

# 「中醫門診總額研商議事會議」103 年第 2 次會議紀錄

時間：103 年 5 月 22 日下午 2 時

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
王代表惠玄	王惠玄	張代表廷堅	張廷堅
王代表清曉	王清曉	曹代表永昌	陳文戎 <sup>代</sup>
朱代表日僑	朱日僑	陳代表憲法	陳憲法
朱代表明添	朱明添	黃代表林煌	請假
吳代表福枝	吳福枝	黃代表祖源	請假
巫代表雲光	巫雲光	黃代表偉堯	黃偉堯
李代表政賢	李政賢	黃代表福祥	黃福祥
李代表豐裕	李豐裕	黃代表蘭嫻	黃蘭嫻
何代表語	何語	詹代表永兆	詹永兆
何代表永成	何永成	潘代表延健	潘延健
柯代表富揚	柯富揚	蔡代表魯	蔡魯
林代表啟滄	陳健民 <sup>代</sup>	林代表阿明	林阿明
陳代表俊明	陳俊明	錢代表慶文	請假
張代表棟鑾	請假	謝代表明輝	莊興堅 <sup>代</sup>
張代表景堯	張景堯		

列席單位及人員：

衛生福利部	陳慧馨、蘇芸蒂
全民健康保險會	魏璽倫、黃偉益
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、賴宛而
本署臺北業務組	馮震華、陳淑華
本署北區業務組	倪意梅、邱希芸

本署中區業務組	程千花
本署南區業務組	李德儒
本署高屏業務組	李金秀
本署東區業務組	張瑋玳
本署醫審及藥材組	吳科屏
本署資訊組	姜義國
本署企劃組	詹孟樵
本署醫務管理組	陳真慧、張溫溫、林淑範、 張美玲、楊秀文、洪于淇、 甯素珠、鄭正義、歐舒欣、 李健誠、陳逸嫻、張桂津、 林子量
本署查處小組	李忠懿

主席：林組長阿明代

紀錄：劉立麗

壹、主席致詞：(略)

貳、中醫門診總額研商議事會議 103 年第 1 次會議紀錄，請參閱(不  
宣讀) 確認 (略)

參、報告事項：

**第一案**

**報告單位：本署醫務管理組**

**案由：**中醫門診總額研商議事會議 103 年度第 1 次會議結論事項辦理情形。

**決定：**洽悉。

**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。

**決定：**洽悉。

### 第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：102 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：

分區 \ 項目	102 年第 4 季	
	浮動點值	平均點值
臺北	0.92710428	0.95063532
北區	0.95061158	0.96819664
中區	0.92088711	0.94647694
南區	0.99404377	0.99626605
高屏	0.97896786	0.98664494
東區	1.30754829	1.20000000
全區	0.95165037	0.96815513

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

### 第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：公告「103 年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫」案。

決定：洽悉。

### 肆、討論事項：

#### 第一案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：103 年「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」專款專用費用不足案，提請 討論。

結論：對於 103 年第四季「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之專款預算如有不足，建議由第四季中醫一般部門預算先行提撥乙事，除「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」第二項十.(三).(四)業已明訂當季經費超出預算之計算方式(以浮動點值結算)，且涉及健保會權責，故未予通過。

## 第二案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：有關中醫支付標準通則七、治療處置費合併開藥不打折人數給付每月上限 45 人次調高至 60 人次乙案，提請 討論。

結論：同意支付標準針傷科門診合理量，由每月上限 45 人次調高至 60 人次，將依規定提支付標標準共同擬訂會議後，續辦公告等事宜。

## 第三案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：建請修改療程中看診醫師看診日數之算法，提請 討論。

結論：對於中醫門診療程案件醫令清單之各項醫令加填報「執行醫事人員代號(EXE\_PRSN\_ID)」，以精確統計中醫療程案件之執行醫事人力與服務量乙案，考量醫院部門申報極為複雜，故維持現況辦理。

## 第四案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：為持續推動中醫利用的可近性，提高中醫利用率，建議 貴署協助提供分別統計近一年，以不同縣市為單位（或在縣市下更細分以每萬人口數為組距，例如 0-1.8，1.8-3.0，3.0-4.0，4.0 以上），新開業診所第一年之月平均申請健保點數，公布以提供新開業醫師參考均衡醫療分配。提請 討論。

結論：為提高民眾就醫可近性及醫療資源分布之合理性，未來將併中醫門診總額研商議事會議，提供全國 368 個鄉鎮地區之每萬人口中醫師數等相關資料，做為各界評估參考。

## 第五案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：有關 貴署擬於 104 年實施「全國健保特約院所門、住診完全以 ICD-10-CM/PCS 進行疾病分類申報」乙案，建請 貴署同意中醫門診部分延後實施，提請 討論。

結論：該會建議原訂 104 年實施「全國健保特約院所門、住診完全以 ICD-10-CM/PCS 進行疾病分類申報」，建議以試辦方式推廣，並視正確率提高及無相關爭議時，再予全面實施乙案，仍請中醫師公會全國聯合會儘速成立專案推動小組，並依本署既定時程辦理。

