損傷、腫脹、痛的一些情況。事實上很多時候，我們在其它部位是用針灸，例如巨刺針灸，明明是左邊在痛，為什麼針右邊？其實是筋絡的概念。事實上我們來幫他做適當的針灸或傷科處置才能夠提供他最好的醫療品質。所以我們把它視為同一個療程。同時部份負擔是處置來做決定，只要申報傷科，你一定要付部份負擔。同時你在病歷上當然要詳實記載，我們當然要回歸到我們的審查醫師，當然會看，像複雜性、中度複雜性或高度複雜性傷科，像骨折那些，我們還要附上 X 光片，還有一些影像學的檢查，來做我們更好的診斷的標準，還有處置，以上。

頻率這一題，我們高度複雜性相關的一個適應症方面，因為治療都需要非常久的時間，並沒有說僅僅數次或短時間一個月之內就可能治療好。所以我們希望就是原來是在新損傷的部位才能夠再次申報，事實上有些醫師他可能就是在同一部位，他再重複申報一次。我們希望在不同部位的地方的時候，每三個月申報一次的話，我們是希望讓它這一個療程能夠更完整，事實上我們把它當作我們三個月之後，通常我們預估從實務來講，大概都是三個月左右，我們就可以把它獲得一

個很好的治療。三個月之後，病人又有相同的部位，可能又再受傷一次，他的精神還是在他必須要一個新發生的一個損傷案件，並沒有說我這一件案件，這個地方受傷了三個月以後，然後我又再用同一件案件再給它報同一個損傷部位，我的意思就是說他這三個月，我們三個月後發生的這個事情，是新損傷的，所以說跟原始的精神是不相違背的。大概這個是機率論，我們猜他三個月不會在同一個地方再同一次受傷。我們這個真的是為了防止弊端，你在三個月之後，你又有新的損傷的話，才會再幫你報，並沒有說你在同一個損傷，過了三個月，還能夠再報一次。可能這個是健保署，我們可能文字沒有寫得很清楚，可能造成一些誤解。以上。

主席：

謝謝全聯會的說明，接下來我請何紹彰何醫師，針對全聯會的說明，你是支持還是有哪些要補充的？

何代表紹彰：

我記得當初要開始支付所謂中度複雜性跟高度複雜性傷科的時候，其實它的定義初始次的事情我就有問過我們全聯會到底你們的定義，因為初始次的定義就是筋傷發生，現在這個爭議就是到底初始次要報幾次，就在這個療程中能報幾次。我看吳代表說的這個講法很多在做傷科的院所裡面，他會報比較多的所謂初始次的概念，這是不太符合我們支付標準裡面的要求。所以假如說真的要改變這樣的一個狀態，可能要請全聯會或署裡面考慮說，這個字眼是不是要改變一些狀態？因為這樣的作法也可能會讓這個在做傷科的複雜性，中度複雜性跟高度複雜性陷他於不義，他假如真的有做，他沒記載詳實，就會有所謂的虛報的問題，被查核的時候，是不是可以逃得過調查的狀況？我們需要全聯會跟署裡面去考慮這樣的問題，假如說有訂定清楚，讓執行業務的中醫師發生問題的狀況，我覺得是不太恰當。所以我的建議就是文字的修正要做一些改變。

第二就是定義上譬如說真的要三個月，像全聯會這樣定義三個月到六個月，三個月報一次或六個月報一次，我覺得這個定義要更明確才

比較符合現況。還有就是既然都是做了大概八個月以上，八個月左右，已經做了快一年了，我們現在好像大數據看一下說，目前實際的狀況，報中度複雜性傷科跟高度複雜性傷科的這個件數跟比例數，還有其中的程度是不是有集中化的一個現象，我覺得全聯會這邊是不是可以提供或者是署裡面這邊可以有提供，讓我們知道說這樣的一個情況是不是存在？以上。

主席：

接下來請孫茂峰孫教授，你是支持全聯會講法還是有哪些要再補充說明？

孫代表茂峰：

謝謝主席，我一點小小的看法。如果我們的目的是為了防弊，防弊的時候，那麼我們來看看假設這樣做了之後，得到的會是什麼效果，就是說我把它定成三個月以後，就是說把期限定成三個月，事實上我們來看邏輯，一個新傷發生之後，當然這個又是另外一件人性的問題，他可能因為高度複雜的傷科的費用給付非常非常地高，所以病人很清楚當他申報一次，接下來就是用一般傷科來申報。三個月之後，如果按照我們先前可能的一個比較小人的想法的話，你這樣訂了之後，是不是鼓勵大家我三個月到了之後，我就再報一次高度複雜性的傷科？所以我個人比較傾向於就是說有沒有必要多增加這樣子，事實上在起始次這個地方，再加上說我們作為醫療裡面，坦白講我們中醫界其實要努力的地方是說真的要病歷記載清楚，也就是說做什麼，你就記載什麼東西，發生什麼就記載什麼東西，這個東西把它落實的話，基本上就會是個很好的，不管是申報或者是防弊，會比較好。也就是說不管你是落實這樣子申報，或落實這樣查核的話，讓大家養成習慣，大概就不需要用這一些揣摩的方式去預防或者是去防弊，這是我個人粗淺的看法，以上建議，謝謝。

主席：

接下來請那個陳俞沛陳醫師，請。陳主任，有在線上嗎？陳主任，好，沒在線上。全聯會有沒有要再回應一下兩位專家的說法？

柯代表富揚：

我想就這個議題的話，我可以從三個角度來看。第一個的話就是在一個高度複雜性傷科之後，起始次之後的二到六次，這個部份為什麼說處置應該是傷科或針灸處置，就是因為事實上在你做完第一次起始次治療之後，我們當然可以選擇繼續用傷科治療，可是也不能剝奪說醫師不能用針灸方式給他治療，因為就像我們今天不要說高度複雜，我們審一般的傷科就好，一般的傷科案件它二到六次也可以用針灸治療。所以我們只是回歸到一個正常的一個專業，就是說確實，因為病歷一定要詳實記載，所以他在二到六次的治療的時候，他如果不是繼續用傷科，他是用針灸是可以的。這裡基本上來講，這個還是屬於同一個療程，這是一個同一療程，因為我們要的是什麼？他不能夠割據治療啦，他不能夠給我另起病名啦，我們不希望他另起病名，你還是就原來的病名，然後你就是繼續治療，只是我尊重你用傷科方式治療還是針灸方式治療，不能夠只綁定在傷科，也可以用針灸。這是第一個。

