

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額

109 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：109 年 11 月 19 日下午 2 時

地點：中央健康保險署大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：邵子川

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
古代表濱源	古濱源	郭代表朝源	郭朝源
吳代表材炫	吳材炫	陳代表憲法	陳憲法
吳代表清源	吳清源	黃代表怡超	請假
吳代表科屏	請假	黃代表俊元	黃俊元
李代表麥	李麥	黃代表建榮	陳曉鈞 ^代
卓代表青峰	廖奎鈞 ^代	黃代表頌儼	黃頌儼
林代表宏任	林宏任	葉代表育韶	請假
侯代表毓昌	請假	詹代表永兆	詹永兆
施代表純全	施純全	蔡代表三郎	蔡三郎
柯代表富揚	柯富揚	蔡代表宗憲	蔡宗憲
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表明鎮	蔡明鎮
孫代表茂峰	請假	盧代表胤雯	黃泰平 ^代
曹代表榮穎	曹榮穎	羅代表永達	羅永達
許代表美麗	許美麗	蘇代表守毅	蘇守毅

列席單位及人員：

衛生福利部社保司

蘇芸蒂

衛生福利部中醫藥司

涂瑜君

衛生福利部醫事司

請假

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、張嘉云

中華民國中醫師公會全國聯合會
本署醫務管理組

李敬、賴宛而、王逸年
劉林義、蔡翠珍、韓佩軒
洪于淇、陳依婕、張作貞
楊秀文、宋宛蓁、呂姿曄
楊淑美、鄭正義、張玉婷
高幸蓓、許明慈、丁安安
郭建伶、王智廣
李冠毅
白姍綺
葉惠珠、黃寶玉
吳煥如
林淑惠
賴文琳
施怡如
鄭翠君、王晶

本署醫審及藥材組
本署企劃組
本署資訊組
本署違規查處室
本署臺北業務組
本署北區業務組
本署中區業務組
本署南區業務組
本署高屏業務組
本署東區業務組

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、下列事項列入追蹤，餘解除列管。

序號1：請中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)思考日劑藥費如何以科學方法表達當次處方內容案：其中有關藥品檔收載及管理請於建置完成後，與衛生福利部中醫藥司中藥許可證資訊系統進行介接，請繼續列管。

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。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、有關已排定於本保險醫療給付費用門診透析預算 110 年第 1 次研商議事會議(預定 110 年 2 月 24 日召開)中報告「中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫」執行情形一節，請中全會預作準備。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年第 1-2 季點值結算報告。

決定：

- 一、109 年第 1-2 季採合併結算，點值確認如下表：

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.85842035	0.91028045
北區	0.88593802	0.93196466
中區	0.84472268	0.90122267
南區	0.90044994	0.94090723
高屏	0.86596885	0.91809347
東區	1.12921006	1.08361894
全區	0.87023497	0.91945539

- 二、一般服務部門、專款及其他部門中涉及「當季」係指 109 年第 1-2 季結算點值；「前一季」及「最近一季」係指 108 年第 4 季結算點值。
- 三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。
- 四、各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、110 年各季預算按 104~108 年各季核定點數占率平均計算，重分配後之占率如下：第 1 季 23.000553%、第 2 季 25.315451%、第 3 季 25.684291%、第 4 季 25.999705%。
- 三、110 年中醫門診一般服務之保障項目比照 109 年保障項目，除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理外，醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點 1 元支付，並報全民健康保險會同意後實施。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商會議」召開會議時程確認案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、110 年會議時間如下，請與會代表預留時間：

會議名稱	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
會議日期	2/25 星期四 (下午)	5/20 星期四 (下午)	8/19 星期四 (下午)	11/18 星期四 (下午)	12/2 星期四 (下午)

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、修訂重點如下：

(一)增列行政院性別平等委員會建議，會議代表任一性別不得少於三分之一為原則。

(二)明列代表代理人及列席單位出席規範。

(三)刪除與全民健康保險法 61 條重複之資訊公開相關規定。

三、研商議事會議代表應親自出席，如因故無法出席，指派順位代理人出席，請務必做到交班事宜。

四、俟各總額確認後，依法定程序公告修訂。

參、討論事項

第一案

提案單位：中全會

案由：有關修訂 CIS「指標代碼 0013006-針傷同一療程一次完全者」指標操作型定義。

決議：通過排除當月療程就醫序號只出現第一次時，比對上一個月有相同病名者。

第二案

提案單位：中全會

案由：有關 110 年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫之風險基金分配方式修訂案。

決議：通過 110 年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(含風險基金分配方式)。本案修正重點如下：

- 一、自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,500 萬元，每季 875 萬元。
- 二、指標 3 各分區每人於各分區就醫次數之權值占率由 9%調整為 10%；同步調整指標 4 各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差，由 5%調整為 4%。
- 三、提撥符合風險調整移撥款分配院所後之餘額，再予分配臺北分區 55%及北區分區 45%。

第三案

提案單位：中全會

案由：有關修訂中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)。

決議：通過修訂中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)，修正重點下：

- 一、核發資格增加以分數判定，符合核發資格院所，依核定分數由高而低排列，取前 90%之院所進行核發。

- 二、不予核發項目增列未符合「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」中醫院所。
- 三、年平均核減率指標由初核核減率改為複核核減率，惟如於次年2月底前尚未完成複核月份，以初核核減率計算。
- 四、請本署醫審及藥材組於會後提供中全會109年1-10月各分區查詢雲端藥歷比率及查詢中醫用藥頁籤的比率。

第四案

提案單位：中全會

案由：有關修訂110年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案條文案。

決議：通過修訂110年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，修正重點下：

一、施行鄉鎮修正：

1. 無中醫醫事服務機構之鄉鎮區：由原84個減為79個，刪除已有中醫師執業之苗栗縣頭屋鄉、彰化縣大城鄉、嘉義縣布袋鎮、高雄市梓官區及連江縣南竿鄉。
2. 僅有1家中醫醫事服務機構之鄉鎮區：由原74個增為77個，刪除新竹縣新埔鎮及苗栗縣三灣鄉；新增苗栗縣頭屋鄉、彰化縣大城鄉、嘉義縣布袋鎮、屏東縣恆春鎮及連江縣南竿鄉。

二、調整巡迴醫療服務之總天數與人次目標數：

1. 目標服務總天數由5,700天調整為10,000天。
2. 目標服務總人次由145,000人次調整為240,000人次。

三、新增開診規範：

1. 比照勞動基準法規定，勞工繼續工作4小時，至少應有30分鐘之休息，新增兩門診時段間至少間隔半小時。
2. 明確規範獎勵開業服務計畫支援醫師報備須於10個工作日前函知中全會，並請中全會函轉所轄分區業務組備查之規定，惟臨時有特殊狀況者，不在此限。
3. 新增巡迴地點設置應以媒合當地政府單位或長照據點為優先。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關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通則條文。

決議：通過修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部

中醫通則，修正重點如下：

- 一、增列「合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量採合併計算」。
- 二、第二章藥費及第三章藥品調劑費通則增列「限中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報」。

第六案

提案單位：中全會

案由：有關建請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第四章第七章使用規範。

決議：通過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第七章使用規範，修正重點如下：

- 一、增列執行脈診儀檢查、舌診儀檢查之申報規範、適應症及執行限制：
 - (一) 註 2：增列研究教學目的不得申報。
 - (二) 註 6：增列「執行本章節之中醫師申報限執業滿 4 年之專任醫師承作」。
 - (三) 註 7：增列「申報本章節適應症之定義需為附表 4.7.1 所列病名」。

三、執行本項業務 1 年後，請中全會提出年度評估報告。

第七案

提案單位：中全會

案由：有關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第四章、第五章、第六章及第八章。

決議：通過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第四章、第五章、第六章及第八章，修正重點如下：

- 一、修訂第四章針灸治療：現行針灸治療係依適應症及治療方式區分為「針灸/電針/複雜性針灸治療」，修訂後按不同適應症及治療方式區分為「針灸/電針/中度複雜性/高度複雜性針灸治療」，並明訂中度及高度複雜性針灸治療需含多部位治療、合併輔助治療及基本治療時間。
- 二、修訂第五章傷科治療，並配合刪除第六章脫臼整復費治療處置：現行第五章傷科治療依適應症區分為「傷科/複雜性傷科治療」，另第六章脫臼整復費治療處置列有「脫臼整復費」，修訂後將脫臼整復項目整併於第五章傷科治療，並依不同適應症區分為「傷科/中度複雜性傷科/高度複雜性傷科治療」，另高度複雜性傷科治療再分為「多部位損傷、合併有特殊疾病、脫臼整復、骨折」；另明訂中度及高度複雜性

傷科治療基本治療時間及需合併輔助治療。

三、修訂第八章針灸（合併傷科）治療：依前揭修訂後之針灸及傷科治療診療項目，修訂針灸合併傷科治療之支付標準，並調整章序。

四、修訂針灸治療、傷科治療及針灸（合併傷科）治療之相關申報合理量通則：

（一）現行支付標準規範複雜性傷科處置每位專任醫師每月上限為六十人次，超過六十人次部分改以通則七範圍醫令計算；修正後改為中度複雜性針灸處置〈含中度複雜性針灸（合併傷科）治療相關診療項目〉每月上限為一百人次，超過一百人次部分改以一般針灸/電針治療醫令計算，以及高度複雜性針灸處置〈含高度複雜性針灸（合併傷科）治療相關診療項目〉每月上限為七十人次，超過七十人次部分改以一般針灸/電針治療醫令計算。

（二）通則六及通則七：將現行通則規範之針傷處置醫令代碼，配合上述調整，取代為修訂後之代碼。

第八案

提案單位：中全會

案由：有關修訂增加中醫針灸、傷科療程中「未做處置只開內服藥」代碼。

決議：中全會表示「本案撤案」。

第九案

提案單位：中全會

案由：有關修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」條文案。

決議：通過修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，修正重點下：

一、收案對象增列「呼吸困難」，並增列「呼吸困難」對應之評估項目及「生理評估（限呼吸困難患者適用）」支付標準。。

二、刪除通則七本計畫之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。

三、請中全會會後提供需上傳至本署 VPN 之評估評估項目。另執行本項業務 1 年後，請中全會提出年度評估報告。

第十案

提案單位：中全會

案由：有關修訂「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文案。

決議：通過修訂「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」，刪除方案給付項目及支付標準通則「七:本計畫之案件

(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。」之規定。

第十一案

提案單位：中全會

案由：有關修訂「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」條文案。

決議：通過修訂「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，結案條件「個案照護滿三個月(以收案日起算滿105日)」修訂為「個案照護滿六個月(以收案日起算滿195日)」。

第十二案

提案單位：中全會

案由：有關修訂「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文案。

決議：通過修訂「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」，修正重點如下：

- 一、刪除九、執行方式(一)及支付標準之「體質證型」文字。
- 二、修訂每季提供中醫全聯會之女性及男性助孕診療紀錄表底線文字。

第十三案

提案單位：中全會

案由：有關修訂「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」修訂案。

決議：通過修訂「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，修正重點如下：

- 一、P64011「疾病管理照護費」(500點)自60天申報一次，改為每49-63天申報一次。
- 二、收案及執行「中醫慢性腎臟病治療功能性評估」(P64012)時，刪除需檢附「低密度脂蛋白(LDL)」檢查，CKD stage 3~5刪除「UPCR(或糖尿病病人採UACR)」檢查。
- 三、CKD stage 5病人須重新檢附檢查數據之頻率，自每月改為每3個月。
- 四、本方案原訂「給藥日分不得重複」，致院所於條文限制下，無法提前開給病人連續用藥；為配合現行病人就醫模式，於給藥日屆滿前，病人為用藥銜接可能有提前就醫之情況，爰刪除「給藥日分不得重複」文字，惟院所仍應以給藥日分不得重複為原則，以避免資源重複配置。
- 五、原「中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第2次~第6次)」(P64010)限與「中醫慢性腎臟病加強照護費(未給