## 第六案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：檢送「中醫審查醫藥專家遴聘細則(草案)」(詳附件 4，第 101 頁)，提請 討論。

結論：有關中醫師公會全聯會提出「中醫審查醫藥專家遴聘細則(草案)」之相關建議，宜回歸母法(全民健康保險中醫門診醫療服務審查醫療服務審查醫藥專家遴聘原則與管理作業要點)辦理。

伍、與會人員發言摘要，詳如附件。

陸、散會：下午 4 時 15 分

## ※附件-與會人員發言摘要

### 報告事項第一案『中醫門診總額研商議事會議 103 年度第 1 次會議 結論事項辦理情形』

#### 主席

因為副署長臨有要公，由我代為主持；出席代表已超過半數，宣布開會。先確認上次會議紀錄，各位代表是否對文字內容有修訂意見？若無修訂意見，本案即予確認。

### 報告事項第二案『中醫門診總額執行概況報告案』

#### 主席

針對報告事項第二案的資料，各代表有無提問？

#### 王代表惠玄

上次會議高屏地區說明無中醫鄉鎮之中有 2 位醫師，其中 1 位死亡、1 位遷出，今日第 27 及 28 張張投影片顯示高屏地區無中醫師鄉鎮較去年同期仍減少 2 個，而戶籍人口增加約 2 萬人，不知道高屏地區目前情形如何？

#### 詹代表永兆

上次提到高屏地區無中醫鄉鎮 2 位醫師之情形，目前由巡迴人力補足，相關業務運作尚稱順利。

#### 黃代表福祥

我再補充琉球鄉前已就巡迴醫療人力不足予以補充，且目前已有 1 名醫師於該鄉開業，故目前不須以巡迴醫療方式處理。

#### 王代表惠玄

第 38-39 張投影片自費項目人數及金額之比例，其中第 39 張投影片於 100-102 年之合計比例未達 100%之原因？另本次滿意度調查，是否曾進行自費金額與滿意度高低之關係(如：自費高的民眾，是否較不滿意)？

#### 張科長溫溫

合計比例未達 100%之原因，係因部分受訪者「拒答」或回答「不

知道」人數，未列入計算，重算比例故不同；另自費金額與滿意度高低之交叉情形，目前該份調查報告並未呈現，惟已詢問受訪者對於自費金額之接受度，約 42%尚能接受，認為較貴者約 17%，整體來說約有 7 成表示可以接受，由於該委託研究計畫，業已結案，相關資料，恐須會後再行瞭解；至於，103 年度受託調查之研究單位，可否進一步進行交叉分析之相關評估，屆時再行溝通協調。

### **主席**

請本署業務單位協調 103 年受託調查之研究單位，溝通進一步進行交叉分析評估之可行性。

### **黃代表偉堯**

第 15 張投影片案件分類 29「中醫針灸、傷科及脫臼整復」之成長率較去年同期大幅成長的原因，係因 102 年刪除 26 及 27 之案件分類項目，故前述案件回歸至案件分類「29」項下申報；為免混淆，建議下次報告，於比較去年(102 年)同期值時，建議加入 26 及 27 案件類別之申報件數，較能反映整體成長情形！

### **張科長溫溫**

下次報告依黃老師建議修正調整。

### **黃代表蘭嫻**

就王老師提問自費與滿意度的事情，該調查報告對於自費金額於 200 元左右，多數尚為滿意；惟對於自費原因，多數受訪者表示係因開藥天數乙事，鑑於健保對於「一般疾病開藥天數 7 日」之規定，若患者自覺「中藥改善效果不錯」，要求自費延長開藥日數，未來，本會內部會再討論「一般疾病」與「慢性病」之分類適當性，期降低開藥天數與自費間灰色地帶之爭議。

另本會曾統計假日休診之相關資料顯示，其中週六開診家數確有增加約 1 千多家，週日則有減少，未來，本會再宣導與加強週日看診之議題。

### **主席**

如何加強週日看診議題，請中醫師公會全國聯合會攜回參考研究；另關於本次 103Q1 之高屏區平均醫療費用成長率較他區高之原因？

## 何代表永成

103Q1 之高屏區平均醫療費用成長率較他區為高，惟從申報件數來看，為六分區中唯一負成長之分區，因該分區鼓勵醫師對於慢性病患者，如用藥效果良好，為減少病患來回交通奔波之苦，開立較長天數之藥品，故呈現案件量減少，而平均醫療費用增加之情形。

## 主席

這部分若為正向，予以鼓勵，並建議全聯會加強推展。

## 黃代表偉堯

整體而言，自費多拿藥的部分，近年來已大幅改善，但 102 年較 101 年似又回升一些！另對於一般疾病超過健保規定天數自費拿藥，我擔心因科學中藥屬健保給付範圍，超過天數自費行為之適法性，宜再予釐清，進而考量或爭取修正適當疾病之給藥期間，以避免符合健保給付範圍又須自費等合法性之爭議。