第二個的話，就是我們的這個高度複雜，我想這個部份其實是我們一個自我限縮的一個方式，為什麼呢？因為我們當時在健保會提案的時候，因為這個預算得來不易，就好像我舉例，我們的那個高度複雜性針灸跟中度複雜性針灸，我們有限定次數，一個月能夠申報幾次，我們當時為什麼去限定這個次數，就是因為我們要節省這個健保的費用，我們認為說你到後來端，你明明做了，確實你看了那個患者是屬於高度複雜性針灸的患者，你一樣用這樣的一個針灸的一個治療模式，但是你就只能夠用一般針灸去申報，為什麼？因為我有一個額度的限制，你已經超過這個額度，我不要讓他去用更多的費用。當時我們在管理這個高度複雜性傷科的時候，我們沒有扣這樣子的一個限制，所以我們才希望在，我們希望的是在時間上去跟他做限制，為什麼時間上限制呢？我們可以試想，他這個患者他是屬於高度複雜性傷科，怎麼可能會一個療程會好？六次就好了，不可能，我們認為他既然是高度複雜性傷科患者，他絕對是需要被治療一段時間，我們這個

要求是什麼？是珍惜健保資源，這個是全聯會一個自我限縮的一個做法，我們要的是一個傷科的醫療品質的提升，所以呢，我們不要他在做完這一次的一個，二到六次做完之後呢，結果他馬上再換一個新的病名，然後繼續做高度複雜性傷科，這個是我們所不樂意見到的。因為畢竟我們沒有做次數上的限制，所以我們是做得是一個時間上的限制，所以在同一個患者身上，我們希望的是一個人的概念，我們希望的是這個患者，這個人，同一個人他來找我們看傷科的時候，你看他用高度複雜性傷科幫他治療之後，我們不希望他在三個月內就重複又去申報，如果發現遇到的是一個新的損傷，基本上他可以用中度複雜性傷科，就是不同病名嘛。可是如果同一個病名，當然是繼續做啊，繼續去做治療啊，可是在費用上來講，我們只是給它起始次的那個費用特別高而已，後面就沒有那麼高了，所以這個是珍惜我們的健保資源，我們這個做法只是讓，而且我們遇到的是一個分區的一個，待會那個組長也可以問我們其它六個分區的那個健保署的意見，因為我所知道的是我們所不樂意見到的就是他今天用不同的新病名，又重複又再申報高度複雜性傷科，因為我們現在是講的是一個從人的觀點上看，他今天既然是看這樣的一個患者，他就應該有始有終好好地去把他的疾病治到好。我想這個是我們的概念。所以就是說不同的部位，我們是認為情有可原，他既然是不同的部位了，所以三個月內，我認為他應該本來的那個應該也治好了，所以我讓你繼續用高度複雜性傷科來申報。因為畢竟不同的部位嘛。同一個部位呢，為什麼是限六個月？我們的想法是說，你原本就已經申請過一次很高額的一個審查的治療的一個費用了，所以呢，你不應該在同一個部位，同一個病名、同一個部位上你又給我重複申報，所以我們希望你六個月後，當然這是一個機率問題，他有可能同一個部位在半年後他又受傷了，我們事實上去理解他不是舊傷的一個治療。所以在這樣的一個情形下，我們才會去訂這樣的一個時間，當然時間上我們還可以再談。如果說署的長官認為說三個月、六個月太嚴苛了，希望說往下降兩個月、四個月，我們也可以接受，其實我們只是一個珍惜健保總額的一個費用預

算的一個方式。而且這個方式的好處是讓我們審查端比較好處理，因為我們審查端遇到問題，應該會是如果說今天我們的中醫同道，臨床醫師他每六次就換一個病名，都是高度複雜性傷科，每六次做完就是高度複雜性傷科，又是重起病名，我們審查端是沒有辦法去做這樣子的一個費用上的一個審核的。所以當我們今天去定這個之後的話，它是一個健保費用的一個管控措施，第二個我覺得更是體現中醫全聯會對品質的一個要求，我們希望你品質就是把它做好，我們希望珍惜這樣子的一個資源。以上做這樣的一個報告。

主席：

謝謝理事長的回應，承辦科針對這個還要再就教於全聯會？

醫務管理組陳依婕科長：

我們釐清一下，就是在我們討 1-9 頁的通則 2，通則 2 這邊原先的支付規範文字是「後續治療處置以一般傷科」，然後我們有括弧相關的醫令編號是多少來申報，這邊中全會的意見是說，因為療程裡面可能會改變，可能變成是針灸或者是針傷合併的治療，到時候我們會把文字加進去，我們這邊要確認的是，因為我們這邊其實同時也是在告訴院所，後續的傷科要用一般，而不能用中度複雜性傷科或高度複雜性傷科的那個意思，所以如果是針灸的話，我們也會寫清楚一般針灸然後醫令編號是什麼，然後也有可能會用電針對不對？有可能的話，我們都要列舉上去。或者是一般針灸合併一般傷科，或者是電針合併一般傷科，其實就是告訴院所你就只能用一般的那個來報。這是有關通則二的部分。

剛剛有講到次數限制，其實聽起來比較像是在防弊的這一端，希望給予一個次數的限制，所以我們會來調整一下文字，因為我們有理解中全會想要表達的意思，詳細的文字我們可能會後確認，我這邊簡要說明一下，會限同一院所對同一病人的申報次數限制，然後把它拆分成兩點，一點是針對不同部位如果再次受傷的話，就是每三個月限申報一次；如果是同部位再一次受傷的話，就是六個月限申報一次，會像是這樣子的文字。

主席：

精神就是這樣，然後文字就由我們再修再給全聯會再看一下。全聯會還有意見嗎？

醫務管理組陳依婕科長：

我們繼續提問，同樣就是我們現在要講的是修改高度複雜性傷科，中度複雜性傷科會有一樣的問題，請麻煩拉到討 1-8 頁的下方，中度複雜性傷科的註 2 支付規範的(3)也有講到療程，第二次到第六次是以一般傷科來申報，這樣會不會也有同樣的問題，就是它後續可能是用一般針灸、電針等等的，如果是的話，我們會把支付規範裡面有相關的文字都一併修改。

