

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

105 年第 1 次會議紀錄

時間：105 年 3 月 15 日（星期二）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李筱婷

干代表文男	干文男	陳代表彥廷	陳彥廷
王代表榮濱	王榮濱	陳代表福展	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	黃代表啟嘉	(請假)
何代表語	何語	黃代表雪玲	黃雪玲
吳代表美環	吳美環	黃代表棟國	黃棟國
李代表飛鵬	李飛鵬	楊代表秀儀	(請假)
李代表紹誠	(請假)	楊代表政峯	楊政峯
林代表淑霞	(請假)	葉代表宗義	葉宗義
林代表富滿	陶屏(代)	滕代表西華	滕西華
林代表敬修	林敬修	潘代表延健	潘延健
林代表綉珠	林綉珠	盧代表榮福	(請假)
姚代表鈺	(請假)	賴代表振榕	賴振榕
徐代表弘正	陳信水(代)	璩代表大成	璩大成
張代表金石	張金石	謝代表文輝	(請假)
張代表嘉訓	(請假)	謝代表武吉	王秀貞(代)
梁代表淑政	梁淑政	顏代表良達	顏良達
郭代表素珍	許美月(代)	羅代表永達	羅永達
陳代表志忠	陳志忠	蘇代表清泉	(請假)
陳代表宗獻	陳宗獻		

(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、劉于鳳、馬文娟
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	許家禎
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、陳思綺
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	林佩菽、吳心華、陳俞文、 董家琪
醫藥品查驗中心	朱素貞、許淑美
本署臺北業務組	張志銘、林勢傑
本署北區業務組	陳孟函、廖佩琦
本署企劃組	何恭政
本署醫審及藥材組	蔡佳倫
本署醫務管理組	龐一鳴、陳玉敏、陳真慧、 谷祖棣、張淑雅、林右鈞、 王玲玲、涂奇君、張巧如、 陳依婕、林佑縉、李筱婷、 彭麗玲、廖敏欣

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

三、報告事項：

(一) 增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫之診療項目「91017C 懷孕婦女牙結石清除-全口」案。

決定：洽悉，並請牙醫師公會全國聯合會洽台灣婦產科醫學會及相關醫療院所加強宣導懷孕婦女之口腔健康，修訂後支付標準詳附件 1，P4。

(二) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫案。

決定：洽悉，同意中醫通則二、第一章門診診察費及第七章其他

註3之文字修訂為「中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院」，修訂後支付標準詳附件2，P5~P6。

四、討論事項：

(一) 應用105年西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。

決議：同意應用105年西醫基層總額非協商因素預算4億元，將西醫基層院所診療項目「一般門診診察費」、「精神科門診診察費」、「急診診察費」、「精神科急診診療費」新增75歲以上患者，不限科別依表訂點數加成7.5%，合計全年增加支出4.06億點。修訂後支付標準詳附件3，P7~P12。

(二) 有關105年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼品質提升獎勵方案(草案)。

決議：本案暫緩，由健保署與醫界先召開會前會，就方案內之指標及獎勵門檻進行討論，俟有共識之草案，再提案討論。

五、臨時動議：無。

六、散會：下午16時00分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第三部 牙醫

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91014, 91088, 91104, 91114)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口 註：1.適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間限申報一次每九十天限申報一次。 2.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。 3.與其他牙結石清除需間隔三個月。 <u>3.申報本項後九十天內不得再申報91003C~91004C。</u> 4.不得同時申報91014C。	v	v	v	v	800

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第四部 中醫

通則：

二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

- (一)經中醫醫院評鑑合格之~~中醫醫院或醫院附設中醫部門教學醫院~~評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
1. 專任醫師每月平均每日門診量 = 【當月中醫門診診察費總人次 / (當月專任中醫師數 * 23 日)】
 2. 中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為 50 人(含)以下，申報編號 A82、A83、A84、A85。
 3. 中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出 50 人以上，申報編號 A86、A87、A88、A89。
- (二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門教學醫院評鑑合格 (可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤ 50)	
A82	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	280
A83	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	310
A84	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	270
A85	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	300
	2. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(> 50)	
A86	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A88	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費	500
	註：1. 申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。	
	2. 前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報。	
	3. 前項中醫特約醫事服務機構限依據行政院衛生署中醫藥委員會中醫醫院評鑑合格之 中醫特約醫事服務機構或教學醫院 評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院。	
	4. 申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載(應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)。	
	5. B71、B72 每項每位病人每月限申報一次。	

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

二、本節所稱醫院每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

(一)醫學中心

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 3.55}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 10.71}{6} \right] \times 0.9$$

(二)區域醫院

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 2.60}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 15.24}{6} \right] \times 0.9$$

註 1. 前一年門診量以前二年七月至前一年六月之門診量扣除急診、洗腎、慢性病連續處方箋、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、安寧居家照護、門診論病例計酬、職業傷病、65 歲以上接種流行性感疫苗等醫療案件計算。

2. 急、慢性病床應符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，並扣除洗腎及急診暫留床；專任醫師應符合醫師法之規定，並扣除牙醫師及中醫師。

3. 急、慢性病床數及專任醫師數以保險人特約醫事機構管理子系統(MA 檔)、特約醫事人員管理子系統(MB 檔)中每月第一日之登錄資料為計算基礎。

三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

四、經衛生局登記為醫院但未經評鑑且未同意辦理住診者或評鑑不合格者，門診診察費適用地區醫院類別申報。

五、門診當日開立之檢查醫囑，另排定其他日期實施或轉檢者，檢查當日不得申報診察費，但檢查過程中因病情需要併實施其他診療處置，視為另次診療，申報診察費一次。

六、預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。

七、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。

八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

九、全民健康保險醫療辦法第九條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。

十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計30%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計20%。其他未註有兒童加成之診察費項目，三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計20%。

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

(一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計20%。

(二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計17%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計37%。

(三)地區醫院加成方式：

- 1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計25%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計45%。
- 2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計8%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計28%。

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

- 1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。
- 2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科及胸腔暨重症加護等科。
- 3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。

(五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2。

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式：

- 1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計20%。
- 2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計20%。

(二)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加成，其中婦產科及外科專科醫師加成9%、兒科專科醫師加成3%，內科專科醫師加成3.8%；若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成。

(三)加成專科別及門診診察費項目定義說明：

- 1.外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。
- 2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00139C、00140C、00158C、00159C、00119C、00149C、00120C、00150C、00168C、00169C及01023C。

(四)基層院所申報門診診察費三歲以下不分科及四-六歲兒童專科醫師加成20%之點數計算詳附表2.1.3及婦、兒、外、內專科醫師別申報第一段合理量內門診診察費加成支付點數之計算詳附表2.1.4，婦、兒、外、內專科醫師別加成併兒童加成之計算詳附表2.1.5。

(五)基層院所申報診察費，針對75歲以上患者，不限科別各項診察費依表訂點數加計7.5%，計算方式詳表2.1.3。

附表2.1.3

基層院所申報門診診察費三歲以下不分科及四-六歲兒童專科醫師加成20%及
申報診察費75歲以上患者加成7.5%支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	三歲以下不分 科別及四-六歲 兒童專科醫師 加成(20%)支付 點數=A*1.2	<u>75歲以上 患者加成 (7.5%)支 付點數 =A*1.075</u>
一般門診診察費—基層院所門診診察費				
1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分 (≤40)				
00109C	1-1) 處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	332	398	<u>357</u>
00223C	1-2) 處方交付特約藥局調劑(31-40 人次)	250	300	<u>269</u>
00139C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	355	426	<u>382</u>
00110C	3-1) 未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	332	398	<u>357</u>
00224C	3-2) 未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40 人次)	250	300	<u>269</u>
00140C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	330	396	<u>355</u>
00158C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	666	<u>597</u>
00159C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	636	<u>570</u>
2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分 (41-60)				
00111C	1) 處方交付特約藥局調劑	220	264	<u>237</u>
00141C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	275	330	<u>296</u>
00112C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264	<u>237</u>
00142C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300	<u>269</u>
00160C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	475	570	<u>511</u>
00161C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	450	540	<u>484</u>
3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分 (61-80)				
00113C	1) 處方交付特約藥局調劑	160	192	<u>172</u>
00143C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	215	258	<u>231</u>
00114C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	160	192	<u>172</u>
00144C	4) 開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	190	228	<u>204</u>
00162C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	415	498	<u>446</u>
00163C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	390	468	<u>419</u>