口服藥、針灸處置同療程第 1 次)」(P64009) 合併申報，放寬可與「中醫慢性腎臟病加強照護費（針灸處置）」(P64005、P64006、P64007、P64008、P64009) 合併申報，並規範同一療程 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 限擇一申報。

六、現行規範 P64009 與 P64010 每週限申報 3 次，修訂後規範同一療程「中醫慢性腎臟病加強照護費（針灸處置）」及「中醫慢性腎臟病針灸照護費（同療程第 2 次~第 6 次）」合計每週限申報 3 次。

七、調升「尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR (Urine albumin/creatinine ratio)」(P64014) 支付點數，由原 80 點調至 350 點。

肆、散會：17 時 30 分

伍、與會人員發言摘要(詳附件)。

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議 109 年第 4 次會議與會人員發言摘要

主席

各位代表們、本署醫管組、分區業務組的同仁、及列席代表，大家午安，今天要開的是中醫總額研商議事會議今年第 4 次會議，我們的提案真的非常多，報告事項就 6 項，討論事項是 13 項，也表示全聯會這邊對於明年度開始，經過總額預算協商之後開始要做的事情已經超前準備，所有都提前研議，希望新修正的部分可以如期在元月份開始上路，所以顯示中醫全聯會是非常努力來因應這些與會員有關的事情，非常的感謝。今天的會議現在就開始，首先請各位代表們翻開第 5 頁到第 7 頁，請各位代表過目上次會議決議的事項，有沒有問題？好，如果沒有問題的話我們的會議紀錄就確認，接下來從報告事項的第一案開始。

報告事項第一案

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

共 4 大項的辦理情形，大家有沒有意見？其中第 3 項有關結算的部分，現在部長核定今年上半年是半年結算，下半年就按季結算，所以這個部分大家有沒有意見？結算的程序，請劉林義專門委員跟大家說明，後面會再詳細報告，這個部分大家有沒有意見？

黃俊元代表

醫院協會代表黃俊元第 1 次發言，針對第 4 案模擬取消無障礙就醫環境，因為金額看不到單位，整個表的單位應該是元沒有錯嘛，影響是 2 萬多元，我確定一下金額沒有錯，以上。

主席

謝謝黃代表，其他大家有沒有意見？如果沒有意見，我們的追蹤辦理情形就確定了，接下來第二案。

報告事項第二案

案由：109 年第 3 季中醫總額執行概況

主席

這個執行概況報告大家有沒有意見？專案的部分，今年因 COVID-19 的影響，執行率較低，不過也還不錯，但是中醫急症

的還是不行，慢性腎臟病門診加強照護計畫也剛開始，另外一個就是最後 1 張投影片，所有的專案是中區的院所參與最踴躍，再來是南區，臺北、高屏、北區比較少參與，東區也是比較少，好，這個部分大家有沒有意見？

羅永達代表

我請教一下，最後一個中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫當中，那些照護人數都是在 CKD3 期以上，還是說現在不一定，2-5 期，全部都有吧，這 780 個當中有多少是 3B 以後有多少 case？都還沒有分析，明年按照上次中全會的承諾，在明年第 1 季門診透析研商議事會議要報告這個，收案數如果不夠多的話，你們的 case 不夠，到時候會不會有影響，以上。

主席

詹代表。

詹永兆代表

因為長庚體系都還沒進入，可能到 10 月 11 月才開始進入，內部通過才會執行，長庚加入以後 base 會變大，所以後面到第 4 季應該會增加比較多，以上，謝謝。

主席

現在排定的是明年第 1 季的門診透析總額的研商會議，會邀請中全會來報告「中醫提升慢性腎臟病照護計畫」的成果，所以就請提前準備。

羅永達代表

腎臟醫學會黃理事長他有提到這一個部分，大家都在看，所以可能必需有個 evidence base，可能要整理一下，以上。

主席

其他大家有沒有意見？沒有，我們就確定，下一案。

報告事項第三案

案由：109 年第 1-2 季點值結算報告

主席

點值在 12 月要進行結算，今年上半年是半年結算，這個是各區的點值，大家有沒有意見？如果沒有意見，我們點值就確認，就會按照程序去進行結算，下一案。

報告事項第四案

案由：110 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目

主席

四季重分配，就按照最近 5 年各季核定點數的平均占率來進行，有沒有意見？沒有，110 年的 4 季重分配預算就確定，還有點值保障的項目也比照 109 年。

報告事項第五案

案由：110 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商會議」召開會議時程確認案

主席

這個部分請各位代表預留時間，有沒有問題？沒有問題我們就確定。

柯富揚代表

主計總處現在公告的是 228 有連假，他是六、日、一，26 號元宵節不曉得有沒有放假？如果沒有放假就沒有問題，如果連假的話，如果是下午開會，屏東、高雄可能回不去。那這樣沒問題。

劉林義專門委員

226 週五健保會有開會。

主席

趕在連假之前有健保會，所以是不會放假，如果沒有問題，這個時程就確定，下一案。

報告事項第六案

案由：修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」案。

劉林義專門委員

跟各位委員說明，這次的研商議事會議有做一些修正，主要修正第一個有關代理人的部分，其實我們本來就是這樣做，研商議事會議代表會有代理人 2 位，假如指派順位第一的代理人來代理，我們這邊只是強調務必做到交班事宜，這是第一個。

第二個修正的重點是我們依據行政院的女性平等委員會，他有訂定任何會議任一性別不得少於三分之一，本來我們議事要點

是沒有這樣的規定，我們也把它訂進去，為了符合行政院的要求。

第三個重點是我們把跟健保法有重複的部分把它刪掉，刪掉第八條刪第二項，前面會議議程、聲明書的部分，應該在開會 7 天前對外公開，並於會議結束 10 天內公開出席的名單及會議紀錄，這一項在健保法的 61 條，其實就有同樣的規定，因為法的位階比較高，健保法已有的規定在這個要點就不需要再規定，所以做以上 3 項的修正，以上說明。

主席

大家推派代表的時候，考慮性別平等，看現況全部都單一性別，只有我們這一排還穿插一些不同性別，所以大家推派代表可以考慮，代理人可以代理，但是還是以親自出席為原則，既然你成為代表就親自出席，但是有些代表確實因公因私有一些不得已的狀態要代理人，代理人出席可以的，但是要真正做到代理，就是說所有開會的事情你要承擔下來，既然來開會，不要說來了沒有真正做到代理，所以大家在派代理人是 OK，專家學者沒有代理人，被保險人遴選的專家代表要親自出席是不得代理，這些等等就做一些明確的規範，跟我們這個會有關的特別提醒性別平等。大家有沒有意見？沒有，我們就確定做修正，接下來討論事項第一案。

討論事項第一案

案由：有關修訂 CIS「指標代碼 0013006-針傷同一療程一次完成者」指標操作型定義

主席

全聯會這邊有沒有要補充說明？，請陳代表。

陳憲法代表

主席、各位長官好，這個地方我們的第 3 後面第 2 行，比對上一個月及下一個月，下一個月把他刪除，因為出會議的時候沒有這幾個字，可能是誤植，所以原則上跟署裡面意見一致，就是排除當月療程，就醫序號出現第一次時，比對上一個月有相同病名者，就照這樣子排除，另外案由上面 title CIS 這邊，後面同一療程一次完全者，應該是完成者，看起來應該是成，一併提出來，謝謝。

主席

同一療程一次完成者。

陳憲法代表

就是只做一次的。

主席

一次就是同一療程只做一次，本來可以做6次，他只做一次，只做一次我們會列入專審，列入抽樣。

陳憲法代表

他是一個異常指標。事實上前面有同病名了，如果沒有排除，就會變成上個月有做完還有留下一些，後來到下一個月當月的又做一次，這一個情況，有的患者是在當月執行，開立療程一次，即使前面對不到，可是有些疾病在針灸或者傷科治療效果很好，有時候像腰扭傷放血一次後來好了，這個情況也蠻多，所以這個應該列為一個異常名單，治療是不是符合程序等等，應該還要審查醫師再去判斷。

主席

如果一次就可以完成就不一定要開同一療程。可是不知道是不是一次可以就好了，所以還是開了同一療程，可是後來就一次就沒有再來了，做一次還來沒有再來，是好了還是病人不來了，不知道。

陳憲法代表

可能是好了。

主席

可能是好了，一次就好了，也有可能做一次病人就不想做了，也就沒有來了，如果同一家診所很多這種案件，就是一次就不來了，到底是那一種情形？就要專業判斷。

陳憲法代表

這是一個比例原則。

主席

2次的就沒有處理了，只處理1次，那就還是蠻極端的，而且他是必須有一定的量比較多的時候，而且現在是再加一個條件：比對上一個月有相同病名者，那是想要排除如果上一次，上個月有做那搞不好只剩下1次，他又再續開1個同一療程就完成那一次，那這樣是不是那次也算合理。你感覺那一次也算合理，第7次。

陳憲法代表

第7次，或者是-6，都有可能。

主席

這個是專審的抽審指標嘛，大家有沒有意見。

吳材炫代表

我的診所 10 月份被抽審，我的針傷抽審 10 次結果我的都是看 1 次而已。20 份的抽審我 10 次的傷科針灸處理，每次都 10 次的症狀我都看 1 次。這個是非常異常。在大家的感覺這種情況是異常。

主席

經過專審之後有沒有異常。

吳材炫代表

我不知道，他們會不會懷疑我作弊。

主席

所以你想要講的就是你就是現在講的異常，你抽 20 件，有 10 件是這個理由，就是同一療程只做 1 次。

吳材炫代表

我發現我針傷科患者來 10 次，10 次都看 1 次。

主席

你為什麼只看 1 次。

吳材炫代表

我也不曉得，患者就來看 1 次而已。

主席

所以是好了嗎？還是病人不來了。

吳材炫代表

可能參半。如果看 1 次就把它列為異常，這是對我們執行者有點不公平。

主席

怎麼不公平。

吳材炫代表

因為我如果看 10 次都看 1 次而已，如果其他診所看 3 次、4 次、5 次，那我 1 次而已，我也很吃虧，又被抽審、又被懷疑。被當成異常指標。

主席

因為這種指標當成異常，很難講它是正向指標還是負向指標，它必須要靠專業審查去釐清，如果說他都是 1 次就好了，那其實是好的，但是因為開處方的時候不知道他 1 次就會好，

所以這是正常；但是如果不是，病人也沒比較好，然後就不來了，那這個你開同一療程就有問題，所以這個先試試看，不過吳代表你這一次被抽 10 件，我們就請南區追蹤一下你的專審結果，我們看看以你為例子，看這次的專審結果是怎樣，我們就私下請醫審及藥材組去追蹤一下這次的結果作為參考，其他大家有沒有意見。沒有的話，我們這個案子就照醫審及藥材組的意見，就是同意照全聯會的規則比對上個月有同一病名者排除，其他照現在的指標進行抽審，好，第 2 案。

討論事項第二案

案由：有關 110 年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫之風險基金分配方式修訂案。

主席

這是全聯會提出來的，有修正(3)、(4)項的權值百分比，修正的理由請說明：

柯富揚代表

在這個地方跟委員報告，指標 3 是屬於目前中醫全聯會的主要目標，我們希望中醫的利用率可以更為提升，那指標 3 基本上是中醫就醫人數的指標，在指標 4 的部分，其實它是各區去年同期人數利用率成長率跟醫療費用點數成長率的差值的指標加權校正，所以這個指標，跟事實上分區所分配到的預算占率是比較接近的，所以我們打算拿這樣子的指標 4，挪動 1%到指標 3，目的是鼓勵各區的中醫就醫率可以提升，因為今年有 COVID-19 的關係，我們也不希望各區變動過大，所以在我們考量區跟北區，他利用中醫人口數的比率，基本上是高於預算分配的比率，所以我們挪動了指標 4 的 1%到指標 3 的 1%，同時為了能夠實際反映真實費用的情況，所以我們又提撥了一個 3,500 萬的風險基金，那這樣子等於從指標 4 挪移 1%到指標 3，再加上風險基金 3,500 萬，來讓臺北區跟北區，鼓勵他們可以讓中醫的利用率可以更為提升。