主席：

謝謝，那這第二個部份，不知道各位還有沒有什麼意見？那如果沒有，那進行第三部份。

醫務管理組陳依婕科長：

第三個部分，用支付標準表說明可能會比較清楚，我們支付標準表是在討 1-3 頁，中全會的下一個建議，是講到我們現在在支付標準的第八章特定疾病的門診加強照護，醫令編號 C05 到 C09 這些是針對腦中風或脊髓損傷、顱腦損傷等等的門診加強照護，我們現在支付規範裡面有說到說，每月限申報一次，然後照護處置費包含中醫的診察費還有執行針灸治療及傷科治療，中全會的意思是說這個針灸治療及傷科治療的「及」這個字，會考量到病人可能沒有辦法同時進行到兩種治療，所以希望把針灸治療「及」那個字改成「或」，就是針灸或傷科治療，主要是要修正文字。那這點的話，健保署的意見是在討 1-5 頁的(四)，因為這題其實是考量到臨床實務上真的不是每個病人都有辦法同時接受針灸跟傷科，而且我們支付標準規範也有規定每個月限申報一次，所以這個我們是推估不會增加財務支出的，所以同意中全會的意見。

主席：

不知道各位委員還有那個學者專家有沒有針對我們健保的回應有沒

有什麼意見？我們原則是尊重他們全聯會這次的提出。如果沒有意見的話，我們最後一個。

醫務管理組陳依婕科長：

中全會所提的最後一個建議，請大家翻到討 1-2 頁最上面的括弧六，踝部及足部部位的損傷，因為 ICD-10-CM 現在列的是 S96 到 S99，大部分都有列在我們的附表 4.5.2 高度複雜性傷科的適應症代碼範圍，可是之前有漏列了幾個代碼，這邊有講到是 S96.29、S96.89 還有 S96.99，所以希望這三個代碼再補上去。另外中全會也有希望說 M13.0 多發性關節炎，同時出現在中度複雜性傷科跟高度複雜性多部位損傷的適應症之中，所以建議把它留在中度複雜性傷科就好，把它從高度複雜性傷科這邊刪除。

本署的意見請大家翻到討 1-5 頁的(三)，這部分第一個是新增適應症代碼的部份，我們有去跑統計，在 110 年 3 月到 12 月，用這個主次診斷來申報的一般傷科處置案件總共只有兩件，如果這兩件改成高度複雜性傷科起始次來申報的話，大概會增加 1300 點。另外第二個是刪除高度複雜性傷科裡面 M13 的這個適應症，因為它從高度複雜性刪除，所以它以後只能報中度複雜性傷科，這樣改的話，會減少 39.5 萬點。以上。

主席：

所以我們還是照全聯會這樣去修正，不知道各位專家學者還有線上的委員有沒有什麼意見？，如果沒有，我們就照全聯會的意見去修正。接下來討論二。

討論事項第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」中「JQ(呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療)」案件，如遇個案死亡，無法作外續的評量，建請 P33056 生理評估(限呼吸困難患者適用)可不需上傳後測，或以特定分數上傳取代之，以符合實際臨床情況案。

主席：

所以我們再多一個東西讓你們去選擇，那系統就會自動把它弄掉，這樣可以吧。

醫務管理組陳依婕科長：

我們再多問一句，就是因為這個是只有針對呼吸困難，那是不是剩下的三個疾病也一併增加這個？雖然用到的機會比較少，但是我們都一起做，以上。

柯代表富揚：

癌症的會診也有可能遇到那個死亡的情況。

醫務管理組陳依婕科長：

癌症那個計畫裡面也會遇到的話，我們 VPN 就一併做調整。

主席：

各位委員還有沒有什麼意見？那如果沒有，我們就過了，進行討論三。

討論事項第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關支付標準第四部中醫第四章針灸治療處置費、第五章傷科治療處置費及第六章針灸合併傷科治療處置費申報規範案。

主席：

那個括號三，審核的部位你們編得出來嗎？可以，這個提案是醫務管理組提的，不知道全聯會的可以接受嗎？

柯代表富揚：

可以，因為基本上它也是屬於如實申報的一部份，那如果說今天我們可以在應用清單上面都列上去讓我們去寫這個更好，我想這個是確實也是我們的自我要求啦，品質一定要做到，所以沒問題。

醫務管理組陳依婕科長：

謝謝理事長的補充，因為這個其實對於院所來說，還是有一些資訊系統需要時間調整，我們支付標準的修訂會依照時程，就是提到三月的共擬然後去讓它公告生效，我們在想實際上相關費用的檢核，我們

要不要晚一點，譬如說七月開始，大家覺得呢？因為支付標準這樣走下去，可能五月、六月就會公告了，不曉得需不需要給你們一些作業的時間？不然到時候費用會被扣掉，會完全不能動。我們可能先訂7月1號開始實施檢核。

主席：

所以這個是在3月10號的共擬會議，它們來的及嗎？七月的部份，我留一點彈性給你們，你們回去再想一想好不好？

吳代表清源：

因為這個跟電腦公司有關係，我們還需要跟電腦公司配合，所以說七月可能稍微有點趕，那是不是可以再延後一下？時間我們回去討論以後再跟主席報告。

主席：

進行討論四。

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」暨支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護案。

主席：

第一個部份就改成頓號，應該是沒有什麼問題。那第二部份那個全聯會有沒有要補充的？

吳代表清源：

其實我們希望還有一個適應症，希望能夠新增 I69 的腦中風一個後遺症，事實上就特別是我們在住院的病人，出院的時候我們其實常常都把他下一個診斷 I69，所以說害得我們就是變成我們沒辦法，申報的時候就出了一個很大的問題，可是事實上它的原始的意義也是 I68 裡面，它只是他的後遺症而已，所以說我們希望能夠，他的那個病名增加到 I69，中醫第八章腦中風希望能夠一併來處理。

