

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 111 年第 4 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 11 月 17 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室(臺北市信義路 3 段 140 號)

主席：張主任秘書禹斌

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列)(*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
何代表紹彰	請假	陳代表俞沛	請假
吳代表清源	吳清源	陳代表淑華	陳淑華
李代表永振	李永振	陳代表博淵	陳博淵
卓代表青峰	廖奎鈞(代)	陳代表瑞瑛	陳瑞瑛
林代表狄昇	林狄昇	陳代表憲法	陳憲法
林代表敏華	林敏華	傅代表世靜	徐昌基(代)
邱代表瑞發	邱瑞發	黃代表兆杰	黃兆杰
姜代表智文	姜智文	黃代表怡超	請假
胡代表文龍	胡文龍	黃代表頌儼	黃頌儼
孫代表茂峰	請假	黃輝榮	黃輝榮
張代表廷堅	請假	詹代表永兆	詹永兆
陳代表仲豪	陳仲豪	詹代表益能	陳建輝(代)
陳代表俊良	陳俊良	蔡代表淑貞	蔡淑貞
陳代表俊龍	陳俊龍	蘇代表守毅	蘇守毅

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

蘇芸蒂

衛生福利部中醫藥司

涂瑜君

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、張嘉云

台灣醫院協會
中華民國中醫師公會全國聯合會
本署醫務管理組

本署醫審及藥材組
本署企劃組
本署財務組
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

林佩菽、董家琪
李敬、賴宛而、王逸年
游慧真、劉林義、洪于淇
陳依婕、韓佩軒、呂姿曄
宋宛蓁、李宛臻、吳庭沂
楊淑美、鄭正義
高幸蓓、單國浩、陳惠群
王宗曦*、趙偉翔、吳箴
李佩耿
吳少庾
朱文玥、陳怡蓓
郭乃文、*王文君*、黃寶玉*
蔡秀幸*、陳祝美*、林孟萱*
蘇彥秀*、王奕晴*、林裕能*
戴秀容*、陳淑眉*、陳怡心*
潘佳鈴*
丁增輝*、賴文琳*
高宜聲*、秦莉英*
謝明雪*、李金秀*、張慧娟*
黃皓綱*、吳建昌*、李昀融*
廖子喬*、高菲屏*
羅亦珍*、鄭翠君*、王晶*

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：第五案決定三、文字修訂「本署將自院所申報 111 年 10 月份費用起啟動「中醫針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費—REA 改支醫令處理」檢核」，其餘洽悉。

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、序號 1(檢討現行「全民健康保險中醫門診總額檔案分析審查異常不予支付指標」計 4 項案)，本署持續監測本案已刪除之不予支付指標，並於半年後於本會議報告及序號 3(「中醫針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費—REA 改支醫令處理」檢核生效日期及中醫診療部位代碼訂定案)，有關 REA 改支醫令處理檢核邏輯，將自申報 111 年 10 月份費用起啟動，上述序號繼續列管，餘解除列管。

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、累計至 111 年第 3 季，部分專款項目預算執行率較低，如中醫急症處置計畫(22.7%)、照護機構中醫醫療照護方案(27.3%)，請中全會鼓勵會員積極參與，提升執行率。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年第 2 季中醫門診總額點值結算報告案。

決定：

一、洽悉。

二、111 年第 2 季結算點值確認如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
111 年 第 2 季	浮動點值	1.03108059	0.99131232	0.96039146	1.00481244	0.98581955	1.31323219	1.00156380
	平均點值	1.01922446	0.99483080	0.97504744	1.00287605	0.99134576	1.20000000	1.00096107

- 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、 本季結算說明表已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：112 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案。

決定：

- 一、 洽悉。
- 二、 112 年中醫門診一般服務之保障項目比照 111 年保障項目，除藥費依藥物給付項目外，另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，並報健保會同意後實施。
- 三、 有關 112 年中醫門診總額一般服務預算四季重分配，考量 110 年受疫情影響，110 年第 2 季占率偏低，比照 111 年按 105-109 年各季核定點數平均占率分配(第 1 季 23.209366%、第 2 季 25.148925%、第 3 季 25.846146%、第 4 季 25.795563%)。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商會議」會議時程案。

決定：會議時間如下，請各代表預留時間：

第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 臨時會
112.2.23 (週四下午)	112.5.18 (週四下午)	112.8.17 (週四下午)	112.11.16 (週四下午)	112.11.30 (週四下午)

參、討論事項

第一案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂「112 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：

一、施行區域：

(一) 無中醫（附表 1-1）、一家中醫鄉（附表 1-2）鄉鎮區修訂：

1. 無中醫鄉鎮區：共 81 個鄉鎮，移除桃園市復興區、嘉義縣鹿草鄉；增列苗栗縣三灣鄉。
2. 一家中醫鄉鎮區：共 77 個鄉鎮，移除苗栗縣三灣鄉；增列桃園市復興區、嘉義縣鹿草鄉、嘉義縣中埔鄉、雲林縣臺西鄉。

(二) 附表 1-1、1-2 鄉鎮區之變更，經本會議報告同意變更施行區域，以會議紀錄發文日起始開放申請巡迴。

(三) 另中全會建議「一家中醫鄉鎮區以二個申請執行巡迴醫療服務計畫數為限」規定增列「若屬山地、離島鄉鎮區則不受限」文字一節，因方案已敘明「特殊情況由分區業務組會同中全會專案評估核定」，爰決議維持原規定。本次所提「桃園市復興區」個案，請中全會 112 年依規定向北區業務組專案申請評估。

二、年度目標值調整：巡迴鄉鎮目標數至少 100 個、服務人次 260,000 人次及服務總天數 11,000 天。

三、申請資格-獎勵開業服務計畫：若最近 12 個月內無申報資料，則以申請本方案前，最後有申報資料，採計 12 個月為基準。

四、開診規範-獎勵開業服務計畫：

(一) 分區業務組核定開業申請後，開業準備期限放寬為 3 個月。

(二) 每一診次服務時數改為至少 2(含)小時以上，並敘明夜診時間為 18 時至 22 時。

五、支付方式：

(一) 獎勵開業服務計畫-管理原則：每月總服務量納入「其他預算」、「中醫門診總額其他中醫專案」，維持「代辦案件」另

計。

(二) 巡迴醫療服務計畫：

1. 執行期間，如巡迴服務地區新設立中醫診所，致該地區不適用本方案施行區域，變更論次費用為 2,000 點。
2. 刪除「初診不得申報初診門診診察費（A90）」規定。
3. 不得執行中醫門診總額其他中醫專案及其他預算。

六、醫療費用申報獎勵開業服務計畫，申報「代辦案件」於特定治療項目代碼（一）填報 C7；申報「中醫門診總額其他中醫專案」、「其他預算」於特定治療項目代碼（二）至（四）任一欄填報 C7。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案。

決議：本案修訂通過，重點如下：

- 一、保留「施行期間」及「執行目標」。
- 二、醫療費用申報與審查比照中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案新增「門診日報表」，以核對實際提供醫療服務情形。
- 三、比照中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，刪除「不得申報初診門診診察費加計(A90)」規定。

第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂 112 年「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案（草案）」案。

決議：

- 一、本案修訂通過。
- 二、考量民眾就醫權益，第柒條第五款「未符合中醫全聯會提供之『醫療費用明細標示』院所。」、第六款「未參與「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。」維持原條文不修訂。

三、有關第捌條第五款：「參加『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，依核算基礎(A)加計 5%。」之核算基礎加計占率維持不變，文字修正為「參與『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，依核算基礎(A)加計 5%。」。

第四案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂 112 年度「全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫（草案）」案。

決議：

- 一、 本案修訂通過。
- 二、 分配方式同 111 年計畫，修訂相關參數年度。

第五案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

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通則及第五章新增支付標準編碼案。

決議：本案修訂通過，重點如下：

- 一、 新增 A91「整合醫療照護費加計」70 點。
- 二、 新增 E90「6 歲以下兒童傷科處置加計」200 點，並規範「6 歲以下兒童執行傷科處置得同時申報 E90，同一療程以申報 1 次為限」。
- 三、 修訂第六章針灸合併傷科治療處置費 F01~F84 之支付點數為「針灸+傷科治療點數」，另新增通則「中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報第六章針灸合併傷科治療處置費上限為八十人次，超出八十人次部分以五折支付」。
- 四、 修訂第八章特定疾病門診加強照護個案適用範圍增加適應症腦中風後遺症(ICD-10-CM：I69)。

五、請中全會定期每季於本會議報告執行情形（如：「執行目標」與「預期效益之評估指標」達成情形、醫療利用、療效監測等），以利協助及推動。

第六案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：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：

一、本案修訂通過。

二、同意適用範圍增加腦血管疾病後遺症及術後疼痛（ICD-10：G89）及術後疼痛 ICD-10-CM 暫依協商內容所列，訂為 F45、G43、G50、G89、H57、I20.9、J34、J39、K08、K13-14、K62、K82.9、L03、M1A、M02、M05-19、M22-26、M36、M43、M45-M51、M53、M54、M60、M65、M67、M70、M75、M76-77、M79-81、M80-81、M84、N23、N48、N50、N64.4、N94、R07、R10、R14、R39、R51-R52、R68、S02、S12、S20、S22、S23、S28、S32-33、S38-40、S42-43、S46-49、S50、S52-53、S56-57、S59-60、S62-63、S66-69、S70、S72-73、S76-79、S80、S82-83、S86-90、S96-98、T82-85，且當次住院開刀後需中醫輔助醫療協助者，請中全會提供本署實證醫學報告並依實證內容增減診斷碼後，再提健保會確認。

