

## 「中醫總額支付委員會」100年第2次委員會議紀錄

時間：100年5月19日下午2時

地點：中央健康保險局18樓大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

出席委員：(依姓氏筆劃排列)

委員姓名	出席委員	委員姓名	出席委員
白委員裕彬	白裕彬	吳委員材炫	(請假)
巫委員雲光	巫雲光	李委員政賢	傅世靜(代)
林委員金龍	(請假)	施委員純全	施純全
孫委員茂峰	孫茂峰	張委員廷堅	張廷堅
張委員志鴻	(請假)	張委員景堯	張景堯
張委員棟鑾	(請假)	張委員繼憲	張繼憲
梁委員淑政	陳馨慧(代)	郭委員乃文	郭乃文
潘委員延健	潘延健	陳委員立德	(請假)
陳委員志芳	陳志芳	陳委員福展	陳福展
彭委員堅陶	彭堅陶	黃委員林煌	(請假)
黃委員鈺生	黃鈺生	葉委員宗義	(請假)
詹委員永兆	詹永兆	趙委員正安	趙正安
蔡委員三郎	蔡三郎	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
鄭委員耀明	鄭耀明	謝委員明輝	莊興堅(代)

列席單位及人員：

全民健康保險醫療費用協定委員會	林宜靜、邱臻麗
中華民國中醫師公會全國聯合會	賴宛而、王逸年
本局台北業務組	林照姬、蔡美霞、吳秀惠 王淑華
本局北區業務組	呂淑文

本局中區業務組	程千花
本局南區業務組	王世華
本局高屏業務組	李金秀
本局東區業務組	江春桂
本局醫審及藥材組	曾玫富、王本仁
本局資訊組	姜義國
本局醫務管理組	張溫溫、林寶鳳、楊耿如、 張桂津、王金桂、朱文玥、 王進隆、鄭正義

主席：黃召集人三桂

紀錄：孫嘉敏

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會第 1 次委員會會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項：

**第一案**

**報告單位：本局醫務管理組**

案由：本會第 1 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

**第二案**

**報告單位：本局醫務管理組**

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：本局醫務管理組

案由：99 年第 4 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：

項目 分區	99 年第 4 季	
	浮動點值	平均點值
台北	<b>1.00635587</b>	<b>1.00436797</b>
北區	<b>1.02487883</b>	<b>1.01642884</b>
中區	<b>0.96711636</b>	<b>0.97770351</b>
南區	<b>1.05841218</b>	<b>1.03675140</b>
高屏	<b>1.08539279</b>	<b>1.05461168</b>
東區	<b>1.47119822</b>	<b>1.29866373</b>
全局	<b>1.02443096</b>	<b>1.01623963</b>

二、資源缺乏地區改善方案：99 年度全年費用超出預算，改以全年度浮動點值計算。全年結算浮動點值=0.88394264。

$$\left[ \text{全年預算} - \left[ 1 \text{ 元/點} \times \text{中醫門診巡迴醫療服務非浮動點數}(J2) \right] \right] / \left[ \text{中醫門診巡迴醫療服務浮動點數}(J1) + \text{中醫門診巡迴醫療服務基本承作費用}(J3) \right] = \left[ 90,000,000 - \left[ 1 \times 25,196,595(J2) \right] \right] / \left[ 52,866,776(J1) + 20,445,000(J3) \right] = 0.88394264$$

三、中醫照護計畫：3 項延續性試辦計畫 99 年全年費用不足金額 (7,157,7023) 由「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」之經費支應。

四、依全民健康保險法第 50 條規定辦理點值公布、結算事宜。

#### **第四案**

**報告單位：本局醫務管理組**

**案由：**有關本局每季點值結算後寄發之「總額預算收入計算過程明細表」將建置於健保資訊服務網（VPN 及 Internet）供各特約醫事服務機構自行下載案。

**決定：**為達節能減碳之目的，本案訂於 99 年第 4 季之總額結算追扣補付作業起實施

一、「總額預算收入計算過程明細表」將採雙軌作業方式，並由分區業務組自行審酌及協調採列印書面報表寄發或建置於健保資訊服務網（VPN 及 Internet）免郵寄之方式。

二、惟不論採何種方式，本局仍會寄發「追扣補付核定函」。

#### **第五案**

**報告單位：本局醫審及藥材組**

**案由：**100 年新增公開之「中醫門診總額院所別服務類指標」案

**決定：**同意新增「健保 IC 卡上傳正確率」及「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫承做院所」為公開指標項目。

#### **第六案**

**報告單位：中醫師公會全國聯合會**

**案由：**100 年 5 月 1 日起仍設有「民俗調理」之中醫醫療機構輔導結果報告案

**決定：**洽悉。

## 第七案

報告單位：本局醫務管理組

案由：100年5月1日起仍設有「民俗調理」之中醫醫療機構管理措施  
報告案

決定：

- 一、重申「全民健康保險醫療費用支付標準」第四部中醫第五章傷科治療及第六章脫臼整復費治療處置通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報，並自中華民國100年5月1日施行。
- 二、若自100年5月1日起仍設有民俗調理之中醫醫療院所，雖其名單未在「中華民國中醫師公會全國聯合會」調查或本局洽請各縣市衛生局再確認名單之內，惟嗣後發現之名單，本局基於公平原則，仍將追扣醫療費用。為避免前項情事發生，請全聯會再次提醒會員。

