

健保署中區業務組與中醫門診醫療服務審查執行會中區分會  
103年第2次聯席會議紀錄

時間：103年6月26日下午12時50分

地點：健保署中區業務組10樓第1會議室

出席人員：（依據姓氏筆劃順序排續）

中執會中區分會

呂委員祐吉、李委員豐裕、吳委員振隆、林委員永農、林委員宏任、林委員淑鑾、邱委員國華、柯委員富揚、施委員明昭、陳執行長憲法、陳委員博淵、陳委員文枝、陳委員建仲、陳委員秋澤、陳委員雅吟、莊委員鶴麟、張委員順發、張委員東迪、黃委員東德、黃委員國全、詹委員富期、廖委員振賢、趙委員佳信、蔡委員淑貞、蔡委員全德、蔡委員真真、鄭委員耀明、蕭委員世洪

健保署中區業務組

陳專門委員墩仁、楊科長育英、程視察千花、洪文琦、張玉貞、張維娟

列席人員：彭莘喬

請假人員：吳副組長耿雄、林委員大傑、林委員宜玄、唐委員寶華、陳委員立德、陳委員必誠、陳委員鈺松、張委員繼憲、張委員鈺鑫、黃委員錫修、鄧委員振華、顏副執行長良達

主席：方組長志琳、吳主任委員福枝

紀錄：張玉貞

壹、宣布開會

## 貳、主席致詞：

這是吳主委任內的最後一次會議，吳主委的直言敢言，捍衛我們中區的權益不餘遺力，令人佩服。

期望我們的接任者，能夠秉持他的精神繼續打拼，因為我們中區是目前 6 分區中最弱勢，我們沒有分裂的本錢，只有同舟共濟團結一致，所以下一位繼任者，一定要秉持著吳主委的精神繼續奮鬥。

另外李豐裕前主委於前次聯席會議中報告「中醫健保總額給付制度之研究」，中醫的未來，大概只有「錢跟著就醫人口走」的給付制度，才能可長可久，也才可以讓中醫的未來更發揚光大。

這項報告案已在聯席會議裡通過，期望所有中區的代表一致的支持，如果有任何其他更好的想法，在對外發表之前，也希望先在聯席會議中經過大家的討論，達到共識，期望我們全體中區中醫團結一致，口徑一致，支持這一套版本。

## 參、報告事項：

### 一、健保署中區業務組業務報告

(一) 本轄區中醫門診總額執行概況（詳會議資料）  
內容摘要與決定：

#### 1. 總額執行概況

- (1) 本轄區 103 年第 1 季中醫師數較去年同期增加 58 名，在各分區中排名第 2。轄區縣市中，以大台中增加 25 名醫師為最多。
- (2) 103 年第 1 季醫療費用點數較去年成長 6.6%，在各分區中排名第 5。醫療費用成長主要因素為每次就醫費用增加所致，成長率為 0.5%。

## 2. 中醫點值

102 年第 4 季平均點值為 0.9465，較去年同期成長 0.2%；浮動點值為 0.9209，較去年同期成長 0.3%。

## 3. 針灸、傷科申報量變化

(1) 本轄區 103 年第 1 季針灸、傷科及脫臼整復案件較去年同期成長 0.8%。針灸、傷科及脫臼整復處置共計 125.1 萬人次，成長 0.7%，其中傷科及脫臼整復處置成長-2.9%，針灸處置成長 3.8%。

(2) 本組將篩選異常傷科轉針灸或內科申報之院所，與分會共同檢視其申報之合理性，必要時將列入實地審查。

二、中執會中區分會工作報告（請詳會議資料）。

三、本署訂於 104 年 1 月 1 日全國健保特約院所門、住診全面單軌申報 ICD-10-CM/PCS，疾病統計一併改以 ICD-10-CM/PCS 統計，有關 ICD-10-CM/PCS 教育訓練教案、編碼指引、ICD-9-CM2001 年版與 ICD-10-CM/PCS 對應檔及臨床診斷查詢對應標準分類系統已置放於本署全球資訊網「國際疾病分類第十版 ICD-10-CM/PCS」主題專區，請 貴分會加強宣導所屬會員自行下載參閱及預先準備，俾利實施後費用申報。

另本組亦彙整本轄區中醫常用前 100 名診斷之 ICD-9-CM2001 年版與 ICD-10-CM/PCS 對應檔書面資料及電子檔，提供 貴分會予會員參閱使用。

四、中執會中區分會「ICD-10-CM」專題報告，詳附檔。

五、自 103 年 7 月 1 日起，中醫支付標準(第四、五、六、八章) 針灸治療(編號 B41~B46)、傷科治療(編號

B53~B57)、脫臼整復治療處置(編號 B61~B63)、針灸(合併傷科)治療(編號 B80~B94)等診療項目之支付點數，各調升 10 點，請 貴分會轉知所屬會員。

六、有關中醫支付標準通則六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B55、B62、B80、B82、B85、B87、B90、B92)不打折人數上限由 45 人次調高至 60 人次乙案，業於 103 年 6 月 12 日提報支付標準共同擬訂會議通過，本署刻正辦理陳報衛生福利部核定公告事宜。