三、配合增列術後疼痛病人適用之生理評估支付標準及申報之特定治療項目代號等。

第七案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：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：本案修訂通過增加下列適用範圍：

一、胃癌 ICD-10-CM：

（一）主診斷碼：C16。

(二)主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、
C79.5-C97.7)+(次診斷碼 C16、Z85.028)。

二、攝護腺癌 ICD-10-CM：主診斷碼：C61。

三、口腔癌 ICD-10-CM：主診斷碼：C01-C10。

第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範案。

決議：本案修訂通過，重點如下：

一、中醫支付標準第六章針傷合併增訂通則「同一療程案件，以療程第一次（起始次）申報之針灸及傷科複雜度為主，療程第二次-第六次（後續治療）僅執行針灸或傷科單一治療處置，應以本部第四章及第五章同一複雜度或一般之針灸或傷科申報」。

二、請健保署視需要製作 Q&A 供中醫院所申報依循。

肆、臨時動議：無

伍、散會：下午 5 時 15 分

陸、發言摘要：詳如附件

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議

111 年第 4 次會議與會人員發言摘要

主席：

時間到，我們會議就正式開始。這次召開中醫門診總額 111 年第 4 次研商議事會議。首先先跟各位介紹新代表，新上任全聯會的理事長詹永兆代表。還有介紹四位新的代表，請大家鼓掌，第一個是張廷堅代表。

詹永兆代表：

他今天臨時喉嚨怪怪，所以請假。

主席：

第二位是姜智文代表、第三位是陳仲豪代表、第四位是陳俊良代表。今天是今年會最後一次會議，今天討論的議題相當多，如果討論完就不會加開臨時會，如果沒討論完可能要加開臨時會。首先請新任的理事長跟我們說幾句勉勵的話。

詹永兆代表：

各位長官、各位委員，大家午安！首先要謝謝我們各位長官、各位委員對我們 11 屆全聯會的支持，希望我們第 12 屆一樣能受到各位長官的愛戴，順利執行所有任務。剛才主席講的議程很多，我們會精準的快速的把它完成。以上，謝謝！

主席：

謝謝。我說明一下，今天我們中醫門診總額研商會議都是中醫界的朋友，我在健保會開會，就感覺健保會的代表是對中醫特別友善的，所以我們今天也是向健保會的委員，跟他們做個說明，我們中醫的努力是什麼。希望在健保會如果有一些委員如果有一些疑義，他可以幫我們講講話。所以我們希望今天的會議順利一點。我們就直接照議程進行。首先是前次會議紀錄確認，不知道各位對前次會議紀錄有沒有什麼意見？或者是要修正的地方。請李委員。

李永振代表：

主席、各位代表，大家午安！對於會議確認的內容沒有問題，請教第 7 頁，本署將費用年月 111 年 10 月，因為才疏學淺，這個費用年月不曉得是什麼意思，我本來以為是寫錯，但是看到後面也是這樣寫。這

個是不是可以解釋一下費用年月。謝謝！

主席：

請醫管組說明。

醫務管理組陳依婕專門委員：

跟委員報告，我們目前在申報的時候，都會用費用年月來做認定。譬如說10月份發生的費用，在申報的時候，費用年月這個欄位就會填111年10月，申報進來健保署，所以我們這邊寫的文字是費用年月111年10月起相關的檢核。院所作業端就會在11月20號之前把10月的費用申報完成，申報進來以後，我們就會開始啟動這個醫令改支的相關檢核，以上報告。

李永振代表：

謝謝！大概跟我推測的差不多。就是說你不管什麼時候申報，就是看你10月發生的這個檢核。所以我們關心的是將來要上網公布，有沒有以比較淺顯易懂的方式來表現，這樣會比較好，因為這都是在雲端看，將來我們會議的結論應該都會對外公開，你公開的東西應該讓人家看懂，這才是我們的目的，這樣外界才知道我們中醫界先進的努力。還好我今天有機會問大家，我參與的比較多啦，有沒有一種方式讓大家容易看懂，這樣會比較好。

主席：

好，把文字以白話文說一下，

醫務管理組陳依婕專門委員：

我們把它改成，本署將自院所申報111年10月份費用開始檢核。

李永振代表：

這個我沒意見，各位專家你們有沒有什麼意見，將來社會大眾看得懂這樣就好了，而不要把你們原來的意思跑掉，如果跑掉也沒意思。

主席：

依婕，把它改的再唸一遍，看全聯會有沒有意見。

醫務管理組陳依婕專門委員：

本署將自院所申報111年10月份費用啟動「中醫針灸、傷科、針灸合併傷科治療處置費-REA改支醫令處理」檢核，以上。

主席：

全聯會這樣可以嗎？

詹永兆代表：

可以。

主席：

可以。上一次的會議紀錄各位還有沒有什麼修正意見。如果沒有，我們進行報告事項第一案。

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。

主席：

總共有六案，就序號 1 及序號 3 兩案繼續列管，其他四案解除列管。各位有沒有意見？

李永振代表：

討 1-1 頁序號 3 與剛剛第 7 頁修改的那個地方一起改。

主席：

一起改，各位有沒有意見？沒有，我們進行報告事項第二案。

報告事項第二案

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。

主席：

醫管組有沒有要補充說明？我請教一下醫管組，明年總額協商已經談了。像急症處置就是第 31 個投影片跟 32 投影片，在全聯會的計畫還是有。這個急症處置我們談了三四年以上，執行率似乎是上不來，要不要檢討一下？就是在後年。請。

詹永兆代表：

因為這塊急症處置，就是因為疫情的關係，疫情期間他們其實是不歡迎中醫到急診室。所以大家可以看到我們的醫學中心只有三家，一家可能是花蓮的慈濟，另外一個可能是馬偕，所以很多醫學中心，因為疫情的關係，它基本上就不希望中醫過去急診室。中醫過去的話也要全副武裝，也是蠻麻煩的。所以這個疫情結束以後，我們來好好鼓勵醫師進去急診，我想再觀察這一年，我們的疫情比較穩定以後，再來做檢討。我們很努力的請各醫學中心來執行這一塊，在中醫來講急症也算是新的藍海，其實中醫有它特有的地方，我們希望他們能好好做出開花結果。

主席：

我的意思是說，其實錢不多，但是掛一個計畫在那邊，對我們來看是一個行政程序，覺得不是那麼值得。另外我有一點驚訝照護機構中醫照護，為什麼執行力那麼低？也是因為疫情？但是西醫基層並沒有啊，執行力很好。

陳博淵代表：

我們今年年初開始執行照護機構中醫照護跑到 9 月，然後 4 月的時候因為疫情來了，很多養護中心它就不希望我們進去，所以我們就改為視訊，所以有很多單位，它們一開始就已經碰到這個挑戰了。

主席：

其實這個計畫還蠻有意義的，因為很多人還是喜歡去看中醫。不知道各位委員對這個報告有沒有什麼意見？李委員，請。

李永振代表：

我注意到在今年協商的時候，付費者代表也有提到中醫照顧這一個方案，急診那個部分柯理事長也是跟付費者代表說明，所以大概他們有共識是因為疫情的關係。柯理事長建議說留五百萬，它明年在評核的時候就被列為扣分的項目，他是怕說如果拿掉以後疫情恢復正常的話怎麼辦。如果說要把它拿掉，將來如果疫情正常之後可以再提出來，會不會比較願意去做，這是一個想法。或者就五百萬，本來一千萬砍成五百萬，就先留著，因為疫情。所以如果是這樣的話，你要去評估，應該等疫情完全正常之後才去檢討，不然疫情到什麼時候，本來是說這一波已經看到曙光，但是一下子又跑出來一堆，到現在每天還兩萬多人確診，到底到明年到什麼時候，不知道。恢復正常之後再來推動看會不會比較好一點，你不要講一年，一年又一年。應該到穩定的時候再來看，如果要留的話。如果不留的話要有一個但書，將來如果 OK 的話再提出來，提供給你們參考。

倒是中醫慢性腎臟病加強照護，去年就表現不錯了，到今年第三季就已經錢用光了，你說要浮動點值，我看後面 111 年第 2 季的浮動點值是 0.7495，這樣是要過一陣子再看看，還是現在就應該去評估，開始追蹤明年應該要怎麼去因應。如果是好的成效，要加碼還是要轉到一般服務。當然只看一年不準，但是效果好像不錯，是不是值得去留意，後續還有什麼事情要注意，現在就要開始規劃，不是臨時提出來，然後又沒有資料，這樣我是覺得不好。

另外有一個有趣的現象，在報 2-9 頁，投影片第 16 頁，這邊可能是

去年的人數比較低，因為拜清冠一號之福，件數整個衝上來，第三季件數有成長到 31.3%。我在跟柯理事長說，你的就醫人數增加真好，在明年評核會議應該不會因就醫人數減少，希望這樣可以保持，這一張表，我們現在有興趣的是，因為醫院、西醫總額他們都是件數負成長，點數也不增長，但是每件的平均點數一定增加。所以我看到這個表的時候，這邊是件數正成長、點數正成長，所以相對的每件的平均點數是負成長，這我就比較好奇。後來我去翻了上一次會議第二季的資料，上一次可能負成長還不是很大，沒引起注意，上一次負成長 1.4%，這一次就負成長 3.2%，就比較特殊。我去找沒有疫情的時候，108 年第三季申報件數成長 4.55%，點數成長 15.65%，平均每件點數成長 10.62%，這個就比較 OK，因為你點數成長 15.65%，件數就成長 4.55%，所以每一件平均成長稍微拉下來在 10% 左右，表示說我們支付標準有提高，這是結果。但是這個表我就不知道那個怎麼解讀，當然影響前面預估 111 年第 3 季平均點值為 0.8883，就受到影響。