代碼	名稱	支付點數 A	三歲以下不分 科別及四-六歲 兒童專科醫師 加成(20%)支付 點數=A*1.2	<u>75歲以上 患者加成 (7.5%)支 付點數 =A*1.075</u>
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分(81-150)			
00115C	1) 處方交付特約藥局調劑	70	84	<u>75</u>
00145C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	125	150	<u>134</u>
00116C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	<u>75</u>
00146C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	100	120	<u>108</u>
00164C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	325	390	<u>349</u>
00165C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	300	360	<u>323</u>
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
00117C	1) 處方交付特約藥局調劑	50	60	<u>54</u>
00147C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	105	126	<u>113</u>
00118C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	<u>54</u>
00148C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	80	96	<u>86</u>
00166C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	305	366	<u>328</u>
00167C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	280	336	<u>301</u>
	6.山地離島地區			
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)			
00119C	1) 處方交付特約藥局調劑(≤50人次)	300	360	<u>323</u>
00149C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	355	426	<u>382</u>
00120C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(≤50)	300	360	<u>323</u>
00150C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	330	396	<u>355</u>
00168C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	666	<u>597</u>
00169C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	636	<u>570</u>
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)			
00205C	1)處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	<u>237</u>
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	275	330	<u>296</u>
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	<u>237</u>
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	250	300	<u>269</u>
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	475	570	<u>511</u>

代碼	名稱	支付點數 A	三歲以下不分 科別及四-六歲 兒童專科醫師 加成(20%)支付 點數=A*1.2	<u>75歲以上 患者加成 (7.5%)支 付點數 =A*1.075</u>
00210C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	450	540	<u>484</u>
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)			
00211C	1)處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	<u>172</u>
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	215	258	<u>231</u>
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192	<u>172</u>
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	190	228	<u>204</u>
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	415	498	<u>446</u>
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	390	468	<u>419</u>
	(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
00217C	1) 處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	<u>97</u>
00218C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	145	174	<u>156</u>
00219C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(>150)	90	108	<u>97</u>
00220C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	120	144	<u>129</u>
00221C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	345	414	<u>371</u>
00222C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	320	384	<u>344</u>
	精神科門診診察費－基層診所 每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)			
01031C	1) 處方交付特約藥局調劑	318	382	<u>342</u>
00182C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	369	443	<u>397</u>
01032C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	318	382	<u>342</u>
00183C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	348	418	<u>374</u>
00184C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	569	683	<u>612</u>
00185C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	658	<u>589</u>
	－每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)			
00186C	1) 處方交付特約藥局調劑	164	197	<u>176</u>
00187C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262	<u>234</u>
00188C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	<u>176</u>
00189C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235	<u>211</u>

代碼	名稱	支付點數 A	三歲以下不分 科別及四-六 歲兒童專科醫 師加成(20%) 支付點數 =A*1.2	<u>75歲以上 患者加成 (7.5%)支 付點數 =A*1.075</u>
00190C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	<u>469</u>
00191C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	<u>445</u>
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
	<u>急診診察費</u>			
<u>01015C</u>	<u>急診診察費</u>	521		<u>560</u>
	<u>精神科急診診療費</u>			
<u>01021C</u>	<u>精神科急診診察費</u>	550		<u>591</u>

註：灰色區塊為105年共同擬訂會議第2次臨時會通過的點數，尚未公告實施。

105 年度第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

與會人員發言實錄

前言

主席

各位代表、分區業務組同仁及醫管組，大家午安！今天召開今年第一次健保醫療給付項目支付標準共擬會議。請各位代表先確定上次會議紀錄。從第 1 頁到第 4 頁，各位代表對會議紀錄有意見嗎？好，如果沒意見，會議紀錄就確認！接下來請翻閱決議事項辦理情形追蹤表，請同仁說明。

李科員筱婷

各位代表、長官好，這次辦理情形追蹤表全部解除列管，分別為序號 1，針對現行診療項目，以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案，擬訂於 3 月向分區舉辦成本分析填表說明會後，再行函文至醫療院所調查；序號 2 跟 3，有關應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準及修訂物理職能及語言治療診療項目申報資格案，建議依程序於 3 月 9 號報部核定。而醫師公會全聯會也提其他修訂建議案，並提此次會議討論，故解除列管。序號 4，修訂呼吸器依賴患者整合照護計畫已於 3 月 9 號公告，故解除列管。謝謝！

主席

好，上次會議紀錄的決議事項辦理情形都按照程序進行處理，除第一項基本上是三月份由署本部舉辦分區業務組同仁說明會，讓分區同仁瞭解，然後由分區業務組分別召開院所說明會，再函文給院所填報共 12 項提成本分析的資料，這樣的程序，大家有意見嗎？好，若沒意見，辦理情形就確認。接下來請看報告事項第一案。

報告事項

第一案

案由：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫之診療項目「91017C 懷孕婦女牙結石清除-全口」案。

主席

好，本案是牙醫師公會全聯會提報的支付標準修正，請問大家有意見嗎？

滕代表西華

所以是要調高支付標準的意思嗎？除了次數以外，因為原本的91014C的支付標準是600嗎？是不是？

陳代表彥廷

不是，它是已經公告的項目，只是調整它的備註的事項而已。

何代表語

以前治療間隔是多少？

陳代表彥廷

以前治療間，是說在懷孕期間一次，現在改成間隔三個月90天。

何代表語

以前是懷孕期間只能一次是吧！現在改為三次。

陳代表彥廷

不見得…

主席

最多三次，來，請！

朱代表益宏

我想請問一下，當初在牙總時有沒有討論會增加多少費用或頻次？有沒有做一個預估？

陳代表彥廷

這個項目在當時是有評估過的。

朱代表益宏

多少？

陳代表彥廷

我現在這邊沒有數字…，是不會增加預算的。

主席

請醫管組說明。

谷科長祖棣

醫管組說明，依 104 年前 3 季申報共 4 千 3 百多件大約 0.035 億，推估全年大概是 0.046 億。這案當初的預算是 0.8 億，所以預估的費用沒有超過，在預算範圍之內。

陳代表彥廷

它是總額一般預算的一個項目而已，在協商因素下。

朱代表益宏

因為上一次，我們在討論醫院的時候，基本上醫院提的也比較高，超過九十幾億，包括滕委員及幾位付費者代表預算是以非協商因素去調整會比較適合。所以我剛才特別問一下這裡面到底是哪裡？如果是在一般的預算應該協商的時候就應該有匡列項目，如果是這樣當然就沒有問題，但是…所以我剛剛才問說這預算是不是協商的時候就匡列

八百萬是不是？然後現在調整只有四百多萬，是不是這個意思？還是說當初沒有匡列的話，那這預算應該怎麼來調整？

主席

理論上當時估計匡列的費用是婦女在懷孕期間可有一次 800 點的洗牙，因為孕婦洗牙給付點數比一般洗牙高，結果實施後並不是每個懷孕婦女在懷孕期間均接受洗牙，所以利用率並不高，這次提出懷孕期間只提供一次可能還不夠，希望三個月能夠有一次，若說明不太準確請全聯會再說明。

陳代表彥廷

我再補充，因為我們遇到的情況是這樣，有些需要婦女，譬如說她上次洗牙到現在可能不到 90 天，因為她是那之後才懷孕的，所以她也出現症狀，她不適合在原規劃裏實施，所以我們認為說應該把…因為我們這樣的規定讓有需要用的人無法使用。

朱代表益宏

請問一下，剛主席有特別提到，因為預算的執行使用率不高，那懷孕一次使用率都不高那現在放寬三次，使用率會增加嗎？這應該在牙科總額或牙科全聯會那應該有些配套，怎樣鼓勵懷孕的婦女來使用這一塊，應該有些配套或許不在這邊討論但是我建議在牙總那邊，如果今天它過了應該要有配套去增加它的使用率啦！不然你變成不來的還是不來，你一次她都不來給三次她會來我是不太相信，那可能跟每個孕婦的習慣有關，她不來的給一次都不來了，給三次更不會來了。

陳代表彥廷

我想大家誤會了，不是要給三次。我們講最多用到三次，但不是要給三次，我們現在講的說，譬如說她二月份洗牙，四月時候已經懷孕一段時間那她出現一些症狀，那你按照原來的規定她是不能做的，我們是在針對這一部分在做修訂。那它的費用執行率上面，其實去年一

開始的時候已請國健署在媽媽手冊上做修訂，但他們的版本要到今年才能複植，我們也寄給所有婦產科診所請他們幫我們做宣導相關的東西都已經在做了，我覺得這件事情需要大家共同來努力，謝謝。

何代表語

主席，我提議通過這個案子，剛好我也寫下來多鼓勵懷孕婦女來做口腔的檢查，因為我們不希望有些婦女因為生產以後牙齒掉了好幾顆，另外也向婦產科醫學會共同加強宣導，向剛剛提到已向婦產科院所加強宣導那是非常好的，我認為讓這個案子通過，希望會同婦產科醫學會跟婦產科院所向懷孕婦女多鼓勵來做口腔檢查跟清洗。

主席

謝謝何代表的建議。

許常務理事美月(郭代表素珍代理人)

