

檔 號：
保存年限：

中醫門診醫療服務審查執行會台北區分會 函

會址：新北市板橋區板新路 107 號 3 樓

電話：(02)2958-0721

傳真：(02)2956-3878

聯絡人：范力升

受文者：如行文單位

發文日期：中華民國 114 年 8 月 20 日

發文字號：中執會台北(8)輝字第 156 號

速 別：

附 件：

主 旨：檢送本會「第 8 屆第 6 次委員會議紀錄」乙份，請查照。

正本：本會主任委員、副主任委員、委員

本會執行長、副執行長、各組組長、副組長

副本：衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

中華民國中醫師公會全國聯合會

台北市、新北市、宜蘭縣、基隆市中醫師公會

主任委員

陳建輝

中醫門診醫療服務審查執行會台北區分會 第 8 屆 第 6 次 委 員 會 議 紀 錄

時間：114 年 8 月 14 日（星期四）下午 12 時 30 分

地點：台北市中醫師公會會館(台北市中正區青島西路 11 號 14 樓)

主席：主任委員 陳建輝

出席：陳建輝、陳文戎、黃啟育、張子瑜、王姿涼、吳鐘霖、沈瑞斌、邱錦源

洪啟超、張景堯、陳俊良、陳建宏、陳朝宗、陳朝龍、曾翠霞、楊正成

葛晏如、詹益能、廖唯宇、歐乃慈、歐陽辰、蔡三郎、蔡坤儒、蔡德豐

請假：吳炫璋、林展弘、邱榮鵬、施丞修、洪汝欣、陳仲豪、黃建榮、葉沅杰

蔡一成、鄭振鴻

列席：王志行、吳建東、李佩璇、胡純彰、徐維濃、徐蔚泓、張廷瑋、許大千

陳之穎、陳信任、黃景宏、蔡宗儒、蔡曜鍵、戴文杰、顏振松

壹、主席致詞(略)

貳、副主任委員致詞(略)

參、各組工作報告(略)

一、秘書組工作報告(組長 吳建東醫師)

二、審查組工作報告(組長 陳建宏醫師)

三、輔導組工作報告(組長 徐蔚泓醫師)

四、資訊組工作報告(組長 蔡坤儒醫師)

五、醫務管理組工作報告(組長 吳鐘霖醫師)

六、醫療品質組工作報告(組長 黃景宏醫師)

肆、前次會議執行報告(略)

伍、重要公文(略)

陸、報告事項

第一案

報告單位：本會

案由：檢陳本會 114 年度第 2 季財務概況，截止至 114 年 6 月 30 日，業已完成
檢查事宜，相關財務概況如說明段，謹報請鑒察。

說明：

一、依據本會 110 年 2 月 25 日召開之「第 6 屆第 4 次委員會議」決議，視主委需求安排專門檢查會計帳務的人員，按季檢查有無疏漏並協助調整，無誤後蓋章。

二、截止 114 年 6 月 30 日本會結餘 1,726,080 元，其中含 304,476 元為

待處理審查費。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本會

案由：有關「114 年第 2 次研商議事會議」決議事項報告，詳如說明段。

說明：

一、依據衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱健保署）114 年 5 月 15 日召開之「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 114 年第 2 次研商議事會議」決議，下列事項提供委員參考。

二、報告案第三案：

(一) 113 年風險調整移撥款共 6,000 萬元，由每季提撥 1,500 萬元，其中 4,000 萬元用於逐季補助當季浮動點值低於 0.8 之分區（補至 0.8），另 2,000 萬元按季均分，撥補當季就醫率最高之分區；113 年第 4 季各區當季浮動點值均超過 0.8，無須撥補，僅撥補就醫率最高分區（中區）500 萬元，未支用金額 1,199 萬 9,900 元，依 113 年第 4 季五分區風險調整移撥款撥補前一般服務預算占率分配（台北區按 113Q4 預算占率分配到 3,564,598 元）。

(二) 113 年第 4 季點值結算結果報告，經計算各區浮動點值及平均點值如下：

結算季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
113Q1	浮動	0.8755	0.8000	0.8275	0.8481	0.8308	1.1586	0.8474
	平均	0.9240	0.8820	0.8906	0.9099	0.8977	1.1032	0.9067
113Q2	浮動	0.9285	0.8228	0.8582	0.8694	0.8854	1.2080	0.8863
	平均	0.9554	0.8925	0.9081	0.9208	0.9295	1.1386	0.9290
113Q3	浮動	0.9491	0.8361	0.8944	0.8867	0.9152	1.1585	0.9101
	平均	0.9684	0.9012	0.9319	0.9316	0.9479	1.1055	0.9441
113Q4	浮動	0.9853	0.8682	0.9061	0.9341	0.9572	1.1815	0.9412
	平均	0.9908	0.9212	0.9395	0.9603	0.9738	1.1200	0.9635

