

# 「中醫門診總額研商議事會議」106 年第 3 次

## 會議紀錄

時間：106 年 8 月 17 日 14 時整

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
干代表文男	干文男	許代表中華	陳建宏(代)
王代表惠玄	王惠玄	陳代表旺全	陳旺全
朱代表日僑	朱日僑	陳代表幸敏	請假
江代表瑞庭	請假	陳代表志超	陳志超
何代表紹彰	何紹彰	陳代表瑞瑛	請假
呂代表世明	呂世明	陳代表憲法	陳憲法
巫代表雲光	巫雲光	黃代表蘭嫻	請假
林代表展弘	林展弘	黃代表怡超	請假
施代表純全	施純全	黃代表光華	請假
柯代表富揚	柯富揚	楊代表啟聖	楊啟聖
胡代表文龍	胡文龍	詹代表永兆	詹永兆
張代表瑞麟	張瑞麟	劉代表富村	劉富村
許代表怡欣	請假	羅代表永達	羅永達
許代表世源	請假	龐代表一鳴	龐一鳴

列席單位及人員：

衛生福利部	蘇芸蒂
全民健康保險會	劉于鳳
台灣醫院協會	鄭禮育
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、賴宛而、顏良達 李敬
本署臺北業務組	馮震華、賴美雪、林雨亭

本署北區業務組	陳祝美
本署中區業務組	林淑惠
本署南區業務組	郭碧雲
本署高屏業務組	施怡如
本署東區業務組	鄭翠君
本署醫審及藥材組	曾玫富、郎淑琮
本署資訊組	姜義國
本署醫務管理組	陳真慧、劉林義、谷祖棣、 洪于淇、王玲玲、吳明純、 王金桂、郭育成、邵子川、 鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

壹、主席致詞(略)

貳、報告案

第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決 定：洽悉。

第二案：中醫門診總額執行概況報告

決 定：洽悉。

第三案：106年第1季點值結算結果報告

決 定：

一、一般服務部門點值確定如下表：

分區 \ 項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.91121611	0.94008487
北區	0.91231593	0.94426891
中區	0.8954816	0.92945553

分區 \ 項目	浮動點值	平均點值
南區	0.96097416	0.97533495
高屏	0.93065101	0.95523851
東區	1.29887564	1.2
全區	0.92362301	0.94966363

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

**第四案：105 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告**

**決 定：**洽悉。

**第五案：兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫執行報告**

**決 定：**洽悉。

**參、討論案**

**第一案：修訂支付標準第九章特殊疾病照護處置費-腦血管及顱腦損傷項目案**

**決 議：**請全聯會研議後視需要再提。

**第二案：建請增加複雜性傷科之適應症範圍案**

**決 議：**請全聯會補足複雜性傷科適應症範圍表列遺漏或不足之診斷碼後再提。

**第三案：修訂「107 年全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」案**

**決 議：**除「品質保證保留款預算金額、來源」與「新增指標『院所提供慢性病照護達一定比例』列入加計或減計原則」兩項保留外，餘同意修訂。

**第四案：建請於健保署網站公布「中醫假日看診統計資料」案**

**決 議：**同意於本署網站公布「中醫假日看診統計資料」，並請全聯會協助後續輔導及協調事宜。

肆、臨時提案:建請中醫藥司代表出席本署研商議事會議

決議:請健保署函請中醫藥司代表或代理人出席中醫研商議事會議。

伍、散會:16時10分

陸、與會人員發言摘要詳附件。

## 與會人員發言摘要

### 主席

請各位代表檢視第2到第4頁的會議紀錄有無問題?無疑義就確認會議紀錄，進入報告第一案。

### 報告第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

#### 主席

各位代表對上次會議辦理情形有無意見?

#### 陳代表旺全

辦理情形序號4應該是序號5，誤植了。

#### 主席

請同仁修正，還有其他問題嗎?沒有就進入下一個報告案。

### 報告第二案：中醫門診總額執行概況報告

#### 主席

請問大家對執行概況報告有無意見?

#### 千代表文男

請問第24頁這邊，過敏性鼻炎從1月開始執行率下降的原因是什麼?怎麼會下降那麼多?