我非常贊同這件事，基本上來講我們是服務懷孕婦女，其實我們自己本身在宣導懷孕婦女口腔衛生的時候，其實不是因為她懷孕之後，事實上我們是期待在還沒懷孕之前她的口腔衛生就要很好，所以才會造成剛剛提到的懷孕婦女她後來懷孕之後牙齒有問題她可能會受限於擔心是不是需要麻醉？是不是需要什麼樣的檢查？讓她會卻步。我非常贊同口腔衛生是非常重要的對一個懷孕婦女，所以我也期待這個能夠同意這樣做而且要極力的宣導，因為這跟懷孕婦女鈣…等等之類都有很大的相關性，尤其是口腔衛生這件事，我覺得這件事情是勢在必行是有必要這樣做的，以上，謝謝！

主席

好，謝謝許代表。其他還有意見嗎？好，若沒意見，就通過牙醫師全聯會所提的，懷孕婦女牙結石清除的頻率，改成懷孕期間 90 天可以申報一次；另外請牙全會洽婦產科醫學會，還有婦產科的院所，鼓勵懷孕婦女接受婦女牙結石清除，以維護口腔健康。來，請。

滕代表西華

身心障礙的懷孕婦女是要適用 91017C 的，還是要適用特照的費用？
身心障礙的懷孕婦女。

主席

洗牙好像就只有兩個碼。

陳代表彥廷

就看院所的申報啦！因為特障的院所要報特障的項目是需要經過講習的，所以那個院所如果本身沒有經過講習，沒有報備核準，它如果對有特殊障別的婦女，它事實上做這些，它應該還是報這個項目，因為那個項目是專案，需要有經過報備的。

滕代表西華

你說那邊是多少費用？

陳代表彥廷

那邊是 600。

主席

可是有加成。

陳代表彥廷

對，它有加成。

主席

對，依身障程度最高可加成 70%；但必須是合格且報備的院所，才能申報加成，要不然就是適用一般碼。

陳代表彥廷

事實上，我們在明天早上在衛福部有一個(後天)在衛福部早上有

一個記者會，這個是我們今年在記者會裡面的重點。

主席

OK，好，希望牙全會也加強宣導，記者會也是一種宣導。好，謝謝，各代表還有意見嗎？來，請。

陳副院長信水(徐代表弘正代理人)

主席，不好意思，因為我剛剛聽到滕代表提到那個有關於身障的問題，我覺得~因為剛剛我不太清楚牙科的支付標準，假設那個 600 是在 800 額外加的，我覺得那是合理的，因為我們知道身障的人要去₁做牙齒，其實是非常辛苦的。就像剛剛講，它要做身障的牙科~

主席

對，它是 800 點再往上加成。

陳副院長信水(徐代表弘正代理人)

對，是不是確定這樣子？

主席

是。

陳副院長信水(徐代表弘正代理人)

如果不是的話~

滕代表西華

它是原本 600 點加特照的障礙程度加給，那我剛是問他說…

主席

懷孕！

滕代表西華

孕婦的申報是採這裡，這裡就只有 800 點。

陳副院長信水(徐代表弘正代理人)

會不會這裡比較好？這樣的話，我覺得是~所以可能~

主席

沒有。

陳副院長信水(徐代表弘正代理人)

不會啦？OK，因為我覺得身障真的很難做，如果還比這個少就…

主席

不過，陳醫師，請問若是身心障礙的婦女，她是重度身障，但是她懷孕了，理論上如果到合格的院所，應該是 800 點為基礎然後往上加成。

陳代表彥廷

就是一般的院所，它會報這個項目，沒有加成。但是有報備特殊的那個院所~事實上可報這個項目，它就可能有加成。

主席

所以是 800 點往上加成才對！

陳代表彥廷

對，是的，沒錯。

主席

所以是 800 點往上加成，而且看障礙別，如果是重度，應該現在是加成到有 70%，就是因為從輕到重，有不同之加成。

滕代表西華

你不是用特照的費用裡面，它原本是身心障礙者的那個 600 的洗牙去加成，而不是~你是用懷孕婦女在 plus 身心障礙，所以你就切兩塊的費用的意思嗎？

我的意思是說如果是這樣 800 報這邊，plus 加那邊，還是…

主席

不是，800 點是報這邊。

滕代表西華

還是全部加成之後去報特照？

主席

800 點報一般！加成的那塊，有另外一個專款！

滕代表西華

對阿，我的意思是這樣。你就假設加上去 1000 點好了，200 就報特照切到那邊的錢，800 就從這邊一般服務來支應，是這樣嗎？

主席

對醫生來講，他拿到的是 800 點再加成的點數！只不過是預算來源不同。

滕代表西華

對，我們的預算是這樣切嗎？不是切到特照的錢嗎？這你要講清楚喔！

主席

加成的部分才是用專款，沒有另外的支付標準。支付標準都是共用這個基本的支付標準。好，總之提供身障者，不管是一般婦女或懷孕婦女的洗牙，基本上如果你到合格報備的院所，給付是有加成的。

好，大家還有其他意見嗎？如果沒有，就通過。謝謝。接下來，第二案。

報告事項

第二案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫案。

主席

好，謝謝，醫管組有補充說明嗎？

谷科長祖棣

請大家翻閱第五頁第七章其他裡面的註3，前項中醫特約醫事服務機構限，這幾個字是誤刪，因此是前項中醫特約醫事服務機構限中醫醫院評鑑合格…等，文字進行修正。

主席

好，謝謝，中醫師公會代表有補充說明嗎？沒有，好，各位代表對修正有意見嗎？

滕代表西華

請問這語意的改變有差別嗎？還是只是醫院評鑑的用詞而已？

主席

配合醫院評鑑的用詞修正內容，實質意義沒有改變。

羅代表永達

事實上我在中醫門診總額會議提出來，因為之所以作這樣一個修訂，最主要目的是現在中醫會評鑑，或是收受很多中醫的學生或實習生，這樣合理門診量相對病人數會減少，所以他們願意給他多一點給

付，在這給付當中就會出現一個問題，現在所謂的評鑑醫院，教學醫院評鑑合格，其實分很多職類，其中有些不可以收中醫，所以我們上次就作文字修正，如果有收中醫，才符合精神。有些教學醫院，雖然是教學醫院但是沒收中醫，雖然有設中醫部門但沒收中醫就不符合這個精神，所以修正完全是針對這個精神，以上。

主席

好，謝謝羅代表，羅代表講的是括弧內的說明。請，干代表。

干代表文男

我不是對它給付的問題，我請教這裡面的可收訓練中的中醫實習生，那我要請教我們現在一年畢業的人數有多少？能夠到醫院的中醫部門實習的人有多少？這有牽涉到以後整個市場，跟整個業界，現在不要說看到小小的一點火花，這個不去注意，以後就變成太陽花了，因為你現在的容納，你畢業的人數去看，有的資料裡面，大概有 350 個，但是你現在能夠容納得下，再到醫院中去學習這個兩年，我們都不反對，贊成這個很好，但是你整個容納不下 delay 下來，那這些人數要怎麼辦，他永遠都不能開業囉？這個要怎麼解決？

主席

請公會，顏醫師。

顏代表良達

這邊報告一下，就是現在一年畢業的中醫師數大概在 300 上下，然後在醫院這邊可以大概在 200 左右，其他診所可以代訓的大概 100 多。

干代表文男

但是你到醫院以後，教學醫院以後，有設中醫部的才能夠到外面開業，兩年以後才能代訓，那你這 200 個，那後面的 150 個要怎麼解

決？

顏代表良達

他都可以，醫院跟診所也可以。

千代表文男

診所代訓的也可以開業嗎？

顏代表良達

對，診所只要有去參加公會辦理的代訓課程，它都可以。

千代表文男

那個有多少？

顏代表良達

100 多。

千代表文男

總加起來有沒有辦法容納全部的畢業生？

顏代表良達

可以。

千代表文男

但是據我知道，人家反映給我的是沒有，這個是慢慢 delay，從 03 年開始以後，03 年以前畢業兩年就可以執業，那現在你畢業以後要到有教學醫院的中醫部去實習，兩年以後才能開業，那問題就出在這裡，你現在教學醫院的中醫部沒有辦法容納，這樣算來，差 150 個，你這 150 個永遠就沒有辦法，每一年出來都這麼多，從 03 年開始就有這個問題存在，那現在更嚴重的是說，一直 delay、一直積壓，這些人都年輕人，他背的是學貸、背的是一個家庭，他現在受不了，要怎

麼樣解決？你不解決的話，看小小一點點，將來會很大的麻煩，我希望你們能夠找一個出路給他們。就是每年的這 150 個雖然是有 pgy，但是卻沒有辦法拿到醫學中心的證明，永遠只能執業而不能開業。