## 第八案

報告單位：本局醫務管理組

案由：台灣導入ICD-10-CM/PCS五年計畫

決定：洽悉。

肆、臨時報告：

### 第一案

報告單位：中醫師公會全國聯合會

案由：99年中醫門診總額支付制度專業自主事務委託年度執行報告

決定：洽悉。

## 伍、討論事項：

### 第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：有關 99 年度「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」條文修訂案，提請 討論。

結論：因雙方未達共識，故本案先暫緩，暫時不修正。

### 第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請 貴局將「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」品質指標中「中醫門診總額專業醫療服務品質指標-中醫傷科病患7日內同時利用西醫復健比率」乙案刪除，提請 討論。

結論：同意刪除該項品質指標。

### 第三案

提案單位：本局醫務管理組

案由：擬自 101 年 7 月 1 日（費用年月）起，變更全民健保醫療費用申報格式乙案，提請 討論。

結論：同意自 101 年 7 月 1 日（費用年月）起，變更全民健保醫療費用申報格式由現行 TXT 檔改 XML 檔案格式，並請全聯會就相關申報內容及欄位等於 8 月支付委員會提供相關建議，俾利一併檢討修正。

陸、散會：下午 4 時 10 分

## 附件

### 伍、討論事項第一案「99年度中醫門診總額品質保證保留款實施方案」條文修訂案」案與會人員發言摘要

#### 施委員純全

1. 「重複就診率」指標為品質指標，如果大於監測值時需檢討，無絕對好壞；若該指標做為品質保證保留款費用分配，應落實於院所別，是否有讓病患不合理重複就醫；按該指標定義如病患同日至甲家院所看內科，又至乙家看針灸，將列入重複就診率計算，進入費用分配則不是任何人可影響該行為的發生。
2. 按醫管組意見「小於等於全局平均值」，將有一半分區無法分配，另有一半分區可分配，恐引起爭議。故同意按中醫師公會所提意見，以院所別為管理單位，該指標才與事實符合。
3. 至於品質確保方案之「重複就診率」指標，係以整體為考量，無須做修訂，該指標數值有變動可作為監測及檢討，與品質保證保留款方案之用途是不同。

#### 張科長溫溫

1. 該指標是作分區重分配，監測該區「重複就診率」是否嚴重或不嚴重；當時所訂之監測值為 0.04 較不合理，係以院所別計算出來，故計算之結果僅有一分區符合監測值，其他分區皆不符合，建議不應以個別院所為計算單位，宜以分區計算較適當。
2. 建議修訂為全局平均值或與前一年比較是否有進步。

#### 施委員純全

1. 以全局平均值會有一半分區不合格，影響較大。
2. 找個合理監測值，必需重算，或以過去三年平均值正負百分之十，算出合理值，也是可行，但會較複雜。

#### 蔡委員淑鈴

全聯會所提監測值 0.04 是如何產生？

### 張科長溫溫

1. 該指標監測值 0.04，為個別院所計算出來。
2. 本方案為區指標，剛剛委員所提監測值「是否小於全局平均值」，或「各區比去年進步」，或訂「該區小於三年的平均值」，預算不需重分配。故建議以區指標較適合。

### 施委員純全

各分區醫療資源不同，其監測值意義也不相同，如市立中醫醫院將 7-8 家合併為 1 家，不同院區就醫不同疾病因計算方式結果造成超過監測值。若以該區監測值「大於該區過去三年平均值正負百分之十」需重分配，較無問題。

### 陳委員福展

品質保證保留款費用分配以「個別院所」計算較公平，可鼓勵院所加強醫療品質，不宜以區計算。

### 張科長溫溫

該指標不是「個別院所」費用分配指標，主要是「各分區」預算重分配，該區未達到標準，其部分預算必需給達到指標之分區。

### 施委員純全

過去係以「院所別」計算重複就診率，因計算過程複雜且耗時，後來修訂為區指標。

### 蔡委員淑鈴

1. 按方案內容本項指標係為各分區品質保證保留款分配增減原則，有「重複就診率」及「用藥日數重複率」之兩項指標，如未達到任一項者，以預算 9 折分配，不是預算為零；未達到二項者，以預算 8 折分配，也不是預算為零，不是有和沒有之差距，而是 8 至 9 折之關聯。
2. 另全聯會建議以院所別，因該指標為分區預算分配，不需以院所別分配。



3. 原先本局醫管組建議小於等於全國平均值，剛才大家建議「小於等於前三年平均值減百分之十」。本案「重複就診率」及「用藥日數重複率」為負向指標，若加百分之十，則大家無進步誘因。

### 施委員純全

1. 區域別計算之重複就診率其實不代表真正的重複就診，例如我早上及下午去市立中醫醫院不同院區就醫不同疾病，就支付標準及健保相關解釋是屬合理就醫，若以該指標為負向指標，前三年平均值減百分之十，則過於嚴謹。
2. 以院所別計算重複就診率，院所是可以控制的，再加總該區各院所值為區指標，可以顯示該分區是否管理好。