主席：

因為我們有一本資料，可能要先投影到那個線上，讓線上的委員看

到。不然你現在講的，線上委員看不到。我們還是再等一下，不然會只有在線上，有在現場的才看得到。那個第四案因為還要一點時間把檔案發上去，我們先討論第五案。第五案請。

討論事項第五案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請同意變更北區苗栗縣頭屋鄉「111 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域案。

主席：

我們原則是同意，所以應該沒什麼爭議。那我們先進行討論六。

討論事項第六案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：檢討現行「全民健康保險中醫門診總額檔案分析審查異常不予支付指標」計 4 項案。

醫審及藥材組涂奇君科長：

討論案第六案請各位委員翻到討 6-1，這個案子是本署提案，需要檢討現行健保中醫門診總額檔案分析異常、不一致、不指標的事項案子，這個支付指標是從 95 年就開始實施，目的是要減少低價值的醫療利用，依照醫療費用申報與核復及醫療服務審查辦法的 31 條，如果檔案分析超過了指標的閾值的申報費用，它就會不予支付。目前我們查到第二點是，中醫不予支付的指標有四項，包含了中醫同一院所、同一患者，同一個看診次數過多，這是第一個，第二個是中醫用藥的日數重複率過高，第三個是中醫門診申報同院所、同病人當月針傷處置的次數過高，第四個是中醫院所當醫師每月申請中醫師親自調劑費用大於 1200 人次以上，這四支指標。在 109 年的這四支指標，直接淨扣的費用大概在 20 萬點，110 年呢，因為四月到九月是疫情的關係不予核檢，所以 Q1 跟 Q4 大概是十萬點左右，所以近兩年它的核扣費用大概都是在 20 萬左右。在第三點有討論到說不予支付指標，它其實是採淨扣的方式，比較沒有去檢視到個案是否的臨床需求，所以我們想說

依照臨床專業，是不是建議停止辦理事項的不予支付標準，讓它回歸例行的抽審案件，再請教那個中全會的意見，以上。

主席：

請中全會。

柯代表富揚：

基本上這樣的一個指標的一個設定，當然我們的目的是在於叫做減少低價值的醫療利用，事實上是避免醫療浪費。所以我們一直放在這個地方。當然我們署裡頭的提議是說還是要針對個案的一個醫療需求，然後要尊重臨床專業，站在中醫學會的角度來看，我們同意健保署修正。

主席：

絕對同意，醫審及藥材組意見。

醫審及藥材組涂奇君科長：

我們就尊重臨床的專業，謝謝。

主席：

我們再回過頭來，先讓李委員。

李代表永振：

這個第六案我有點看法，這四樣的規範，原來的做法好像還合理，如果考量說因為個案的醫療需求的話，我們是不是可以前者不要改，另外申請，或者是說你如果要拿掉的話，應該先講明「試行」，如果可以的話，在前面拿掉，因為你這邊是不知道誤闖的抵扣的點數當然會比較少，知道的人他就不會去申請。你現在看到這個結果，要全部把它拿掉，那你拿掉之後，將來要恢復可能會比較難。我是建議兩種方式去考量會不會比較好，還是易放難收，既然這樣的話，我們要放的時候要慎重一點。而且原來中全會的考量也是蠻有道理的啊，這樣會不會兩全其美？謝謝。

主席：

醫審及藥材組原來的考量點是什麼？再講細一點，讓委員了解。

醫審及藥材組涂奇君科長：

跟各位委員報告一下，就是因為這個不予支付指標它雖然是有訂一個閾值，那但是可能有些案件它超過這個閾值，可是它或許臨床上有需要做這樣子的服務，但是因為不予支付指標，其實不會去個別審那個案子，它就如果超過這個預值，就會直接扣除費用，所以可能會影響到這個臨床醫師投入的這個心力，所以我們是想說，我們還是尊重臨床上他需要做這樣的服務，我們就付這樣子的費用，一切回歸臨床專業自主去管理。如果把這個事項指標停止之後，其實我們還是會有原本一般就是例行的抽審作業，以上說明。

主席：

現在是社保司跟李委員是覺得說易放難收，但是我們的醫審的意思是說，因為我們這個就卡在那邊了，再就我們的系統就直接就把它弄掉，反而以後會產生很多爭議，反正後面本來就會有一些抽審的作業或是審查的作業，我們還是先尊重那個醫審及藥材組。孫教授請。

孫代表茂峰：

主席、各位委員，這個部份，尤其是對於第三點，我有一些切身的經驗跟兩位委員報告一下。以我們在大型的醫療院所服務來講的時候，我們接觸到的相當多的會診或者是急重症的病人，他對於針傷的需求非常地大，在這樣的情況之下，醫師他當然就會選擇比方說像腦中風會診的病人，脊髓損傷會診的病人，因為這樣子，你去懲罰這個診所，因為他的這一個針傷的次數或者是比例過高，那就不予給付，事實上這個是違反醫療的原理跟原則。基於剛剛兩位委員提到的只是擔心說易放難收，但事實上這不是放，這是回歸醫療的常態，因為每個醫療院所它所在的位置、服務的對象並不完全一樣，你就一句話叫做醫療院所這個東西的比例過高，就不予給付，我想這個不太符合常理，這是第一點。

第二點，以這個用藥日數重複來講的話，事實上我們的醫療消費者，事實上他就已經很擔心他會過度用藥，有時候連醫生想開藥，他都不太願意開藥，那有時候為什麼會重複？現在我們也希望要節省診察費，所以給病人，尤其是慢性病的病人，盡量給他用一個月或者甚

至於慢性處方箋，可是中間高齡化跟老齡化的社會的時候，你這個慢性病的中間它難免有些小的病又來，就單醫療院所來講的話，就會造成用藥日數重複的問題。因為這樣子，那麼你就不給付，那你要日後才去申復，那申復，事實上應該是說在後面的部份，去檢驗說你這樣的醫療行為或醫療給付，如果不符合常規，不符合常態，那麼就予以核刪。這個後面有相當多的機制可以來核刪，我不認為這樣子會有所謂的易放難收，應該是所謂回歸醫療常態才是。以上是個人的淺見，就教於兩位委員，謝謝。