#### 主席

等一下第五案有專案報告，是不是併專案報告時一起討論及提供說明?還有代表有意見嗎?無意見就洽悉，進入點值確認報告。

### 報告第三案：106年第1季點值結算結果報告

#### 主席

有關106年第1季點值結算與各項專款支用情形，有代表有意見嗎?

## 羅代表永達

想請問癌症化放療中醫門診應該是中醫強項，中醫師普遍也受過相關訓練，從5月到現在只有1家院所參與，想請教醫院中醫部代表，實際執行上狀況如何？

## 陳醫師建宏(許中華代表代理人)

各位午安，代表許中華院長簡單回覆代表提問：市立聯合醫院是第一個承作的，也陸續有些院所過來參觀實際執行情形；這個計畫重點是門診延長照護，要求獨立治療空間以及相對較高的人力及物力投入，有些有興趣承作院所可能需要再作規劃，無法立即像本院一樣投入較多資源，可立即開始。目前計畫持續進行，申報量持續有上升。

## 羅代表永達

我知道中部有些院所例如中國醫藥學院採自費化放療門診。既然健保已經有付了，請問未來這個趨勢會改變，儘量讓病人用健保而不是走自費方式？

## 主席

去年協定時就要求增訂試辦計畫後就不能收自費了。

## 千代表文男

這個計畫立意良好，可能宣傳不足，一般民眾都不知道多了個癌症延長照護計畫，承作的也只有1家，是不是健保署也沒有幫忙推廣？即使是新計畫，也希望未來有更多院所加入照護民眾行列，是不是請理事長多多鼓勵，造福更多老百姓。

## 陳代表旺全

謝謝代表指教，當初就是台北市立中醫醫院提出計畫及作詳盡規劃，宣傳不夠的部分，健保署在網站公告後，考量癌症病人治療上諸多考量，全聯會也積極跟癌症基金會聯絡與溝通，希望有需求的病患可以有管道知道這方面的訊息。羅代表提到中國醫藥大學自費部分，如果參與試辦計畫後當然就不能再收自費，但是病人病急時

也會希望得到更多照護，即使自費也沒關係；增加執行率部分全聯會再努力。

## 主席

協商時並不是只為 1 家醫院設計，當時立場是希望所有有中醫科的醫院都能提供化放療之後的共同照護，現在只有 1 家參與，真的不太好，希望理事長多幫忙，加強推廣有設中醫的醫院參與照護。這邊就有醫院中醫代表，有設中醫部又照顧癌症病人多的醫院希望可以推廣，既然有預算希望可以好好運用，我們要持續追蹤一下。

## 柯代表富揚

補充報告一下：健保署資料是到 6 月底前只有 1 家，最新資料已經有 13 家向全聯會申請試辦了，因為要跟院方協調出獨立空間所以比較晚來申請；院方有時候也不願意把門診空間挪給中醫。

## 主席

雖然同時滿足有設中醫部又有癌症病人的條件不容易，還是需要推廣。既然已有 111 家醫院有設中醫部，13 家醫院提出申請顯然還是有成長空間，請理事長與秘書長多幫幫忙。還有其他意見嗎？若無則點值確認，專款執行率大家參考，請接下一案。

## 報告第四案：105 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告

### 主席

去年品質保證保留款的核發狀況，核發比例 78.2%，有 21.8%沒拿到品質保證保留款；請問大家對核發情形有無意見？無意見就確認。請接第五案，請全聯會報告。

## 報告第五案：兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫執行報告

### 主席

請問各位代表，對中醫全聯會報告過敏性鼻炎專案內容有哪些想進一步了解的？

## 干代表文男

請問全聯會第 7 張投影片，中區參加院所特別踴躍原因，跟空氣汙染容易造成過敏性鼻炎有關嗎？另外想請問 RCAT 評估量表中講到有顯著改善效果，會有未收案的對照組證明治療前後的确有效嗎？其實評核會與健保會協商時也常提出來，中醫最缺乏數據對照，有數據後可能一目了然。