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本會

案由：有關「114 年第 2 次中醫門診總額台北分區共管會議」決議事項報告，

詳如說明段。

說明：

一、依據健保署臺北業務組（以下簡稱業務組）114 年 6 月 19 日召開之「114 年第 2 次中醫門診總額台北分區共管會議」決議，下列事項提供委員參考。

二、討論案第二案：

（一）有關「抽樣抽審實施方案」修訂指標 C8，並自 114 年 7 月（費用年月）起生效：

指標代碼	指標名稱	同儕百分位值	權值點數
C8	院所申請針傷科與內科交替比率人數。	≥97.5 百分位 ≥90 百分位	6

（二）上開指標操作型定義：

指標代碼	指標說明
C8	分子：院所該月份同時申報針傷及內科案件人數。 分母：院所該月份申報總人數。 同一院所、病患針傷案件療程期間另起內科且申報診察費人數。 條件說明： 1. 保險對象：身分證號相同者計一人。 2. 內科案件為（21 案件）診察費>0。 1. 針傷案件診察費>0。 2. 內科案件為（21、22、24、28 案件）診察費>0。 3. 排除專款用案件。

（三）業務組將持續監測申報針傷案件療程期間另起內科之 22（專款）、24（慢性病）及 28（慢連箋）案件申報變化，及 24（慢性病）僅開立 8 天用藥之情形。

決定：洽悉。

第四案

報告單位：本會

案由：轉知健保署及全聯會近期宣導事項，詳如說明段。

說明：

一、依據全聯會 114 年 7 月 28 日(114)全聯醫總兆字第 2162 號函、健保署 114 年 6 月 27 日健保北字第 1148211569 號函暨 114 年 7 月 29 日健保北字第

1148214250 號函辦理，下列事項提供委員參考。

二、有關「居家醫療案件中醫師開立更換管路醫囑疑義」：

現行計畫規定，居家中醫醫療服務收案條件為需中醫輔助醫療協助者，由中醫師提供針灸、中藥與傷科指導服務，倘收案對象有西醫診療項目需求，則應連結團隊內西醫師提供照護服務，宣導內容請參考：<https://reurl.cc/VWRe0b>。

三、鼓勵「雲端查詢系統」使用：

- (一) 雲端查詢系統 2.0，不再支援 IE 瀏覽器，但可支援多元瀏覽器，如：Chrome、Edge、Firefox。
- (二) 使用手冊請參考：<https://reurl.cc/7Vo0d9>，手冊中「摘要及病人訊息」(P.27)可顯示居家醫療照護個案提示，「用藥時間軸」(P.48)可呈現開藥天數及重複用藥等情況。

四、提醒「健保卡資料上傳格式 2.0 改版作業」盡速完成：

2.0 版本預計於 114 年 9 月 1 日實施單軌，並配合單軌轉換所需緩衝時程，「健保卡上傳率輔導作業」於 115 年 4 月 1 日起執行。

五、宣導「巡迴醫療資料登打及上傳作業新增功能」：

- (一) 新增巡迴輔助資料上傳，可以該作業上傳請假報備函、支援醫師核備函等輔助資料，健保署下載後依憑辦理。
- (二) 新增巡迴申請表上傳（巡迴醫療的電子化總表），但僅限已參加電子化總表的院所。
- (三) 詳細內容請參考教育訓練手冊：<https://reurl.cc/EQzj6a> 及 VPN 使用手冊：<https://reurl.cc/1O4vXG>。

六、宣導「電子轉診平台」：

新功能已於 114 年 6 月 20 日上線，非轉出、轉入之其他院所，透過三卡認證可查詢民眾「近三個月」轉診紀錄，宣導內容請參考：<https://reurl.cc/lYdQzv>。

七、重申「健保申報規範」：

如保險對象於針傷療程內，經臨床專業判斷需開立內服藥，應依據「全民健康保險法」第 68 條規定：「保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。」及「支付標準」療程中另開內服藥之診療項目提供醫療服務，並核實申報醫療費用，宣導內容請參考：<https://reurl.cc/Rkygqz>。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本會