主席

那風險基金今年也是 3,500 萬，明年跟今年的錢是一樣的。

柯富揚代表

去年談今年是 4,200 萬。

主席

所以下降了。

柯富揚代表

因為上一次指標完全沒有任何變動，那這次我們有變動指標 4 的 1% 到指標 3 去，所以臺北區跟北區在這個變動上等於費用也增加了，再多補個 3,500 萬，那這個會比今年 4,200 萬實際上會多很多。

劉林義專門委員

你們的 R、S 值還沒經過健保會的通過。

主席

明天會討論。

劉林義專門委員

假如健保會這邊還是講 R、S 值要跟著動的話，那我們今天這個案子就會跟著修改。

主席

其實我們現在 6 個分區，因為東區 2.22% 先拿掉，剩下就是 5 個分區用 6 個指標在分配預算，那你的戶籍人口占率是 13%，也已經很低，最主要 67% 都是實際收入的占率，所以理論上對於中醫師人數多的區，其實已經是分配比較多，但是剛剛理事長說第 3 項指標權值 9% 要調到 10%，是因為希望看中醫的人多看幾次，可是這個是重點嗎，到底多看幾次是對還是不對，還是說多一點人看中醫才對，你去把這個權值調高，好像是強調有來看的人再 push 多看幾次，是這個意思嗎？

詹永兆代表

主席、各位委員大家午安，其實指標 3 可以算是我們整個人口算是利用的次數。

主席

是每人喔。

詹永兆代表

但因為整個預算，假設以北區來講，我們實際上大概看到 13.5，可是我們預算大概只拿到 12.5，其實差了將近 1%，這邊高一點點是說彌補他實際上看 13.5 的病人只拿到 12.5 的病人，這是我們中醫長期存在的問題。

主席

不是只有中醫，所有基層總額都一樣啊，占率都在下降，原因是因為分母數，分母愈來愈大，醫院的部分，分母越來越

大，所以各個基層總額的占率逐年下降。

詹永兆代表

在整個中醫，臺北區跟北區整個人口是在成長的，以一樣的利用率來講，我看那麼多的病人但是因為總額上的限制就是這些，所以把這個微調過來彌補一下，你看那麼多病人，給你補一點點進去，實際上臺北跟北區相對的看很多病人拿固定的錢，所以未來這一塊，是我們中醫總額整個來講要適度去彌補他，不然你看那麼多病人，總額還是固定在那邊，這是我們內部大家大概慢慢去做微調。

主席

就是說為什麼要用人口占率要不斷提高的道理，請羅院長。

羅永達代表

明天健保會就要開了，以全聯會的說詞，就代表你的 R、S 值一定要往前走，你又不让它往前走，錢又減少，你的說詞又是這樣的話，可能明天會被逼著往前走，這可能全聯會要思考一下，換一個說詞，或者是你們錢不要減少，為了這個差距 700 萬當中，你的 RS 又重新分配一次的話，很多區都會死一遍，全聯會可能要深思。

陳憲法代表

我們來看討 2-8，上面有指標 3 的計算方法，其實因為這裡面所有指標沒有單獨一項就醫人數的參數，這裡面的計算有隱含全國就醫人數，這是以 ID 來算就醫次數的百分比，我想這個是藏在這邊，思考看看。

主席

人口占率，這個明天健保會會討論。

羅永達代表

我建議這個案子是暫緩，等臨時會的時候再決定，等到明天的會議確定之後再來討論這件事情會比較好，你現在決定了，萬一明天有變化，臨時會還是得重新提一次，以上。

主席

明天健保會討論結果，有可能不動，有可能動，如果不動今天通過就通過，如果動了，就請中醫全聯會要再修正，所以明天會怎麼樣不清楚。所以第 3 項還是要往上升，如果有結餘也會分配給臺北跟北區，而且臺北區還多了 5%，對不對，那這樣

兩邊操作都是給臺北跟北區，中區、南區你們都 ok。

蘇守毅代表

因為這是全聯會跟我們各區協商最後的版本，我們原則上尊重全聯會的意見，也希望不要造成各區之間差異太大。

主席

我看中醫師人數跟診所數，還是臺北跟中區增加比較多，所以大家並沒有去分散，還是一直繼續往臺北跟中區，然後你還是對指標 3 加成，還是對這些比較有利，其實我是希望你們指標 3、4 這些權重，不能每一次又再調，某種程度要維持中立，不要一直操作這個比例。大家有沒有意見，沒有的話，我們就尊重全聯會之共識暫時通過，明天如果有異動，就請全聯會這邊還要再送一個修正版本過來，好不好，接下來第三案。

討論事項第三案

案由：有關修訂中醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂案(草案)。

主席

全聯會這邊要不要再跟大家說修正的理由。

陳憲法代表

這個最主要也就是我們要讓中醫門診總額品質保證保留款的鑑別度標準能夠提升，所以我們提出這樣的情形，就如同我們送過來，而且署裡面也有做一些文字的確認，這個部分大概說明一下，另外在討 3-6 頁我們有一份裡面的操作型定義有新的修正的部分，有另外一張紙張，大家參考一下，原則上其他的部分就照這樣的情況，以上補充。

主席

請林義專委這邊再補充。

劉林義專門委員

全聯會這邊有修正品保款，其實比較大的差別就在他新增了一個分數，然後用這個分數，他只取前 90%，意思就是再排掉 10%，所以我們有用這個條件去試算，假如我們用 108 年，就是討 3-9 頁這裡，有這個方案還沒修正前，108 年整個核發的家數，大概有八成的院所有核發，可是假如照中全會這樣算，中全會又加了一個不核發的條件，沒有即時查詢的院所，這是配合政策，所以這個我們去看的結果，大家可以看到 108 年不符

分配條件本來是 740 家，加卡這個條件之後就變成 947 家，所以等於又多了 200 家不符資格，然後再用分數進來之後，排掉後面的 10%，所以整個中醫診所這邊可以領到品保款的就變成大概只有七成，就是 2,697 家，這是用 108 年同樣的條件去試算，就會變七成，所以這個改變的確有符合健保會一直要求的這個趨勢，所以我們支持，以上。

主席

就是增加鑑別度，討 3-4 頁的第七點的第六項，就是鼓勵中醫診所參加即時查詢雲端系統的資訊，這個部分現在有上去查的人比較少，鼓勵大家多上去查，看看病人最近西醫的用藥、中醫的用藥，這樣會對病人的病情多一點了解，這其實是真的，可是這一直沒有被中醫院所多多採用，我們最近對這個雲端系統也對中西醫的交互作用做即時提醒，這對診所醫師很重要，請全聯會一定要告訴中醫師一定要上去查一下，如果你看診的時候能夠上去查一下，對於你這次的用藥安全、處方安全、病人安全都會有幫忙，所以現在多這一項，謝謝陳醫師把這一項放進去，這一項放進去目前如果看起來行為不變，但鑑別度增加，請陳醫師。

陳憲法代表

我們看一下平板的討 3-6 頁，也是我們新發的討 3-6 頁都一樣，雲端系統的查詢，我想了解一下分子跟分母，分母當然是中醫的門診病人數，這沒有問題，分子的部分我要釐清一下，除了點進來看西醫的雲端藥歷以外，當然還有檢驗很多都有，可是中醫的呈現方式，單純如果是傷科、針傷或是脫臼的部分，它這裡是沒有中醫的頁籤，但是院所已經有點到雲端藥歷這個系統進來，所以這個分子的計算是不是有含雲端藥歷這個部分，因為中醫針傷他沒有內科是不會呈現，所以這個部分分子撈取的資料，我想應該是要含，只要院所所有點進來，不管他有沒有中醫的頁籤，分子應該都要算，因為中醫有做中醫點頁籤，我們發現說單純做針傷，你即使點進來沒有看到頁籤，所以被計算為零，這樣的話比例就會變得非常低，所以院所只要有點進來，分子就要計算，這樣子那個數據應該會提升，這是我想理解的部分，也不一定我講的是正確，就是我們先釐清一下分子的定義。

主席

請本署醫審及藥材組要回應。

高幸蓓專門委員

原則上是有點就算，我們再去釐清你講那個 CASE 的情況。

主席

期待的是什麼？

陳憲法代表

我們期待的是有點就可以。

主席

好。

陳憲法代表

因為針傷不會出現中醫頁籤。設定裡面沒有的話就有這個問題。

主席

請分區的同仁。

中區業務組林淑惠視察

主席、各位代表大家好，剛剛陳委員講的是中醫用藥頁籤查詢的部分，但註 5 的部分是健保雲端藥歷查詢系統，原則上只要有點雲端藥歷查詢系統就會算。另目前署本部中醫用藥查詢頁籤使用計算，如以往不曾開立中藥時，其分子就沒計算，但分母卻有算進來。

主席

就是中區分享給陳醫師的，跟這個指標不一樣，是嗎。

中區業務組林淑惠視察

對，之前業務組曾提供中醫用藥頁籤查詢的部分。

主席

這個比較寬，中區淑惠剛講的意思是你們查詢中藥藥箋的比例，你看到的資料，現在放在這裡講的是查雲端藥歷，這是你點進去就會有，其實也鼓勵你們看一下西醫的資料。

陳憲法代表

當然點進來就會看，大多數的醫師都會看，包括檢驗資料對我們幫助蠻大的，現在如果撇開中醫頁籤的問題，是不是有數據可以看到我們點雲端藥歷的比率是多少%，讓我們知道中醫師點這個的比率是多少，讓我們全聯會回去可以了解也鼓勵會員多做。

主席

這個部分應該是可以把 baseline data 給你們參考，至少是今年，那可不可以請醫審及藥材組這邊會後提供給他們資料，把中醫現在這個指標的數據，然後分區的状态給全聯會，讓他們有一個管理的依據。

高幸蓓專門委員

可以，是要分區別還是院所別？

陳憲法代表

分區別就可以了，但是如果更細就更好。

主席

分區別是給一個總的查詢率，這樣的話會後就麻煩幸蓓專委這邊。

高幸蓓專門委員

好。

曹榮穎代表

關於這個部分，我是不是可以請署裡給我們兩個數據，一個就是我們進到雲端藥歷系統還沒有點任何頁籤的狀況下的數據，另外一個就是我們剛提到的，我們察覺在中醫藥歷比率數不高的原因，應該是剛提到的，我們沒有那個中醫藥箋，比如說這是一個中醫的初診，他過去都沒有看過中醫，那就沒有中醫藥歷的那個介面可以點，看這個百分比數到那個程度，給我們兩個數據，一個就是進到雲端藥歷比率，另一個就是點到中醫藥籤的比率。

主席

幸蓓專委可以嗎，這兩個數據應該都可以提供吧。

高幸蓓專門委員

我要回去看一下系統能不能撈取，因為事實上我們是點每個頁籤都有那個 log 檔，可是雲端有沒有紀錄，可能要確定。

主席

這個指標就是你有點進去我們雲端藥歷系統就算得分了，那他希望還有進一步的數據是，藥歷系統裡頭的中藥頁籤能夠有一個點選數據，這應該 OK，我們都有了留 log 檔。

高幸蓓專門委員

如果說是你進雲端系統的藥歷有點的話，那是 OK，進雲端都沒點那就沒辦法。

主席

第 1 個是要點藥歷，第 2 個是點了藥歷之後有沒有開中藥的頁箋，就這 2 個是吧？曹醫師

曹榮穎代表

要點到西藥的藥歷。

主席

對，這是藥歷系統，不是只有點雲端而已，是要點到雲端藥歷。

曹榮穎代表

開雲端進去之後，第 1 個畫面應該就是有很多個。

主席

你就很清楚是藥歷系統，所以有點到西藥的藥歷，如果還要再知道中藥的藥歷，我們看可不可以區分出來，可以的話就提供給你們，這就列入會議紀錄，會後就請醫審及藥材組高幸蓓專門委員協助提供給中醫師公會全聯會，以今年 1 月-10 月的資料，讓各位參考，這一項大家還有沒有別的意見？