與前面討論的癌症治療延長照護計畫相比，可收案對象都很多，不知道有這個方案，每年計畫預算也才 2000 萬，想知道預算執行成果的 550 萬與治療結果是跨年度合併計算還是分開計算？現在成果已經結束了嗎？如果預算還夠，希望可以把量作出來，中醫看診人數也是。使用者少顯然不需要太高的預算成長率，會變成不好的循環。以上兩點請指教，謝謝。

### 主席

回復干委員：第 12-14 張投影片即是中醫提出來的成效，RCAT 評估治療前後值 p 值小於 0.0001 這就是中醫提出的數據了；要討論的是第 16 張投影片自願退出、失聯或其他因素結案人數達 250 人，這邊可能要說明一下；另外自動結案（無法完成後測）的意義也希望知道背後原因為何，這樣數據的解釋性會好一點。

### 王代表惠玄

謝謝中醫界努力。我看到 6 個分區收案的狀況治療前顯然有差，特別是北區與中區收案的對象是症狀相對嚴重的個案，前測平均分數達 10 分或 9 分；相較東區收案的前測平均分數為 17.5，是否反映不同分區在收案時的嚴重度不同？還是分區收案意願為何？RCAT 量表 22 分以上幾乎是治癒的狀況，東區收案對象的後測分數也明顯高於其他區，東區的照護結果特別好的原因是什麼呢？跟收案門檻明顯高於北區與中區有關嗎？

另外也想呼應主席的問題：其他比例占比太高，想知道歸類到其他的原因是 missing data 嗎？可不可以針對其他原因作深入探討？

### 陳代表憲法

中區參與院所跟空氣品質的關係我也想知道；我會上網查 PM2.5，加上中區有火力發電廠，大里、埔里跟豐原的空氣品質真的不好。另



外之前當中區主委時跟署裡談 22 項管理審查指標，照顧鼻炎病童列為正向指標，院所也願意配合；申報上的小瑕疵克服後我們也願意繼續配合。另外干委員提到前後測部分，如果照護對象沒有進步或已治癒都要結案；嚴重程度部分，這邊呈現的是患者收案後填表的自然呈現數據，不是在前端篩選個案後收案，可能要先釐清；另外我也想知道「其他」類別的背後原因，今天準備報告時間有點匆促，希望可以更清楚。

## 主席

王代表關心分區收案時嚴重程度不一，畢竟是用量表呈現，會不會各分區判斷收案標準不齊一？會這麼剛好，東區收案對象症狀都特別輕嗎？評估量表是否背後存在著誤差？這邊的標準差呈現也不大，看起來分區間收案情形還一致。另外自願退出與失聯、其他、自動結案的背後原因還是想知道。

## 陳代表憲法

方案設計上是按週鼓勵患者吃藥，醫院的習慣是開長天期；小病人除了因為藥很苦常抱怨（影響服藥遵從性及藥吃完後回診日期）外，有時因為其他疾病影響回診，療程中斷過久就必須結案。自願退出的原因常是去看其他疾病，失聯原因是未回診，轉入本院一般中醫服務常常是申報費用上的困難，例如月底收案必須要到下個月中才能申報，影響院所週轉金可能會轉一般服務，這邊我們再來克服。

## 陳代表旺全

謝謝各位代表這麼關心過敏性鼻炎專案。依照標準收案，如果依照科學上來看需要抽 IgE 中醫治療前後下降程度，又要增加檢查費用，加上食物過敏原因因素也要控制，要作到精準控制需要很大的設計與精神，費用又要往上加。

## 干代表文男

當初在作專案時就要先講清楚要哪些檢查佐證療效，現在預算金額談定後才說需要證明療效要多加費用，這個不能歸咎於健保署，這是一項；另外其他的 195 人可以再講清楚原因嗎？

## 陳代表憲法

歸類為「其他」項下的細分類可以請健保署幫忙嗎？

## 龐代表一鳴

VPN 填答的欄位內容是全聯會發明的，數據也是貴會計算的。資料也給了。這邊其他項目是文字格式，沒有代碼的細分類，變成要一筆筆檢視。

## 主席

第 13、14 頁呈現的 648 人治療結果，都包含在已結案的 773 人嗎？登錄 VPN 兩次以上的結案人數 453 人，僅登錄 1 次結案人數 773 人，看不出 648 人是哪個階段的結果。實證分數有進步的 648 人到底反映哪個階段的成果？