顏代表良達

這個跟各位代表報告一下，就是牽涉到 PGY 的問題，那所以為什麼會請診所再參加這個代訓，就是為了消化這些問題。

干代表文男

我知道是 PGY 這些，但是 PGY 到診所，他出來兩年以後還是不能開業。

顏代表良達

可以。

干代表文男

一定可以嗎？

顏代表良達

可以。

干代表文男

請衛生署回答一下。

主席

好，謝謝干代表，您的問題跟本案無關，不過您的問題可以收錄下來，轉中醫藥司與醫事司參考。本案還有其他意見嗎？好，沒意見就修正通過，謝謝。接下來，討論第一案。

討論事項

第一案

案由：應用 105 年西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。

主席

好，醫管組是否跟各位代表說明，原來附的資料係調整 9%，跟今天附的資料係調整 7.5%，為什麼會做這樣的修正？請說明原因。

谷科長祖棣

先說明一下，原本算 9% 的時候，因為目前的西醫基層門診合理量的門診診察費支付點數，目前是有一般成人的支付點數，及兒童的加成 20% 的支付點數；現在新增一欄叫做「75 歲以上老人的支付點數」；而在每段合理量計算的時候，就是現行只有兩種支付點數的時候，它的排序會跟我們加一欄老人支付點數的時候不一樣，會重新排序；因為在申報的時候，我們採每一家診所月結算，所以它是每一家診所每一個月單位的人數，它會按照點數最高的往下排；所以當老人的支付點數調高的時候，現在目前老人的分布，未來在申報的時候，會往前排，所以它的費用分布會改變；我們原先在算 9% 的時候，是沒有算到這個變動的部分，只實際算到老人的量，它原來落在什麼地方，然後它會增加的點數，我們去估了 9%。

老人點數調高後，一定比現在的點數高，所以在順序上來說是小孩最高，因為它是 20%；再來是 75 歲以上老人；然後，再來是一般成人。所以按照這個順序，重新排列之後，我們去估它的費用是可以調整 7.5%，以上說明。

主席

謝謝。好，不曉得大家是否聽懂；這兩個數字全部都是醫管組算的，修正後數據係因發現沒有考慮到調高之後，老人會優先排在門診合理量的第一段、第二段，因此做這樣的修正。現在修正後，4 億只能調到 7.5%。

調整之後的金額，就在今天桌上發的支付標準的這份，最右邊的

那欄；大家從第 11 頁到第 14 頁，都增加一欄，就是 75 歲以上患者加成的支付點數，這裡全部都是診察費。好，請問大家還有什麼意見？來，請，干代表；再來是滕代表。

干代表文男

目前提案的是 75 歲，如果降到 70 歲會變成怎麼樣？沒錢~錢還是一樣多啊！反正錢是給大家用的！但是用的人，享受的人，會人數更多！這些用完就沒了，也不會再另外追加。

主席

因為全聯會提的是 75 歲，所以沒有算 70 歲；假定是 70 歲，人口多，4 億可能調整的幅度就不是 7.5%，會下降，是這樣。

干代表文男

更低的話，如果按照這樣子算的話，一年已經過 4 個月了，這個案如果准的話，到 4 月開始修，要過 4 個月了，是不是用得完？用不完，是不是能降到 70 歲算？用完就結束。

主席

但明年怎麼辦？是否先請全聯會陳醫師先說明之後，再請滕代表。

陳代表宗獻

非常感謝，之前何代表在這個會議上面給我們很多的建議，也都是基於老人照護上面的需要。那現在干代表所提的，70 歲~是這樣~我們如果以溪頭來講的話，70 歲到 75 歲，都還在溪頭的那個山徑爬坡，都還可以；就是說，基本上膝蓋那些都 OK 啦。對，我一天到晚都在跑溪頭，去溪頭那邊爬山，在那邊爬山都爬到瞭望台，大概幾年下來~這十幾年下來，75 歲以上的，漸漸漸漸的~就是人如果到 75 歲，腳就沒辦法承受了，然後漸漸的耳背，耳朵就衰退了，聽不見了；所以跟

醫生的溝通就會變得很困難，所以比較上，我們人體的功能，以現在的這個國民健康的狀況來看，75歲以後的變化會加劇，80歲更快，差不多就進到養老院去了，所以~比較多啦！比例會高

所以，如果是70到75，當然也可以，但是其實70到75這個部分要付出的診療的努力和時間和注意力都還好，因為還有很多多重慢性病，都在75歲以後才會比較多這樣，謝謝。

千代表文男

以70歲算一個坡坎、一個坡坎，你70歲保養，跟80歲保養不同，同時是花這個錢，但是你要花在前端，還是要花在後端？

主席

這個是只有醫師診療，沒有保養。先請滕代表，滕代表剛先舉手。

滕代表西華

那個75歲以上要調，或是65歲，或70歲，或80歲，它應該要有一個重要的評估，就是比如說，我們在家醫制的時候，我們在鼓勵收病人，就是健保署派案給家醫群的時候有一些標準，其中一個就是年紀，另外一個就是慢性病的種類，就是它是一種慢性病，還是兩種，還是三種；假如說，我們家醫群的這個部分收的沒有我們預期的那麼理想，那有諸多原因，我一點都沒有想要批評收案有問題的意思。那在一般的診察費的調整上面，就應該要從慢性病來考量；也就是說，如果在醫師公會的分析裡，或健保署的分析，75歲以上的多重慢性病是比較多的，那當然要優先調75歲以上，我覺得這是對的！那如果是多重慢性病，假如兩種以上慢性病，從70歲以上就明顯增加了，當然應該要考慮是不是要從70歲去調；但因為我們現在不知道數字，當然就是尊重醫師公會提出來的75歲以上。如果框定了上限，當然就是下修百分比，那當然就要看醫師公會跟健保署的評估。不過如果確實要用年齡來切的話，比較好是說服我們為什麼~因為我們對高齡~我們對

老人這個都是在 65 歲以上，那當然你要切 75，總是要有一個理由，會比較容易說服我們；但你們自己有共識，我們是沒有特別的意見。這第一個。

第二個，剛剛醫管組的說明，我有點不太明白，就是在 9%跟 7.5% 的；是說因為這樣調之後，這些都會變成第一階段的合理門診量；意思是說我申報上，技術上會把加成的排到前面的意思嗎？就是我病人都是按照掛號順序來，所以掛號的前面的 40 個人~我有沒有誤會？好，我有誤會，沒關係，因為我剛剛聽，我以為是這樣，那這樣我就覺得不太妙；就是我這樣前面 40 個人各種年齡、各種病人都有，所以我算合理門診量；應該不是說，如果有 75 歲的人來看門診，我都會優先去申報有加成門診量的？所以哪一種？我有誤會嗎？

龐組長一鳴

後面的這種對。

滕代表西華

蛤?後面這種對，所以是我沒有誤會的意思？這樣就很妙啦！我的意思就是說，我在申報的時候，我會優先申報那些有加成的，假設他是第 70 個來看病，我並不會算在第二階段，會把優先有加成的，3 歲以下，4 歲以下，跟 75 歲以上，凡是有加成的都優先在第一階段的申報的意思嗎？對？喔，好。

朱代表益宏

主席，我建議這個案子是通過啦；第一個，因為當然全聯會是建議 75 歲啦；第二個，跟干代表報告，因為現在台灣、中國的~我們台灣的平均壽命，男生好像也超過 70 歲啦！女生大概 78 歲，我印象中~女生 80，男生 76；所以你說調到 70，70 現在算年輕，70 歲算年輕啦！因為平均壽命，男生都 76 歲，所以我覺得其實 75 歲以上是可以考慮啦。那如果當然付費者覺得不行，大家都快要 70 歲了，明年~我就在

給它加一點錢，那就明年在調，調降到 70 歲，那就拜託付費者明年在協商的時候，在協商因素裡面，再加一條，降到 70 歲，又有錢可以加；所以我建議這個案子，因為是全聯會提出來，今天叫它再試算，再繼續拖，就不知會再繼續拖多久；所以，適不適也拜託干代表，75 歲先讓它過。謝謝。

干代表文男

我來解釋一下，我不是這個問題存在，我對這個 4 億的這個，我是說 4 億，一年 12 個月已經到 3 月底，等到公布以後就 4 月了，你能不能用完？如果不能用完，你是不是降到 70 歲？那你也是看，你現在只有一個版本~only one，你說非要這樣，那我們能怎麼樣？70 歲跟 75 歲，都會到；但是就是說你們提出來的這個案子，你一定要說服力，我們剛才滕代表講，你為什麼不從 65 歲算起？為什麼不從 70 歲開始？唯獨用 75 歲，你說用 85 歲、80 歲也可以，講說人老了比較需要這個優惠；但是這裡面就只有 only one 這個 75 歲，讓我們有一點不了解的地方。以上。