劉林義專門委員

就頁次討 3-1 跟頁次討 3-4，有關「20 分」的講法不一樣，就頁次討 3-1 的部分全聯會寫的是用核定點數，比如說第 1 點。符合本方案第捌點第一項者，給予核定點數 20 分，兩邊講的不一致，都改成「分數」。

主席

一邊講的是「點數」，一邊講的是「分數」。都改成「分數」，是分數 20 分，不是點數 20 分，所以頁次討 3-1 頁表格內的都改成「分數」，可以嗎？要更正。這個案子還有沒有其他的意見？沒有的話，這一項品保款的修正就通過了。下一案。

討論事項第四案

案由：有關修訂修訂 110 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案條文案。

主席

以上是對於全聯會提出來的 2 項，我們希望能夠維持 70 人次的限制，特殊情形就專案認定，另外就是有幾項我們修正的部分，那請問各位有沒有意見？請詹代表

詹永兆代表

主席、各位委員，大家好，對於剛剛貴署講的目標總人次調

升到 24 萬人，沒有意見，那就改 24 萬人。但剛剛提到 70 人次那一塊，其實要跟大家補充說明一下，若你看到 70 人次，他的門診時間絕對不會只有 3.2 小時，絕對是增加，甚至是 4 小時、5 小時，也就是說我們出去了，會把所有的病人都看完，針傷科還有內科混合在一起，時間一定是拖長，品質絕對是保證，目前有 3 家，就是 7 家裡面有 3 家，第 1 個在新北市坪林區，到那個偏遠的地方去，1 個禮拜出現 1 次，人家很願意來看，那這醫師又那麼辛苦要跑到那邊去，你說再讓他當志工，我是覺得很不忍。

第 2 個是高雄長庚醫院在屏東的崁頂鄉，高雄長庚在那邊也是跑得蠻遠的，在那邊風評很好，所以大家一定要來看，所以這種情況之下，醫師很努力的付出，那你說要再來申請，那我相信如果照去年的，參加一定也會記錄專案。

第 3 個是花蓮縣的瑞穗鄉，基本上都是很遙遠，醫師到了，那剛好那邊都沒有醫師，不方便，所以人家很踴躍的來看，整個來講才增加 18 萬多，我是覺得應該給這些醫師一些公道，畢竟已經志工 10 幾年了，就請不要再志工了，所以這個東西品質我們絕對不會出狀況的，因為跑那麼遠去了，怎麼可能 3 個小時把 70 個全部都看完，那不可能，所以針對這一點希望能按照全聯會的版本就是超過 70 人次照全聯會的給付方式，還是打折的方式，只是不要做白工，這樣醫師心理面會比較平衡，雖然說很願意奉獻，但他那麼辛苦，為什麼要給他做白工呢？

接著後面那個新增開會規範，貴署提的(二).2 明確規範獎勵開業服務計畫支援醫師報備須於 7 個工作日前函知...，我會建議配合我們整個方案，例如頁次討 4-8「申請與審查程序及須檢附之文件」，通常是 10 個工作天或 15 個工作天，所以我們改成 10 個工作天，好不好？

主席

更早就對了？

詹永兆代表

配合整個方案

主席

10 個工作天前要發函，對不對？

詹永兆代表

對，不要太多的數字，會很容易搞混。當然希望加 1 點，因

為免不了如果有突發事件，就不在此限，因為有時候臨時出狀況，那如果因為這一條的規範，讓他沒辦法執行，這樣也是不對。以上

主席

也就是「10 個工作天前」是一般規定，但如果「臨時有特殊狀況，那就不在此限」，這句話也把他寫進去。希望大家都能 10 個工作天前就要報備，另外就是 24 萬這 1 項可以，70 人次這 1 項是希望超過不要歸零，是給第 2 階段的給付，這樣有可能會增加 15 萬點，是不是還在預算範圍內？預算增加了 500 萬，是不是還在預算範圍內可以支應？

韓佩軒專門委員

這邊補充一下，就是 15 萬點是增加診察費，診察費費用不是來自於計畫的費用，我們計畫的錢是診察費加 1 成的部分，大概會增加 1 萬 5000 元，錢雖然不多，但今年整個預算，如果我們新的開業還是跟今年一樣是 5 家，其實經費可能會浮動，這是我們的考量，另外如果超過 70 人次，我們是有一個但書，就是如果是山地離島，這是不會去扣的，但是如果是像代表所講的是特殊地區，只要經過報備，超過 70 人次，我們是用現在比較高的診察費而不是用第 2 階段的費用來支付。其實我們看起來地區不多，像現在只有 3 個，如果是用專案來報備，其實超過 70 個，他得到的診察費是比較好的，如果全部開放，就是山地離島地區也是用第 2 階段的費用給付，他反而是減少的，所以建議是不是先維持？因為並不是很多超過每月平均門診量超過 70 個人次，所以我們才會有這個提議。

主席

也就是限制還是在那裡，但是有一些專案可以來報備，但是一旦報備通過，就是先請全聯會初審，之後再跟分區業務組報備，如果就像詹醫師講的，這些品質都不會被打折扣，那他來申請報備，經全聯會同意，如果看診超過 70 人次，還是照原來的診察費給他，是不用打折的。如果審查結果不予通過，回到原條文，超過就不予支付，這樣子應該也還算合理，而且現在超過的點沒有很多，如果分散到 6 個區，其實也沒有很多，這才 6 家中醫師、7 個巡迴點，那我們就這樣修正通過。

黃俊元代表

主席，現在所謂的山地是比較明確的，但所謂的專案核對，

剛剛有講到是由全聯會決定的，對不對？

主席

由全聯會初審。

黃俊元代表

初審過了之後，分區就會同意，對不對？山地就是法定明訂哪些地方是山地，就是特殊就要提出申請，絕對會過的就是用那套標準，就是用比較高的標準，就是超過 70 人次？

主席

就是不打折的診察費，不過這個就是責任都在全聯會，各地區的分會，要幫忙對品質做把關，那針對施行區域的修正，有要提出建議的嗎？沒意見，那各位代表，針對這項是否有其他建議要提出的？如果沒有，那這項就討論到這裡，就「修正通過」，接下來下一案。

討論事項第五案

案由：有關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通則條文。

主席

這個部分是否有意見？特別是藥局的部分一定沒意見的，然後合併申報的部分是針對醫院，然後全聯會這一排全部都是診所代表，所以也沒意見，那針對醫院的部分，有沒有問題要提出的？其實現在就是這個樣子在做了，只是通則沒有寫的很清楚，這個就快速「修正通過」，接下來第六案。

討論事項第六案

案由：有關建請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第四章第七章使用規範。

主席

這個就是會讓現在有做的減少給付，因為現在平均月申報量是 23 件，現在突然變成 6 件，這項是全聯會提出的，我們數據這樣交換意見後，你們還要用你們的方法嗎？

黃俊元代表

我看不懂這個，既然現況是 1 個月已經有人 23 件了。

主席

平均數

黃俊元代表

就代表有人需求很多，現在 6 件是否定他的專業？還是覺得這個舌脈診不需要？既然中醫就認同舌脈診是有效的，應該是具有 qualify 的人才可以做的，“6”這個數字我不知道怎麼來的？或許各位前輩有很多專業，但就我看到這個數字是沒有辦法說服別人說為什麼是“6”件？我怎麼樣在這個會議通過 6 件，要講 evidence base，就是說 1 個人做 30 分鐘，所以 1 診 6 件，這個案子我是覺得很奇怪，就醫院代表聽起來是很奇怪的，因為平均是 23 件，就有人是專長，對那個專長做舌脈診的醫師是不公平的，我是就中醫的專業來看，你如果是要限縮費用，這案子沒辦法用專業來讓人服氣的，除非大家覺得說舌脈診是沒有專業的，但這一定是有專業的效果在。

主席

可不可以跟我們先介紹一下「舌診儀」跟「脈診儀」？為什麼你們會主張限縮到這個小？請黃醫師

黃頌儼代表

「舌診儀」就是說用攝影的器材，對於病人的舌頭表面還有舌下去進行拍攝，拍攝完之後，會再有軟體去進行分析，包括舌的顏色、舌苔的厚薄，是不是有齒痕、裂紋、瘀點或瘀斑等等，那舌下的部分，主要是觀察舌下血管的粗、細等，去進行整體判斷，那「舌診」在傳統典籍的記載就是對於中醫師診斷是有很重要的幫助，看是針對外感的疾病、內傷的疾病或是消化系統的疾病等等這些；「脈診」傳統的就是中醫師都需要把脈，把脈原則以往是藉由師徒的經歷傳承，但是現在就是有比較現代化的儀器，將把脈技術標準化，並且有圖形出來，這個在過去研發的時候，就是有經驗的中醫師跟儀器測的結果，彼此相互比對，然後求出兩者的一致性。現在針對舌診跟脈診是有儀器，也算是中醫現代化的指標，過去針對舌、脈診也是用專案的方式，也就是針對特定疾病，針對糖尿病或是針對特定的癌症，然後提出一個計畫的申請，不過這個舌、脈診費用，也是源自於「總額」，事實上並沒有獨立出來，現在醫院的專案的部分，事實上也是有包括舌、脈診的，主要是希望搜集比較多專病的病患，找到他舌診、脈診的規律，做為未來給診斷的參考，以上做一個簡單的報告。

主席

如果這是一個現代化的進步，那我們限縮的原因是因為浪費嗎？還是有其他原因？

柯富揚代表

基本上這個案子是當時高屏區當時提出來的，是高屏區業務組針對高雄○○醫院有一個限制量，是根據那個量再去除以專任醫師數，所得出來的這個數字。

主席

怡如在嗎？

高屏區業務組施怡如視察

在這裡要更正一下，不是高雄○○醫院，是另外一家院所，我們發現這項的申報都集中在某家醫院，進一步去瞭解，發現可能醫院有部分是在做研究，由 PGY 醫師執行，我們發現那個量是異常的高，連一般的輕症都在申報，所以才會希望說是不是可以比照以前「舌診儀」跟「脈診儀」以專款申報的時候，做一個適應症的規範。

主席

所以從中醫全聯會的觀點來看，如果已經限縮適應症，是鼓勵大家用「舌診儀」跟「脈診儀」？還是不鼓勵？

柯富揚代表

目前「舌診儀」跟「脈診儀」是有相關的規定，目前是只有醫院，那醫院是有一些完全沒有申報，就是個別的、少數的醫院申報量就特別的大，所以在六區的中執會討論的時候，就有人覺得說就某幾家醫院都在做舌診儀、脈診儀，那其他醫院都沒有在做。

主席

那是為什麼呢？是沒有推廣？還是大家不會用？還是不習慣用？還是有其他原因？

柯富揚代表

基本上來講「舌診儀」跟「脈診儀」目前要避免由 PGY 的醫師來操做。

主席

教學的就不要報健保。

柯富揚代表

對，教學的就不要報，那在中執會的共識就是要執業滿 5 年

以上的專任醫師，才可以申報，再來就是也有設定「舌診儀」跟「脈診儀」的適應症，整體來看，那“6”個人當時就是根據醫院內的專任醫師數跟申報的量相除，除出來的結果，那這個數字就是在頁次討 6-1 的地方有提到：「……平均每位中醫師月申報量為 23 件，月申報量 $\leq$ 6 件之人月數約占 51.7%...」。等於一半以上的人其實是不會超過 6 次，是這個樣子來的。

主席

請羅院長。

羅永達代表

這個沒辦法說服我們，因為「舌診儀」跟「脈診儀」其實已經行之很多年了，而且現在已經不知道是第幾代了，我知道他至少有 15 代以上，包括目前的 AI、識別，現在這個資料對整個中醫現代化及科學化，一定有很大的幫忙，因為望、聞、問、切之舌診與脈診是很重要的，難得有人願意這樣去做，當然是有經費上的問題，現在是 500 點，但不能因為這樣子就去限縮到“6”個人，再來就是說集中在某個醫院，這不是壞事，大家都知道像現在唇裂手術，大家都知道會集中在某些醫院，這不是他錯，這是因為集中的原因，這沒有什麼不對的地方。第 3 個就是委員認為不是大家都可以做，是不是每一個都要執業 5 年以上才可以做？假如有這個需求的時候，我覺得 5 年也是太苛刻了。