另外一個我看過資料以後，將來要採用這方面的數字的時候，可能要留意這是一個特殊情況還是正常情況，因為兩年之間也有差，你如果分母變高會影響值成長的情況，去年是低，所以那個因素可能已經不是平常我們在看數字的時候那種角度去看，要特別留意這一個。尤其我們後面的報告案，明年的季分配，所以我在想如果明年這個時候坐在這裡的代表開會的時候要留意，說不定還是要用 105 到 109 年各季核定點數平均占率，110 年跟 111 年都不能用。因為現在看得出來 111 第三季就很突兀，所以這個我建議要未雨綢繆。謝謝！

主席：

我先回應李委員提的，因為這個計畫，我覺得我們明年開始我們就一一來檢討，在看的過程裡面可能在想後年資料儲存什麼，對於中醫比較有幫助的那些計畫，有些計畫已經執行很久，資料投入一般費用可以去思考，我覺得有些沒有效果就把它拿掉，有一些其實是可以再努力的，我們就儘量去加強。好，那各位對於報告二不知道有沒有什麼意見？請。

林敏華代表：

主席、各位代表，大家好！我這邊想要請教中全會，第一個我們看到報 2-5 頁，看到整個中醫師數的這個數字是增加的，可是看到東區卻是減少的，這個部分請中全會針對東區的部分要有一些解決方案評估，

不然對東區民眾的就醫權利會有影響。看了目前的專案計畫，其實除了腎臟病之外專案計畫，那個達成率大部分都在 60% 以下，所以那個計畫的達成率可能都要有一些提升。

再一個就是有關腎臟病的部分，看到說醫學中心家數是 8 家，可是照護人數是 1,163 位，所以說為什麼醫學中心，是他們醫師訓夠多還是怎樣，就是說他們的數字呈現上讓我覺得有些問題，在此就教。謝謝！
主席：

請理事長。

詹永兆代表：

首先回答李委員，剛才講的腎臟病，其實很感謝健保會委員，今年從五千萬又再加碼五千萬到一億元，所以在腎臟病這一塊，我們目前從健保署資料庫撈到的資料，發現腎臟病病人從第二期到第五期數字都很漂亮，達到我們的預期可以延緩慢性腎病洗腎，我們未來在推出報告的時候會很漂亮，而且是執行得算不錯。

剛剛林敏華委員講到，其實這種病人很多都在醫學中心，尤其像醫學中心有中、西醫會診合作的現象，可以請陳俊良代表報告長庚醫院，醫學中心的執行狀況，可以請他上來說明。

李代表提到為什麼醫療費用會降低。我想今年第三季的成長率那麼高，其實就是新冠後遺症病人來看病。這些人可能初期來看病拿 7 天藥，他的醫療費用大概就五、六百元，費用不高，會把整個費用攤下來，這一群人突然增加，基本上很多是新冠後遺症，而且治療效果都很好，所以一直過來，目前還一直在成長。所以單以純內科的話，它不是慢性病，初期來大概拿 7 天的話，它的費用比較低，所以把整個醫療費用統統攤下來。以前我們的報告幾乎都像剛剛林委員講的成長稍微高一點，但是現在明顯降低。我們請陳俊良委員來說明。

陳俊良代表：

主席、各位代表，我是陳俊良，第一次發言。我是服務於林口長庚醫院，我們中醫部因為跟腎臟科之前就有長期的合作，大概就是每三個月我們會開一次聯合會議，就是所有的腎臟科的醫師和中醫科的醫師開會。然後就我們有合作的主題，就是我們說的門診，之前也跟腎臟科做中醫介入的研究，譬如說改善這些腎臟病病人的腎功能或像皮膚搔癢，這些洗腎病患的皮膚搔癢，然後這些有發表 paper。所以我們在腎臟科，他們如果腎臟病的病人大概都會轉介到我們中醫部，所以我們在執

行率來講，算執行得算不錯。主要就是跟他們有定期的 meeting，然後有合作研究的計畫，還有共同發表 paper。所以這一部分大概就是他們西醫的腎臟科的主治醫師還蠻認同的，所以會持續的跟我們轉介病人。

主席：

東區中醫師人數下降。

詹永兆代表：

東區可能跟中醫師 PGY 會有關係，現在東區，花蓮的它的醫師人數成長的很快，近幾年是成長快速，已經成長到飽和了，現在可能稍微穩定一下。因為早期原本會員只有 50、60 位，現在成長到 100 多位，這幾年因為 PGY 成長的很快，它剛好到一個滿足點，請花蓮的理事長說明一下。

黃輝榮代表：

我報告一下。因為這是在 PGY 它在交接的時候，減少的 7 位當中有 1 位花蓮的醫師，他今年 5 月份往生了，另外一位臺東的中醫診所，因為他個人想法，真的是他認知跟我們一般人不一樣，他把中華電信網路拔掉，它說這個會牽涉到機密被洩露，原來是有資訊廠商的，他也把它停掉不用，然後他自己自創了很多費用，所以在申報在東區造成困擾，所以他今年 3 月份與東區業務組的約到期後，未予續約，我們有去訪視他，也希望說他能夠改進，他還是沒有把中華電信裝進去，所以這兩個實際上是減少，其他是因為 PGY 在交接的時候新的還沒來報到，是這樣。

蘇守毅代表：

另外我補充一下，就是那個每萬人人口中醫師數，花蓮目前也是 0.92，相對其他各區沒有差太多。甚至比北區還多很多。

主席：

不知道報告二還有哪一位代表或者委員要詢問的？好，如果沒有，我們接下來進行報告事項第三案。

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年第 2 季點值報告。

主席：

不知道委員或代表有沒有詢問的？如果沒有，我們進行報告報告事項第四案。

報告事項第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案。

主席：

有沒有要補充說明？

醫務管理組劉林義副組長：

這一案就是我們明年度的一般服務預算四季重分配，照我們過去的計算方式就是用最近 5 年之各季核定點數平均占率，就是用 106 到 110 年，剛才李永振代表提到的，因為我們發現 110 年的第二季的占率其實非常低，因為 110 年第二季剛好是三級警戒，所以它預算只有 23.239%，所以我們當然還是尊重委員的決議，假如我們還是用 106 到 110 年的話，112 年的分配，第二季就會變成只有 24.6%。所以我們在想，假如我們去掉 110 年，就是用 105 到 109 年這 5 年來看的話，得出來的就會像報 4-2 頁的表，第二季就會恢復到 25% 左右。這邊就是請代表看看，前 5 年是要採用 106 到 110 年，還是要跟去年一樣用 105 到 109 年？這就是 112 年四季分配的部分。以上。

詹永兆代表：

謝謝給我們那麼完整的數據。原則上我們是同意用第二案，因為 110 年第 2 季真的是很怪異，突然病人不見了，所以使用量下降了。110 年整個費用的占率是比較扭曲的，所以把它排除，改用 105 到 109 年，這一點我是非常同意。其實往年這個四季的分配，是跟 108 年那個很像，都長成那個樣子。所以我們現在變成 105 到 109 年的話，這樣子的話會比較接近，以上，謝謝！

主席：

全聯會如果沒有意見，我們就採用 105 到 109 年。李委員請。

李永振代表：

對於這四季分配，分析的還蠻詳細的，剛才我提醒的也有考慮到，這部分我沒有意見。但這裡倒是有一點就是保障項目，比照 111 年沒有新增，沒有新增照規定要提健保會同意。但是提健保會同意，並沒有提到其他的相關的說明，所以這邊要特別提出來，就是依 112 年度醫療給

付費用總額協商原則，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，需送健保會同意，重點在後面，提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響，且不限定新增項目。意思說你維持這兩樣都要，但是這邊沒有看到這個部分，所以這個是不是要考慮一下，你要提健保會的時候，它是舊的保障項目要這樣還是新的，這一點健保署好像也不列，各總額醫院、西醫基層都一樣，健保署都認為說是新增才要這些資料，新舊保障項目都要提出來健保會討論。謝謝！

主席：

剛才李委員提的可以接受。請醫管組把李委員講的這些文字內容，當作我們今天的決定，後面我們要去做處理。各位還有沒有意見？如果報告四各位有沒有意見？我們進行報告事項第五案。

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議時程案。

主席：

希望大家都把這個時間都先 booking 起來。

李永振代表：

我記得上次有提過，不過我們邏輯就是說請代表預留時間，去年這樣可以，大家代表就是同樣的陣容，但是明年換屆是抽籤的，至少我們兩個不一定會來啦，我不曉得其他的代表，新的陣容中舊的會留下多少，你說留一半，一半是新的，怎麼可以由我們現在的這一屆委員去決定明年的時間呢？去爭取，他們也沒辦法預留時間啊，因為他們也不知道明年會來啊。所以這個要怎麼樣處理會比較圓融一點。上一次講好像到明年第一次會議才會提啊，還是怎麼樣。在程序上好像怪怪的，在健保會也是一樣，明年要換屆，換屆之後我們要考慮到，你要把這一屆的委員決定給下一屆議事委員也很奇怪，有沒有辦法折衝一下，讓兩方面都可以兼顧。你說依照預定開會時程是 OK 的，但是因為陣容不一樣。或者說今天先暫定，如果新任的代表很多，明年的第一次或者是還沒有第一次之前，要不要先徵詢他們的意見，這個沒有問題，報告事項就是要要跟委員跟他們講。我是看到這個邏輯我希望要去考量。