主席：

請社保司。

陳代表淑華：

主席、各位代表大家好。過去會訂這些指標應該有它的意義存在，今天我們在檢視這些指標的時候，是不是這四個指標這樣的訂定都不再需要了，社保司在意的並不是說這是不是易放難收之類的，而是說我們是不是應該回歸來看看這四項指標，過去為什麼會這樣子訂定？是不是有它存在的必要性，還是說這些指標必須再做一些精進跟修正，還是說真的沒有這樣的需要？我們建議是不是應該一一來檢視，而不是說通盤把它刪掉或建議一定要保留之類的，是說希望透過這個會議，大家都是專家來看看這些指標當初訂定的合理性，未來到底應該怎麼去處理會比較適當，以上。

主席：

討6-4頁3-3孫教授已經分享他的切身之痛，在實務上有它的困難，033指標中醫門診申報同院所同病人當月針傷處置次數過高再怎麼檢討也是這樣。037指標中醫院所單一醫師每月申請中醫師親自調劑費(A32)次數大於1,200人次以上，這像行政作為，從字面上來看意義不大。討6-3頁030指標中醫用藥日數重複率過高，這項可以在雲端處理，醫審及藥材組為何要取消這些指標應該是這些原因。最後一點請醫審及藥材組說明。

醫審及藥材組涂奇君科長：

其實就像剛才臨床專家說的，就是有些個案的病況可能他的有他自己的 situation，所以如果只是做一個閾值就去把它裁掉，可能還是會沒有看到每一個個案他臨床上的需要，所以我們原則上還是會比較傾向是如果臨床專家覺得這樣可能這個指標是不是還適合留著。

主席：

我原則上還是尊重醫審及藥材組的提案，先全部拿掉，回歸專業審查，這樣比較單純。社保司不好意思，中全會覺得不需要。接下來回到討論四。

醫務管理組陳依婕科長：

因為中全會在會前有先跟我們說，就是建議在我們現在的支付標準第四部第八章特定疾病門診加強照顧，還有專款方案，就是西醫住院病人的中醫會診的這個方案裡面，腦中風疾病範圍希望增加 I69，就是腦血管疾病的後遺症的這個項目，我們這邊秀出來的是相關的財務影響評估，因為支付標準第四部第八章這個特定疾病門診加強照護所使用的預算是一般服務，所以一般服務可以拿來調支付標準的，有一部分是今年爭取到的那個傷科，另外一部分有增加錢的就是醫療服務成本指數改變率，我們這邊秀出來就是這筆錢有 5290 萬元，這邊的財務影響我們直接看到下面的表。

我們有呈現兩張表，第一張表呈現的是目前符合收案的範圍的人數，還有照護率，符合範圍的收案人數我們呈現了 109 年跟 110 年，110 年有成長，所以我們用 110 年的數據來做後續的推估。符合收案人數是 36000 人，實際上有收案被照顧的是 3800 人，所以照護率大概 10.7%，平均每個人的費用，全年是 21500 點，那所以我們就用這 21500 點來做後續的費用推估。下面這張表是我們看符合主次診斷為 I69 的中醫門診病人是 12592 人，那用一樣的照護率就是 110 年的照護率 10.7% 來推的話，就大概會有 1200 多人，乘上平均每人是 21500 點，這樣乘起來大概會增加支出 2900 萬。但是因為這些人如果加入了方案，它原先可能在中醫相關的門診看的錢就會減少，所以我們有去看這群人，原先申報中醫相關的費用大概是一點多億，應該要乘上那

個收案率，大概 10.7%，所以大概會發生一千多萬，我們這樣扣完了以後，淨增加的支出大概是 1700 萬。這是有關這個特定疾病門診加強照護的部份。

往下還有專款這邊的計畫，西醫住院中醫特定疾病的輔助計畫呢，原本這個計畫我們推估全年沒有做任何適應症調整的話，111 年的全年執行量大概會是 2.5 億左右，如果新增了 I69 這個項目的話，我們的推估方式跟剛剛一樣，我就不詳加地再唸裡面的數字了，我們這樣推估起來會增加支出大概 1.41 百萬點，這樣會超過我們今年度的預算，因為我們今年度的預算大概才 2.52 億而已，原先的方案就已經大概花了快要 2.5 億了，如果再加上這個適應症放寬的話，會增加 1.4 億左右。因為這個項目不會有替代，在專款裡面因為原先就不能彙整，所以 I69 的病人就沒有辦法做中醫的彙整，所以不會有替代。

主席：

請全聯會。

吳代表清源：

謝謝健保署說明。第一件事情，我再重複地講一次，因為我們其實很多的病患他是 I69 腦中風後遺症，所以它申報的時候，他是用，進來的時候是用 I68 或 I6 幾，去符合前面的，那可是他出院的時候把它報成 I69，然後造成他原來是本來就是可以符合申報的，然後變成沒辦法符合申報，這造成很大的一個困擾。反過來講，我們來看我們原來的健保署給我們的資料，非常感謝健保署給我們的相關的一個統計的資料，在財務影響評估裡面它的第一點，它裡面對不對？財務影響評估裡面，然後扣除一般服務 111 年符合主診斷、次診斷 I69 的一些這些申報的人次，我有一個問題就是說，其實很多的病人他本身一開始是 I68，後來的話，他出院才改報 I69，這樣子是不是會有一些重複的？然後特別是像我們一個西醫住院的一個病患的這些病人的話，在新增 I69 的這個病人人數來講，事實上很多病人他原來他是報 I68 的，然後他這個人次，我們把它算到 I69 這個人次，是不是有跟 I68 或者是 I6 幾之前的那些診斷碼，是不是有沒有 overlapping 的地方？

應該來講我們推估來講，應該是沒有這麼誇張，然後第二個，專案本身它就是固定的一個錢在這邊，報多人次，點值就會下降，所以說這個可能會影響應該是還好，以上。

醫務管理組陳依婕科長：

謝謝中全會的代表提醒，確實我們這邊的人沒有扣掉重複的，所以我們這邊的人確實應該要再把 I69 而且沒有現有符合適應症的這些範圍的人先踢掉，我們應該要先踢掉那群人，確實是這樣，不過在西醫住院這個專款，因為我們用原本的方案，我們就已經很緊繃了，確實就是如果再增加 I69 非常有可能浮動的情形，就等於大家拿到的就不會是一點 1 元這樣子的狀況。所以如果中全會這邊還是建議要增列的話，我們就配合提案到共擬會議上去做報告。