## 王逸年組長(全聯會幕僚)

僅登錄 1 次的照護對象有些還在照護中(未結案)。

## 主席

但是資料裡寫的就是登錄 1 次結案人數 773 人，這邊真的不了解，可以請王老師幫忙解釋嗎？

## 王代表惠玄

648 人是指有兩個以上測量點的照護人數嗎？

## 龐代表一鳴

方案中第一次申報就要兩次測量(前、後測)，而且兩次測量時間差要 1 個月，收案越久就會測越多次。

## 主席

第一次申報就要兩次資料，可以視作第一次前測之後經過 1 個月作第一次後測；現在不懂的還是這 648 人到底是治療中還是結案了，而且如果照護對象有兩次以上後測，是算哪一筆呢？

## 龐代表一鳴

請問統計是誰作的?是用哪種統計方法?

## 王逸年組長(全聯會幕僚)

用 Paired t-test. 每個人都是取第一次與最後一次測量結果。

## 龐代表一鳴

觀察對象是有後測的收案對象，資料期間還是沒講清楚。每個人的觀察期程還是不一樣，有的相距 1 個月，有的時間差更久。

## 王逸年組長(全聯會幕僚)

658 人包括有結案以及沒有結案的人都含在內。

## 王代表惠玄

我建議可以做個交叉表:648 人是有兩次以上 RCAT 資料的人數，包括已結案、失聯中或收案照護中，這邊統計基礎與第 16 張投影片的確不同;歸戶歸人後跟後面結案、失聯數據因分類方式不同很難對起來，建議增加一個交叉表，區分現在個案的去向(失聯中、自動結案、其他等原因)，這樣比較好釐清大家的疑慮。

## 主席

資料從第 12 頁開始數據都要可以扣連才是，這邊看起來數據真的很奇怪。那麼請問 773 人已結案登錄 1 次的結案分析，文字也很奇怪。

## 王代表惠玄

表格用字改為「登錄 1 次案件分析」取代「登錄 1 次結案分析」較妥適。

## 主席

好，那這樣加上 773 人已結案，總共 1,474 人，對照第 11 張投影片，照護人數在哪裡?

## 龐代表一鳴

第 6 頁照護人數 2,264 人。

### 主席

登錄 1 次如果代表治療 1 個月，治療至少 1 個月約 1400 人，其中一半已結案，一半未結案者繼續治療；可是已結案之 773 人中 591 人因其他原因結案，102 人轉同院一般中醫服務、74 人自願退出或失聯，這樣比例就更高了。請問已結案病人就是不能再收案照護的意思嗎？其他原因結案的項目代表又是什麼？

### 陳代表憲法

中斷治療 2 周以上就不能再收案，另外其他原因在 VPN 中是自填的格式，如果病人因就學等個人因素需要拿長天期(1 週以上)的藥，不符合方案的照護規定，可能就先結案，從一般服務的 24 案件(慢性病)去申報。

### 主席

這樣可以解釋成收案的病人中 773 人一個月就結案，2 個月結案的有 453 人嗎？

### 陳代表憲法

453 人是至少登錄 2 次 VPN 資料的數字，不代表照護 2 個月結案，我們回去會再釐清。

### 柯代表富揚

主席，我剛剛看了資料：登錄到 VPN 的總人數 2,122 人，其中只登錄 1 次的 701 人還在執行計畫，773 人只登錄 1 次就不見了；登錄 2 次以上 453 人已經結案，還在執行計畫的有 195 人；總數是 2,122 人 (701+773+453+195)沒錯。