主席：

李委員講的是邏輯。原則是這個時間先訂下來，原來的舊委員，如果明年是繼續的，就一定要來出席，新的代表就到時候我們會再徵詢意見。應該這樣講，我們研商議事會議其實對中醫界是一個很重要的會議。我還是希望說不管舊代表、新代表，如果這個時間能夠配合就儘量去配合，除非是真的不行，我們再提案來討論。至於健保會本來就會抽籤有兩個委員代表，那到時候我們再權宜一下來處理，不過還是拜託健保會委員儘量配合這個時間，因為我們的會議不是只有中醫的，還有西醫基層、透析、醫院等等都要排進來，所以大概原則上現在訂下來，不知道這樣可不可以？

李永振代表：

可以。另外有一點，因為健保會有兩個代表，各位看看有沒有影響，但是我這兩年來感覺，以前也是一樣，因為我們中醫研商議事會議排都是在健保會的前一天，真的很累，你如果要認真看議程的話，一個禮拜要看兩本，這本是明天的，今天的議程有兩百多頁。

主席：

對。

李永振代表：

所以如果可以錯開的話，譬如說錯開一個禮拜，健保會的資料真的要看，也是需要時間，這是我個人的感覺。

主席：

這個部分因為我們不知道健保會大概是排多久。

醫務管理組劉林義副組長：

因為健保會是每個月開會，我們是三個月開一次，所以都會撞期。

主席：

明年的事明年再處理。如果沒有問題，就進行討論事項第一案。

討論事項 第一案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：修訂「112 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。

醫務管理組呂姿曄科長：

討論事項第一案，請各位代表看討 1-1 頁，這一案是中全會提出有關修訂 112 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，

建議修正的意見，首先在施行區域的部分，就是一家中醫鄉鎮區以兩個申請巡迴醫療服務計畫為限，希望可以增列山地、離島地區不限。另外在方案施行期間，無論是在無中醫鄉或者是一家中醫鄉的鄉鎮區域變更，改以健保署和中全會共同評估後，再用函文的方式來知會健保署。

二是修訂年度目標，包含巡迴鄉鎮目標數至少要 100 個，服務人次要達 26 萬人次，服務的總天數要達 11000 天。申請資格在針對獎勵開業服務計畫的中醫師資格，要至少 12 個月平均每月的申報點數大於 15 萬點。

在開診規範的部分，開業準備期限由兩個月放寬至三個月。門診時數的規定，希望由每診次至少兩個小時。每週的總時數不變。另外夜診時間介於每日晚上 6 點到 10 點。在支付的方式部分，針對獎勵開業服務計畫的管理原則，在總服務量核定總點數計算，希望可以含代辦中醫總額的其他中醫專案以及其他預算點數。每點支付金額結算代辦再另計。在巡迴醫療服務因為會有新設立中醫機構，會導致施行區域會撤出本方案的範圍，以保險人和中全會共同評估後，以函文經保險人同意後，自中全會發文日起，變更論次的費用以 2,000 點來支付。另外在針對於巡迴醫療服務不得申報中醫總額的其他中醫專案以及其他預算。其餘是文字修正。

健保署的說明，一在施行區域的部分，針對無中醫鄉以及一家中醫鄉鎮區，在無中醫鄉部分總共有 81 個鄉鎮，會移除桃園市復興鄉以及嘉義縣鹿草鄉。因為這兩個鄉鎮區今年都是已經有新設立一家中醫診所。另外增列一個苗栗的三灣鄉，原來它有一家中醫診所，已經在今年度歇業。在一家中醫的鄉鎮區總共有 77 個鄉鎮，除剛剛說的 3 個鄉鎮，另外在嘉義的中埔鄉，原來有三家診所，在今年度歇業兩家，以及雲林縣的臺西鄉，原來有兩家診所，歇業一家。

另外針對於一家中醫鄉鎮區屬於山地、離島的巡迴點，總共有 35 點。如果放寬巡迴的計畫數，預計會增加 1820 萬元。為了預算的控制，我們會建議維持一家中醫鄉鎮區，以兩個巡迴點為限。如果有特殊的情形，再以專案評估的方式去做核定。

另外針對於附表 1-1 跟 1-2，有關於無中醫跟一家中醫的鄉鎮區變更。考慮行政程序，建議還是要經過我們中醫研商議事會議報告同意變更施行區域，會議紀錄發函日期來開放巡迴點的申請。

關於年度目標值本署是同意的，在申請資格的部分，原來的採計方

式是以 12 個月採計，不建議納入「至少」的文字，原因在於，因為如果說最近 12 個月沒有申報資料，我們會建議改以最後申報資料的採計 12 個月為基準。

另外在支付方式的部分，有關於獎勵開業服務的管理原則，因為代辦業務它其實不是我們健保署的主要業務，所以建議維持原來的做法是不納入計算。在其他預算的部分以及中醫專案的部分，我們會同意納入。在開診規範的部分，巡迴醫療服務撤出我們原訂附表的 1-1 跟 1-2，如果它有變更的話，我們還是會論次的費用為 2000 點。另外在巡迴醫療的部分，它是不得執行其他專案，這一些部分健保署沒有其他的意見。請示主席，我們現在是針對於對照表逐條討論嗎？

主席：

先到這邊。有沒有補充再來對照。因為這邊她講的。大家先把它確定下來再來看後面的細節。

詹永兆代表：

主席、各位委員，大家好！原則上大綱是沒變，我們內部有討論到山地、離島，原本希望山地、離島不要設限只剩兩家執行巡迴醫療服務。健保署提供的資料是離島不設限大概要一千多萬，所以我初步的結論是排除離島保持山地不要只限定兩家。主要是因為桃園的復興鄉，原本的山地巡迴醫療有好幾家，現在突然一家來開業，其他的受限兩家的關係，統統要 close，這樣對民眾來講是非常不公平的。因為在山地鄉幅員廣大，可能一個村的範圍就像有的地方的一個鄉，在這個地方都不開，基本上就沒有機會就醫。所以我們提出這個議案，是希望在臺灣很多山地，有人去開業，如果這樣設限以後人家不敢開業，因為你一開業把其他巡迴醫療點終結，會影響民眾的就醫權益。所以按照健保署提供給我們的資料，離島因為每一次的費用一萬塊，費用比較高，離島維持原議，但我希望山地直接開放不設限兩個，這樣子今年復興鄉，雖然一家獎勵開業院所進去，但是其他的點不設限，可以繼續維持。其他我們都同意，謝謝！

主席：

委員有沒有什麼意見？先講這個大方向。

李永振代表：

謝謝主席，第一個年度目標，這個中全會都有提到，至於剛才理事長提那一個問題，應該可以把它弄成兩個部分，就是說原來的規範這一

個不要去動它，你剛才提到另外的那一個，就是那一個要拿出來審，或者要跟健保署溝通特殊情況要報備怎麼樣，這樣的話大概就不會卡卡的，可以兼顧到。

這裡有兩點要請教，我們資料的第 1 頁最後那邊有巡迴醫療服務因新設立中醫機構致施行區域撤出本方案範圍，那個撤出是什麼意思？可不可以解釋。

第二個要請教就是說在第 2 頁這邊，我記得上一次無中醫鄉鎮區是 82 個，現在這一次變成 81 個鄉鎮。這邊看出來是不是原來這一個區域是討論案，現在要把它改成報告案嗎？以前是討論案，現在是報告案。中間有一個建議經中醫研議報告同意變更施行區域，現在要變成報告案。如果這樣上次討論的那個無中醫鄉還是一個中醫的這種鄉鎮，如果像這一個比較大的就報告就好，因為有或者是一個其實很簡單，你就把它報告這樣就 OK 了，就不用討論了。但是你如果說將來這兩個範圍，就現在大概有 150、160 個，如果將來這個例如說這個中醫的發展蓬勃，清冠一號的貢獻之後發展很蓬勃，如果無中醫跟一家中醫的鄉鎮說不定剩下 100 個，你這樣要怎麼去定義偏鄉，是不是要把兩個拉進來這裡，那個就要討論了。所以把它區隔開大家有共識，將來在徵詢上會不會比較好。我是這樣認為。因為這邊要上網。這邊也要提一下。1-2 可能第二點參照近三年執行成效，那個應該是別字啦。

主席：

第一個李委員提的，請各位看討 1-2 頁的本署說明的一的（二），若特殊情況，再依專案評估核定之，應該是我們的態度，我們這邊寫的是跟李委員講的是一樣的意思。理事長你的意思說直接就是開放三個還是怎樣？

詹永兆代表：

開放山地啦。

主席：

山地而已？就是不限？

詹永兆代表：

對。山地就不要去限制。因為以復興鄉來講，它現在原有的巡迴醫療，就有 8、9 家在那邊，一家獎勵開業院所進駐以後，其餘巡迴點會被中止。

主席：

所以如果不是的話，就先照專案評估。

詹永兆代表：

因為這個規定會影響，後面的人不敢去山地開業。譬如說花蓮的秀林鄉，它也跟復興鄉很類似，其實很早就有人想要去開業，因為一開業其他的巡迴醫療點會被中止。所以我們這一次把這個鬆綁的目的，避免去山地獎勵開業院所影響到同道，大家都是很有熱忱的一群人一起進去巡迴醫療，只因為獎勵開業院所進駐，結果其他家都不能再進去巡迴醫療。