## 何代表永成

謝謝黃老師的指正！實務上很多一般疾病患者，因應實際需要（如：出差及出國、與原針傷科開藥日期重複之第二次療程臨時感冒藥…），確實存在願意自付超過給藥日數以上之藥費，惟醫師基於服務及方便民眾之目的，並無收取診察費或高額之利潤。不過，黃老師提醒之事項，本會再納入後續觀察與評估。

## 主席

請全聯會再就專家等意見進行評估與研議。



### 報告事項第三案『102 年第 4 季點值結算結果報告』

主席

針對 102 年第 4 季點值結算報告，有沒有要提問的？如果沒有，就依全民健康保險法第 62 條規定辦理 102 年第 4 季點值公布、結算事宜，接著第四案。

### 報告事項第四案公告「103 年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫」

主席

本報告事項是報告「103 年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫」之公告等相關過程及計畫內容(詳議程第 65 頁至 91 頁)。

張科長溫溫

重申議程第 65 頁說明四所列中醫門診總額各分區之預算金額，屬推估性質，非絕對數值，未來 103 年各季仍會依各項指標值，進行實際預算金額之計算與調整。

主席

是否有其他提問事項？若無提問事項，則進行討論事項之議題。

## 討論事項第一案『103年「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」專款專用費用不足案』。

主席

本提案請何理事長補充說明。

何代表永成

本提案說明三「建請 本署同意…」，「本署」之文字係屬誤植，請更正為「貴署」。

詹代表永兆

中醫之醫療資源不足地區，獎勵開業院所 103 年較 102 年目前增加 4 家(預計 103 年底增加 5 家, 合計 7 家), 推估 103 年全年獎勵開業金額約增加 1,200 萬至 1,500 萬元, 故至 103 年第 4 季可能有 500 萬元之缺口, 若再加上無中醫鄉之巡迴計畫之推動, 原編列之專款經費勢將不足, 如果因為新增獎勵開業點, 反而造成整體巡迴醫療院所之點值浮動, 並不是我們樂見, 進而影響鼓勵醫師巡迴醫療的美意, 建議以一般部門預算挹注本項專款之不足經費。

主席

鑑於各總額部門內一般服務與專款預算之間, 得否流用, 屬健保會權責。請健保會代表表示意見!

魏組長璽倫

由於「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」已明文規定, 經費超出預算來源時, 扣除第一項「中醫門診總額醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫」之保障金額後, 第二項之「論次給付」、「核實申報之加成給付」以浮動點值結算, 且每點支付金額不高於 1 元; 此外, 依據本會 103 年公告中門診醫療給付費用總額及其分配之中, 並未協定該項專款如超出經費時, 得以一般服務部門支應之決議, 一般部門與專款間之預算流用事宜, 依通則規定, 仍須經健保會協商討論, 經協定通過者始得流用。另考量目前甫至 103 年第二季, 中醫師團體或可先朝合理管控醫療費用之層面著手, 降低未來浮動點值之壓力。

詹代表永兆

回應健保會之說明, 本方案之獎勵開業部分, 離島每月保障 40 萬元, 偏遠則為 30 萬元, 係固定支出, 與管控醫療費用之意義並不

相同，亦無法進行管控。

### 何代表語

本提案涉及二個部分，首先為 103 年經費不足時，是否得由 103 年一般預算撥補，其次為爭取 104 年增加本專款預算經費之訴求。本次中醫部門是否提出 104 年建議編列之額度，較 103 年到底要增加多少？如果還是比照 103 年提出 7,400 萬，若未刪減，至多維持 103 年之預算水準；至於，103 年各總額部門各項預算業經協定公告在案，中醫全聯會建議經由健保署同意，即可由一般部門支應專款不足之預算，依健保會慣例，恐仍須透過該會重啟 103 年度預算協商程序處理；不過以目前即將展開 104 年預算之協商，要重談 103 年恐怕有點複雜，建議以費用管控或浮動點值做為優先考量。

### 何代表永成

因為之前牙醫總額也曾經發生專款預算不足時，由一般服務預算支應的事情；中醫全聯會鑑於醫療資源不足地區，相對屬於中醫醫療服務之弱勢地區，故建議比照牙醫經驗，103 年本項專款預算不足之部分，由一般服務預算支應(約 500 萬)，並無涉及 104 年預算之支用；至於，104 年預算部分，希望本會之健保會代表，體諒本會照顧弱勢地區之心意，於 104 年協定預算時，大力支持本會提高經費額度之訴求。

### 張科長溫溫

何代表剛剛已提到牙醫總額由一般服務預算支應專款項目不足之情事，應為健保會事先協定之事項，若未經協定之事項，不得互相流用；牙醫之前也曾提出未經事前協定之類似訴求，惟依規定仍未獲同意互相流用。此外，「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」已明文規定，經費超出預算時，以浮動點值來反應，若以一般預算額外挹注，恐有違計畫之規定，故建議中醫部門代表，對於 103 年部門間流用經費之訴求，仍宜回歸至健保會進行討論，若能獲得協定共識，本署較有法源依據，進行相關結算或修訂計畫等相關事宜。