主席

好，謝謝，陳醫師要說明，舉好幾次手。

陳代表宗獻

我們看看第 12 頁好不好？我們今天的基本診療章，就是附件的這個~今天有一個比較小本的那個表格第十二頁，我們就看的出來，其實它還是有區別，就是一般的處方大概 70 點會升到 75 點，「00164 開具慢性病連續 2 次以上調劑」的時候他會從 325 點增加到 349 點，那個是比例的關係，但是這個也在這裡突顯就是這個部份對於慢性病的鼓勵還是夠；那有時候我們會去思考說，如果老人到診所去看病，那 70 歲跟 75 歲的待遇會部會有差異，其實待遇是一樣，提供的醫療服務也相同。但是不一樣的就是醫生要花很多時間，靠在老人的耳朵邊跟他

溝通，那個在 75 歲以上比較多，70 歲以上的比較少，是有這樣的關係。所以是對醫師這邊的鼓勵，倒是對醫療提供都是相同的，並無差別。

羅代表永達

主席，我想，每次醫院部分看到人家調診察費，我們都看了很羨慕！雖然我們這一次……我正要講，我們一般是針對血汗醫師，都覺得醫師的薪資不夠高，可是我想今天很高興聽到，我們的代表告訴我們說，70 幾歲、60 幾歲，他們很辛苦，事實上○○(14:38)的醫師看年紀很大的，光是門診叫到號，等他慢慢走進來，事實上就很多的时间成本是不一樣的，對那個醫師也是這樣，他比較辛苦。假設我們明年，或是我們如果有機會的話，我們醫院將來是 75 歲，或是 70 歲也沒有關係，就是我們也類似比照這樣來調整，我們希望消費者代表能夠支持；因為今天大家的發言裡面，都是針對這一方面，大家都是共識的；那如果假設我們下次有機會的時候，很希望在座的各位代表能夠支持。以上。

陳代表宗獻

不好意思，這樣可能是我沒有回答到干代表的重點；其實干代表的重點是公告的時候已經 4 月份了，是前面這段時間沒有用那麼多，就變成在所有的科，婦產科、外科、皮膚科等都在裡面，是共同利用那些剩下來的部分；但是，明年度開始，一整年度 4 億多就會用完，所以只差在前面這一部份。

干代表文男

我們的看法不是這樣，我對這個案子的數據沒有問題，但只有一個數字 75 歲，那為什麼不另外試算 65 歲、70 歲、80 歲，就一階、一階試算，你試算出可以分別加成多少，這樣才好理解；那你現在原來的 0.09，現在變成是 0.075，這倒是沒有什麼關係，這些錢仍是讓你

們使用，我們不討論這些。但是，你們的提案一定要讓大家能夠作比較，瞭解增加這些錢的原因，還有這些多出來的錢所造成的效益為何，這是我的意思。

潘代表延健

主席、各位代表，大家午安。我對這個案子是沒有意見，我贊成；但是我這邊提出兩點，第一個就是因為我們現在進入高齡化社會，高齡化的速度非常快，所以現在訂 75 歲，如果說今年的預算假設從一月就開始做，那把這個預算中平全部都用完的話，那預期明年、後年逐年下去的話，我相信這個部份一定是不夠用；所以，我是建議西醫基層這邊可能可以有一個監控機制去注意這個部份。

第二個就是，我要向滕代表說明，剛剛門診合理量與申報的方式部份；因為醫師在看診時，就如同教育界有一段話：「有教無類」；病人來了，醫師並不會去分是什麼樣的病人，也不會去按計數器來看是否超出合理量，因而看快一點或是隨便一點，絕對不會這樣！所以對每位病人，第一位與最後一位，他花的心力及付出的精神應該是一樣的。至於在申報上面，在醫院部份，因為這個是合理量，有前面、有後面，所以當然會採取比較有利的方式進行申報；但是，對病人來講，應該是不會有影響。以上。

主席

好，謝謝。請，賴代表。

賴代表振榕

謝謝主席。我想這個案子，我基本對 75 歲以上的診察費沒有特別意見；但是，我記得上次我有發言過，好像主席也有建議我們醫師公會這邊，我們要調整這部份的時候，能夠讓我們藥師公會一起參與，但是好像沒有。

那我現在的意思並不是說要把這個案子先 pending 下來，我是覺

得在社區藥局這一段，實際上來領藥的病人是從醫院來，也有可能是從基層來，所以藥事服務費要放在哪邊，確實是有困難。但是，我在幾次的發言中都有提及，實際上老年病人在醫師診察後的用藥正確性與遵醫囑性這一段好像一直都沒有被重視！藥師公會現在也一直在鼓勵各個社區藥局在對老年病人，就像剛剛干代表所提的，我們是 70 歲以上的老年病人，建議我們的藥師要幫病人做摻包服務，把粉弄好；讓他回去都能正確服用，能夠知道是中午服用、還是晚上服用，根本不用再像大醫院的藥，要自己分辨，以致分得不清楚。之前，我也講過，曾經有病人向社區藥局藥師講，我晚上的藥剩一堆，我不用晚上的，只需要早上的！為什麼會剩一堆？這不是雲端藥歷就能看到的東西嗎？這個案子我沒有其他意見，但是我覺得未來如果還有非協商因素的經費，拜託我們健保署要重視，也希望付費者代表也應該要重視；干代表沒說錯，70 歲、65 歲，我知道我們目前中部有一家藥局，且他的慢簽還算蠻多的，他公告跟病人講「70 歲以上，我們免費提供摻包服務」；因為目前健保屬也沒有給，但是我們藥師有注意到 70 歲以上的老年病人，實際上醫師診察做得非常好，但是回去吃藥卻是搞不清楚。所以我還是要再次發言，拜託未來能夠重視在基層方面，要去重視藥師努力在老人病人的藥事給藥服務方面。謝謝。

何代表語

主席、各位代表，第一個我們當然尊重醫師公會已經決定好用 75 歲以上來加成，那原來通知我們的時候是 9%，現在又改為 7.5%；7.5% 如果從 4 月 1 日開始支出，預計會支出多少錢？這是第一點。

第二點，我是比較贊成 75 歲以上先實施，因為 70 歲到 74 歲，我看來很多人都還很年輕，不要一直說老；我知道我們干代表有點惺惺相惜的感覺，因為我們都進入這個年齡，所以會比較疼惜同年齡的人。那我認為，這個案子就先通過；假使明年經費很充裕，我們不會反對。

再來一點，實際上藥師公會今年度，尤其我們付費者共同提出來

給你們六千萬元的居家服務費，原來衛福部是沒有編列的，那我們付費者代表共同決議，給你們六千萬的居家服務費；也就是希望在藥師這邊，對於來往的老人用藥方面給予一點關懷，一點服務的工作。我的建議是今天這個案子讓它先通過，最慢 4 月 1 日要開始實施，不要拖延。

另外，希望健保署能夠統計目前 70 歲到 74 歲人口的就醫比例，讓我們瞭解一下，作參考。人生 70 才開始，最好不要吃藥，當然是希望這樣子。我是建議這個 75 歲的老人加成 7.5% 先通過，未來在看整個總額的情形在考量。謝謝。

陳代表宗獻

非常感謝代表的支持，我們全聯會在討論的時候有數據，我們 70 歲以上在 103 年申報診察費的點數是 69 億，75 歲以上是 44 億；換句話說，如果是以 7.5% 來計算，70 歲的部份平均增加 13.2 點，75 歲的部份就平均增加 21 點，這中間的差異大概是 30%。

那如果我們來看，藥局，因為處方交付特約藥局調劑，一起都有調整，所以這個是整個包括社區藥局都有調整。

主席

這個是調診察費，那是要調藥事服務費。請，陳代表。

陳代表宗獻

藥事服務費~抱歉。這個交付的部份，如果是 75 歲可以調升 5 點，變為 75 點；如果是 70 歲，就要降三分之一，調升 3 點上下，會變成很少，少到幾乎都看不見。我很感謝各位代表對這個提案的支持。

賴代表振榕

謝謝何代表剛才的發言，六千萬謝謝付費者代表對藥師的支持，但那是用計畫方式在做，剛發言的重點是對一般普遍性的提議。當然我

今天不是說對這案的意見，我是覺得未來要去重視，那剛陳代表也提到已經調了，那是調診察費，診察費當然非常重要，但相對的病人到社區藥局來，社區藥局的藥師應該可以貢獻一些心力，讓病人在吃藥時不會混亂不清，因為總有一天我們也會老，那我們那個社區藥局總共有三個藥師，他們的想法是說在十年後他們也差不多七十歲了，所以我們現在可以看到公告出來，七十歲以上的老年來領慢箋，他免費提供餐包服務，而且是一餐一餐幫他包好，我想這也不是藥師在斤斤計較費用問題，但是真的要拜託，未來我們是老齡社會了，醫師方面醫師診察非常好，那用藥分面，藥師能夠幫忙病人服藥的正確性，希望能多重視，以上，謝謝。