有一項東西，我們很贊同的就是適應症，最後結果怎麼審查？像現在所有的適應症，比如說要做 EKG，那就要報告，要告訴我那是什麼東西，有一段時間之內，可能全聯會裡面可以用這個東西去審一個醫院裡面的品質，這個我們都同意，你可以從品質的方面、從審查的方面、從適應症方面，但是就不能說只能做 6 個，我認為這有需要的，對整個中醫是有貢獻的，那憑什麼跟我說只能做 6 個？那我覺得整個適應症的整個案子都要重新檢討，是不是放寬適應症？是不是需要提出計畫？報告裡面是不是需要包括那些東西？用品質來 qualify 申報的醫療院所，就是不能用數量來約束，說一個月只能做 6 個，這個到那裡都沒有道理的，我建議這個案子是不是可以做修正？

主席

請施代表。

施純全代表

我建議拿掉，列為審查指標，我們再研究用什麼當作審查指標，直接訂幾個人合理性不太夠，若要管理，可以用其他標準或訂審查指標或審查注意事項加強審查會比較合理。

主席

這個案子原本沒有訂舌診儀、脈診儀的適應症，這次訂了，適應症，尊重專業意見。

林宏任代表

我是中國附醫，因為我有參與舌診、脈診的研究，當初開發舌診、脈診時，張副院長有拿到 program 及經費，到北、中、南各地教學，那時沒有訂年資，這是第 1 個，第 2 個每年都有一個專案報告結論給全聯會，有訂適應症。

主席

研究階段有經費來源，就不是例行。現在已經不是研究了，舌診、脈診是例行醫療服務，科長，這個有訂適應症嗎？

陳依婕科長

目前在支付標準上沒有訂適應症。

主席

現在要列為一般醫療服務，就要訂適應症，討 6-2 至 6-4 頁適應症的部分，是全聯會專業提出的，我們尊重。另外就是限幾人的部分，假設每人都在用舌診、脈診儀，所以用總量除以醫師總數，得到 6 次，但事實上可能並非每個醫師都在用，也不是每個醫師都有看診這些病人，所以不宜用平均分配 6 次，如果將來發現浮濫使用，可用專業審查來管理，目前支付標準有規定，如有申報舌診、脈診，應依中醫四診辨論原則在病歷中詳細記載並附有輔助檢查圖像、判讀報告，所以這些在專審的時候可以附上，否則就不應申報本項目。看起來不需要增加註 6 的部分，需要限制年資滿 5 年嗎？這是你們的共識嗎？請吳醫師說明。

吳清源代表

年資 5 年是因為本項目需要判斷標準，就像申報西醫內視鏡一樣，要有一定的專科資歷可以判讀，以提高相對的品質，剛剛羅院長有提到 5 年有一點嚴苛，那我們可能內部再討論一下是否改為 3 年或幾年。

主席

這不是全聯會提的嗎？

羅永達代表

現在西醫專科訓練不過是 4 年，次專科為 2 年，這個項目可以用研習會或相關認證，用執業幾年來規定，好像判斷就會比較厲害，我也不相信。如果全聯會擔心浮濫使用或費用占率高，用加強專業審查來管理，比較合理。

主席

還有嗎？請蘇醫師。

蘇守毅代表

西醫專科訓練是 3-4 年沒錯，但前面至少還有 PGY，但中醫不是，中醫前 2 年是開業負責醫師資格訓練，後面 3-5 年左右算合理，如果要寬鬆一點，最少也要有 4 年以上，有些醫院是滿 4 年才可以當主治醫師，因為還要教學，還有些醫院是滿 5 年才可以當主治醫師。所以建議是 4 年以上比較合適。

主席

現在要幾年？

柯富揚代表

這個就好像中執會的討論情況，一開始是高屏業務組發現某家院所的異常行為，所以高屏區中執會就提案送相關資料，訂定年資及次數，羅代表所提 6 次的部分可以不用限制，至於資歷 5 年等於是 PGY 後再加 3 年，等於拿到執照後滿 5 年就可以，如果六分區主委及在座代表都不反對，可以再往下降。

羅永達代表

西醫跟中醫 PGY 不一樣，西醫要走很多科，中醫只有幾科，是住院醫師的概念，我們在意的應該不是只有年資，而是有沒有舌診脈診的相關訓練或認證，如果只是 skill，中醫界是否鼓勵這個做法，將來是否希望這些收集到的檢查結果可以做為資料庫，如果是，那應該多鼓勵而不是多限制。

主席

現在支付標準是有限制的，第一是合格之醫療機構，另每年需提出申請計畫才可以申報，且限中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格者，所以不是大家都可以申報的，另外申報還需附上相關病歷、圖像、判讀報告資料。所以直接除以醫師總人數是不妥的，因為只有部分醫院的醫師可以申報，現在脈診儀的申報量是 11,000 件，舌診儀是 14,000 件。

是否教學研究就不要申報，給真正符合適應症的病人申報，我唸一下第4部第七章-1註2，前項經審查認定合格之中醫院所及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報，惟研究教學目的不得申報。另外再加上適應症及年資4年，原來的規定還是存在，這樣是否妥適？

羅永達代表

現在才知道原來前端有規定院所資格、還要先提出申請，那後端就更不要再限制醫師年資4年了，申報這個項目500點，多看一個病人就超過了，建議採2-3年就好，因為後面還有適應症及檢附報告資料的規定。

主席

請蘇醫師。

蘇守毅代表

我補充一下，當初設置培訓醫師資格也是以5年為主，那為何4年就不能當培訓醫師呢，我向中醫醫學會詢問過，該會認為這是最基本的要求，所以5年是才有培訓的資格，可以教導學生。

再來是這個項目是誰在做，在醫院都是住院醫師或是實習醫師在幫忙，很少是主治醫師在處理，後面由主治醫師判讀並申報。

羅永達代表

X光也是放射師在照，由主治醫師判讀。

蘇守毅代表

所以說以年資限制，讓它是一個教學的項目。

主席

要規定幾年沒有科學數據說明誰對誰錯，所以尊重大家的經驗及現行制度，其餘就依照剛剛所說的內容做修正，這樣好嗎？大家還有沒有不同意見？好，請依婕科長說明。

陳依婕科長

在適應症部分，列有其他特定疾病(討6-4頁)。

主席

這個部分是否要拿掉，好，那就拿掉空白項目。

高屏區業務組施怡如視察

補充當時管理上的困境，當時分區也想回歸審查，但沒有任何核刪依據可以採用，當時曾想規範適應症。該院很多病人都

用了舌脈診儀，醫院詢問我們違反了支付標準那一項規定，我們只能輔導告知院所 CT、MRI 也是檢查的一種，但不是每個病人都應該要做。本項目在適應症上，有一項是過敏性鼻炎，以後醫院是否符合過敏性鼻炎的病人都可以做？

另外在檢附報告的部分，這台儀器在檢查後都會印出類似血壓計的紙張報告，以後是否只要貼上這類報告紙就算是符合規定？很高興此次會議有規劃適應症，建議有做本項檢查，是否增加個案的評估報告？

主席

這是少數醫院的情形，但醫院買了儀器後就可能會給每個病人都做，這是現況，現在訂出了適應症，那是否符合適應症者都可以做，是這個意思嗎。高屏業務組建議有做本項檢查，增加個案的評估報告？聽聽各位的意見。

羅永達代表

醫院不是要事前審查或提出申請嗎？在申請的過程，全聯會在審查時就應該用內部管理予以同制約，如：申請者事前應提出某些計畫或是成果，認可之後才能申請或隔年要符合相關要求才能再申請等內規。本項目既然有事前申請送審的規定，全聯會應該有能力可以處理。

主席

現在雖然有寫適應症，但看起來範圍還蠻大的，例如：糖尿病，符合的人可能很多，是否都可以做。

柯富揚代表

各分區業務組若發現異常院所，請將名單提供給全聯會，做為來年提出申請的考量。

主席

尊重全聯會的意見，先執行觀察一年後再討論修正，請全聯會也給大家一個年度評估報告，大家還有沒有疑問？年資的規定就尊重全聯會採用 4 年。接下來討論案第 7 案。

討論事項第七案

案由：有關修訂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第四章、第五章、第六章及第八章。

主席

請全聯會說明，現在增加了中度複雜與高度複雜的項目，其

中包括三種，一個是有開立內服藥、其次為未開內服藥、最後是第一線處置治療，第一線處置治療的支付點數約為一般處置治療的 4-5 倍，請吳醫師說明第一線處置治療與一般處置治療的點數增加原因及差別。

吳清源代表

謝謝大家支持本次修訂案的，傷科為何會調整這麼高，是因為高度複雜性的處置(如骨折、脫臼)是由中醫傷科醫師親自執行，西醫徒手復健治療與我們做的一樣，但西醫的點數約在 2-3 千點，與中醫複雜性傷科的點數 700 點落差很大，為了讓傷科醫師有合理給付，才提出本次修訂，我們不是只調高點數，我們也增加輔助治療及規定相關影像學及輔助的診斷證明，與西醫的規定類似，第 3 還設定治療時間及總時數，希望複雜傷科病患，除了給予徒手治療還有輔助治療(包括藥薰、遠紅外線、夾板等項目)，點數雖然不及西醫，但勉強合理反映傷科中醫醫師親自徒手幫病人治療的給付和價值。

主席

請說明療程第一線處置治療與第一次處置治療的差異為何。第一線處置金額拉高很多。

陳憲法代表

補充說明，第一線是骨折或脫臼當下的復位處置(如:復位、留下影像當診斷證據)，與療程第一次處置治療做區隔，第一次不一定有骨折或脫臼，可能是挫傷或扭傷的處置，討 7-3 頁的醫令代碼 B57、B84、B89、B94 等都是骨折、脫臼整復第一線的復位處置。討 7-4 頁的是損傷、扭傷、挫傷，沒有骨折或脫臼，醫令代碼 E05、E06、E07 等，所以這是有區隔。第一線的復位處置有骨折、脫臼整復，所以處置與代碼不同。

主席

你的第一線在哪裡？

陳憲法代表

第一線在討 7-3 頁。B57、B84、B89、B94。

主席

討 7-3 頁。我就是看這個。

施純全代表

主席我提供一下意見，我覺得這個寫法不太好，最早原始支付標準的寫法比較好，我記得骨折或脫臼真正第一次是有不一

樣的價錢，只能申報 1 次。我覺得這個第一線會創造一個新的定義，原來的寫法比較好，跑出第一線會引起別人的誤會，那有沒有第二線。

主席

剛剛科長有跟我解釋，如果要三個療程才會好，那來的第一次來就叫第一線，如果一個療程就會好，那每個療程的第一次都是第一次，不是第一線。那一次的受傷來看，不管是中度或是複雜，第一次都是只有一次，接下來每個第一次才叫第一次，所以這個國語看不懂，所以要經過你們解釋，如果每個人定義療程第一次叫第一線，那你要怎麼辦？你也不知道這次療程他要二個或三個療程，就是申報療程，你如何知道他是第一、二、三療程，如果你們認為的第一次他申報成第一線，我們會知道嗎？

柯富揚代表

會，因為我們有規定他骨折或脫臼，就這一次是第一線，在這一次完成之後下一次才能稱為第一次，第一線都是比較高額的診察費，後面都是照一般支付標準給付，我們有要求比照西醫要附 X 光片，至於脫臼他需要拍下錄影。