### 何代表永成

全聯會是基於一片善意，如 103 年度相關規定已公告在案，互

相流用似有所困難，本會予以尊重，本計畫已於 103 年自行吸收部分超出之經費，故拜託健保會何代表，支持本會 104 年度對於資源不足地區提高本項專款經費之訴求。

### **主席**

103 年本計畫推估超出經費的部分，依相關規定由全聯會於預範圍內適度調控支用；104 年再來爭取。

### **何代表語**

建議中醫師公會全聯會於爭取明年預算時，將本計畫之執行成果。提供具體詳細且圖文並茂之說明，俾利爭取付費者代表之支持，進而提高預算！

### **何代表永成**

謝謝何代表，我們會朝這個方向來準備；我們 84 屆國醫節辦理巡迴醫療成果展，下週三及四將邀請長官及委員至金門參訪巡迴醫療之成果，今年預算協商會完整呈現本計畫之執行成果。

### **主席**

何代表意見請全聯會參考。

## 討論事項第二案『有關中醫支付標準通則七、治療處置費合併開藥不打折人數給付每月上限 45 人次調高至 60 人次乙案』。

### 主席

請問討論事項第二案中醫全聯會有無補充？

### 巫代表雲光

這個議題是全聯會長期以來的共識，因為處置費 200 點，實際開藥三日 90 點，二者合計 290 點，惟現行支付標準規定，當開藥三日以上時，處置費反而僅支付 100 點，屬不合理之計價模式；中醫總額開辦以來，本會考量中醫費用及點值之均衡發展，各項不合理之支付項目，採逐年微調方式予以處理。本案建議治療處置費合併開藥，處置費不打折人數給付每月上限 45 人次調高至 60 人次，預估增加 0.21 億點，對點值之影響層面極小，卻有助針、傷科項目之支付公平性，亦具鼓勵提升醫療品質之效用。

### 何代表永成

我再補充說明，為減少患者來回之交通時間，現行我們鼓勵如在針、傷看診療程中之感冒患者，如需開立感冒藥多併同該次療程處理，不鼓勵病患另外蓋卡或另行就診。但在支付上誠如巫代表所言，三日藥費不僅由院所自行吸收，處置費還要再打五折，以目前針、傷項目均須由中醫師親自執行之情況，該支付方式極為不合理！此外，一個月僅調高 15 人次，平均每日增加不到 1 人，平均一天治療處置費合併開藥者約為 2 人，真的非常少！實在是臨床中醫師的苦處。

### 張代表廷堅

治療處置費合併開藥超出上限打五折之規定，固然有其歷史背景，惟對於中醫師之臨床正義，真是情何以堪！本提案僅希望對於同樣付出努力之針傷科醫師，酌予獲得一點回饋！

### 黃代表偉堯

請教二個問題，首先對於執行針傷科與內科醫師之間，有何區隔？執行針傷科之醫師是否較不熟悉內科之業務範圍，反之亦然！故須先行釐清，執行針傷科之醫師能開立針傷的藥品，但是否能執行內科中醫師之業務範圍，進而開立內科藥品？其次，目前對於支付點數打折後，仍申報針傷處置費及合併開藥之比例為何？

## 林科長淑範

以 102 年 10 月至 103 年 3 月近半年之醫令量數據顯示，針傷科併同開藥約 100 萬次(醫令次數)，其中超過 45 人次者約 36 萬件(占 36%)，若放寬至 60 人次時，預計超出約 26 萬件(占 26%)，推估約有 10 萬件將依放寬規定，而納入合理量內之計算。

## 謝代表明輝

以扭傷為例，臨床上視病情得以針灸、傷科、開藥等方式均可處理。若提供針灸與傷科，再加上內服藥，具提高療效之功能，屬必要之醫療行為！現行執行針傷科處置若併同開藥，開藥由醫師自行吸收，還要再倒貼 1/2 的處置費，極為不公平。且本提案增加之預算，於一般服務預算支應，由中醫部門自行承擔，平均一天增加不到 0.5 人，並提高患者治療效果，故我認為給予這些醫師正面的鼓勵，避免因針傷療程中合併開藥，造成收入降低之負向懲罰效果，才是重要的！此外，從增進病患就醫之便利性、減少就醫次數、提高治療效果與醫療品質而言，對病患均具實質助益。

## 李代表政賢

由之前各代表之發言，已印證本支付項目確有其不公平性！故我認為本提案不應在本次予以調整，反而應該拜託健保會之二位與會代表，未來在協商 104 年預算時，支持中醫師公會全聯會爭取補足本提案相關支付標準修正所需之金額。

## 何代表語

雖然健保會推派我與林代表啟滄擔任本會代表，惟我們二人並非中醫師，對於中醫業務尚不瞭解！如果病患接受針、傷科治療後併同開立傷科用藥，須要扣錢嗎？何代表永成表示併該療程開立之藥品(不論傷科或內科之藥品)，如超過 45 人次者，處置費打五折(扣 100 元)，藥品費則由院所自行吸收！但本案係先建議由 45 人次放寬至 60 人次，增加之金額，將由中醫一般服務部門預算支應，未來影響浮動點值之表現。