主席

好，謝謝。剛有提到本案甚麼時候能生效，請社保司說明，因為要經過公告，社保司有一定的程序。

梁代表淑政

跟各位代表說明一下，有關支付標準的修訂公告程序，因為它是法規命令，所以需要經過保險人的預告，再到部裡做發布作業，這樣最快可能要到5月1日，所以4月1日是比較困難的。又本提案中，有提到如果要追溯的話，會有追扣補付的作業與執行，那會增加院所行政作業的負擔。所以就跟上次支付標準表調整的方式是一樣的，就是不追溯，再看看是不是能在5月1日實施，以上說明。

主席

好，請，何代表。

何代表語

第一點：剛剛藥師公會代表有發言，提到六千萬，應該是五千萬才對，去年是六千五百萬，今年是五千萬。第二點：請問你們公告程序有規定天數嗎？那如果4/15能不能實施？

主席

支付標準修正都是每月 1 日生效，且因為合理量是月結，跨月計算不易。我想醫師公會對生效日沒意見，大家應該也沒有意見。好，其他代表還有意見嗎？如果沒有，這案就通過。剛有幾位代表提到，藥師公會代表老人的藥事服務費、醫院代表 75 歲以上老人的診察費，這些都會紀錄下來，必要時建議可列入明年協商，其他代表還有對這案有意見嗎？沒有，這案就通過。再來第二案。

討論事項

第二案

案由：有關 105 年全民健康保險國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS) 編碼品質提升獎勵方案 (草案)。

主席

這案今天有修正的東西在各位的桌上，請醫管組谷科長說明。

谷科長祖棟

有一份單張，請各位先行查閱各層級的費用占率，這是在我們提案的第十六頁，當中有提到這案的預算是一億，我們依照各層級 104 年門住診的醫療費用占率，但因為 105 年 92 億非協商因素有調整，所以按照原來調整各層級分布再去合計，會有一個新占率，我們按照新占率再去分配一億，先切割層級，這是第一份資料。

第二份資料是 A 4 直的這份，這是在提案中的八項指標，詳細說明指標定義，而這份指標上有再做部分修正，跟各代表說明一下，原本的指標，其配分概念是用百分位進行配分，修正後也是用百分位配分，但進入獎勵條件之前，會先建立一個基本門檻，要先達到各個指標的基準值後，才進入百分位進行配分，而百分位配分是用各層級之間進行配分，依照百分位去配 0 - 15 分不等。然後，請大家看這份資料

的第三頁，指標的部分稍待再逐項討論，先看這第三頁的部分，新增一項備註，各醫院在計算獎勵指標時，需先達成各個層級醫院的獎勵指標基準值後，再依照各層級的百分位配分，因為有八支指標，每支指標的最高分是15分，所以整體滿分為120分。另第五頁是剛提到的獎勵基準值，用105年1月各層級醫院申報的住診醫療費用資料，去跑各項指標符合定義的百分位分布，現在獎勵的基準值，目前是暫時先用每個指標各個層級的平均值當作基準值，等下大家可以討論。再來，另一份資料是橫的，這份資料我們彙整八項指標與計算說明，還有醫院協會提的建議及本署說明的摘錄，以上。

主席

好，謝謝。這一億是今年的專款，希望能增加ICD-10-CM/PCS編碼的正確率。今天發的補充資料中，對於這幾個指標有詳列獎勵門檻和獎勵標準，還有每個指標的定義及計算的方式。另外第五頁有標註，基本的門檻是由今年元月份大家申報資料中，跑出不符率，也就是以元月份之資料為基期，對不符率訂出一個基本門檻，目前基本門檻是用平均值，大家可以再討論，以上是補充資料。

另外，有一張是三個層級的分配，除了用104年門住的合計外，也把今年四月一號才要生效的支付標準調整的變動都算進去，然後再算三個層級的占率，所以應該足以反映105年三個層級的分布。

還有一本是文字很小的這份，大家對於這指標的意見，我們等下再陸續討論每個指標，大家的取捨，以上是這案的說明。不曉得大家對於這架構有意見嗎？

黃代表雪玲

主席，我想先請教一下，本來有訂3/2要先開一個會前會，其實公告出來的時候，我們醫學中心就有很多疾分人員想要參與，至少有五家要報名這個會議，可是後來不知道為什麼就臨時喊卡，喊卡後我們

以為會重新再召開，因為今天的會上大部分都不是疾分人員，這邊牽涉疾分編碼的品質，這些指標其實還有很多意見，因此我們原期待有會前會，可以讓疾分人員充分討論，可是事實上並沒有召開，就直接進行此次會議，今天會議上又多這麼多補充資料，但我們很多疾分同仁也都還沒有看到，若在這個會上討論的話，我們是覺得是否能先回去讓疾分同仁有個充分溝通，因為我們都沒辦法代表他們，雖然他們給我很多意見反應，但事實上我也不是那方面的專業，只是把他們的意見帶到了，但我還是很希望能幫他們爭取能夠有一個會前會，他們有很多經驗想跟大家溝通。

主席

3月2日有個會，醫管組是否要回應，為什麼沒有開？

王專員玲玲

原本這案是有考慮到提會前會，所以我先 E-MAIL 給醫院協會說可能召開並請醫院協會可以幫委員留時間，可是後來因為考量到我們是按照醫院協會所提的案子，且已經跟他們做定義上的溝通修正這方案。另外也考量目前已經三月份，為了能夠早日實施可以提升我們的編碼品質，所以提這次會議進行討論，以上。

羅代表永達

剛剛我們代表所提到的 3 月 2 日的會前會，事實上我們也在其他會上也提到這件事，我們都以為在那會議上我們可以提出很多意見，我們的醫事室主任問過我三次這會議怎突然被取消，但我一直以為是改時間，原來是取消，這是第一件事情。我覺得這會前會大家的期待比署裡面所想像得來的高，所以我建議不管這案有沒有通過，仍然有必要跟各醫院疾分人員再做一次這樣的溝通。再來，這次議程裡面第 15 頁第 3 點提到「持續提升病歷質量管理及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，設教育訓練積分，全年預算 1,000 萬」，可是在整個計畫裡面沒有看到

這 1000 萬打算怎麼花，由誰執行、用什麼方式？是由各醫院派人參加拿到點數還是~就直接刪除？刪除，好謝謝。

主席

好，謝謝，其他還有意見嗎？潘代表請~

潘代表延健

在進入指標討論之前，我要 echo 雪玲代表的意見，因為這部分我看到這資料我自己有沒有把握，我也請教我們的疾分人員，他們看了這個案子沒有喜悅反而是很擔心。因為這部分對他們來講壓力又更大，如果這他們可以掌握、可以進步可以學習，那對他們來講，他們知道要怎麼去努力，可是這方案下來以後，他們是覺得未來的表現好壞沒有辦法掌握。我們再來看一下這補充資料的最後一頁，有一些統計的數字，我們在做獎勵方案的時候，我們把它切成第幾個百分位然後給予獎勵的話，通常是適用在這群組是常態、很均等的常態分配，所以我們可以用一些獎勵的方式把後面的群組往前提、甚至整個群組的水準往前，但是我們看到第 5 頁這數字，這幾個指標各別呈現出來，比如第一個指標，我們用觀測值比較大的 367~我不知道這觀測值的母體是甚麼，我猜應該是區域、醫中都有~這第 5 百分位到第 25 百分位都是 0，再來中位數是 5%，第 75 百分位數是 15、28、37，也就是說他完全不是常態分配的方式。我們回想一下，ICD-10 在台灣發展的過程，健保署在前幾年就開始不斷鼓勵大家進來，今年 1 月 1 日就全面進來，但是在去年我想是一個非常大的努力讓各醫療院所進來，我這邊要強調的是各醫院學習過程是一樣的、學習曲線是一樣的，包括我們去認證，我們人員去取得證照甚至是高級疾分師，或者是說我們採用什麼樣的版本，健保署提供的單機版，這些東西大家學習的環境跟學習的時間都一樣，所以差異性都看不出來。如果說這個獎勵是真的要對人員有所激勵的話，我是建議不要用百分位的方式去切割，而是說現在的水平大概在哪裡，可能用均值起跳或均值以下起跳，這都可以再討

論，但至少這門檻以上他有一個努力的目標，若超過水準以上再加成一個獎勵，我覺得這樣對人員的話，他努力的成果他比較可以掌握，否則的話，看這幾個指標，如第四個指標，從中位數以上又全部都百分之百，好的部分又分不出來。所以我覺得這一部分裡面，應該先調好遊戲規則，獎勵的方案可以，但不是要用百分位的方式去做獎勵。我倒是覺得原本醫院協會提的，就是我的錯誤率，假設我們監控到正確率的情形話，我的正確率達到某一個百分比以上就進入獎勵，獎勵之外若特別好的，再給予加成。我是覺得是可以運用這樣的精神，對我們實際在作業的人員比較能夠掌握他的進步跟未來可期的方向，以上。