### 主席

這樣問題很大，僅登錄 1 次尚未結案的 701 人中應該涵蓋登錄 2 次以上的人數，不能這樣一直加。

### 柯代表富揚

701 人登錄 1 次尚未結案應該是登錄 1 次後還沒登錄第 2 次，453 人是有登錄 2 次以上且結案的人數。

### 龐代表一鳴

請惠玄老師以專家身分幫忙指導一下。

### 王代表惠玄

整理一下：治療總人數 2,264 人，其中 2162 人有上 VPN，2162 人中有 648 人有前後測資料，648 人中 195 人目前持續治療中，可能有 2 次或以上的 RCAT 分數，每個人融入的程度又不一樣，第 12 張投影片中 130 人有 4 次以上 RCAT 量表評估，屬於持續治療較長時間的；2 次的有 352 人。

453 個結案的病人中有 2 次或以上的 RCAT 分數，另外扣除第 12 張起 648 有前後測資料病人，1,474 人有登錄 1 次 VPN 資料，其中 701 人還在治療中，如龐組長所言登錄 1 次 VPN 也有前後測分數，不知道為什麼這邊沒看到。已結案 773 人中有 3/4 結案原因為不明原因的其他項，數字有兜起來，只是其他項結案原因還需要了解，另外只登錄 1 次的前後測或是從是否結案來看 RCAT 前後測差異都可以作，自動結案或是退出的原因也可以作差異性分析，可以再作更明確分析。

### 主席

大家研究半天，全聯會拿出來的數據看起來成效很好；這是第一次報告，希望下次報告時數據呈現可以讓大家更清楚；王老師提示再作些交叉表，希望能再補充。請問還有其他意見嗎？無意見就洽悉，請接下一案。

### 討論第一案：有關修訂支付標準第九章特殊疾病照護處置費-腦血管及顱腦損傷項目案

### 主席

請全聯會說明修訂理由。

### 巫代表雲光

一般預算下的顱腦損傷支付標準很多院所反映有跨月申報的問題；目前申報模式為 14 天為單位，如果跨到下個月又未能在 14 日內返診，前一個月費用需要用補報方式才能拿到費用，這一直是中醫院所申報專案的行政困擾。全聯會這邊希望署裡能考量，在申報部分從兩周結案 1 次放寬為每個月申報 1 次，減少院所申報上的困擾，提供良好中醫照護。

### 主席

只是放寬申報，這樣對病人來講會有影響嗎？每兩週限申報 1 次改為每個月限申報 1 次，這樣治療頻率不就直接減半了？支付科要補充嗎？

### 谷科長祖棣

舉例說明：修完後如果兩周內治療 1-3 次就報 2000 點，假設病人就醫頻率不變，當月就醫變成 2-6 次，申報點數就會跑到下一個支付碼 C06，申報 3000 點。

### 主席

確認一下：修改後病人單月處置 1-3 次申報 2000 點，如果接受治療 4-6 次就報 3000 點，這樣為什麼費用會減少？

### 巫代表雲光

假設我當月 1 日收案，到 14 日就可以申報 1 次，下半月還可以申報第 2 次；因為申報頻率從一個月至多 2 次降為 1 次，相對的申報點數當然會下降。

### 主席

修改後依照當月處置頻率來選擇相對應的支付碼申報，是這樣嗎？

### 谷科長祖棣

再舉例說明：如果有一位病人每 2 週接受處置 1 次，申報 C05 的 2000 點；1 個月總共接受 2 次治療，按照現行規定當月可以報 2 次 C05 共 4000 點，修訂成按月申報後只能報 1 次 C05；我們有費用試算在第 64 頁，依照實際就醫次數與申報項目用新的支付標準去模擬，總結

院所會減少收入，病人沒有影響，這樣可以嗎？

### 巫代表雲光

提案時沒有試算的數據，健保署試算後似乎對目前執行院所會減少收入，當然也減少行政困擾；不知道是否可以同意把省下來 11 百萬點拿來調升本項支付標準，C08 支付點數由 5500 點增加至 6000 點，C09 支付點數由 7000 點增加為 8000 點，增加額度分別為 95 萬與 68 萬，合計 163 萬，對費用影響衝擊也不大，因為全聯會提案時沒有數據，調升點數幅度又不宜直接兩倍大幅更動，不知道可以同意嗎？