柯代表富揚：

我想這個不只是錢的問題，而是說讓患者真的就是符合這樣子的一個診斷，只是在於說他在出院的時候，他會從 I67、I68 結果可能醫師在自主的一個決定上來講，他把他改成 I69，就只是一個這樣子的一個改變，可是患者本身是不變的，所以基於照顧患者來講，我想不應該是一個 I68、I69 的一個區別，可是本質是一模一樣的疾病，而沒有辦法得到這樣的一個專案照顧。我想專案畢竟是一個固定的金額，最後他可能會變成一個浮動，我想我們可以藉由這樣來做，因為畢竟在財務來講，我想影響真的沒有那麼大。因為我們如果再扣除前面的 I67、I68，應該是還好。

主席：

我先讓線上胡委員

胡代表文龍：

主席、各位委員大家好。會提 I69 最主要就是復健科他們大多是使用這個診斷，以致健保署在事後勾稽的時候會出現這個診斷跟我們申報的診斷不符合。這一個病患在住院期間，我們都已經限定了他是在發病半年內，所以在這一個條件下，對我們的專案費用是完全不影響的，以上。

健保會陳燕鈴組長：

這邊提出一個疑問，當時健保會在協商這個計畫金額時，是希望當「急性發生腦中風病人」住院的時候，有中醫去輔助醫療，所以在健保會委員的認定裡面，是想透過中醫讓這些剛發生中風的病人康復得更快。但如果收案診斷新增「腦血管疾病後遺症」，因為本計畫是針對西醫住院病人，若將診斷為中風後遺症病人也納入收案對象，就怪了，因為診斷為中風後遺症的病人，那是出院以後門診要照護的對象，這個在邏輯上是否妥適，請大家思考一下。

吳代表清源：

謝謝委員的建議，事實上剛剛胡委員就有提到那個是屬於半年內，他是因為半年之內，然後他的那個後遺症是其實是他們復健科他們為了出院要打那個碼，所以說他在出院的時候他會打那個 I69 的碼，然後還讓我們就是本來我們進去本來前面是 I68 以前的碼，然後到後來出院的時候，他為了他打那個碼，然後全部都整個就申報出現了一個很大的問題。健保會委員他有提到就是說，是不是要有一個新設，就是我們有一個是剛開始要趕快讓他康復的，事實上我們裡面的一個先決條件裡面就有提到就是說，在半年之內的話，你不可能醫院病人不可能馬上住院讓你住半年，通常我們不能講說不能讓他住半年，通常住了一段時間之後，西醫的醫師就會讓你先出院，或者是轉到復健科，轉到復健科去做相關的一個復健治療，所以說我們那時候的規定裡面就是提到說是半年內，超過半年之內就沒辦法去使用了。我們在疾病方面來講的話，在半年之內也算是一個黃金治療期，所以說我們就把它，全部都把它列進去，這樣以上。

主席：

我就教一下那個專家學者，麻煩孫教授。

孫代表茂峰：

主席、各位委員，我想剛剛吳清源吳代表也說了一部份的狀況，事實上我們當初在協商這一部份的時候，確實如同健保會剛剛提到的一樣，本意是說病人中風在這個急性期的時候，那麼中醫的介入之後，

那麼對他有比較大的幫助，這個時候呢，所謂急性期或者是治療的黃金期，或者是後遺症期，這裡面的定義就會影響到我們今天討論的問題，我們今天的焦點其實在什麼地方？是因為我們中醫界所認知的我這一個不管是急性期或者是治療黃金期，我們自己經過文獻的搜尋之後，把它界定在半年之內，也就是說我中風發生了之後，半年之內基本上都是中醫介入的時候對他幫助最大最好的時候，所以這個時候來進行治療。那但是大家知道現在西醫的進展非常快速，有溶酸素有各方面，而且呢，住院在我們健保署的這一個很明確的這一個定義之下，醫院大部份病人只要一穩定，急診，那個 ICU 轉病房，病房趕快出院，但是事實上他出院了之後，整體來講就我們中醫來說，他還是在這個治療的黃金期，或者是我們所謂定義的這個急性期裡面。但是就西醫來講，他就會把它界定成為說你已經過了那個危險期，剩下的我分科非常地清楚，這個已經不是神經科了，就是進入到復健科了。復健科他們的概念就是那這個就叫做後遺症期，我們現在的 ICD 的這個碼是沿用基本上是西醫為主流在界定，所以我們就吃了悶虧了，所謂吃了悶虧的意思就是說那西醫只要把它寫上後遺症期，我們就做這個專案的時候，就報不到，就變成會被刪除掉，沒有辦法達到來照顧這一群病人這樣子的美意。所以在這樣的情況，當然我們一定也不能排除說有少數的病人他一直在住院，希望也還是由中醫來針灸，但是事實上這個困難度很高，因為西醫他有固定的住院的時間，而且他們也會監測你不需要住院就不能住院，他只要不能住院，我們就沒有辦法符合我們的這一個專案的審查。所以剛剛我們這一個署裡面的同仁試算的部份，真的是非常非常辛苦，也非常努力，但是我覺得這裡面可能有一點 over，算得有一點 over，所以我是建議如果可以的話，是不是能夠按照吳委員吳代表還有我們全聯會的這一個建議，把這一部份做一點放寬？因為事實上他只要不住院，他就不會符合，他不是在半年的內他就不會符合，以上報告，謝謝。

主席：

全聯會跟健保會委員再溝通一下。請健保會。

健保會陳燕鈴組長：

依據全聯會的說明，現在了解是因為配合西醫在編碼 code 轉變的問題。剛剛理事長講，照護對象還是限急性期病人，而且照顧時間須扣六個月的治療黃金期，提案只是配合西醫編碼增加「腦血管疾病後遺症」code，有時候病人轉復健科可能會改用那個 code，如果是這樣的話，就符合原來協商的精神，這樣我了解了，謝謝。

主席：

現在是這樣，我也不是很堅持，因為我們現在那個估算，當然是我們有一點估得比較鬆，所以可能那個費用會不夠，剛才孫教授的意思是說要支持你們的案子，我們承辦科是覺得說因為它錢還沒有算很精準，我也沒有堅持，你們如果覺得就是要排進去，因為再怎樣，中醫界就是你們就是醫界代表，你覺得應該可以，等下我們再來釐清。