主席

謝謝潘代表。朱代表再來滕代表。

朱代表益宏

請教一下這幾支指標以三個層級~特別是地區醫院因為他差異性很大，到底地區醫院有幾間醫院是能進去這門檻是有這個獎勵，是否告訴我們數字，搞不好有1/3醫院進不來勒，我不知道喔~當然是希望鼓勵地區醫院都進來。所以我也想要跟大家報告一下，特別對地區醫院他的編碼的人員教育訓練非常重要，因為健保署原編預算對於編碼訓練的種子老師都是醫學中心，再由種子老師出來上課，逐年有編一些研究計畫，當然這裡面其實對地區醫院事實上是需要被教育的，所以我建議這裡面的金額是否有一部分特別對地區醫院的教育訓練做加強，不然地區醫院若不會，不會也拿不到錢還是不會。或是針對我剛剛講的，拿不到這項補助的門檻，比如他教育訓練上了幾次課我一樣去補助他一點，這目的不是要給他錢，而是希望不會的變會，我覺得這是最主要的目的。這裡面是看不到，看的到的是好的排序在前面就多拿錢，但是排序在後面甚至連門檻都進不了的，他們一毛錢都拿不到，然後明年還是拿不到、錯誤一堆，後年也這樣~所以我建議原本編

列的教育訓練是不是能夠恢復~但是這一千萬特別針對地區醫院或是進不了門檻的，經過某些上課且達到某些進步，我就另外再給他一部份金額，不要說他一毛錢都拿不到，對他來講一點誘因都沒有，謝謝。

主席

好，謝謝。滕代表。

滕代表西華

我是不懂，所以請教在提升編碼品質裡面大部分都在住診的部分，我想 ICD-10-CM 是跟門診沒關係還是？(有關係，先把住院，住院比較確定。)了解，再跟中醫、牙醫、藥師沒有關係？沒有是不是~所以在 ICD-10 有關毒物及藥物部分，將來和藥師也不會有關聯？我的疑問是每次跟 ICD-10 的診斷都在醫院部門，基層好像也沒有，所以這獎勵指標看起來像是醫院部分的。(龐組長：這是當時楊理事長爭取的)所以基層沒有這部分還是沒有問題？牙醫也沒有？門住診跟西醫有關是不是？因為我看有問題的都是醫院部門有意見，基層也沒有意見、牙醫也沒有意見、其他部門也沒有意見，我是真的不懂我才問~

朱代表益宏

跟代表報告，其實醫院是最複雜，原來七、八千項變成大概六萬多項的 ICD-9 變 ICD-10，大部分都發生在醫院，所以醫院複雜性是相當高的，所以剛剛組長也講過這是楊理事長在協商時爭取過來的。

滕代表西華

我了解醫院當然比較複雜，但是你要推轉診，你基層醫療總額一千多億。

朱代表益宏

原來七八千項變成六萬多項，ICD-9 變成 ICD-10，其實大部分都是發生在醫院，所以醫院其實是複雜性相當高的，所以當然這個剛剛

組長也講，這個也是楊理事長在協商的時候去爭取過來的。

滕代表西華

我的意思就是當然醫院比較複雜，但是你要推轉診嘛，你基層的醫療的總額也一千多億嘛~你基層的 Coding 錯了，轉到住診會對嗎？或是醫院部門會對嗎？那我們何必重新再來？我意思就是說…政策可以優先順序並沒關係，還是就是說是都沒問題了，現在只剩下醫院的 Coding 的正確性或者是診斷有問題呢？還是說其實基層也沒有 READY，或者是牙醫也不管 ICD-10，先讓醫院先弄一弄，我有點不太懂這個同步，你要同步就同步，所以這是什麼情況？有點搞不清楚。

主席

滕代表請看這提案的說明二，這是 105 年協商的其他預算裡的一個專款項目，裡面提到提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質全年預算 1 億，所以當時這 1 億是針對住院，現在是研議 1 億要如何讓住院的 Coding 品質及正確率可以提升，並用指標做監控。今年元月份全面改成 ICD-10，現在手上資料就只有元月份，二月份資料還不完整，所以元月份的分布就列在第 5 頁的表，當然從這表裏頭若用這幾個指標來看，還是有一定程度的變異，因為這裡的指標大部分都是不符率，所以數字越高就是不符率越高，代表有進步空間。這裡的一、二、三就是層級，大家一猜就猜對。

另外剛有代表在問地區醫院是否都領不到？沒有，地區醫院有一半都會在平均分數以上。

朱代表益宏

大概有 170~180 家會領不到的意思~

主席

不是，你要看未來，那是未來的問題。現在只是說元月份的狀態

是這樣。

朱代表益宏

所以我剛剛特別建議就是針對地區醫院應該要有一筆教育訓練，因為地區醫院家數可能很小，但是他還是一家醫院，如果說今天他是一個平均值的概念的話，當然他分布不見得是常態分布，所以不見得是一半，可能百分之六十拿得到，可能百分之七十拿得到，但是 anyway 地區醫院就算百分之十拿不到，他就是有 30~40 家醫院拿不到啦。

主席

現在看起來如果門檻訂為平均值，連醫學中心也不是每家都拿得到。

朱代表益宏

所以我意思是說，其實針對地區醫院，因為醫學中心的教育訓練自己有能力去提升，但是地區醫院教育訓練事實上這一部分是非常的 weak，他可能連自己自顧不暇還更沒有時間來參加這些課程，所以我才說與其你讓他都拿不到，他在那邊就是編碼的品質一直不好，是不是在這邊，既然在明年有一筆錢出來，我們還是能夠挪一部分錢針對地區醫院這邊，如果他前面都拿不到錢，都在獎勵的範圍之外，但是我另外給你一個其他的獎金，就是你來上課幾次或是類似像怎麼樣，或是你有怎麼樣的進步？那些東西有做很大的進步，我另外再給你做一些額外的考慮，因為一千萬事實上在這一億裡面也只有佔十分之一，也不多~但是對於這些醫院他拿不到，至少這一部分還是可以去努力，不用去排序，不然某些醫院一排序就是排在最後，所以你幾項指標他就偏後半端，他就是拿不到嘛~

主席

好，謝謝！這建議很好，我們就收錄下來，因為是牽涉到時候用多少錢用這些指標去分，如果大家有共識，給地區醫院訓練的經費，沒

問題，來~請陳代表。

陳副院長信水(徐代表弘正代理人)

是，我想對這個 ICD-10 其實是兩年來大概所有醫院裡面最痛苦的事情，但我想他還是要做，我覺得這其實不是說現在開始才要推，其實兩年前每家醫院就開始在著手了，其實像醫學中心或區域醫院他們能夠做的就是會比較好一點，我覺得是 CARE 不 CARE 這個問題，那我覺得今年已經開始他的 CODING 跟你的給付是相同嘛~我可以預測未來最好的一定是地區醫院，因為我覺得地區醫院他非常有行動力、執行力，所以我們這些大怪獸差不多兩年前就要 PREPARE，我覺得地區醫院一定有更大的動力，很快就會追上來。因為我覺得我們要非常佩服地區醫院的行動力，我個人是這樣子佩服剛剛朱代表他們提到的，那至於說是不是要給地區醫院另外的獎勵我沒有特別的異議，我只是覺得說…既然要把這個東西實現的話，其實最主要的是怎麼樣能提升 ICD-10 的編碼正確率啦!我覺得前面幾位代表講得很好，就是說…其實疾分是在這兩年內，大家都認真在做的這件事情，他們發現很多問題跟困難，反而這個我覺得會前會是很重要的，就他們發現問題，如果不幫他解決，你訂再多的這些目標值，他還是達不到，最後還是沒辦法解決，真正實際上操作的困難點，我覺得這個反而是比較重要的，應該是趕快從這裡下手。那其實從兩年前所有的課程，並沒有排除什麼醫院不能去參加或者是怎麼樣，其實坦白講區域醫院也是有點慢，我覺得醫學中心動作比較快，區域醫院其實後來發現不對了，這應該要實施，那最重要是說你 CODING 要跟給付相同，大家就動得很快了。所以我覺得這東西他應該自己還會去走到正軌去，只是現在問題是說，發現問題怎麼解決，他 CODING 不正確能不能解決?這個就是要大家集思廣益，大家已經發現問題了，那如果沒有機會來做一個修正，我覺得再多的鼓勵辦法還是沒辦法達成啦，我個人看法是這樣子。