案由：修訂「中醫醫療費用審查注意事項」相關規範，詳如說明段。

說明：

- 一、依據健保署 114 年 7 月 16 日公告之「中醫醫療費用審查注意事項」之規定辦理。
- 二、中醫醫療費用審查注意事項修訂如下，並自 114 年 8 月 1 日（費用年月）生效：
 - （一）修訂第 17 條：「診斷病名為扭傷或挫傷時，應於病歷上載明病人主訴之發生時間及原因，未記載得核扣診察費；又倘為外因所致之扭傷或挫傷，需同時將損傷性質及外因予以編碼，並申報於特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單，未申報得核扣診察費。」。
 - （二）新增第 28 條：「傷科治療處置費(E01-E02)審查原則：病歷皆應詳實記載病情及傷科手法。單獨實施冰敷、熱敷、藥布、外敷等處置而申報傷科處置費(E01-E02)，限扭、拉、挫、外傷急性期 48 小時內，並應記載發生時間、原因及症狀，延長急性期須於病歷詳細說明；單純拔罐等輔助療法(CH01~CH09)不可單獨申報傷科處置。」。
- 三、有關上開修訂內容：「又倘為外因所致之扭傷或挫傷，需同時將損傷性質及外因予以編碼，並申報於特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單，未申報得核扣診察費。」，因公告日至生效日間隔期間較短，大部分院所資訊系統尚無法配合，公會會員亦不了解如何填寫，目前中醫師公會全國聯合會（以下簡稱全聯會）仍與健保署持續溝通和協商中。
- 四、因公告已經生效，考量相關規範後續的調整，及盡可能降低對會員的影響，建議會員在全聯會與健保署討論結果出來之前，先行了解何為外因碼，又該如何正確填寫，並聯繫資訊廠商確認系統是否已完成相關設定（含診斷碼欄位擴增）；目前請會員盡量填寫，若有任何問題，本會將協助向全聯會和健保署反映。
- 五、檢附「中醫醫療費用審查注意事項」，並附上健保署相關資訊下載路徑及網址：首頁>健保服務>專業醫療審查>三、全民健康保險醫療費用審查注意事項>分章節>第四部中醫醫療費用審查注意事項（<https://reurl.cc/8957qy>）。
- 六、檢附「ICD-10-CM/PCS」，並附上健保署相關資訊下載路徑及網址：首頁>健保資料站>國際疾病分類第 10 版>2023 年版 ICD-10-CM/PCS（內含外因碼，欄位 USE 為 0 的部分，無法使用）（<https://reurl.cc/mYogyA>）。

七、本會已於 114 年 8 月 1 日前聯繫各家資訊廠商，提供相關資料協助系統設定（包含診斷碼欄位擴增），並於 114 年 8 月 5 日函請四縣市公會協助轉知會員宣導。

決定：洽悉，考量政策推動倉促，資訊系統未能及時完成相應設定，以及衍伸的法律責任和保險相關問題，將彙整會員意見持續向全聯會及健保署反映。

第六案

報告單位：本會

案由：有關「整合照護費(A91)」相關規範，詳如說明段。

說明：

- 一、依據中華民國中醫師公會全國聯合會（以下簡稱全聯會）113 年 3 月 19 日(113)全聯醫總兆字第 1078 號函、114 年 6 月 27 日(114)全聯醫總兆字第 2099 號函暨 114 年 7 月 10 日(114)全聯醫總兆字第 2131 號函辦理。
整合照護費(A91)執行人員資格，須符合醫師法第 28 條及醫療法第 10 條規範，由醫事人員執行之，考量衛教內容需針對個人特定情況評估，故建議採個別提供診療、衛教，並輔以書面資料。
- 二、整合照護費(A91)自費用年月 114 年 7 月起，比照複雜性針傷等，須於醫令清單上明確記載「執行時間起迄（年月日時分）」。
- 三、整合照護費(A91)支付標準敘明「慢性病或重大傷病病人，且為多重疾病者」，係指當次因慢性病或重大傷病就醫。
- 四、因「慢性病」整合醫療照護而申報整合照護費(A91)者，開藥日數須超過 7 天；因「重大傷病」整合醫療照護而申報整合照護費(A91)者，不限開藥日數，故若該次就醫未開藥，仍可申報整合照護費(A91)。