主席

其實滿嚴格的。

柯富揚代表

其實我們這個是找以前的傷科醫學會的理事長。

主席

X 光片要民眾先去西醫照完再去你那裏嗎？

蘇守毅代表

不是，要補附，骨折就是要照 X 光。

主席

這就表示他不能第一時間跑去中醫診所，他要先去西醫診所，照完之後再帶過來給你們看，如果他第一時間就跑到中醫診所，那照 X 光片你們要怎麼弄。

吳清源代表

補附就可以，只要錄影或照相就可以，如果有需要的話才要 X 光，後面再附，並不是說馬上立刻要做。

主席

錄影、照相，你們要存在哪裡你們有規範嗎？要用什麼錄

影，手機嗎？

蘇守毅代表

原則是建議他病人來的時候，第一線用手機錄影他的術前、術中、術後。

主席

處置的前、中、後？

蘇守毅代表

對，這個影片要存檔備查，抽審的時候也要附上。

第二是病人整復結束後，病人不會痛已經結束後，你再讓他去檢驗所或西醫照 X 光，確認復位的情況沒有問題，這樣我們後面有需要追蹤的時候再請他附 X 光。

主席

通常 X 光片是會嵌入病人的資料在裡面，會知道 A、B、C 是誰，可是你是錄影，要如何證明這個片子是誰的。

蘇守毅代表

因為要本人，照到臉、健保卡。

主席

這些都沒有寫，這在技術上可以用同一張片子說每個人都是這個片子，也不知道，X 光片已經會這樣了，你這個完全沒有更何況是錄影，而且吳醫師說，沒有要求他第一次要 X 光片，所以你要用錄音錄影取代，這就是病歷的一部分，這些東西要如何儲存，現在手機錄影是很容易，你要存在哪裡才很麻煩，這個技術上你們都想過了嗎？可行性很高嗎？

柯富揚代表

這個是我們詢問傷科醫學會理事長，他同時是復健科專科醫師。

主席

但是這是每一個傷科醫師都可以同意嗎？會不會有人抱怨？因為導入進來會有很多作業。

蘇守毅代表

不會太多，很多骨折脫臼大部分都直接到急診室，真正會到中醫診所的量是很少。

主席

中度和複雜的不多，他可能是初級的扭傷到傷科會比較多，

好，都已經說明完了，大家有沒有意見。

黃俊元代表

第一線如果是中醫傳統的用詞，你看在場的這麼多健保專家對第一次或第一線都不是很清楚。

主席

第一次懂

柯富揚代表

原本的支付標準就寫第一線。

黃俊元代表

對，可是今天你分得很細，多了很多中度、高度、複雜，忽然跑出很多的第一線出來，我也是突然看到這麼多表跑出來，線跟次，如果只有中醫的專家懂，大家看到會不容易了解，經過各位專家解釋才了解第一線這就麻煩了，申報是讓人家看了就懂，還要人家搞不清第一次第一線，我是說支付標準要讓大家看得懂，以上建議。

主席

不只是脫臼整復，針灸、電針都有第一線，所有你們現在增加中度、高度複雜，通通都有第一次跟第一線，你們還是堅持用第一線嗎？你們都聽得懂嗎？因為我們不是專業就聽不懂。

吳清源代表

因為之前應該原來是寫第一線。

主席

那你要不要改？那要修成什麼？

吳清源代表

修成第一次會比較清楚。

主席

第一線要改成第一次，那又跟原來第一次混在一起。

柯富揚代表

只要是脫臼整復，不管針灸或傷科，脫臼整復才會寫第一線。

主席

沒有，你現在是針灸、電針、合併傷科全部都有第一線，針灸合併就有第一線，你們現在第一線想改成第一次，原來療程的第一次都叫第一次，我看這個名詞回去再研究一下好不好，

聽不懂。

柯富揚代表

如果大家都不懂，我們願意改，其實第一線是延續舊的支付標準。

主席

其實你如果讓大家覺得第一線就是第一次，因為他的點數是4倍，大家都申報這個，到時候要導正很困難。

柯富揚代表

還是維持原本舊的支付標準，骨折、脫臼的部分就寫第一線。

主席

你要去解釋何謂第一線，要不然大家會以為第一線是第一次。我們原來的備註是有寫說「係指病人受傷部位初次到醫療院所的處置治療」，這是原來就有的。

其他還有沒有意見。這是新增的預算，然後要區分中度、高度複雜，特別鼓勵傷科的醫師面對中度、高度複雜病人，特別給予合理的點數，這個有預算我們尊重，你們自己去區分還訂有適應症，我們也尊重，只是那些文字你們回去想一想，如果有更好的一目瞭然的說法，你們再回饋給我們，或者在支付標準預告時、或共擬會議之前跟我們講，因為這要提共擬會議，共擬會議之前如果有更好的文字表達可以讓人家理解，就通知我們一併修改。請羅院長。

羅永達代表

我覺得第一線改成起始次，然後第一次改成療程第一次，我覺得會很清楚。

主席

回去可以參考研究。因為預算也沒有超過，我們就尊重。請依婕科長。

陳依婕科長

請大家翻閱討7-7頁，除了支付標準還有修合理量人次，也請全聯會說明，因為近年來已經調整過很多次合理量。

主席

請吳醫師。

吳清源代表

這是中執會討論的結果，其實之前很多病人都寅卯吃空，像

傷科中度複雜性、高度複雜性，應該要申報都沒有申報，我們和傷科醫學會理事長討論，經過試算後，我們預算還算夠，希望放寬相關一些標準，鼓勵大家多把病人區分，不要都混再一起分類不是很清楚，希望讓那些所有要給付中度複雜性或高度複雜性的病人，鼓勵他們把他確認到正確診斷碼內，這樣我們疾病分類讓病人獲得更完整的治療，所以我們把合理量的範圍放寬一點，鼓勵大家把病人真正的病因反映出來，同時你要做中度複雜性或高度複雜性治療的時候，也有一定一些治療的規範，這樣更能提供中度複雜性或高度複雜性病人更完整的治療。

反過來講，我們提供這些相關的治療，當然這些醫師付出的時間點和代價也要相當，假如有把合理量濃縮下來的話，他會覺得做白工，為何要做這麼多，那時候討論是希望能放寬一點，鼓勵大家給病人更完整完善的治療服務，照顧更複雜的病人，然後核實申報，以上。

主席

剛剛有醫師講到會符合高度複雜、中度複雜的病人不多。

蘇守毅代表

剛剛講的是脫臼跟骨折。

主席

那針灸就不一定。

吳清源代表

針灸不一定。

主席

現在是針灸的部分，高度複雜的傷科、中度複雜的針灸合理量要提高，那傷科沒有要提高。

吳清源代表

傷科因為他合理量本來就不多。

主席

60 為止，只是增加針灸跟高度複雜針灸的上限。

吳清源代表

高度複雜傷科也只有第一次錢比較多，後面通通都是一般的費用，沒有比較多。所以他不會造成類似衡量的現象，反過來針灸可能會造成衡量，我們會把它限縮，避免讓他衡量太快。

主席

以前針灸是沒有訂上限，現在要訂上限，以前傷科的上限是維持。所以是這樣，我們訂之後再評估滾動式修正。這一項還有沒有要討論。如果沒有的話，文字就麻煩全聯會再回去想一想讓大家都聽得懂，接下來第八案。

討論事項第八案

案由：有關修訂修訂增加中醫針灸、傷科療程中「未做處置只開內服藥」代碼。

主席

所以是不同意增列這個代碼，請全聯會說明，請吳醫師。

吳材炫代表

這個案子是因為在臨床上一些患者在針傷療程中，不希望做針傷的療程，希望只要拿藥，但是只拿藥，同一療程沒有只給內科藥的代碼，所以我們希望增加代碼以符合臨床上申報能特定使用。

柯富揚代表

問題是今天是針傷科同一療程他要針灸，他是同病名碼，他可能是針傷 2-6 次治療過程中，他可能治療 2、3 次好了，這時候他回診不想再做針傷，可不可以只開內服藥做後續的處理就好了，基本上他還是同一個病名碼，可是在我們目前病名碼，只要是針傷的療程，就是一定要針傷。這時候我們一直宣導院所針傷療程不要蓋卡，尤其同院是絕對不行，除非是不同病名。現在問題是醫療院所希望如實申報，他認為我去假造一個病名不好，這樣還有診察費，現在也沒有診察費，就是療程過程中做針傷治療，純粹只是開內服藥，所以是不是需要一個病名碼讓他們去申請，也節省健保的開銷，沒有診察費又如實申報。

主席

所以這是只開內服藥，沒有診察費，就可以開。

柯富揚代表

對，因為他是療程，如果有診察費更好。

主席

如果沒有這個，其實他可以變成療程結束，變成一般門診。

蘇守毅代表

因為他療程裡面有針灸，你必須要申報針灸，因為他沒有針

灸我也不要去申報這個錢，免得你的病人去反映沒有針灸只有開藥而已，所以把針灸拿掉只留一個代碼在療程內，這樣沒有針灸費用、診察費，只剩單純的藥費，這樣對醫師而言是比較合法，對於病人而言，他要求的東西也要到。

主席

可是就是很怪，因為你是針灸療程或傷科療程，然後療程內有一筆是沒有針灸、傷科，純粹是內服藥，看起來也不是很合理，應該如何申報，秀文視察。

楊秀文視察

如剛剛主席所說，如果他今天是一個療程，他應該同樣都要做針灸、傷科，如果他今天只開內服藥，他就是療程的終止，他就是再另外申報一筆。

主席

這目的很奇怪，你一定要讓他6次結束後才有診察費的概念，明明這個療程的概念是可以做6次但沒有一定要做滿，你如果做2次病人就不要繼續，就要開內服藥，那我們也會去監控每次都只做1次的是不是有濫開療程。那你現在又來一個療程內只做2次就不要的，就要開內服藥，我們也要承認在療程內，那以後療程要如何定義幾次算正常還是異常，這樣好像也不是好方法。

柯富揚代表

這樣的病人很少，確實他在針傷的治療過程中，他認為已經不用針傷，後續只需內服藥就可以完成。這樣的情形對醫師而言他也是不願意，因為有診察費。

主席

你為什麼不給他診察費。

柯富揚代表

這要管控。

主席

這有什麼好管控，既然沒有很多，療程就是療程，看診就是看診，那你就會創造一種情形，療程內有開藥沒有診察。請曹醫師。

曹榮穎代表

針對這個案子有一些勞累損傷病患或是其他原因，它們需要運

用內服藥，包括後續針傷的治療，他需要開藥的時候，他是同一個病名，有沒有一個代碼剛讓我們申報，好在這次療程他是不需要針傷科時，讓這個代碼去運用。其實他在這個療程一開始的時候就有用藥了，但是後續這個藥沒有再進來的時候，事實上在整個治療是沒有銜接性，而且會中斷性，而且沒有達到比較快速、合理的治療結果，這是我們希望這個代碼的原因。

主席

西醫也有療程的概念，包括外科的換藥、復健，他也是療程，但好像沒有人訴求療程不要做，改用內服藥，然後算療程內，就是我們支付標準會變得很奇怪。

詹永照代表

我們希望變成如實申報，這個搞不好還是沒有完全做完，他覺得吃藥比較舒緩，我拿藥就好，我們前面說不能用不同病名拿，同病名才能拿。因為療程內我要用同病名，我要開藥。

主席

為什麼同病名不行？

詹永照代表

因為不同病名就另外蓋卡，我們希望院所能如實申報。

主席

因為我是覺得很奇怪，同一個醫師開內服藥，同一個病名為什麼不行？同一個病名可以用內服藥處理、也可以用療程處理，也用針傷等。那他現在改用需要診察再給藥，你為了要省這一次診察費，對醫師也不太公平。

柯富揚代表

關鍵那是因為他同病名。

主席

同病名治療的方法有些可以用內服藥或療程治療。

柯富揚代表

那撤案。

主席

撤案。第九案。

討論事項第九案

案由：有關修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔

助醫療計畫」條文案。

主席

超出本預算 4.84 億元。

楊秀文視察

對。

主席

超出本預算這麼多，請高雄長庚醫院。

胡文龍代表

我們要回覆的是從第二點第二大項的第一點開始，在總額協商會議原本我的提案是針對呼吸衰竭使用呼吸器的病患，但後來我們就把它擴大範圍為呼吸困難照護，所以會增加這些適應症和不局限於僅使用呼吸器的呼吸衰竭患者，所以會增加這些適應症。