## 黃代表蘭嫻

首先，中醫師於養成教育之中，並無清楚之分科，故執行針傷科之醫師亦可執行內科之中醫服務；其次，目前本提案相關規定之限制，有其因應管控費用等歷史背景存在，早期傷科脫臼可以允許

由推拿人員執行，但近年來已改由中醫師親自執行，故現行中醫師公會全國聯合會期待針傷科處置併同開藥不再設限人數，以如實反映臨床實際之醫療專業判斷，進而提升醫療品質及醫師親自執行之服務熱忱，避免因針傷療程中合併開藥，造成收入降低或就醫次數增加之負向懲罰效果。

### **朱代表明添**

黃代表已向大家說明，中醫師於執行針、傷科與內科之間，並未劃分專業範圍，二者均可執行；此外，中醫師為維持醫療品質及治療之必須性，即便處置費減半，半年仍有 36 萬次的醫療服務產生，此種犧牲奉獻之精神，應給予相當之肯定；另對於自費藥品，在本次滿意度調查報告顯示：多開自費藥品，會使得病患不滿意度提高，因此，醫師多半不願意開立自費藥品，且藥品費一日收費 30 元亦不敷院所成本。以流感盛行期間為例，執行針傷療程間，流感用藥究竟要病患蓋卡或自費？確實都有所爭議！此外，本會多位代表均已表達，不論 45 人次或 60 人次，平均一日針傷療程併同開藥者不過 1.5-2 人，相較院所一日看診量之所占比例極低。最後，對於本提案增加預算之影響，於中醫一般服務部門以浮動點值因應！未來，如同李代表所言，應列入協商因素之一，並於滿意度調查報告，進行自費金額與滿意度之交叉比對！

### **主席**

這個提案已經討論很久了，之前相關規定確有其歷史背景，為免大幅影響點值，相關針傷科之支付標準規定，仍宜逐步檢討。考量本提案增加之預算，係於中醫一般服務支應，且未降低病患醫療品質，故同意中醫師公會全國聯合會所提，中醫支付標準通則七、治療處置費合併開藥不打折人數給付每月上限 45 人次調高至 60 人次。

## 討論事項第三案『建請修改療程中看診醫師看診日數之算法』。

### 主席

本案先請中醫界提出說明。

### 何代表永成

健保無 IC 卡時代，若想執行本提案之建議，因病患無法歸戶，故難以執行。我記得之前擔任審查醫師時，對於醫師門診量之報表內容，即便當日未看診，仍申報提供療程之醫療服務，這樣的申報方式，是失真且不符實際醫療情形！以前無法處理，但以目前健保資訊系統之能力，應可精確反應至療程中不同醫師之看診日數之計算，如此方能正確且合理計算醫師看診之合理量。

### 林科長淑範

目前宥於申報規定，確實無法統計療程內由不同醫師執行醫療服務之情形，故先請教全聯會代表療程內由不同醫師執行比例之經驗值為何？交叉比例又多高？此外，本提案係基於追求公平之計算基礎，但追求公平的同時，亦須考量花費之行政(人力、時間…)成本，是否符合效率，效率與公平間應如何取捨，須要進一步檢視與考量。

本提案若要全面精準計算各醫師人力執行醫療服務之情形，醫界必須於醫令清單每一筆醫令之「醫事人員身分證字號」欄位填報，方能統計療程內(針、傷科)不同醫事人員所提供醫療服務之次數。該申報規定之改變，對基層院所層面影響較小，惟對於醫院部分，因其案件量極大，公平、效率及行政成本等三者之間，建議宜謹慎評估。

### 主席

目前資訊端可以執行本提案之相關建議，惟若療程內由不同醫師執行比例不高，醫界未來每一筆醫令均須填報醫事人員 ID 之行政成本，應一併考量。

### 朱代表明添

這不僅僅是公平的問題，亦涉及合法與否的問題！若醫師出國期間，其第 2-6 療程由不同醫師執行，卻申報該出國醫師之 ID 或蓋卡，萬一遇到醫療糾紛時，是否涉及違造文書？而且由乙醫師執行之醫療服務，確要由甲醫師負法律責任，故我認為本案非僅為公平



性之問題，而是法律層面的問題。

### **何代表永成**

目前西醫之復健療程是否已經做到本提案之建議事項？若考量西醫尚未全面於醫令端逐一申報醫事人員 ID，極為耗費行政人力成本，未來視適當時機再來討論。

### **張代表廷堅**

我參與健保相關公共事務已有十多年，健保署轄下相關單位，均是抱持「如實申報」之概念來處理，故我們醫界也常以「如實申報，就不會有問題」之理念來做的！或許本提案將耗費浩大工程，但「如實申報」永遠都是我們的目標，應該朝這個方向邁進。

### **潘代表延健**

我先感謝全聯會何理事長，體諒醫院部門執行困難，收回成命。本提案對醫院來說確實為一浩大工程，包括流程、電腦、人力、設備..等管控流程極為複雜，將耗費巨大之行政成本；故我以醫院代表之觀點，建議本提案應有更謹慎完整的評估，健保署很清楚醫院部門在執行復健治療等相關爭議，本提案建議暫予凍結。