### 羅代表永達

想請教一下：改為每月申報 1 次的話是日曆天還是到月底？另外全聯會提案時沒有試算數據就匆促提案，如果沒有數據可以跟健保署要，在座醫院代表也只有 2 位，希望算完後不要讓醫院反而吃虧，修訂後申報點數減低真的很奇怪，全聯會要不要算清楚後再提案？

### 主席

請問一下附表的問題：如果 C08、C09 是這次才新增的支付碼，這邊模擬的申報件數是怎麼來的？

### 谷科長祖棟

這邊是抓申報的醫令數重新歸，目前每兩週處置超過 9 次也只能報到 C07 的 4,000 點。

### 施代表純全

主席，我想呼應羅代表的意見，全聯會應該把數據帶回去重新算過後再提。之前發生過因為申報量過高，全聯會自己把支付點數降下來過造成院所申報意願不高的歷史，現在有數據了，是不是全聯會攜回後分析一下成本效益下次再提，這是我的建議。

### 主席

請問其他代表的意見？這邊提供的申報件數分布，也只反映了現在的申報情形；以後的分布會怎麼樣都還不知道。也只能用現有數據去試算財務，但是這個申報分布是否合理，我們也不知道。

## 陳代表憲法

全聯會同意撤案，再回去想一想。

## 主席

撤案是一回事，我想的是用這個申報分布去試算是可靠的嗎？申報趨勢也可能改變，如果估不準的話，會不會費用爆掉又走點值浮動？這項費用是編在專款嗎？

## 龐代表一鳴

已經回到一般部門了。

## 主席

既然想修支付標準，希望大家真的可以先想清楚，看實際需要再修支付標準，不要只是為了把錢分掉。希望好好評估後再提，今天有爭議就先暫緩了。

## 陳代表憲法

評核會要看專款回到一般部門之後的預算執行情形，我們想在申報上作改善；既然會影響到醫院中醫部門運作，我們退回來重新研議。

## 主席

請問總額科：專款放到一般部門後還會追蹤執行率嗎？現在執行率有無問題？

## 龐代表一鳴

現在沒有被扣款。

## 胡代表文龍

這項專案納入一般之後，去年跟前年都因為執行率不佳從基期被扣減總共 9500 萬了，我們可以保留修訂的對院所更簡化的程序，排除跨月要走補報流程的麻煩嗎？加上補報案件是全審，這樣真的會影響醫院的執行意願。另外因為經費上還有空間，是不是可以考慮比照住院會診方案中的脊髓損傷，擴大適用範圍？



## 主席

今天本案因為有爭議，調高支付點數與更改申報頻率兩項綁在一起，決議暫緩，麻煩遇申報困擾院所再忍耐一陣子。本案討論到這裡，請接第二案。

## 討論第二案：建請增加複雜性傷科之適應症範圍案

### 主席

請全聯會先說明。

### 陳代表憲法

本案提議要增加第七碼為 D 碼部分外，另外創傷性骨折、骨鬆骨折代碼有 G、K 部分，因為適應症採正面表列，原來公告的代碼是直接從 ICD-9 轉到 ICD-10，有些適應性問題外，有些疾病應該歸為複雜性傷科卻未列入，無法符合醫療上的整體需求。當初訂複雜性針灸時是治療三個部位以上就算複雜性針灸，希望複雜性傷科申報上比照治療 3 個以上傷科疾病代碼就視為複雜性傷科，這樣會比較簡單。

如果把所有相關疾病碼都加到附表範圍，院所在申報時對應跟審查上都比較困難，以上補充。

### 谷科長祖棟

醫管組補充：就我們所知中醫申報時並未要求填報部位，請給付科同仁幫忙說明。

### 王專員金桂

健保署沒有要求中醫填報審查部位，如果要填審查部位的話需要對到醫令代碼，如果要從資訊端去卡，可能要條件定義更清楚一點才能判定是否能作到。

### 陳代表憲法

補充說明：我們在 Key in 醫令時，針灸或傷科系統都會跳出申報傷科處置或針灸處置外，還有一個方便審查醫師的部位代碼，包括左右肩、左右膝等，醫令是否併同呈現部分我沒特別注意，如果漏打