醫務管理組陳依婕科長：

我再釐清一個問題，因為我們在計畫裡面是講到說符合腦中風、顱腦損傷或脊髓損傷這些適應症，自診斷日起的六個月內的住院病人需要中醫協助治療的會進到我們這個計畫，剛剛其實跟健保會溝通的意思是說他診斷的時候，當然是急性腦中風診斷，然後可能後續六個月內需要住院的時候，需要中醫會診的時候會進來這個計畫，我們在方案裡面的文字是這樣寫，意思是他還是得是急性腦中風診斷的時候，往後看六個月，所以他還是應該要是急性腦中風的診斷，就不應該是 I69 這個診斷，現在中全會在實務上遇到的困難，是不是因為他當次住院的診斷，當次住院的診斷 Key 的是 I69，所以產生現在的問題，所以我想釐清問題在哪裡這樣，以上。

吳代表清源：

謝謝健保署的規定，我剛剛特別把那個規定翻了出來，我們腦中風或者是 ICD10 這一些一直到 I69 這邊，I68 自診斷日後六個月的住院病患，很多病人像剛剛我們的孫理事長他之前有提到，很多病人他一進去之後，他就把他轉科了，轉科的時候，他的碼他就會跟著變，他碼跟著變的時候，可能當我們要出院的時候，發現說等一下我們還會

再提一個問題就是我們署裡面的 VPN 勾稽病人的時候，通常定義病人是 ICDK 為主，後面的話，有很多住院的病名碼都跳到第二碼、第三碼，第二病名、第三病名，然後造成整個很大的一個困擾。所以說他其實在出院的時候，通常在出院的時候，他是從復健科出院的，復健科出院的時候，他就把 I69 把它 list 前面去了，造成我們整個就是一個整個火都滅了，就整個就亂掉了。事實上他剛住院的時候，因為我們在嘉義長庚醫院，我們是嘉義地區最大的一個醫院，很多病人每天晚上都會聽到喔伊喔伊，尤其最近天氣冷，不是心臟病要不然就是中風的，剛送進來的時候，直接就進 ICU，當然前面打的診斷碼全部都是急性的診斷碼，可是他不會馬上就讓你，他可能加護病房住了一陣子之後，現在的我們醫藥科技真的是很厲害，然後立刻把它打 VPN 打一打，然後我們的現在我們的神經內科對我們中醫也非常地支持，他們通常就建議一進來第一天，我們在 ICU 就幫你針了，然後我也常常有時候會被叫到 ICU 去幫別人針灸，進去那時候診斷碼就是前面的急性的診斷碼，可是他病人不可能說住三天我就把你踢出去，不可能的事。接下來他覺得穩定了，接下來轉到一般病房，他接下來他又轉到復健科病房，復健科病房的時候，他診斷碼他就給你改到 I69 去了。我們明明一開始是急性診斷在那邊治療，讓病人得到非常好的照護，所以為什麼我們會做到爆掉就是這樣，因為療效真的很好，那真的是一傳十，十傳百，西醫內科，西醫的神經內科他們都直接就說你這個第一天趕緊叫中醫幫你針灸，效果很好，所以說我們一開始在幫病人針的時候，我們真的就是疾病的在診斷，在針灸了，這時候就已經在針灸了。可是等到他出院的時候是復健科在出院的時候，他下的診斷碼是下 I69，我們明明是急性在幫你診斷，為什麼出院的時候變成這個碼呢？事實上他那個所謂的後遺症也並不是說他一定就是六年，兩年、三年以後他才叫做後遺症，事實上他的定義是他只要有東西就是了。

主席：

這個第四案就照原來提的再加上全聯會補充的那個 I69 進去，我們

科長再提一下。

醫務管理組陳依婕科長：

我再提一個跟高度複雜性傷科有關的問題，因為我們這邊有耳聞，有的院所他申報高度複雜性傷科起始次的時候，他們自己的原則是這樣，就是如果他是先進他們的西醫部門，然後治療好了以後再進到中醫的話，他們原則上不會報高度複雜性傷科的起始次，不曉得有沒有這樣的規定還是可能是某些醫院的看法？就教一下。

柯代表富揚：

我們並沒有做這樣子這麼嚴格的一個審查標準，基本上我們還是尊重醫師。當然我們現在最主要要防弊的是在於說高度複雜性傷科，我們不希望他既然是高度複雜，他們就應該是一直患病，所以我們才會還重申，還給自己一個很嚴格的，必須得新損傷的時間、地點，都要列清楚，而且我們甚至規定他說如果是同一個患者，他同一個部位，他不應該三個月內再重複申報，目的就是要節省健保資源，我們是要求品質的提升，但是我並不會規定他說不能報，不會。

主席：

好，謝謝。不知各位有沒有什麼臨時提案？請社保司。

陳代表淑華：

討論案第六案尊重整個研商會議的結論，只是我們在看這些指標的時候，譬如說以 33 那個代碼來看，它是超過 26 次以上的病患才會予以核減，是不是容許今天這樣的決議執行一段時間，譬如說半年或多久，可以把執行的成效，原來的這些項目，因為我們放寬了，然後它最後的效果是怎麼樣，是不是可以允許這樣？

主席：

其實不予支付指標不是叫做放寬，它只是一個程式先卡住而已。

陳代表淑華：

對，是不是可以今天的決議執行半年之後，把這樣的效果可以有個報告案，讓我們了解一下，因為事實上其它的譬如說牙醫也有不予支付這樣的一個規範，我們中醫現在把它拿掉之後，看它的結果、它的