### **主席**

本提案醫院與基層代表間之意見尚未一致，維持目前之申報情形。

**討論事項第四案『建議提供各鄉鎮新開業診所第一年之月平均申請健保點數，公布以提供新開業醫師參考均衡醫療分配』。**

**黃代表蘭嫻**

我們瞭解在「個人資料保護法」之限制下，無法提供個別院所之資料內容，惟請健保署定期每季併同本會議提供 368 個鄉鎮之醫師數及每萬人口醫師數資料，俾利及時於本會網站更新相關訊息，提供新開業醫師相關參考資料，促進各鄉鎮地區醫療服務之均衡發展。

**張科長溫溫**

本署同意每季併同本會議之議程內容，提供相關資料，供全聯會參考。

**主席**

如無其他意見，本案建議併同會議資料，每季提供 368 個鄉鎮地區之中醫師數及每萬人口中醫師數，供全聯會參考。

討論事項第五案「健保署擬於 104 年實施「全國健保特約院所門、住診完全以 ICD-10-CM/PCS 進行疾病分類申報」，建請中醫門診部分延後實施」。

## 主席

本提案請林科長補充說明。

## 林科長淑範

目前國際上已有歐洲、澳洲..甚至大陸等已施行 ICD-10-CM，至於 PCS 則因各國支付制度不同，故有適用上之差異。而臺灣自 99 年規劃推動迄今屆滿三年，預計 ICD-10-CM/PCS 採用美國版本。據我瞭解國外之推動經驗，最佳的學習時點，最有動機的時間，約為實施前半年左右，亦為推動效果最好的時刻。故建議中醫師公會全聯會，可把握這半年左右的最佳時機，全力推動。

另本署全球資訊網，對於協助醫師方便搜尋對應之診斷碼等工具部分，目前已建置完成 ICD-9 與 ICD-10 對照檔案及臨床診斷查詢對應檔，該對應檔只要鍵入 key word，即可查詢對照之診斷或處置碼，並提供「我的最愛」資料夾，供個別醫師置放常用診斷代碼等對應資料。另建議全聯會可進一步蒐集，中醫常使用之 ICD-9 與 ICD-10 對照之診斷碼等相關資訊，提供會員實務參考。

## 柯代表富揚

考量中醫的病名診斷係以症狀為主(如：頭痛)，與西醫診斷會有所差異，這些問題在現行 ICD-9-CM 即已存在，當 ICD-9-CM 一個頭痛的病名，轉換至 ICD-10-CM 時，可以對應的診斷碼十分多(有神經性、血管性、左右側…)，顯示臨床診斷要十分清楚的情況下，才能對應到適當的診斷碼，與中醫辨症論治之診斷基礎十分不同，似要中醫逐步走向西醫診斷學，而中、西醫二者間不同教育養成之診斷基礎，如逕予一體適用，未來可能造成中醫審查及醫療糾紛層面之莫大困擾！

## 李代表豐裕

柯秘書長之說明，本人頗有同感。中、西醫診斷絕對有很大之落差，中醫之辨症論治以表現症狀之經驗醫學為主，與西醫之辨病論治是不同的。一個胃痛病患，西醫診斷可以細至胃炎、萎縮性胃炎、淺表性或肥厚性胃炎…，但中醫並沒有上述診斷！是依據表現

症狀之不同給予處方用藥，若醫院診斷為胃炎，而中醫診斷為潰瘍，是可能引起醫療糾紛。因此，中醫在申報臨診診斷碼部分，與西醫有很大落差，為減少未來適用之相關爭議，故希望能延後實施，使中醫有較充分的時間，預做因應與推動之準備。

### 潘代表延健

我以醫院觀點，對於全面實施 ICD-10-CM 之策政，建議全部延後實施。中醫希望較西醫延後實施，惟西醫也希望延後實施！這件事情對醫院來說是很大的災難。中醫院所之「疾病分類專業人員」是否已準備就緒？據統計，目前疾病分類人員 coding ICD-10-CM 之負荷度為之前之 2.5 倍，而前述人員不僅需要上課，亦須取得證照資格，各醫院間對於資深「疾病分類專業人員」已有互相挖腳之態勢。此外，因為 ICD-10-CM 診斷碼較 ICD-9-CM 更細，往往一個 ICD-9-CM 診斷碼，可以對應到多個 ICD-10-CM 診斷碼。如果可以藉助對照表完成 ICD-10-CM 之編碼，又何必使用 ICD-10-CM 碼呢？