第二點就是刪除這一個申報限制，就是回歸這個專業的判斷，依病人的病情需求來調整治療次數，來提高療效。

第三點 P33056 我們還是要記錄，只要是 P33056 這些我們都要在 VPN 登錄，跟其他的生理評估是一樣的。

第四點我們在評估項目增加了氣喘，大家可以看到我們再增加第三點，氣喘的患者我們再加氣喘評估測驗，慢性阻塞性肺疾病，我們會增加它的評估量表，另外其他的我們會增加呼吸困難評估量表，也就是說我們多了一個評估量表，但是前面那三項我們還是要記錄，將來要評估 outcome 的時候，以及成果報告的時候我們會用到，除了巴氏量表之外，我們再加了一個量表，就是這三個其中的氣喘、COPD 或呼吸困難，要上傳其中一個量表。

再來第三大項有關經費的問題，我們看到這邊有提到收案 10% 遠遠高估了，我們雖然羅列了這麼多適應症，不過，他們會利用中醫的比例不高，就算我們一般在醫院接受會診的話，大概那些案例非常的少，所以我把它預估大概是 0.5%，這些案例選擇 0.5%，再加上第一年我們還需加強宣導，可能利用率沒那麼好，所以我們預估是 0.5%，我們會增加 25.69 百萬點。

再來就是解除申報治療次數限制，原則上這邊講會增加 3.5 次，其實不會，週一到禮拜天，會有週休 2 日，所以最多大概是會增加 1.5 次，就 3.5+1.5 就是五次，這樣的話，我們會增加 3.64 百萬，所以綜合以上就是說原來的方案預估明年大概是會

196.6，加上這一個呼吸專案的 25.7，再加上取消這個限制的治療次數 3.6，我們總共是 225.9 百萬，110 年的預算是 234 百萬，以上。

主席

我們原來在協商的時候是講的是呼吸照護、呼吸衰竭，然後呼吸停止，結果現在弄到一般肺炎、氣喘，所有的呼吸道的疾病。

胡文龍代表

呼吸困難。

主席

呼吸困難，對啊，就是範圍很寬。

胡文龍代表

但是這類疾病一定要有出現呼吸困難的症狀，就是說我們在會診的時候，他的主訴一定要有呼吸困難。

主席

請專家學者施代表。

施純全代表

我個人以為在協商的時候那個條件是什麼要對清楚，就照那個條件，還是要尊重那個協商的結果。

主席

原來的是呼吸照護不是呼吸困難。

施純全代表

那就照那個協商的那個結果。

主席

理事長，現在怎麼辦。

柯富揚代表

其實在協商的時候一開始有提到呼吸照護，後來有想到呼吸困難，最大關鍵還是在這個收案條件的命名碼，在命名碼上面的話，其實在呼吸困難的診斷碼裏面，或許第一個就是符合診斷碼不一定都會找中醫會診，第二的話是這些命名碼或許可以做篩檢，有一些說像新生兒的吸入、周產期的其他呼吸狀況，我在想可能在收案的病房上也可以再做一點篩檢，到那一次的話，其次在預算上來講，我們可能最大還是在於預估值的認知不同，就是在認知上來講，我們認為說 108 年腦血管等三項疾病，住院病人的平均收案率來講，我們是 0.5%去做計算，應該

不大可能會高到 4%，所以我想這樣的一個費用應該是足夠的。
主席

我們來請教付費者委員，就是健保會的委員，許美麗委員或是蔡委員，當時我們協商給這個錢的時候講的是呼吸照護，現在要把它改成呼吸困難，適用的範圍擴大。雖然現在全聯會說擴大，但是金額不變。但是我們當時給預算是呼吸照護，現在是把它擴大到呼吸困難，所以在討 9-2 頁裏頭就是增加非常多的病例出來。

胡文龍代表

我們專案名稱還是不變，是呼吸照護，只是對象從呼吸衰竭擴大到呼吸困難。

健保會陳燕鈴組長

補充說明總額協商過程，當時中醫部門提出的草案，呼吸照護適用範圍確實為呼吸衰竭，可是因為有委員認為須避免無效醫療，呼吸衰竭好像是用在長期使用呼吸器依賴的病人，所以付費者希望能用在類似 COVID-19，那種突發性、急性的階段，運用中醫輔助治療讓病患回復呼吸功能，不希望只用在已是長期呼吸器依賴的病人。所以健保會有請中醫再想想適應症是否不要只限呼吸衰竭，記得在協商時中醫有提出補充資料，把屬於呼吸困難相關診斷送進來，協商的決議的文字是「呼吸困難相關疾病」，所以這個要釐清。

主席

如果是呼吸困難，你那邊有落入文字。

健保會陳燕鈴組長

協定事項已落入文字。

主席

這樣子就就吻合，那只不過是呼吸困難的診斷碼，這裏頭是不是都恰當？施代表，專家學者是不是都恰當。

施純全代表

我們要逐一核對，基本上當時健保會的決議是剛才這樣子的話，那就符合了，符合的話，現在就是讓他思考，你有沒有期限，這個這也不是申報過就算了，到時候你還是要向評核會委員報告，還是會對你 challenge。所以基本上那些疾病的條件裏面有沒有那些狀況是不適用，這個請胡代表回答一下，有沒有那些狀況下是限制就不適用了，因為剛才按照健保會代表的講

話就是有，有就可以嘛，有沒有那些疾病碼在什麼條件下都不適用了，把這個講清楚了之後，就基本上就沒有違反健保會的決議，也不會到時候你們去評核會報告的時候，你會被電的稀裏嘩啦的。

胡文龍代表

我這些 ICD-10 碼是用關鍵字「呼吸困難」去搜尋，然後由那些疾病會出現呼吸困難，我是把它列在這裏。

羅永達代表

剛才健保會已經解釋過，既然這個東西跟當時的要求沒有不一樣，消費者代表到現在為止，他們的態度其實很清楚，一樣的錢，但是你要做更多的事，所以我覺得你這樣的規定來講的時候，這個範圍擴大，而且充份去做呼吸照護，這不是壞事。

第二件事，也就是說即使中醫很多講症狀，所以他們從症狀當中去發展，這個也沒什麼不對，將來他們本身要用什麼樣的方式去跟健保會，或者是在我們的品保款會議裏面怎麼樣去解釋，那個全聯會一定會去做的事，至於說錢的部分，因為每個醫院的經營者都很清楚知道說這個要這麼多人，要留 10%，就是不太合理的東西，醫院願意去跟中醫配合就已經不多了，尤其在 ICU 裏面，或者是在相關的急性病，他不是醫院要做就可以了，還要經過病人他同意，所以他的東西的困難度，我相信絕對是很高的，所以我都覺得你給 0.5%到底能不能夠做得到都是很困難，在這樣的情況之下，我們假設他的金額本身是合理的，因為它本身有這個計劃，這個計畫是浮動給值的問題，就是說我如果做超過了，你就應自己承擔，因為他點值可能 0.9、0.8、0.7，可是如果沒有的話，我覺得鼓勵都還來不及，怎麼會一直給你挑剔，我覺得包括消費者代表及專家學者，這是一個樂觀其成的事情，所以他們願意把範圍做大，而且會去承擔他的財務分風險，他們做的東西到最後，明年的這個時候，大家來檢視說它們到底用什麼東西來做出這樣的結果，我覺得大家應該是鼓勵的，以上。

健保會陳燕鈴組長

再補充一下，總額協定事項中有一個效益評估指標，當時中醫部門提出來的指標是「對於住院中呼吸困難的病患，藉由具文獻依據的中醫輔助醫療介入，期使達到呼吸功能恢復...」，依據這個指標來看，當時中醫部門提出的方案是有 evidence base

顯示中醫介入的療效。所以現在要決定納入那些疾病診斷，我覺得可以回過頭來，用這個標準來篩選，也就是當初協商時中醫部門所提有 evidence base 文獻中，中醫介入療效較好的是一些診斷。

主席

胡代表要回答嗎。

胡文龍代表

其實目前以中醫來講，在我們執行以後我們就會有 evidence base，就因為限縮的話，我們還是就是那些，如果說你是照以往的那些適應症的話，就是在那些範圍，不會有更多的，現在就是 COVID-19，當然我們有介入，有很好的發揮。COVID-19 之前也沒有中醫的 evidence，現在介入就有 evidence，當然我們現在就是說這些 case report 我們都有，只是說可能還要去找，之前我臨時找到的幾個有關中醫可以幫助呼吸功能的恢復，包含感染、中毒、缺氧等原因，這些都有 evidence，說到目前我們就是以呼吸困難的這些適應症讓我們來做介入，如果說覺得成效不好，明年再來檢討，若是限縮在文獻上面那幾個，我們不如去做呼吸衰竭、去做 ICU、RCC 就好了，以上。

吳清源代表

再補充說明。第一個回答剛剛的問題是不是有 evidence base，事實上大部分都有 evidence base，不過全聯會會再重新 review 確認，我也很感謝羅代表非常鼓勵我們，雖然說有些可能沒有 evidence base，其實有很多像我們現在做的，然後找一些確定 case report 或 case 1、2、3 來確定相關的指標，這是第 1 點。

第 2 個回答全聯會說明刪除本計畫之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。事實上很多病人，我們很多病人在加護病房，舉我一個例子來講，其實我很多的病人都是重症，像在安寧病房、呼吸衰竭、呼吸困難的，他們都很希望我每天都去幫他針灸治療，然後他可以每天都好睡覺，病人及家屬都給我們很好的回饋，其實我們週六日都會去幫病人針灸，都算是送的，當然我們希望能夠可以回歸到專業判斷，若他真的有需要的話，那這個只是極少數，並不是常規的，至少讓我們自己回歸到醫師的專業判斷，然後這個病人真的很有需要看醫生，病人已經剩沒幾天，再給他一些有的沒有的，其

實病人真的是很痛苦，這是我們的第二個標準。

第三個就是生理評估相關方面，有提到就是呼吸困難相關的一些呼吸頻率、心率、血氧飽和度等這些方面的這些項目，我們並不是要給付這筆錢，只是要記錄他是不是真的符合呼吸困難？應該是這樣子解釋，不是要這個東西去給付這個錢，應該是說他有符合呼吸困難。所以說最重要是讓相關的一些評估量表，病人是真的有符合相關的補助，給付的話是最主要是給付這些評估，以上。

黃頌儼代表

關於這個計劃，對於執行次數，這裏有一些報告，過去我們部門在執行研究計劃，包括對於病人的腸梗堵、消化不良，我們需要連續治療，每天治療的方式是一週治療6次，我們也證實這樣的連續治療，對病人的消化功能是有幫助的。

再來我們今年度執行的針灸治療去改善病人使用呼吸器，他的呼吸功能及拔管率，我們目前初步的統計結果也發現對於使用呼吸器的病人，他的呼吸參數RSBI是有幫助的，再來我們目前所收的個案實驗組是接受針灸治療的這一組，他的拔管成功率是高於西醫常規治療組。這是我們目前的發現，當然我們目前執行針灸治療，實驗設計是兩週內治療12次，也就是在一個比較頻繁的高強度的針灸治療，對於病患拔管率是有幫助的，這個讓我們去思考，如果有這樣子的方式可以讓病人及早拔管，是不是我們可以回歸到就是一個比較evidence base，或者是醫師的專業去評估，讓病人獲得連續性的治療，去改善病人的狀況，如果去限縮次數，我會去思考一個問題，如果說兩週內可以讓病人拔管，你限制兩週只能接受7次治療，但病人還要再等兩週才能拔管，以上是個人根據臨床經驗提供的看法。

主席

還有要補充的嗎？如果沒有的話，本案也是新增的預算，就是110年的預算是呼吸困難照護的項目，所以這個部分，你們如果認為現在列舉的診斷碼都是可以的，我們也是尊重，一年之後再再來檢討。

刪除7次，回歸專業判斷，這個也是同意，如果真的需要的病人，不要被這種行政干預，違反專業，所以讓你們自行判斷，至於說要申報這些評估的量表，尊重你們，然後這些照護的頻率，理論上也是分享西醫的結果，並不是你們要再做一