主席

好，謝謝陳代表，其他代表還有意見嗎？好，請，黃代表。

黃代表雪玲

我們疾分最 CARE 就是今天訂出來的這些品質指標，雖然這個方案叫做獎勵方案，可是事實上訂出來八支指標是叫不符率、不正確率，等於就是一種說人家不好，這指標不能反向過來寫嗎？譬如說一致率、正確率等，這會不會比較好聽點？因為你不符就被懲罰拿不到獎金，這是我個人的想法，不過我們疾分真正的想法像這些指標，譬如編碼的不一致率，可是編碼的不一致率不代表品質不好，在我們的書面上面都有寫，其實像處置對手術，有很多手術醫令碼跟我們病分編碼是完全不一樣的，那這個部分就是說只要跟健保署對照檔不一樣，就說我是錯誤、品質不好，這對他們來講他們覺得反而是真正編對的反而被懲罰，在這裡就是指標高於平均值 29%就不給付，或是說我 38%就是最爛的那一家醫院，事實上不是這樣，不是大家看到的 DATA 就代表他是最爛的，所以我覺得應該是要讓他們充分討論以後，訂出一個他們可以接受的一個指標，這樣才是合理，今天你們說 29 或多少，我覺得我們都沒辦法代表他們回答這 29 是不是好的。

主席

好，謝謝，其他呢？來，吳代表。

吳代表美環

主席，因為我們現在在推動電子病歷，我們醫生其實要面對很多編碼的轉換，它會自動跑出來。我非常同意雪玲代表所講的話，因為那些困難是我們醫生請教分類的專家，他們也答不出來，那我們自己去用醫學的邏輯去看，也覺得有點卡卡，所以如果這個預算沒有實施的時間壓力的話，我真的很希望說讓大家可以了解如何不犯錯，因為我覺得如果不犯錯以後，很認真去做，他進步會更快，拿到錢鼓勵的時候會很快樂，所以那時間縮短、錢給他多一點好像也還好，所以是

不是有這樣子的時間上考量。

主席

謝謝，其他代表有意見嗎？好，這案聽大家的意見就是，基本上對於這個指標今天沒辦法討論，會前會沒有召開，不管什麼理由都不太恰當，應該要開，所以這案就擱置，今天不再討論。請醫管組還是啟動會前會，認真討論現在所提的指標，是否大家可以接受？包括不符率改為正確率、地區醫院教育訓練的費用、百分位、門檻訂定等均列入討論，下一次會議是兩個月後嗎？三個月後？這有時效嗎？

滕代表西華

主席，可能有，因為健保會訂的期程裡面是六月要報告 ICD-10 的執行跟轉換情況，以決定 DRG 或是其他有些配套，所以假設說…我不知道這個報告，不管是錯誤率、正確率結果都一樣，就是要知道轉換的好不好，CODING 對不對。署裡可能要評估，我們沒有意見，但如果到時候六月 ICD-10 報告的時候，你們要評估會不會影響到 DRG 實施的這個…到時候意見不一致的情況，因為你沒有經驗值，一個月是一個月，如果五月來不及實施，你六月肯定不會有…，再延一個月七、八月一樣沒有資料報告，所以健保署要一併評估，健保會那邊，假如來不及，也要跟健保會再商量要不要往後延，謝謝。

主席

醫管組有什麼看法嗎？

龐組長一鳴

大家的決議我們都可以配合。其實不管今天有沒有鼓勵方案的費用，都是要追求編碼正確性，更何況以後有很大的機會實施 DRG 制度，所以針對健保會的報告，因為現在已經有申報資料，且在六月的時候至少已經有三、四個月累積的經驗資料可以報告。現在實務上跟各代表說明，其實各醫院也知道，現在醫院費用申報情形各業務組也都有

跟各醫院進行相關輔導，而我們也一直在監控編碼之正確性和適當性的問題，這第一點說明。

第二點是預算一億元，若攤到每家醫院，不管大小間，其實拿到不多，象徵意義比較大。因此指標先訂定的好處是讓大家有共同努力的方向執行，若是指標太晚決定，大家共同努力的目標會相對比較晚，所以預估下次開會是六月，依程序公告正式實施可能就七、八月，好處是可以用半年累積的基期當做基礎，檢討未來改善空間，缺點是未來改善就只有半年時間努力，差別在這，所以若大家能夠互相諒解實務上的困難，我們就盡量配合，會後立即召集相關單位開會討論，下次會議就可以正式用比較簡便的方式，再跟各位說明，並進行最後的決議，以上說明。

主席

好，謝謝。編碼品質不會因為有這計畫才進步，理論上沒這計畫，每個月也在持續進步中。雖然計劃內容仍需再討論，但是未來實施時就以1月份當基期。意思是指這計畫就算晚點核定，仍從一月份當作基期努力，就不會覺得這計畫未定前，所有努力就白費。意即以一月份的狀態去比較進步程度來做獎勵，是否這樣大家可同意？因此即使計畫到6月再做確定，也不會用5月底或6月底當基期，這樣大家就不會想要去改善，一直等到6月核定後再改善，就不符我們的期待！所以今天本案至少做個決定就是基期為元月份，從元月份開始看進步情形。至於指標還有意見就另外開會再討論。

地區醫院認為現在比較有困難，撥一點經費讓他們再 training 也可以！原則上以這樣共識，至於這計畫最後討論出來，是否要提早公布？或是要等到6月份的程序，這都不影響大家努力了！好嗎？

好，至於滕代表講6月份可能要報告，我們照樣報告，至少報告大家的努力進步情形，這些努力最後獎勵也都會算進去，相信醫院代表也希望越 coding 越正確，醫院將來如果跟給付扣連，這都是跟大家

支付有關，這些原則大家可以同意嗎？若可以同意的話，今天的擱置就不影響大家努力，好，請問還有意見嗎？請，陳代表。

陳副院長信水(徐代表弘正代理人)

主席，不好意思，我提出跟此案有類似的議題，因為事實上這以後會變得很重要。其實比較偏遠的地方，現在擔心一個問題是疾分師開始在搶人，而疾分師的流動也開始發生，所以希望像這個也是要努力 ICD-10 的，我知道疾分師也在開這種課，但是否要慢慢增加訓練的人員？是否能再多辦一些這樣的課程，因為其實未來要搶疾分師的時代要開始了，這個很重要，畢竟這是需要經過一段時間的訓練，是否可以多開這樣的課，每個月一、兩場這樣的課，因為這是需要證照的，很多人可以有個方向往這邊走，例如很多病歷人員，因為現在已經都電子病歷了，他們未來以後可以轉型，是不是也轉疾分師，這樣子是最好的，所以是否可以多一點這樣的課，未來疾分的這東西推廣會更好，否則到最後疾分師只是流動而已，可能造成很多醫院找不到正確的疾分師，這樣永遠無法達成目標吧！就算再多鼓勵可能也是很難達成，我的建議是這樣，謝謝。

主席

好，謝謝陳代表。我們以前學會都有辦教育訓練，也都有網站的連結，現在還有嗎？請醫管組說明。

王專員玲玲

現在不管中、西、牙醫，各個學會其實都辦過教育訓練，也都在他們自己的網站設置一些不管是影片或整個教育訓練的講義，地區醫院也有個繼續教育訓練的平台，也一直在訓練 coder，病歷資訊管理學會長年一直都設置有關 coder 的教育訓練課程，全球資訊網都有資訊連結，請大家都可以參閱，謝謝。

主席

現在新的課程有在我們的網站上有更新嗎?譬如說病歷資訊管理學會辦的新課程，有協助去連結嗎?

王專員玲玲

我們都有連結到他們的網站上。

主席

OK，好，所以每個醫院就自己透過我們的網站連結，或者是病歷資訊管理學會、繼續教育推廣學會及台灣醫院協會，這三個為主，我們網站也有連結，但是若覺得我們連結不是很即時，請前往這三個單位的網站，也希望這三個單位仍持續辦理。好，還有其他意見嗎?請，黃代表。

黃代表雪玲

主席，我可以問一個問題嗎?就是前前次會議，有一個診療項目「出院準備及追蹤管理費」1,500點，想請教這個若是 DRG 的 CASE 是否也含在定額內?你們新公告的權重應該是沒有含吧?

主席

醫管組請說明是否有算進去?因為這是新項目!可能沒有算進去?

這可以另外報吧?

龐組長一鳴

當時做 DRG 的時候，沒有算進這個診療項目，這第一個。第二個這項費用不是給所有病人，是給醫院專業上認定，所以建議 DRG 外掛，另外申報，用這方式處理。

主席

住院通通有，但是你不一定有做，所以還是另外申報比較對。這算 Q&A，沒有討論。

黃代表雪玲

是否可列入紀錄?

主席

紀錄就列發言紀錄。好，本案就確定，可以嗎?剛剛提的就當成今天決議，謝謝。今天案子已經討論完。請問有臨時動議嗎?好，沒有臨時動議。謝謝大家今天的參加。