決定：洽悉。

柒、討論事項

提案一

提案單位：本會

案由：為管理「整合照護費(A91)」申報樣態，建議增列相關抽審指標，提請討論。

說明：

- 一、依據全聯會 114 年 7 月 20 日召開之「中醫門診醫療服務審查執行會第 58 次會議」決議辦理。
- 二、為有效管理整合照護費(A91)申報，建議辦理相關管理措施，譬如增列抽

審指標、辦理專案審查或宣導核實申報等，全聯會提供管理參考方向如下：

- (一) 申報整合照護費(A91)同一院所每位患者每月 5 次。
- (二) 申報整合照護費(A91)每位醫師申報每小時不多於 5 人次。
- (三) 申報整合照護費(A91)每家院所單一病人每年不大於 60 人次，超過部分不予給付。

決議：宣導會員核實申報。

提案二

提案人：蔡坤儒 委員

案由：有關「照護機構中醫醫療照護方案」條文修訂乙案，提請討論。

說明：

- 一、依據「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」十、給付項目及支付標準規定：「(一)、論次支付(P6901C)：每時段(診次)支付1,000點，每時段(診次)至少以三小時為計支單位，未達三小時不予支付。」及同規定「(二)、論量支付：每診次以15人次為上限，16人次以上部分，自申報點數最少之案件計算起，不予支付；照護機構核定床數50床以上者，每診次以25人次為上限；26人次以上部分，自申報點數最少之案件計算起，不予支付。」。
- 二、從服務的效益來討論，因規定低於50床的照護機構(以下簡稱機構)給付上限為15人次，根據部分有執行照護機構方案醫師的臨床實務經驗，15位患者通常可於1.5-2小時之內完成治療，若硬性要求需在照護機構內停留3小時方能獲得1,000點(P6901C)，反而變相綁定醫師的時間，如能彈性利用多餘的時間，無論是前往其他照護機構提供服務，或回診所治療其他病人，方能服務更多民眾，而50床以上的機構給付上限為25人次，實際工作負擔與時間較符合3小時報支標準。
- 三、從成本的考量來討論，每診3小時，假設於照護機構中看診，均以能申報的最高點數「高度複雜性針灸」申報，診察費(340)+處置費(427)=767，每位患者可申報的上限為767點， $767 \times 15(\text{人次}) + 1,000(\text{基本承作費}) = 12,505$ ，每診能申報的上限為12,505點；假設於診所門診中看診，掛號費(200)+診察費(340)=540，每位患者可申報的下限為540點(假設藥費支出與藥費收入持平，且每點一元)， $540 \times 24(\text{人次}) = 12,960$ ，等於門診每診只要服務超過24人，收入即可超過於機構中服務，且門診可服務的人次無上限。以上試算是以低於50床之機構的申報「最大值」與診所門診的申報「最小值」來比較，且前往機構的交通費和其他成本尚未列入計算，故診所前

往低於 50 床之機構提供服務的意願，會遠遠低於前往 50 床以上之機構。

四、綜上所述，十、給付項目及支付標準：「每時段（診次）支付 1,000 點（P6901C），每時段至少三小時為計支單位，未達三小時不予支付。」的制度將降低院所與低於 50 床之機構合作的動力。

五、建議修訂事項對照條文如下：

項次	原條文	修正條文
十	每時段（診次）支付 1,000 點（P6901C），每時段至少三小時為計支單位，未達三小時不予支付。	方案一：(以時段計算) 每時段支付 350 點，每時段至少 1 小時為計支單位，每診次至多申請 3 個時段。 方案二：(以人次計算，但分階段綁定時段) 1. 10 人以下：約 1 小時，給付 500 點。 2. 11 至 20 人：約 2 小時，給付 800 點。 3. 21 人以上：約 3 小時，給付 1,000 點。

決議：提案至全聯會討論。

提案三

提案單位：本會

案由：本會第 8 屆組長、副組長異動，提請核備。

說明：依據本會組織章程第八條規定：「…各組組長、副組長、組員由主任委員提名，經出席委員過半數同意產生，各組組長、副組長、組員隨該屆委員同進退。」。

決議：

- 一、原周玟安醫師擔任審查組副組長乙職，改由吳柏儒醫師擔任。
- 二、原吳柏儒醫師擔任醫療品質組副組長乙職，改由胡純彰醫師擔任。

捌、臨時動議(無)

玖、散會：下午 3 時 00 分