主席：

這個我懂。是說有沒有可能先朝專案來處理，如果是非常的多，再來評估是不是整個大開放或是說再評估數量。

詹永兆代表：

其實這個情況不會太多，只是讓大家有機會去山地開業。

主席：

就是再開放，我們並沒有把你們掐住。但是我一開放，後面整個問題我比較不好處理。請承辦這邊說明一下。

醫務管理組呂姿曄科長：

各位代表請看討 1-6 頁的部分，因為中全會表示的意見是，如果我們 112 年只有開放桃園的復興鄉一個點，它裡頭會有 9 個村里，所以就是在 9 個村里都要開設巡迴點。如果按照我們採計的計算方式，一年巡迴的費用可能要增加 93.6 萬元，但是這個部分我們只有針對桃園的復興鄉去做估算。如果以附表 1-1 的無中醫鄉來看，假設未來在附表 1-1 的無中醫鄉在 112 年有任何一家中醫診所到山地區去開業，它可能也會面臨所有的村里都可以開放去巡迴服務，以附表 1-1 的山地鄉來看，它總共有 209 個村里。所以它的影響金額其實不會比離島還要來得低，其實還蠻高的，有兩千多萬。因為我們原本的條文就已經有但書存在，如果說中全會真的有意願在山地鄉提供巡迴服務的話，還是可以用專案申請的方式來報經同意。以上補充。

主席：

我覺得可以試試看。

李永振代表：

我個人是覺得健保署的考量是合理的，我比較 care 是你要開放的

話，要掌握成本效益。你那個可近性 OK，當然是每一個鄉鎮都可以去做，這個可近性 100 分。但是你說要花很多錢，就要去考量。

詹永兆代表：

實際上當你變成一鄉一中醫的時候，它的執行費用從八千八剩兩千，就省了六千八，六家來講，它可能就省了四萬零八百，實際上是節省了費用，並不會多增加九十幾萬，這所謂的九十幾萬它本來原來就在裡面執行了，原來就在走巡迴醫療的路線。如果不設限，那些巡迴醫療點承作費從八千八變成二千，所以對院所是有一點不公平，整個費用來講是節省。所以不用擔心它增加，它實際上是節省了費用，因為以前的承做費從八千八掉到兩千多，差很多呢。所以整個費用來講民眾是贏家，其實診所是輸家，巡迴醫療院所已經經營多年 大家多願意為偏鄉住民服務。

李永振代表：

我建議這樣，主席。是不是可以你們現在的構想提案，把你所蒐集的資料拿出來下一次討論，如果可行的話，看要怎麼去規範，將來兩方面都容易去管控，你們在拓展是容易去執行，這樣才有答案啊。不然我們今天講這一個好像有道理，但是說不定下去的話健保署那邊經辦看一看又不做，這樣會不會比較好？

詹永兆代表：

好。

李永振代表：

因為你要考量易放難收。

詹永兆代表：

好，這樣子，我們今天就按照健保署的決議，但是我們附帶就把復興鄉這一次就把它開放，同時解決問題，可以嗎？復興鄉。

主席：

你的意思說只開復興鄉。

李永振代表：

復興鄉那個特殊背景就是要一個計畫專案。

詹永兆代表：

不是，因為這一次不讓它過，現在執行的巡迴醫療院所，在明年 1 月份統統不能執行。

主席：

先照這樣走。但是像李委員提的，你就針對就是復興鄉，請全聯會趕快提一個方案過來。

詹永兆代表：

明年1月才開，會變成3月。

主席：

我們直接在共擬會議就把它過掉，這個只針對復興鄉，可以嗎？

李永振代表：

先個案處理。

詹永兆代表：

變成在3月，我們三個月開會一次。

林敏華代表：

報告主席，我建議因為中全會一直在care復興鄉的問題，今天是不是做一個決議，因為方案部分文字上有做修改，我們原則同意中全會所提的部分，請他們補一個行政程序給署裡，署裡再做專案的核定，我們在會議上也已經討論過了，就是授權健保署去做，就不用等到下一次會議再來處理。

主席：

我的意思就是中全會趕快送過來，明年就讓你復興鄉開放就好了。

詹永兆代表：

因為今天一定要讓它通過，不然要再等三個月。而且不用到共擬會議，只要我們研商議事會通過就可以。剛剛我們的第二條，就是李委員講的，要經過中全會跟健保署兩個同意以後，經過研商議事會議同意就算數了，所以對於開會日期就算它的實施，所以今天如果我們這邊不給復興鄉過，下一次的研商議事會是明年2月23日。

李永振代表：

剛才林委員有提到，就是說變成授權，如果授權健保署不行，就授權健保署跟詹理事長你們去考量可以的話，就分工做吧。

主席：

那明年就可以。

李永振代表：

因為你也沒有提案啊。

林敏華代表：

我的建議就是補一個行政程序，這部分文字上沒有復興鄉把那個遞

上去，今天委員也同意了，是不是請中全會馬上回去發一個文過來說明年度要開始增列復興鄉不受到這方面的限制，健保署他們行政程序收到你們的文以後，我們就訂了。因為今天在這個會議已經有討論過了，委員同意了，所以說健保署可以依據這個決議，核定你們明年就可以實施了。我的建議是這樣子。

李永振代表：

研商會議授權你們兩位去溝通。

詹永兆代表：

OK，可以。

主席：

請組長把整個行政程序再講一遍。

醫務管理組黃兆杰組長：

因為這次的提案已經同意你們可以用專案申請的方式，所以不用再提案到研商會議了。你們只要方案提出來了以後，看我們要不要在會議直接說哪一個業務組或署本部同意，我們建議是就寫我們分區業務組，只要在我們的會議紀錄裡面寫清楚，就不用再提案到研商會議了。

主席：

要提分區業務組嗎？還是署本部？

醫務管理組呂姿曄科長：

往例在中醫巡會都是分區業務組審核，所以還是建議中全會如果針對復興鄉這種特例，你們可以在年底就向我們北區業務組提出申請。用專案認定的方式來同意。

主席：

我們也跟北區業務組講一下，這個地方就請北區的理事長向我們北區業務組提出申請。

詹永兆代表：

好，OK。

主席：

另外討 1-1 頁的補 2，這個文字剛才李委員有提了，巡迴醫療服務因新設立中醫機構致施行區域撤出本方案範圍，跟李委員說明一下。

醫務管理組呂姿曄科長：

其實是中全會的意見，我們看討 1-32 頁，這是原條文。因為原本是為了要保障它在當地執行巡迴點的院所的權益不會受限，假設當地突然

開了一家中醫診所，它可能在年度期間，其它的院所就不能去執行巡迴醫療，所以有去框定去保障它，中全會的意思是希望可以保障巡迴點提供醫療服務的權益。但是也希望如果提供論次服務的時候，希望可以用比較低的論次申報費用的金額去做支應。全聯會的版本其實是從中全會發函發文時期變更論次費用的申報代碼為 P23064，P23064 可以請參照討 1-31 頁，我們上面有申報代碼跟它的支付點數，所以如果以 P23064 來看，它的支付點數它其實是 2,000 元。這個部分我們只是去做文字的調整，把它寫得比較符合現況，如果未來真的有巡迴點，不管是剛剛中全會所提到的復興鄉，它可能原本就已經有執行巡迴案件，突然間有一家中醫診所開業了，原來可能它就有兩個巡迴點，舉一個平地鄉的例子，它原本去做巡迴的兩個點，我們就會從通知確認的研商會議紀錄，從會議紀錄發函的那一天開始起算，兩個巡迴點它可以申報的論次費用，變成是 2,000 點。

主席：

你講的是細節，李委員的意思，這個都要上網，在討 1-2 頁這個文字上怎麼修正，大家不會看不懂討 1-1 頁的支付方式的 2。

醫務管理組呂姿曄科長：

那個文字是中全會提供的。

主席：

中全會你們要不要修正白話一點？這你們改了再給我們？

李永振代表：

因為剛才解釋，坦白講我還是有點亂。

詹永兆代表：

是兩件事。

主席：

對啊。

李永振代表：

專家都解讀錯誤了，你說一般老百姓怎麼會理解。我們等一下先把細節看一下，這邊解釋完之後跟健保署溝通好，上網讓人家看得懂這樣就好了，我的意思只是這樣子而已。

主席：

看彙整表，從討 1-4 頁開始。

醫務管理組呂姿曄科長：

討 1-4 頁的施行區域，這個部分我們只有針對於獎勵開業服務計畫，是以今年統計截至 111 年 10 月 25 日調查的時候，所有的不管是無中醫或是一家中醫的醫事服務機構去申請，我們去調整附件 1-1。在討 1-5 頁在巡迴服務的部分，同樣是做文字的修正，就是以我們統計的時機點。

討 1-6 頁是復興鄉的部分，維持原來健保署的條文。

討 1-8 頁的施行區域，李委員上次會議有提到說施行區域的變更。這個施行區域的變更原本我們是提討論案，之後我們是直接寫明會提報到中醫研商議事會議報告同意，確屬適用本方案之地區，然後自會議紀錄發函日期來開放中醫師來申請。

接下來是施行區域的部分，調整文字為 112 年。

在討 1-9 頁的部分，依據中全會的意見去修訂年度目標。

討 1-10 頁的部分，在申請資格，因為原定我們是以獎勵開業，檢視中醫師最近 12 個月的申報資料，中全會的意見是最近 12 個月調整成至少 12 個月，因為至少 12 個月的這個文字可能不是那麼的明確，所以我們還是建議說以最近 12 個月，但是我們有一個括弧的但書，就是無最近 12 個月申報資料，則以申請本方案前最後有申報資料採計 12 個月為計算基準。