全球確實已有很多國家實施 ICD-10-CM，其中大陸並非實施標準版之 ICD-10-CM，美國歐巴馬已經宣布延後實施。如我國採用美國版本，卻又比美國早實施，恐怕有實施邏輯先後之問題，且我認為國內不論醫院、疾病分類人員之準備度仍尚未成熟。由於 ICD-10-CM 之 coding 較 ICD-9-CM 更須要醫師投入病歷背景資料（如：診斷、症狀、..）之填寫，才利後段疾病分類人員 coding！國外雖有相關軟體程式之開發，惟價值不斐，視疾病分類人員人數，每年每人維持費用約 10 萬元，故醫院耗費堆疊成本是很大的！此外，因應住診診斷較門診複雜，疾病分類人員注意力較著重於住診部分，故建議健保署考量相關因素，不僅延後且應區分門、住診分階段實施！

### 何代表永成

中醫使用西醫病名，就如同要基督教徒唸佛經，對中醫來說已經很為難，現在又要重新唸一本，真是一場災難，未來更要面對層出不窮法律層面的問題。我當理事長期間，就已接獲許多高屏地區中醫師對於 ICD-9-CM 之責難，舉例來說，有位中醫師十多年來對於手麻的個案均 coding「342.9-半身麻痺手麻」，但某審查醫師突然發現該診斷為 CNS 之問題，致核減大筆費用。目前中醫使用 ICD-9-CM

已呈現很多問題，更何況未來要使用 ICD-10-CM，因此，拜託大家在還沒解決現行問題前，也不要製造更多問題。

### 何代表語

如果本國採用美國版本，如美國尚未實施，而臺灣提早實施，讓美國依據我們發現的錯誤再行修正，確實有所爭議，為何不等美國先實施穩定後，我國再來跟進。目前美國無中醫而大陸有中醫，理論上中醫部分我們應該師法大陸，但其卻使用非傳統版本！因此，那個國家已成功使用 ICD-10-CM？我國是否可以師法其版本，再依國內民情修正，以避免逕予引用致水土不服之情形。

另外，醫界代表建議分部門分階段實施、軟體程式之適用性…等多項建議，該政策應規劃完整之配套措施、各總額部門之準備期長短，..等相關意見，建議健保署一併納入評估考量。不過，我是認為西醫如果要實施，中醫除非有特殊理由，原則應該併同實施，另外，健保署應蒐集美國延後實施之理由，做為我國借鏡。

### 林科長淑範

ICD-10 是由 WHO 發展出來的，並非實施國家個別一套，且實施國家僅能就該版本進行微幅修訂，修訂前須向 WHO 報備。美國於 2004 年即由 3M 公司發展，截至目前為止已更新至 2014 年版本，已持續修訂多年，2013 年 4 月該國曾因疾病編碼學會(AHIMA)準備不及，致延後實施。2014 年延後係受限於法案條文細項之原因，並非準備不及之因素。另對於疾病分類人員 coding ICD-10 較 ICD-9 負荷度重，因 ICD-10 編碼較 ICD-9 多元，學習初期確實須耗費較多精力；國內三軍總醫院是以醫師親自編碼，編碼人員係於事後進行檢視，故以醫師之醫療專業，瞭解 ICD-10 是比較容易。

### 柯代表富揚

西醫實施 ICD-10 已經這麼難行，中醫更須要有充分之診斷基礎，才能做為實施 ICD-10 之依據。中醫光是爭取 X 光之判讀，已經多年，惟目前仍無法開具 X 光、心電圖..之檢查，如何能比照西醫般進行病名之診斷？

### 王代表惠玄

WHO 於 20 年前即發展 ICD-10，透過很多宣導及適用與修正。何代表提到中醫適用的困難，也提到大陸適用之混亂。由於 ICD-10 較

ICD-9 屬更精細的編碼系統，實施初期產生混亂的局面，其實是可以理解。我認為 ICD-10 之編碼方式，更傾向於「辨證」，比較靠近中醫之診斷方式，只是編碼更複雜，須要大家花更多時間與精力學習。

據我瞭解，德國中醫也很發達，或許可再瞭解德國版本與編碼經驗，做為國內中醫參考；此外，美國本次延後實施之原因，係受限於法令及行政，並非準備不及之因素，而且 ICD-10 已為國際趨勢（135 個國家），預計 ICD-9 很快就被淘汰，何況國內死因登記已使用 ICD-10 進行分類，故國內全面使用 ICD-10 應為國際接軌之既定趨勢，不論今日結論是否延後實施，仍應提出確定之實施時程。

### 主席

謝謝王老師寶貴意見，全球已有 135 個國家採用 ICD-10，該編碼系統已成為國際趨勢，且為與國際比較與接軌，本署自 99 年規劃推動迄今，衛生福利部原預計自 103 年即全面實施，惟本署考量醫界準備情形等相關因素，已延後一年於 104 年實施，據瞭解，牙醫部門已成立專案小組著手推動相關事宜，故建議中醫全聯會亦儘速成立專案推動小組，如須本署協助事項，本署全力幫忙！

### 何代表永成

如果中醫真的要去做，我們也須洽請專家及資訊廠商…等協助，是否可以比照西醫部門編列補助經費？如未予補助，恐怕成本過大，院所難以吸收！

### 主席

103 年各部門預算均已協定，本署目前行政經費亦相當拮据，另由本署評估教育宣導經費之空間；104 年是否編列補助預算，仍須至健保會進行討論。

### 何代表語

103 年為何僅補助西醫，而無中醫？我認為不應有分別之心，應按照比例分配。

### 主席

健保會協定 103 年總額預算時，考量醫院住診部門推動 ICD-10 不僅較複雜，且需做為擴大 DRG 之支付基礎，同時醫院部門於 103 年須以雙軌方式，進行編碼之轉換及驗證，故於其他預算編列約 1