七、自 103 年 8 月(費用年月)起實施，中醫同一院所同一患者每月申報電針處置案件超過 20 件之不予支付指標，請 貴分會轉知所屬會員。

八、為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全以及提升醫療服務審查效率，本署自 103 年 1 月 1 日起實施鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案。預算來源為全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」22 億元乙項。

本方案採穩健逐步推動方式，103 年下半年以鼓勵特約層級別為診所或藥局者申辦，本案業於 103 年 6 月 12 日支付標準共同擬訂會議提案報告，訂定 4 項核付指標(門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查、健保卡登錄處方及上傳作業正確率)，由分區業務組依西、牙、中醫診所之特性與診所或藥局協議其中兩項指標，權重各為 50%，做為核付費用之依據，本署將

陳報衛生福利部核定後公告，預計 103 年 7 月實施，請 貴分會轉知所屬會員。

申辦連絡窗口為醫務管理科：黃小姐分機 6656(台中市)、曾小姐分機 6609(大台中)、李小姐分機 6657(彰化縣)、黃小姐分機 6629(南投縣)。

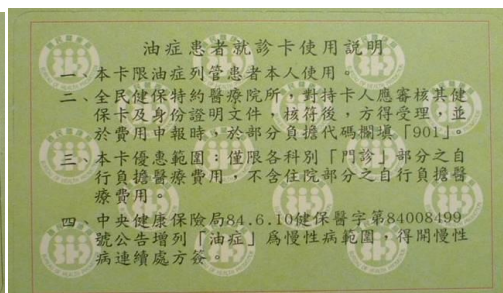
九、102 年腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫自 103 年 1 月 1 日起，導入支付標準為「腦血管疾病及顱腦損傷疾病門診加強照護」項目(編號 C05、C06)。

經統計 103 年 4 月本轄區申報 C05、C06 院所數計 21 家，醫療費用計 639,200 點，較 102 年申報腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫院所數月平均 30 家，醫療費用月平均 2,835,673 點，下降甚多，請 貴分會加強宣導所屬會員「腦血管疾病及顱腦損傷疾病門診加強照護」收案。

十、據國民健康署來函表示，有多氯聯苯中毒患者(以下簡稱油症患者)反映部分醫療院所不認識「油症患者就診卡」，或患者持健保卡就醫，醫療院所未讀取油症患者身分註記，至批價收費端無法提供相關減免優惠，請 貴分會轉知所屬會員，油症患者凡持「油症患者就診卡」或已註記油症身分之健保 IC 卡就醫，免收取部分負擔醫療費用，醫療院所於部分負擔申報代碼欄填報「901」。就診卡樣式：



就診卡正面 (國民健康局印製)



就診卡背面 (國民健康局印製)

油症就醫注意事項相關資訊查詢請至本署全球資訊網之「[一般民眾/健保醫療服務/油症患者就醫](#)」及「[醫事機構/醫療費用支付/醫療費用申報規定/行政協助業務相關規定](#)」專區。

十一、查本轄區 102 年度「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於 15 次之比率」等 3 項中醫總額專業醫療品質指標均高於參考值上限，顯示本轄區保險對象中醫同日及隔日跨院所看診情形偏高。

為保障病患就醫用藥、治療處置之安全及提升全民健保醫療資源使用效率，維持總額點值穩定，請貴分會加強宣導所屬會員，於看診時應先讀取保險對象之前 6 次就醫紀錄，如有發現上述情形，應瞭解原因及輔導民眾正確就醫。另本業務組將持續監控品質指標，如未改善，將先針對中醫同日跨院所看診率高之後看院所予以個別輔導。

#### 肆、討論事項

##### 提案一

提案單位：健保署中區業務組

案由：修訂中醫總額管理計畫表依執業地區每萬人口中醫師數分級管理條件，提請討論。

##### 說明：

一、103 年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫指標六之「偏鄉人口預算分配調升機制」，其偏鄉定義為每萬人口中醫師數小於 1.8 人且中醫師數不大於 9 人之鄉鎮。

二、為配合 103 年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫指標六之「偏鄉人口預算分配調升機制」，建議修訂現行中醫總額管理計畫表之無基期院所及原執業院所因故更換負責醫師、遷移、新增醫師管理項目，依執業地區每萬人口中醫師數分五級輔導管理條件。

決議：

- 一、無基期院所依執業地區每萬人口中醫師數分級管理，修訂如下表。
- 二、原執業院所因故更換負責醫師、遷移之抽審實施方法，比照無基期院所分五級輔導管理。

無基期院所分級管理修訂表：

級別	103 年實施方法(修訂)
1	在每萬人口中醫師數 5 人(含)以上之地區開業。
2	在每萬人口中醫師數 3.2 人~4.9 人之地區開業。
3	在每萬人口中醫師數 1.9 人~3.1 人之地區開業。
4	在每萬人口中醫師數 1 人~1.8 人之地區開業。
5	在每萬人口中醫師數 1 人以下之地區開業。

伍、散會：下午 3 時 10 分。