主席：

這邊先暫停。這些點可以接受嗎？可以。繼續。

醫務管理組呂姿曄科長：

接下來請看討 1-12 頁，就是對於申請跟審查程序，在獎勵開業服務計畫，原本有規範申請的中醫師，他要自分區業務組審查結果通知函寄發日期，要在兩個月內完成開業登記，而且要跟我們完成簽約。中全會的意見是希望這些偏鄉的地方準備開業的期限可以延長，給這一些中醫師比較長的時間去準備開業，本署同意調整成三個月。

接下來巡迴醫療服務計畫只是做計畫年度的修正。

請看討 1-13 頁也是做計畫年度的修正。

在討 1-14 頁的部分，就是獎勵開業服務計畫，醫療人力資源的部分，原本我們的醫療人力資源需要檢附的文件就是包含姓名、學經歷、身分證號及證書字號、執業年資等等。因為有中醫醫師訓練合格證明，我們希望他可以檢附相關的證明文件，只是在文字敘述加註說明。

主席：

可以嗎？OK，繼續。

醫務管理組呂姿曄科長：

另外在巡迴醫療服務計畫，有關於中全會建議附件四，就是醫事人員名冊的部分，它把備註的文字刪除，然後請各位代表翻閱討 1-50 頁的備註欄，我們是敘明參與本方案醫事人員應依相關規定，向當地衛生主管機關報備支援。藥事人員要向保險人分區業務組報備。我們框底線的部分是中全會建議刪除的文字，但是因為藥事人員他其實如果有提供巡迴，我們希望可以掌握名冊，所以我們建議還是保留這個文字。

主席：

這個是不是保留？好，繼續。

醫務管理組呂姿曄科長：

接下來請翻到討 1-17 頁，在獎勵開業的規範，我們原來會有兩個月要完成開業登記跟特約這件事情，我們同步調整成三個月。另外在門診服務時數的部分，我們原定是每週至少提供 5 天 35 個小時，每週至少要含兩次的夜診，每一個門診時段至少要 3 小時，而且每兩診時段至少要間隔半個小時。中全會的意見是希望可以調整成每診次至少兩小時以上，夜間的時間要介於每日的下午 6 點到晚上 10 點這個時間點，我們只是做一個文字的調整，同意中全會的建議，就是把夜間時間改成夜診。

請看討 1-25 頁，這個部分是我們要去計算獎勵開業，我們會有一個保障額度的計算方式。原來我們的條文是說自醫事服務機構簽約日起開始累計他計算服務的年限，每月的總服務量計算，會包含門診、巡迴醫療服務量，不含代辦案件跟其他預算。中全會的意見希望說在每月的服務量是以核定總點數，含部分負擔計算。會包含門診、巡迴含代辦案件跟中醫的其他專案以及其他的預算。因為我們考量到說因為代辦的業務並不是健保的主要業務，所以我們還是建議說維持不含代辦。其他的中醫門診總額的其他中醫專案我們會同意把它納進去計算。

主席：

OK，可以？

詹永兆代表：

可以。

醫務管理組呂姿曄科長：

在討 1-26 頁，只是文字的修正，整個計畫就是在每月核定總點數，在所有的報表裡頭都沒有這個總點數的字眼，所以我們刪除總的字樣。

後面在討 1-27 頁跟討 1-28 頁也是做一個文字修正。在討 1-30 頁的部分一樣，就是跟前面的計算方式一樣，就是中全會有一個每月的核定點數要代辦另計這件事情，我們還是建議要維持我們原來的條文。

主席：

可以嗎？

詹永兆代表：

可以。

主席：

謝謝！繼續。

醫務管理組呂姿曄科長：

接下來是討 1-31 頁的部分，因為我們修改附件八的備註六，請各位代表參考討 1-56 頁。請看下面備註六，治療處置欄的部分，我們刪除「限擇一項申報，並在所屬申報代碼下打"V"」的文字，保留就是依照我們全民健康保險的醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫治療處置規範填報。

主席：

可以嗎？繼續。

醫務管理組呂姿曄科長：

接下來請看討 1-32 頁，對於註二的部分，就是巡迴醫療服務如果變更它區域的論次支付費用，原來的附件 1-1、1-2 這一些的文字，它費用申報的代碼就直接為 P23064，這個部分我們有略修一下文字。

主席：

這樣可以嗎？可以，繼續。

醫務管理組呂姿曄科長：

接下來請看討 1-34 頁，就有關於明列巡迴醫療服務申報規定，依支付標準規定辦理，不另列申報方式。

林狄昇代表：

對於討 1-33 頁的第四點有一點意見，該項有註明巡迴醫療的案件，因為不是到保險醫事服務機構就醫，所以不得申報初診門診診察費(A90)。就看診而言，不管是醫師到偏鄉或者是病人到醫院就醫，醫生可能就會花比較多的時間診治初次看診的病人，而且這個只有給 50 點

而已，另外這項支付標準也有限制每一個月不得超過申請件數的 10%。所以我想說是不是針對這一項規定，應該就其本質把它刪除，不要限制巡迴醫療不能申報。以上，謝謝！

主席：

說明一下。

醫務管理組呂姿曄科長：

因為這個部分其實我們還沒有試著去做財估，假設說它是不得申報初診的門診診察費用，我們現在查 A90 它的支付點數是多少，因為可能會有涉及到之後每一個巡迴案件，它有可能都會報比較高單價的 A90。它是加計 50 點。

如果中全會同意的話，我們就把這一條刪除，但是我們還沒有去做財務的影響評估。

林狄昇代表：

它有限定每一個月不得超過申請件數的 10%，大概只有前半年看診比較多，之後就會比較少初診病人。

詹永兆代表：

謝謝，其實這是合理的。

主席：

好，拿掉。

醫務管理組呂姿曄科長：

接下來還是討 1-34 頁，有關於我們巡迴醫療服務的申報規定。我們建議增列第六款，就是巡迴醫療服務它如果沒有明列，就是我們剛剛列的那一些狀況，則是按我們支付標準第四部中醫規範辦理。

接下來是年度的調整，我們就不贅述。

接下來是討 1-34 頁的七，本計畫在執行巡迴醫療服務的時候，是不得執行中醫門診總額的其他中醫專案及其他部門專案。那補充說明一下，其他部門的專案，其實目前中醫會執行的，應該只有居家醫療整合計畫，那個中醫的案件，還是相對來說少一點。

主席：

覺得這樣可以接受嗎？好，繼續。

醫務管理組呂姿曄科長：

接下來請看討 1-37 頁，因為在獎勵開業的部分，它可以同時申辦代辦跟中醫其他的中醫專案，所以我們增加了申報規定，如果它是代辦案

件或是執行中醫總額的其他中醫專案或其他預算的時候，可以在特定治療項目代號的 2 到 4 任一欄填報 C7 案件，讓我們可以去識別它是中醫的獎勵開業服務計畫。

主席：

這個不用增加欄位，原來欄位就在。覺得可以接受嗎？

詹永兆代表：

可以。

主席：

可以，這一點要跟各位提醒。

醫務管理組呂姿曄科長：

以上為中醫巡迴的計畫修訂內容。

主席：

不知道討論事項第 1 案這個部分大家對修訂內容有沒有意見？

李永振代表：

內容沒有意見，只是在後面這些文字表示是不是可以一致，因為有些有維持原條文，有些就不講，看起來也怪怪的。

醫務管理組呂姿曄科長：

好。

李永振代表：

討 1-8 頁年度目標要把它寫出來，交代一下可能會比較清楚。

主席：

好。不知道各位還有沒有意見？今天討論這個比較久一點。好，如果沒有意見，我們進行討論事項第二案。

討論事項第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」條文案。

醫務管理組呂姿曄科長：

請委員看討 2-1 頁，這個部分因為中全會沒有提出修訂意見，但是經過我們檢視，還是認定有必要去修正中醫門診總額照顧機構中醫醫療服務方案的部分條文內容。內容的修訂包含說在第二點的部分，因為本方案為延續型計畫，所以我們會刪除施行期間，另外健保會在 112 年總額沒有規範執行目標，所以我們建議刪除執行目標的內容。最後是對於

醫療費用申報及審查，建議可以比照我們中醫的醫療資源不足地區改善方案新增門診的日報表，方便我們分區業務組去核對實際提供醫療服務的情形。

請各位代表看到討 2-2 頁，在五跟六，五是施行期間，因為原訂是 111 年的 1 月到 12 月底，六是執行目標，原來的執行目標是參照健保會所訂定，因為今年的計畫是第一年執行，所以有設定一個執行目標。這兩個部分我們建議刪除。

主席：

請。

李永振代表：

要討論前面，沒注意唸到後面了。

第一個問題要刪除施行期間，專案應該都是每一年，要有一個共識，其他的部門都一樣，如果都是每一年，預算歸零的話，要不要列時間一次就好，專案一定是一年，這個應該是讓它一致，要列全部列，不要列就全部不要列，但是大家要有共識它是一年的，每一年都會有。所以應該是整體去看，而不是說這一項要不要列，是整體都要一樣。

第二個這個執行目標，我建議還是要列。因為本項是延續型計畫，當時可能沒有直接講，但是 112 年跟 111 年它的金額都是 2,800 萬，應該還是要把它列出來，而且健保會可能會提到將來的評核項目，你這邊如果不列的話，將來還是會提報過去，評核委員一看你沒有提這個，最後這項目變零分，中全會一直很 care 評核結果，你有一項零分，你看結果怎麼變優，所以我建議還是要保留比較好。