次，因為這些病人理論上它都會有這種報告，特別這個案子是住院病人的中醫輔助療法，所以這些檢查理論上西醫可能都會申報，所以你們不會重複，不是為了做這個來申報費用，而是你們要參考這些數值來證明它是否呼吸困難，所以這個也 OK，然後要上傳 VPN 的項目，要明列出來，這個部分會後再提供給我們。

至於說真的會用中醫會診的不會是 10%，是 0.5%，所以經費是夠的，總之夠不夠也沒做也不知道，做了，如果不夠，你們就浮動點值，這個就是先講好就是這樣，如果夠了就夠了，我們期待中醫的輔助療法可以在這裏證明比西醫的單純的治療還要好。這個就是評核會議你們要去說明的。

到這裏有沒有其他的修正，沒有的話，我們到這裏還有 11、12、13 案，還有三案請教各位代表，現在是差兩分就 5 點，我們是繼續把它談完呢，還是大家 5 點就很疲勞，大家覺得怎麼樣，談完了就不需要開臨時會，所以大家是支持繼續嗎？有沒有反對，主席都尊重大家。沒有，我們就繼續第十案。

就剩下這幾案的那一案先開始都一樣，我是要把它談完，我想我們如果有效率一點也不會拖太久，第 10 案

討論事項第十案

案由：有關修訂修訂「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」條文案。

主席

還有沒有要補充。

黃俊元代表

因為現在大家習慣用文字，我建議還是要用很簡單的表格，今年多少多少，因為每次看這文字，我就看到這個就花了，今年預算多少，差異多少%，就提供給署參考。

主席

這是提供給中醫師公會全聯會參考，這是他們送來的內容，本署的意見就是表格可以做得更好，這一項每二周不得申報超過七次，當時一定是中全會訂的，訂了之後覺得違反專業，現在要把它刪掉，這不是健保署訂的，因為我們也不知道幾次才合理，所以你們也是滾動式修正，現在把它刪掉，原來要限現在不限，那就看看，是不是大家都可以照專業走，預算也沒有太大的超過，所以大家有沒有意見，如果沒有意見的話我們就

通過。

討論事項第十一案

案由：有關修訂「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」條文案。

主席

曹醫師要由你來說明

曹榮穎代表

這個案子我們是希望修改個案照護滿3個月的時間可以延長，其餘在未連續照護21天或收案後35日，跟其他在附件1、附件3的部分，我們今日就形同部分的撤案，就是修改第一個指標。

修改第一個指標的原因是剛剛署裡已做說明，我這邊就不多做解釋，希望能盡快通過這個案子。因為在接受照護的這些小孩，他們常常有課業或急性的病症或是照顧者沒有辦法很準時把小孩帶回來回診，我們在收案日100日內必須要結案的話，常常導致很多孩童受照護的品質，沒有辦法受到計畫的照護，所以我們希望把它延長一倍的時間，從3個月延長到6個月，這樣的架構下能夠真正發揮試辦計畫的功能效果，不知道署內對於這部分的意見，其他部分我們今天就沒有打算要把它修正完成。

主席

曹醫師立刻把提案都改了，本來要刪除3項現在不用改了，只要刪除第一項，但是還是加了把3個月變成6個月，還是有限制而不是把3個月刪掉。其實我覺得過敏性鼻炎是一個非常困擾的事情，如果可以藉由中醫把它根治，多久都應該，他可能好幾十年的痼疾，對小朋友讀書、生活或各方面都是非常困擾的，現在因為空氣的問題這種病人是滿多的，這個部分大家有沒有意見，如果沒有其他意見，我們就3個月改6個月，其他照舊。

蔡翠珍專門委員

天數本來是3個月105天內，6個月呢？

主席

乘於2嗎？210嗎

曹榮穎代表

105 乘於 2。

主席

1 個月 30 天，6 個月乘 30 天為 180 天。一個月就算沒有週休 2 日算 30 天，就是 180 天，那你為什麼是 210 天。195 天，不能 105 天再乘於 2，再加 15 天的緩衝期看起來很奇怪，我們也不懂你的日子為何比較多。好，大家有沒有意見，如果沒有意見，我們都是尊重，只要把病人照顧好這是比較重要的。

蔡翠珍專門委員

要提升 P58005 管理照護費，都不提了嗎？

主席

都不提，好，接下來第 12 案。

討論事項第十二案

案由：有關修訂「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文案。

主席

請詹醫師。

詹永兆代表

我們年齡限制 20~45 歲希望助孕率更高。

主席

可是現在高齡不孕的人很多，你把它限縮中醫就沒有發揮的空間。我看這個年齡不要，很多需求在受孕，少子化很嚴重還限縮。

吳清源代表

訂這個年齡是因為很多受孕機率比較差，事實上不可能 60 歲還收，這有點誇張。是以月經為主可能還有受孕機會。

主席

所以你們建議要限年齡。

黃俊元代表

我覺得條文內限制年齡會很容易落入歧視，你專業評估覺得不適合就跟他說不適合，那你寫了，我 46 歲還有經期可以做，這容易落入爭議，這其實就是專業評估，不要把他寫在文字，這個我反對，以上。

主席

沒寫有沒有困擾，這個計畫過去沒有限制年齡有造成困擾嗎？

柯富揚代表

是因為評核會時希望把受孕機率放在較高。

主席

如果年齡很大又可以受孕，這樣不是代表中醫很棒，因為普遍就是高齡，如果你評估他已經不適合收案，你就不要收案，每個人的生理狀況不太一樣，下面結案條件這裡有要說明嗎？

詹永兆代表

基本上 2 年都沒有受孕成功，就暫停收案。

主席

2 年沒有受孕就暫停，那為何不結案，暫停的意思是什麼？你寫暫停收案一年，暫停一年是還可以收案的意思嗎？因為你的文字是暫停收案一年，要嘛就是該患者應結案，要不然好像伏筆是暫停一年後再收案，到底你們要的是什麼？這個應該是大家都有的，沒有限診所或醫院。

詹永兆代表

是院所的退場機制。

主席

患者的結案條件，你這邊是說應暫停收案一年，是什麼意思？

洪于淇科長

討 12-1 頁，第一點的(2)，那個是對病人來說。

主席

討 12-1 頁是對病人，對病人說滿 2 年無效就暫停收案一年，就是一年之後再來收案。討 12-2 頁，2 年內有來參加計畫申報的院所，如果沒有人受孕成功他也要暫停一年，就是不成功你一定要他成功才可以繼續做。

羅永達代表

院所有時候做的醫師不一樣，如果你把所院停掉，那新的醫師到那邊也不能收，因為他不是機構的評鑑，是因為這個醫師沒有成功而院所不能做，而別的醫師因為這個醫師沒有成功而不能做，這個道理好像有點怪怪的。

主席

現在是撤掉不要修了嗎？維持原條文嗎？

詹永兆代表

執行方式的體質證型刪掉。

主席

好，其他維持原議，是撤掉不要修了，有沒有意見，沒有意見本案就通過體質證型刪掉，其他維持原條文。

楊秀文視察

請問各位代表您們對於量表內容有修正，請問這部分要修正還是要保留原本的。

主席

這量表要修正嗎？這個修正怎麼都沒有劃線，收案日期和檢驗日期就做這兩項修正，秀文是這樣嗎？其他這裡也有劃線，就是低溫期天數有 1、2、3、4，高溫期有天數有 1、2、3、4，排卵低溫有 1、2、3，這個如果你們要修，我們沒有意見。你就是參加的人要做得好，尊重你們因為您們覺得這很重要，秀文可以嗎？

楊秀文視察

可以。

主席

這個案子就修正通過，接下來第 13 案。

討論事項第十三案

案由：有關修訂「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」修訂案。

主席

請中全會說明。

楊秀文視察

有關代表說要刪除 CKD stage 相關的檢驗檢查項目，我們查了 Early CKD 和 Pre-ESRD 因為已經將 LDL 和 UACR 列為必要的檢測項目，所以如果檢驗項目刪除對照護上到底是甚麼影響。

主席

這個案是西醫和中醫都收案，還是你們收案西醫沒收案？

林宏任代表

都有可能。

主席

西醫有收案的檢驗檢查項目你們會重複做嗎？

林宏任代表

會。但雲端有的就不會。

主席

雲端有的檢查報告，中醫就不會重複做。

林宏任代表

對。

主席

只限於西醫沒有做的中醫才會做，西醫沒有收案的，說不定雲端也會有檢查報告，只是他沒已納入個案管理，你剛剛說明說抽血這麼多病人受不了，其實就是西醫中醫又要再抽一次。

林宏任代表

不是，某些患者在看雲端會發現某些檢驗檢查項目數字不齊全，當他數字不齊全時，我們收案就會有一點困難，所以我們希望有些東西可以不要再抽。

主席

因為要抽什麼是你們提的，請羅院長。

羅永達代表

我和腎臟醫學會討論裡面數字的時候，既然是中醫收案不一定要和西醫完全一樣，但是有兩個點是基本原則，第一是醫師專業評估，你覺得這個數字有沒有意義，第二是要和西醫腎臟醫學會接軌，將來個案報告和人家比較的時候，你要和人家接軌。LDL 是間接的影響，其他項目像血糖、HbA1c、BUN、Creatinine、他本身是有一定接軌的項目。

從中醫的角度我覺得不需要抽血我就不要抽，而且雲端重複的項目就更不談，但你要去想一件事情，當你去做比較的時候，你們可以和別人接軌嗎？如果合理的話就這樣子，其他我們問的東西問的太細也不好。

林宏任代表

我們基本的抽驗都有。

主席

因為中醫本來望聞問切是不是一定要看這個，基本上治療之後還是要看大家共通使用的數據有沒有改善，不然如何證明腎病照護有改善，所以你們要如何修正我們是尊重，因為原來要驗那麼多也是你們提的主張，但現在就是不要重覆為原則，病

人找中西醫做治療，然後一直重複檢驗，病人也會受不了留不下來。就像羅院長所講，你要評估有效，要用那個項目讓人家信服，中西醫要有共同語言，不可以只是描述性。各位代表有沒有其他意見，如果沒有的話，我們原則是中西醫檢驗檢查不要重複為原則。第二你要評估療效的時候，要讓大家理解你的療效呈現，要用什麼呈現，這部分我們沒有意見。另外 60 天限申報一次，改成 49-63 天申報一次，這個我們沒有意見，60 天也是原來你們寫的，好，同仁有沒有其他還要討論的。

楊秀文視察

這邊有提到 P64010 有一些相關規定的修正，我們有說明這是針灸療程的申報項目，我們在這計畫的 64001-64009 他都是有診察費，其中 64001-64004 他是針對有開藥但是沒有針灸的項目，所以像這 4 個項目就不該去申請 P64010 針灸的診療，所以我們要表達這個部分。

主席

請林醫師。

林宏任代表

其實我也碰到一個患者是這樣，我們醫院有一個腎臟醫學中心，我們賴副院長就希望不要吃藥影響病患的腎臟變化，所以他就不要吃藥轉成針灸，所以這部分我們也遇到這個問題，我們也在想這部分有沒有彈性的作法。

主席

可以，只要有效就可以，我們尊重專業，如果妳們覺得可以就修正沒有關係，秀文視察可以嗎？

楊秀文視察

可以。

主席

專委這邊還有要補充嗎？沒有的話，這部分就照中醫師公會全聯會的意見進行修正，如果自行修正有問題就自行處理。請問有沒有臨時動議？

洪于淇科長

補充一下，討論事項第 2 案，110 年一般服務地區預算風險基金的部分，如果明天健保會會議有異動的話，因為明年結算比較晚，就是提下一次研商會議討論。

宋宛蓁科員

再確認討 13-7 頁，其中他有規範申報上限是 49-63 天可以申報一次，所以超過 63 天院所就不能申報嗎？

林宏任代表

那個是範圍內申報，原先是規定 60 天要申報動作結束然後再繼續，所以你一定要把所有的東西都要往上送，所以原先是規定 60 天就是會出現這個問題，所以有些沒有做就放棄申報。

宋宛蓁科員

好，謝謝。

主席

今天就開會到這裡，謝謝大家。

散會：17 時 30 分