部位，費用審查醫師會核刪掉。

**主席**

請問是寫在申報格式嗎？我們有特別要求申報傷科部位嗎？

**王專員金桂**

我們沒要求中醫申報診察部位，有特別要求申報的是牙科要申報牙位。

**主席**

陳代表，剛剛您舉的例子是針灸，請問傷科有申報部位嗎？還是 HIS 系統另外要求的？全聯會是否誤會把病歷記載要求視為健保署申報規定？

**陳代表憲法**

我說明一下 HIS 系統除主訴欄位外，還有醫令欄位，各家資訊廠商都要求報部位外，申報費用未報部位一定會被核刪的。另外複雜性傷科申報認定上，是否可以改為申報診斷個數取代正面表列的診斷範圍，放寬後可以從後端審查來防弊，這樣核對上可能比較方便

**谷科長祖棟**

您提到診斷 3 個以上，但是還是需要範圍界定，只以 3 個以上診斷數界定恐怕不妥，我們還是需要有個傷科相關的診斷碼才有辦法檢核。

**陳代表憲法**

範圍相對好訂，ICD-10-CM 裡 S、T 都與損傷有關，傷科會遇到的是骨關節、肌炎、肌痛及神經損傷，內科相關的 J 碼當然就不算。其實我們提列的部分也沒有涵蓋全部。

**主席**

這邊想提案以 3 個部位以上替代正面表列的適應症，現在正面表列適應症已經在資訊系統裡可以勾稽，3 處以上申報部位在 HIS 系統

有註明，但是申報上沒有對應資料，健保署不知道治療了幾處，也無法分辨是否執行複雜性傷科。

### 陳代表憲法

診斷碼在醫令裡有，如果病名要求 coding3 個以上，限縮在 S 碼、T 碼等損傷、骨折相關碼加上 M 碼呈現疼痛相關碼，這樣依照部位處置可以嗎？另外支付標準有限定複雜性傷科有申報件數限制，影響範圍不大。

### 主席

另一種可能是我們申報欄位不完整，因為附表內容有漏失所以取消，要不要考慮用補齊診斷碼方式處理？

### 陳代表憲法

可以。

### 主席

可以考慮 3 處以上治療，補齊所有相關適應症？這邊希望全聯會幫幫忙，因為當初 ICD-9 轉 ICD-10 的漏失一次補齊，這樣比較容易，爭議也相對小。一方面也擔心取消附表後複雜性傷科暴增的可能性，如果費用暴增，變成全審是不是問題更大？取消複雜性傷科範圍，也就沒有證據證明真的有執行 3 處以上治療了。

### 龐代表一鳴

需要考慮複雜性傷科 3 個診斷排列組合的各種可能性嗎？

### 陳代表憲法

如果主席這樣裁定，我們回去整理有哪些漏掉的診斷碼要一起增列。

### 主席

那就依健保署意見二進行：補足遺漏或不足之診斷碼，重新修正正面表列之複雜性傷科適應症。請接第三案。

討論第三案：「107 年全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實

## 施方案」修訂案

### 主席

請醫管組先說明修訂內容。

### 劉科長林義

從第 67 頁開始:預算來源部分是依據健保會決議 107 年品保款移回專款,根據決議修改預算來源文字。這邊修訂後申復條款一併修正,請看第 69 頁:院所若提出申覆等行政救濟事宜後,經同意列入核發者,核發金額將自次年度品保款項下優先支應,若次年無該項預算則從結算當季之中醫門診總額一般服務預算支應;第三個修訂部分是健保署希望全聯會增加指標,全聯會提出慢性病照護指標作為加計項目,考量評核會上常因核發品保款家數占率高而被攻擊,這邊建議可以將慢性病照護指標移列至減計項目,也請全聯會一併參考。

### 主席

請說明一下修正核算基礎條文原因。

### 劉科長林義

之前品保款核算基礎一直是扣掉當年申報的藥費跟藥品調劑費,考量藥品調劑費已經不屬於點值保障項目,建議也列入核算基礎。

### 主席

謝謝,這樣很清楚。重點應該是在第 73 頁慢性病照護指標列在加計指標或是減計指標中,列在加計指標中會讓品保款核發結果變得更沒鑑別度嗎?