效果是怎樣，是不是可以允許半年或多久有個報告？

主席：

請醫審及藥材組。

醫審及藥材組涂奇君科長：

我在回答這個問題的時候，我可不可以先就教臨床，就是如果這個指標放寬之後，你們會有什麼樣的管控作業，就是讓這種不會在臨床上發生？

柯代表富揚：

我想我來做一個合理的推估，就是說到底什麼情況之下會在這個不予支付指標裡頭出現，我想可能是名醫，直截了當地講就是名醫，他真的患者真的很多，尤其是有些患者，譬如說我們現在講八次來講，就不予支付，我們現在建議是八次，會超過八次的，第一個有些患者他真的，我臨床上有看到的就是他確實是可能是比較偏向於精神科或相關的那樣疾病的患者，他就是兩天來看一次、三天看一次，你怎麼跟他衛教都沒有用，我們現在的做法是這樣子，就是超過大概到，我們甚至連八次都不敢，因為我們六次就開始抽審了，我們各區有一個審查指標，所以大概是只要到了這個界限的時候，可能就義診，我甚至還有遇過被投訴就是那個患者他認為我們看不起他，因為我們健保不過卡，我只收掛號費，他也去那個分區投訴說，醫師歧視我，他不幫我刷卡。其實我要講的是說，當今天這樣子是一個特例，這種患者不會太多，所以我倒覺得說，我們可以去看這個不予支付指標，他其實當然考驗的是一個人性，可是如果說有爆增的情況，我想這些院所自然就會跳出來。我們在審查端的時候，其實絕對可以去看到，我現在講是說，容易超過得是什麼？容易超過得大概就是名醫，他真的患者真的是多到極點。在這個部份來講，他可能以前會做一些限縮動作，或者是他如果不做限縮的話，可能就是不予支付就砍掉了。這樣子的例子其實是絕對是有的，可是我想也不至於太多，所以醫審總會想要放寬就是不列這指標，可能就是因為那個案並不是那麼多，你全國這樣來看它的話，其實並不多的。我想我們放寬的目的，應該不是

說要讓大多數業者根據這樣的放寬，結果他就開始去衡量，那個不是我們樂意見到的。所以在審查端來講，應該不會更嚴格地來看待這樣子一個指標放寬這件事情。

主席：

醫審還要補充嗎？

醫審及藥材組涂奇君科長：

謝謝委員的說明，其實它不是放寬，它就是不要讓這種原本是合理的，因為這個指標讓醫生有不太舒服的感覺，所以我們還是比較偏向回歸朝向專業去自主管理，從剛才整個會議都看得出來，中全會其實對於自己的醫生的要求或品質其實很高，我們原則上也都是相信醫生臨床上的專業跟對醫療服務的投入，所以我們不予支付指標會先停止實施，但我們還是一樣在後端會有相對應的審查作業，以上說明。

主席：

現在是社保司是希望說不做放寬，取消的話，委員能不能假設半年拿出一個報表，這個放寬是有意無意，在你的統計上，有沒有辦法做到？我是覺得不可能。因為從科學上來說，它就原來進來，你現在放寬以後，就沒有這個指標在那邊了，你怎麼去看那個優劣？這不予支付指標本來就是放寬，沒有就是沒有，就是回歸正常的醫療，很難去說做評估，我這樣的解讀不知道對不對？所以社保司你這個提議，我反而不知道半年後要怎麼跟你報告。

陳代表淑華：

譬如說以 33 這個指標代碼來講，現在的指標是超過 26 次，一樣地，我們的申報量裡面也會有超過，就是歸院所、歸個人的話也有超過 26 次這樣的個案，那我們當然就可以跑出這個資料出來。我們只是想看一下今天刪掉這些指標後，醫療行為會不會因為這樣而改變，是不是回歸專業了。

主席：

OK，那到時候就麻煩醫審及藥材組跑資料，就是這四個指標就再試著跑，半年內就在會上再提報告。各位還有沒有什麼臨時提案？

吳代表清源：

提一個臨時提案，剛剛提到也就是我們在署裡 VPN 勾稽病名的時候，通常我們都是只有勾稽到第一病名的 ICD10 的碼為主，可是常常西醫因為出院的時候，他不是西醫在勾稽的，所以很多符合適應症的病人，他們在住院申報，因為這是西醫住院，他們是西醫住院在申報的，他們會勾稽到第二病名，常常會造成勾稽不到，事後這個還是合法的，只是事後還要再人工的方式提出申復，造成這個承辦院所還有病人的一個困擾，是不是可以請健保署能夠擴大相關的一個對照的一個欄位？來符合我們相關的一個實際看診的需求。就是第二病名

主席：

承辦科說明一下。

醫務管理組陳依婕科長：

因為就我們現在目前的了解，過往會這樣設計好像有些跟中全會討論過就是優先先勾主診斷，如果就是有其它原因必須用次診斷來收案的話，還是有再跑人工的機制，可以用人工的方式灌進我們的系統，讓它成為收案者名單，現在聽起來是基於作業上可能會增加大家一些繁複作業，所以希望就是不要這樣跑。這個我們可能要思考一下，因為他反過來的就是院所就可以一直收案子，所以當然有好處也會有壞處，所以可能雙方我們可以再想一下，因為這個比較偏實務作業面，跟計畫的修訂已經沒有關係了，所以我們可能兩邊一起想想看，然後我們也去問一下分區，現在目前實務上真的用次診斷進來的量有多少，會不會增加大家很大的負擔，如果真的只有個位數，也許就是一家、兩家，我們可能再互相討論一下要怎麼樣調整，讓院所不要那麼大的負擔，然後也不會開放太氾濫，以上。

主席：

這樣可以嗎？OK，就全聯會跟我們再溝通一下，如果在實務上有大的困難，其實如果個位數又不多，其實不需要這樣。不知道各位還有沒有什麼臨時提案？如果沒有，我最後謝謝柯理事長給我們 92 屆的國醫節的口罩，預祝他主導的順利成功。我們今天的會議就到這邊。

柯代表富揚：

誠摯邀請我們長官 3 月 13 號，地點在新北市政府，我們在那邊舉辦第 92 屆國醫節，國醫節是民國 27 年的時候，當時國民政府汪精衛要滅掉中醫，我們就是第一次中醫走上街頭，就是串聯全國的中醫走街頭，後來是我們的陳立夫、陳果夫我們的立法委員跟當時的蔣中正總統，才又恢復了中醫。所以我們就把那一天 3 月 27 號訂為國醫節，這次我們舉辦國醫節我們的總統、副總統、行政院長、立法院長都會蒞臨，也誠摯邀請我們的長官也可以共同蒞臨，可以表達對我們中醫的支持，感謝，謝謝。

主席：

預祝大會成功，今天的會議就到這邊結束，謝謝大家。

散會：下午 4 時 36 分