### 蔡委員淑鈴

1. 各區醫療生態及民眾就醫行為皆不同，重複就診率以自己區和過去自己數據做比較；重複就診率包括同一院所及跨院所之重複就診，是兩者(同一院所及跨院所)之加總，跨院所重複就診為民眾之就醫行為，不是供給者的問題，為該區原本的供需結果，已顯示於過去的績效；而同一院所重複就診率則是醫療院所可以自行管理控制的。
2. 不論採用何種方式計算該指標，過去和未來皆採同一定義做比較，就無所謂一定要如何計算，實際上跨院所之重複就醫會有過去固定值存在。
3. 就品質保證保留款方案之概念，希望該指標能趨於較好，不知是否以「前三年平均值加減某一比例」做修訂，大家是否覺得恰當？

### 黃召集人三桂

本案先暫緩，因雙方未達共識，暫時不修正。

**伍、討論事項第二案「建請 貴局將全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案品質指標中「中醫門診總額專業醫療服務品質指標-中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率」乙案刪除與會人員發言摘要**

**王科長本仁**

該指標來源係為中醫門診總額品質確保方案，該方案對指標之屬性區分為門診醫療利用率、保險對象就醫權益(如民眾滿意度調查)及專業醫療服務品質等三類，該指標目前置於專業醫療服務品質類，本組猜測全聯會認為該指標性質與專業醫療服務品質不符合，故初步構想移至門診醫療利用率項下，或維持現況，或刪除該指標。

**孫委員茂峰**

希望能刪除該指標。

**黃召集人三桂**

同意全聯會意見。

## 伍、討論事項第三案「擬自 101 年 7 月 1 日（費用年月）起，變更全民健保醫療費用申報格式乙案」與會人員發言摘要

### 蔡委員淑鈴

本案對診所或醫院之影響如下：

1. TXT 修改成 XML，診間電腦系統不須變動，僅需於申報資料送交健保局時，將檔案存成 XML 即可。
2. 將共同欄位做整併或取消及增加欄位：
  - (1) 如第 48 頁說明四之(二)將申報資料之總表、點數清單及醫令清單檔之共同欄位做整併，另外有些診所或醫院沒有執行傷科治療，即不需申報，資料檔空間較節省，其 XML 格式非常有彈性。
  - (2) 醫院使用之申報欄位較多且複雜，至少需三個月時間做因應修正，理論上診所是最簡單的。
  - (3) 在第 49 頁為本次將取消及增加之欄位，目前正蒐集醫界意見，另支付標準近年來的增修項目，會有增加的欄位，例如支付標準表有些規定限專科醫師執行，故以後除申報主治醫師身分證字號外，另須申報專科醫師身分證字號；或增加診斷碼欄位，尤其住院部分，可反映人口老化或疾病嚴重度之增加。
3. 103 年將導入 ICD-10-CM，診斷欄位長度比 ICD-9-CM 長，檔案亦須擴檔，屆時中醫費用必須以 ICD-10-CM 申報。
4. 未來 2 至 3 年本局會加強宣導，另會準備預檢程式協助大家進行，於本年預告 XML 申報格式，明年(101 年)7 月 1 日起全面改採 XML 檔案格式申報費用。中醫師公會全聯會若對申報檔擴檔有意見，請於本年第 3 次支委會前提出。

### 施委員純全

過去曾經針對申報欄位提出兩個意見：

1. 如療程中應記錄每筆醫令治療日期及執行醫師身分證代碼。
2. 另外診所和健保局常為 IC 卡的管理有爭議，建議以欠卡方式就醫之案件(押單)應規定於就診當日以異常代碼方式上傳 IC 卡資料，

將來比對資料則無一日多次刷卡所造成疑慮或爭議之問題，及避免診所因病人補卡時同日就醫，造成之一日多次刷卡，被懷疑盜刷 IC 卡。

### **林科長寶鳳**

1. 在議程資料第 49 頁，就醫日期在點數清單只有一個欄位，故發生施委員所提之問題，本次變更申報格式有參考中醫師公會於 95 年 7 月 7 日建議在醫令清單新增「執行時間-起」、「執行時間-迄」及「執行醫事人員代號」等欄位。
2. 有關一日多刷卡是否含自費之補卡，可由 IC 卡上傳資料之補卡註記，區分是否為補卡之刷卡或正常就醫之刷卡。

### **施委員純全**

以欠卡方式就醫之案件(押單)在看診時就要上傳就醫資料，而不是等補卡再上傳，在法律證據上較無爭議。

### **黃召集人三桂**

謝謝委員提供很好意見，請全聯會在相關會議詢問會員意見，提供本局參考。

### **蔡委員淑鈴**

請全聯會考量過去顯有中醫界與健保局間無法釐清之申報意見，可藉由本次申報格式擴檔增加欄位，於 8 月支付委員會提供意見，使本局規劃更為週延。

### **黃召集人三桂**

請全聯會協助蒐集會員相關意見，以供本局參考。