事實上在健保會裡面就一直強調你要協商的時候，尤其執行目標跟預期效益就要呈現出來，本來今年牙醫有兩個項目，後來就全部換掉了。我是付費者代表我建議說那兩個就不要，不然它在講的話等於沒講。這個就是一個制度建立，一直要堅持，你執行目標也沒有，預期效益也沒有，你怎麼跟付費者代表要錢？我們同意了也很難對我們代表的機構去說明，如果問起來，你們在幹嘛，去那邊舉手贊成？這樣的話比較周延的考量是不是會好一點？後來就是健保署也是很累，馬上去算資料，晚上還要協商。你自己送上來我們就談下去，給其他部門都知道以後就是要這樣子做。我建議留著，這樣對我們在聽的時候會比較好一點，要配合整個大家的一個共識，應該會比較好一些。

主席：

第一個延續型計畫，我們之前一些延續型計畫或者是現在的延續型計畫，有沒有寫施行期間？

醫務管理組呂姿曄科長：

跟主席跟各位代表報告，就是目前中醫所有的專案，只有中醫醫療資源不足地區有寫施行期間，那其餘的專案都沒有寫施行的期間。

李永振代表：

那其他部門呢？健保署要整個一致才有辦法。

醫務管理組呂姿曄科長：

目前就我所知，我們各種部門的巡迴醫療服務，其實它都會涉及到巡迴地點要去做調整，所以它都會寫一個施行期間。如果以我們論質計酬就是P4P的計畫，其實都不會特別去寫施行期間。因為我們原本是想說如果中醫照護方案，如果執行得穩定的話，它應該就會變成是一個延續型的計畫，就可以不要再每年為了要去調整施行期間的這個年度，就要提會去做討論。

李永振代表：

所以請主席就是跟其他部門再看一下。如果原則是不寫，例外才寫，各個部門都一致就好了。

主席：

現在可能沒辦法一致，有些還是有寫。但是我會覺得麻煩一下還是先留著。因為沒辦法一致，因為我們還要跟其他的部門討論，這樣留著會比較好。

李永振代表：

如果這邊留著的話，事後還是要去協調其他部門做出一個原則，這樣會比較好。拿這個來這邊討論，坦白講起來沒什麼意思，有認知就好。

主席：

對啦，搞不好照護機構明年會再改。請。

醫務管理組黃兆杰組長：

主席，我可不可以建議一下。因為這個研商議事會議，可能都要去談。因為我們是中醫的部分，中醫只要中醫相關的計畫，我們原則一致，是不是就可以先中醫這邊就可以做。如果到這邊牽扯到別人的研商議事會，牽扯就大了。所以我是建議既然我們現在談的是中醫，只要中醫相關的計畫有一致性的看法，是不是我們中醫的部分就先改成一致就

好，其他我們會試著想辦法去原則一致，但是那個時程可能要花比較久，就不要因為這樣去影響到中醫。

李永振代表：

不然我明天就跟署長報告，讓你們比較好做事。剛才這樣是可行，就是中醫先有一個共識。但是我的看法是健保署要有一致的做法，不是只有中醫，就是因為中醫這邊合起來，也不是中醫合起來，是我們合起來。外界是對你健保署啊，不是對中醫這邊，就是上一次我建議清冠一號後來不是14歲到60幾歲要拿掉嗎？那時候我就建議健保署說雖然那是中醫藥委託的，但是將來如果真的拿掉會怪誰？怪中全會？怪健保署嘛，誰會去怪中醫藥司，只知道你健保署，只知道你中全會，誰會去怪中醫藥司他們，如果真的拿掉的話，當然中全會不會嘛，因為中全會馬上爭取後來又恢復了對不對？當時我就因為看到報紙這樣寫，就建議健保署要留意，不要說這個不是健保署的業務，當然要怪就怪你，目標一定是健保署，不是怪中醫藥司，因為他們平常都有接觸啊，這樣的話會不會周一點，把那個拉高一點。中全會如果同意的話，就是我們這個研商會議決定的一個部分。但是未來整個其他部門都是要一致，在一致的情況下對外面比較好交代。

主席：

我現在沒辦法去決定其他總額的計畫將延續性刪除。

林敏華代表：

主席，我這邊建議是說，因為我們今天是中醫的總額部分，其實總額協商會議每年都要進行的，所有專案的部分每一年都有這個部分。這個期間我個人認為是要訂，因為搞不好是哪一年度協商的時候某個專案就被拿掉了，如果沒有訂這個期限的話，可能未來會產生一些爭議，所以建議的就是說所有的應該要列施行期間。

主席：

一般來說，我們會有期間，在寫計畫一般是會有，我建議先留著。

第二個執行目標，李委員的意思是說還是要留下來，對吧？李委員的意思是留下來。

李永振代表：

對。因為那個項目，評核會議委員一定會注意。

主席：

對。那全聯會有沒有意見？

詹永兆代表：

沒有。

主席：

沒意見，我們全聯會也同意留下這個。這一案就沒有什麼好討論。

陳淑華代表：

一個小地方，預算來源的部分，是寫「照護機構中醫醫療方案」，但112年的總額是寫「照護機構中醫醫療照護方案」，多「照護」兩個字，故請修正。

主席：

討2-2頁，多了照護兩字，刪除。還有哪一些還要改？

醫務管理組呂姿曄科長：

請各位代表翻閱討2-9頁，在第九點我們醫療費用申報與審查的部分，我們新增了（五）的這一項，就是有關於執行本服務之保險醫事服務機構應逐次填寫門診日報表，並於次月的20日前，以電子檔案送所轄保險人分區業務組備查，並副知中全會及所轄中執會的各區分會。這個部分其實我們是比照我們中醫醫療資源不足的改善方案，每個月如果有提供服務，就要敘明那些日報表。

主席：

全聯會可以嗎？可以，好。

醫務管理組呂姿曄科長：

其餘就沒有修正了。

主席：

因為前面那兩個都沒有改了，就只有這一點有改。不知道各位有沒有意見？如果沒有意見就要過了。

醫務管理組呂姿曄科長：

請各位代表翻閱一下討2-7頁，因為這跟中醫醫不足有同樣的概念，在（三）的支付規定的第三點，就是照護機構中醫醫療照護因非至本保險醫事服務機構就醫，不得申報A90。想要請示中全會，這個部分要配合刪除嗎？

詹永兆代表：

刪除。

主席：

一併刪除。討論事項第二案就討論到這邊。進行討論事項第三案。

討論事項第三案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂 112 年「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案。

醫務管理組洪于淇專門委員：

討論事項第三案的部分是 112 年品保款。中全會在說明二跟三的地方，建議刪除第柒條第五款跟第六款，還有把第六款的部分移到第捌條的部分。請各位代表看對照表。請翻到討 3-2 頁，中全會建議修正的是第柒點，中醫門診特約醫事服務機構如果有下列情形之一者，就不核發品保款。請翻到討 3-4 頁。第五款未符合中醫全聯會提供之醫療費用明細標示院所，中全會表示因為品質資訊公開辦法已經沒有明列本項的指標，沒有法源依據，所以建議刪除。

請翻到討 3-11 頁，我們也去查了一下品質資訊公開辦法，107 年之所以把這個指標刪除是因為特約中醫院所都有標示。這個指標是由中全會來認定的，醫療費用明細的標示樣張在討 3-12 頁，不過我們去查了一下 110 年的品保款，事實上有 67 家的院所不合格，所以我們建議這個品保款指標可以繼續保留。

詹永兆代表：

可以。

醫務管理組洪于淇專門委員：

接下來請翻到討 3-6 頁，中全會是建議刪除第六款，「未參與全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案的中醫院所」也要刪除，中全會的理由是認為這個條文有涉及圖利特定的電信公司，所以建議刪除。本署的意見是這個方案的目的是要提升網路的頻寬，協助醫師可以即時、迅速的使用健保的雲端服務。10 月 31 日統計的資料來看，查詢率已經達到 97%，我們尊重中全會的意見，同意刪除。

主席：

刪除可以，但是如果哪天看到指標可能又降下來，就是要再恢復。

醫務管理組洪于淇專門委員：

原條文是只要沒有參與的院所，品保款都拿不到，所中全會建議刪除第六款，另外建議移到第捌條的加分項目，請看討 3-7 頁的第捌條是

品質保證保留款核算基礎的加計原則，第五點的部分，請翻到討 3-9 頁，中全會希望第五款的部分，權重本來是 5%，調升到 10%，我們也尊重。

請看討 3-4 頁，我們另外有修正一個小小的地方，本來我們原條文的地方是有講年平均核檢率怎麼計算。因為它裡面有一個是次月 2 月底前，因為分區作業上有一點困擾，所以我們幫它做一個小標記，就加上「傳票日期」四個字，以上修改。

主席：

全聯會有沒有意見？李委員請。

李永振代表：

這邊有三個問題。第一個問題還是保留著，雖然說沒有法源依據，但是中全會也同意。第二個第六你要把它放到第捌好像怪怪的，因為這一項就是雲端查詢系統，今年協商的時候提出來，全部花了 126 億吧？