億元之預算補助住院部門增加之成本，至於基層、中醫及牙醫，因無住院業務，未編列相關預算；104 年全面推動後，各院所均面臨額外增加之成本與人力，是否編列適度經費予以挹注，建議於健保會進一步討論。

### 何代表永成

主席剛剛提到以 103 年教育宣導經費予以補助全聯會？金額大概有多少？因本案須額外推動經費，健保署是否可以提供預估整體經費之經驗值？

### 主席

本署目前行政經費亦相當拮据，再由本署評估瞭解，並無定論。

### 潘代表延健

西醫醫院所有專科、專業人員、資訊系統... 都必須積極準備，我們都同意必須實施，惟若趕在明年 1 月 1 日即實施，確實過於急促，何況醫院目前實施雙軌編碼，為減少壓力，院方要求達成 ICD-10 編碼之比例，係逐漸要求緩慢增加(如這個月 5%、下個月 10%)，若要求我們短期內即達到全面，是有所困難，故建議起碼應再延後半年以上，讓醫院有較長之準備及緩衝期。

### 主席

本署已收到醫院協會之來文建議，責由業務單位再審慎評估。

### 何代表永成

我認為執行技術上仍有相當多的問題，例如：跨年度療程案件診斷碼之處理、審查問題...等，健保署仍宜就實務操作層面，多予評估考量適當的推動期程。

## 討論事項第六案『中醫審查醫藥專家遴聘細則(草案)』。

### 黃代表蘭嫻

基本上本案係增加對中醫師自我推薦及審查機制之文字，由於屬審查端，似乎應於審查會議提出。

### 吳科長科屏

議程資料第 100 頁本署意見第二點已提到醫藥專家遴聘原則與管理作業要點，中醫全聯會於日前，業已依據契約規定陳報本署同意核備在案。目前除中醫全聯會提出「中醫審查醫藥專家遴聘細則」，餘其他總額部門並未提報「審查醫藥專家遴聘細則」，故建議中醫全聯會如有就前述遴聘要點之建議，宜回歸母法之條文修正，較為精簡合宜，由於本提案之細則內容，似屬公會推薦審查專家之內部執行原則，亦可由公會內部依權責辦理。

另以本署遴聘醫院總額部門之專家經驗，主要還是以不違反醫療法及醫事人員專門職業法規及本保險特約管理辦法之院所醫師（即未被停業或停約之醫師為遴聘對象），未如中醫師公會之遴聘細則訂定十分詳細之評核與排外條件，除行政作業相對繁複，也可能引發未符條件醫師之爭議。

### 黃代表蘭嫻

以全聯會立場，雖屬健保署委託之審查業務，但我們仍希望透過一致且公平的審查機制，遴聘素質好的醫藥專家來擔任，故訂定較完整之遴聘細則，以減少困擾。本細則雖屬內規，我們仍放入審查合約之內，做為公會之遴聘規範。

### 何代表永成

目前由健保署及本會各遴聘 1/2 之醫藥專家擔任審查，全聯會推薦部分，係由會員自行推薦至地方公會，由前述地方公會之理監事會議通過後，再陳報到中執會通過，最後陳報到全聯會，再發文至健保署，現況已有自行推薦之管道，全聯會並未擔負推薦之責！如再訂定自我推薦條文，似有畫蛇添足之感。

### 吳科長科屏

以理事長意見，目前暫時不須要訂定細則，屬公會自行處理之內部規定，則由公會全權處理。



## 何代表永成

澄清一下，我講的是本提案細則內容第三點「遴選資格」，而不是指本細則。

## 主席

本提案不須於本會再予討論，建議由全聯會就原核備之醫藥專家遴聘原則與管理作業要點(母法)，再行審視，如須修正，依相關規定與提報程序，另行辦理。

## 何代表永成

修正完再陳報予健保署。

## 王代表惠玄

由於審查醫師聘任資格十分重要，且其審查作為會影響會員權益(審查、核減及擴大回推)，故除建立公開公平之遴聘資格與審查機制，審查醫師之訓練(審查之齊一性、新的政策與科技…)也十分重要，是否宜編列或爭取部分經費，投入並提升審查醫師之訓練，齊一審查尺度，提升會員滿意度，並減少爭議案件。另建議細則內容，對於醫師評核項目，區分「加分」或「減分」的項目，增進閱讀且便於瞭解與評估聘任之適度性。

## 黃代表蘭嫻

全聯會定期(每月)召開相關審查會議，並已訂定相關審查注意事項。建立公平的遴聘機制，也是我們努力的方向。

## 主席

王老師建議請全聯會參考。是否有臨時動議？若無臨時動議，則散會。

散會：下午 4 時 30 分