### 陳代表憲法

請看一下議程第 69 頁,105 年時核算基礎已經變成申報點數的 60%,明年的核發結果應該更好看一點。品保款核發結果一直是評核會重點,健保署建議將新增指標列到減計項目,影響院所 600 家,相對鼓勵院所提供積極慢性病照護,也是不錯的建議。

### 主席

如果是這樣，修正草案條文就同意列入減項了，代表有無意見？

### **羅代表永達**

想提醒一下全聯會：之前西醫有規定慢性處方箋開立指標，但是開完慢方箋若有急性就醫需求還是可以回診；當時為達慢方箋開立目標值，很多病人在拿了 28 天處方箋後 14 天內又回診，這樣作並不違反目前法令。我建議扣除開立處方箋後 28 日內又回診件數或是監測這種情形，否則會陷入大家都開慢方箋，實際利用卻相對不受限的狀況。

### **陳代表憲法**

慢性病看診後回診急病在給付上有排除掉，品保這邊參數定義上也有作處理。

### **主席**

謝謝說明，維持原來的修正條文，羅代表意見留供參考。大家還有其他意見嗎？沒有意見，這邊就通過了。

### **龐代表一鳴**

提醒一下：第 3 條全年經費、預算來源部分要等健保會確定，可以先確認主要條文，細節等健保會確認。

### **主席**

因為在中執會時提出新增指標要放在加計原則，現在變成減計原則，等於否決掉當時的決議。

### **主席**

醫管組提供的是建議跟分析，變成負向指標會不會讓鑑別度變差？你們有試算過嗎？

### **林代表展弘**

因為中執會中討論原本提案是達到慢性給藥比例者在核算基礎下加計 10%，如要改採達不到慢性給藥比例者減計 10%，希望可以把指

標變更部分帶回去研議，我們也怕變更後提出來不完善。

**主席**

那也可以，今天保留也不影響未來，那就等健保會確認金額與新增指標列入加計或減計原則確認後再討論，希望品保款核發比例可以更有鑑別度。謝謝大家，請接下一案。

**討論第四案：於健保署網站公布「中醫假日看診統計資料」案**

**主席**

請全聯會補充說明。

**陳代表憲法**

評核會中有統計假日看診，加上滿意度調查有涉及相關問題，當然我們知道健保快易通 app 可查詢個別院所假日看診資料，希望中醫可比照西醫與基層在健保署公開網站放假日看診資料，全聯會再作評核會資料上也比較方便。

**龐代表一鳴**

健保署都可以作到，請問是全聯會想要還是全聯會希望健保署公開？

**主席**

貴會訴求是公布在健保署全球資訊網，是這樣吧？

**主席**

公開的話民眾就知道，還是說是全聯會需要內部參考，健保署都可以配合。

**施代表純全**

請問健保署公布之後可以下載參考嗎？

**龐代表一鳴**

公布之後誰都可以看。各院所查詢還是要用健保快易通 app。

**谷科長祖棟**

公布資料只有到各層級。

**主席**

全聯會初衷是想要比照基層跟牙醫部門公布，本署技術上都沒問題。

**陳代表旺全**

希望能公布。

**主席**

那就同意公布，個別院所查詢還是要從健保 APP，我們盡快完成以符合期待。本案討論結束，請問有臨時動議嗎？

**千代表文男**

請問主席，中醫藥司代表今天是否有出席？可以請健保署跟他們聯絡嗎？這個會議是個溝通平台，我們有些期待希望能在會上相互溝通。

**主席**

邀請中醫藥司黃怡超代表出席與會，成為溝通平台，要正式列入臨時動議嗎？

**千代表文男**

是，中醫藥司未出席，這邊那麼多中醫師，有些法規上的意見希望有當面溝通的機會。

**龐代表一鳴**

黃司長已經是代表了，因為研商議事會議時間與部務會議衝突。

**主席**

如果中醫藥司派代理人出席，應該也可以；那就列入臨時動議。如果沒有其他臨時動議，會議就到這裡，謝謝大家！