健保會陳燕鈴組長：

那是歷年相關項目加起來的投入預算，不只是在這個網路頻寬補助費用。

李永振代表：

我知道，全部花 142 億，那是效益最好的，有 120 幾億的效益。

健保會陳燕鈴組長：

那個是減少重複用藥及檢查的金額。

李永振代表：

對啊。就是因為有用藥查詢，才會有效益出來。所以既然已經投入那麼多錢，為什麼要把它拿掉呢？那個 10% 的話要鼓勵它 OK 啦，但是我其實覺得你用 10%，這邊健保署的意見是低一點，這個評核委員一直在強調這個品保款應該把它拉高，現在好像牙醫最高，前 20% 拿到多少？八十幾%。

健保會陳燕鈴組長：

將近 70% 的品保款，這每年都有。

李永振代表：

中醫大概有五十幾%，最近幾年有進步。如果這個提高 10% 對那邊有幫忙我贊成。如果沒有幫忙的話，就暫時不要去調高，這是獎勵嘛，總要把%它拉高上來，在前 20% 可以拿比較多。

另外有筆錢統統花了，那個你要去考量，但是這個照理講應該要放

在那邊，但重點還是在評核的結果，所以理事長剛剛講了中醫差不了多少，因為你們好不容易明年有 309.8 億，你們就差那 0.01 也不多，但是你既然這樣的話，就把它弄得好一點，不然就把牙醫當標竿，謝謝！

主席：

全聯會要不要回應？李委員意思是說討 3-6 頁留下來。我有一點意見，討 3-6 頁中全會的說法是第一個院所反映涉及圖利特定的電信公司，這個寫得太重了，要不要拿掉？這是大家在看的。

詹永兆代表：

好。

主席：

這個說法跟雲端查詢好像沒有什麼關係。

詹永兆代表：

我們回去看怎麼修正一下會比較好。

主席：

文字請修正一下。然後這一條李委員的意思說留下來，我是覺得可以留下來。

詹永兆代表：

無所謂啦。

李永振代表：

如果你們 10% 可以達到 85% 以後再拿掉我沒有意見，就是已經達到這個品保款設立的目的，你就可以說我做得很好啊。

詹永兆代表：

可以。

主席：

可以。那後面要改。

李永振代表：

討 3-26 頁這張表算出來就是前 20% 院所占品保款 52%。

醫務管理組洪于淇專門委員：

那就都不要動，謝謝！

主席：

就都不要動，這樣比較單純，也沒有什麼大的影響。

李永振代表：

另外我要建議健保署。我不曉得是因為討論案的特性還是怎麼樣，

各位看一下討論第一案、第二案、第三案的對照表，欄位都不一樣。我不曉得是哪一個比較好，第一案是欄位有 4 個，第二案欄位是 3 個，或者說你有什麼考量可以說明一下，如果沒有的話，應該是討論的欄位要一致。

主席：

回應說明一下。

醫務管理組劉林義副組長：

我們的原則是假設條文是要逐條修改得很多的話，我們可能就逐條列出，大家可以看到全貌。假如有的只改一兩點，我們就把那一兩點列出來，我們本來原則是這樣。

主席：

其實一致也是好。這個以後要配合。討論事項第三案就討論到這邊，不知道還有沒有什麼意見。討論事項第四案。

討論事項第四案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：修訂 112 年度「全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫（草案）」案。

主席：

全聯會要不要說明？

詹永兆代表：

就是本年度因為受到疫情影響很難評估，所以全聯會的決議是沿用 111 年計畫，就這樣。

主席：

就尊重全聯會。各位委員還有代表有沒有任何意見？，如果沒有，我們就繼續討論事項第五案。。

討論事項 第五案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
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通則及第五章新增支付標準編碼案。

醫務管理組陳依婕專門委員：

第五案是有關中醫支付標準處理的案子，請各位委員看平板的第 185

頁，討論案是討 5-1 頁，這個說明中全會的提案總共針對五大項支付標準做修改，我會逐項的來跟各位宣讀及說明本署的意見。請看說明二，中全會建議新增第二章的門診診察費新增一個給付項目 A91「整合醫療照護費加計」，給付點數 70 點。中全會的提案是建議適用的範圍是慢性病或重大傷病而且有多重疾病，服務的內容是診療的時間必須大於 10 分鐘，根據診斷的結果提供中醫醫療衛教，衛教的內容也在後面的括弧，並將這些評估的結果以及所提供的中醫醫療衛教項目詳實的記錄在病歷之中。

第三點有講到請各區協助蒐集、製作慢性疾病或重大傷病的衛教單，可以放在網站供院所下載說明，並且會辦理說明會教導院所如何來正確的申報。

本項目在 112 年協商的時候有一個項目叫做多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度這個項目，預算我們有寫在上面，(二) 的 1，預算是 4.767 億元。執行的目標及預期效益都有經過健保會的討論，這邊就不再贅述。

請各位翻到討 5-2 頁，本署說明第一點是希望請中全會說明一下具體整合醫療照護的服務內容為何？另外財務影響的部分就跟我們在 112 年總額協商的時候估算一樣，推估 112 年約需 4.767 億元。請示一下主席，我們是全部都先唸完，還是逐項唸？

主席：

逐項好了。

吳清源代表：

各位大家好！我是吳清源。關於相關的一些整合醫療照護的內容，就是我們在相關的一些內容都已經有提到整合醫療照護，診療的內容包括診斷，然後給他做針灸或者是傷科治療等等，整個加起來必須超過 10 分鐘以上。

第二個根據診斷的結果提供至少一項中醫醫療衛教。這個是我們根據之前的評核會議也有提到相關中醫衛教諮詢，那個民眾並不是非常的容易，所以我們真的都有在做，我也覺得說我們要在後面做。所以說我們的詹理事長他也特別推動了一個完成衛教的小組，然後我們就提供中全會的一個完成衛教的工坊，然後我們提供給所有的會員知道，當作相關的一些使用的一個標準，然後再由相關的醫護人員來將這些衛教的內容教育給所有看病的民眾，當然我們會把相關的衛教項目紀錄在病歷當

中。

主席：

不知道各位代表還有沒有要補充的？李委員請。

李永振代表：

呼應剛才報告案第二案，署裡面在推估 111 年，要考慮剛才講到第三季的量有增加的情形。這裡有些是用到 1 至 6 月的資料，有的是用到 1 至 8 月的資料，1 至 8 月還好啦，第三季還有包含兩個月，如果用 1 到 6 月的話，第三季都沒有包含，那第三季就是成長了 35%，這樣推估今年度的會不會低估，你用這個再去推 112 年的，整個年度的費用到底合不合理，這是要考量的。

主席：

依婕，繼續。

醫務管理組陳依婕專門委員：

謝謝委員的意見。其實我們有試算過 1 到 8 月的版本，然後用去年同期占全年的比率來推算 111 年全年的申報量的話，預算大概會是 5.37 億，件數會成長，確實就如李委員說的，因為今年的 7、8 月申報量增加得還蠻快的，所以這個評估我們有看，因為總額協商也有呈現一段文字在我們的議程裡，我們唸的數字就給全聯會參考。

主席：

所以是有增高，這邊是真的有低估，李委員真的數學非常好。

李永振代表：

因為你第一案的用 1 到 6 月的百分比 49.1% 啊，第二案用 1 到 8 月啊，一定會不一樣。

主席：

對，都不一樣。

李永振代表：

我不曉得是哪一個才對啊。1 到 6 月一定是低估，還是說你有看到 1 到 8 月，但是呈現是 1 到 6 啊，你還要再確認過。

主席：

好，這個部分這個錢夠不夠？

李永振代表：

只是將來你上網就被抓包，因為錢已經給了，你去推估這邊的話，

應該要有一個合理性，這樣就 OK 了。

主席：

就是一致性。

醫務管理組陳依婕專門委員：

我們這樣做，建議請中全會評估，建議議程為了一致，都一起寫到 1 到 8 月。雖然這筆預算是只有 4.76 億，但是因為我們今年還有醫療服務成本指數改變，這邊還有一點錢，也許到時候如果真的爆量，還有一些可以支應這些。

主席：

那就拜託承辦科這邊，因為這是會上網的，我們就用 1 到 8 月的資料，接下來繼續三。

醫務管理組陳依婕專門委員：

三是有關於修訂第五章傷科治療處置費的通則四，中全會是建議新增診療項目 E90「6 歲以下的兒童傷科處置加計」，支付點數是 200 點。6 歲以下的兒童在做傷科處置的時候，有資格者同時申報 E90 這個代碼。

中全會提案內容的詳細說明，請看到 2，執行的條件需要符合（1）需合併以下任一輔助治療，裡面有七項的輔助治療。（2）是治療時間合計要 10 分鐘以上。本項的預算來源有 2.5 百萬元，執行目標還有預期效益評估指標都已經在健保會做過討論了。

在下面的（三）本署意見，第 1 點是依照健保會的協定辦理事項，請中全會說明本次增列「6 歲以下兒童傷科處置加計」的項目跟提升小兒傷科醫療照護品質之間的關係為何？。

第 2 點是原本檢送的支付標準修訂草案，是希望在第五章還有第六章都分別增加「6 歲以下兒童傷科處置加計」這個項目，但是因為這樣子可能讓我們支付標準太混亂了。所以本署是建議，單純在第五章傷科處置的這個章節新增 E90 這個診療項目，我們在第五跟第六章就新增一項通則就好了，就是新增一項 6 歲以下兒童傷科處置得同時申報 E90，療程以申報一次為限。

第三個要就教中全會的是，因為我們有提到說 6 歲以下的兒童執行傷科治療，治療的時間要 10 分鐘以上。可是同樣的在我們中度複雜性傷科還有高度複雜性傷科都分別也對於治療時間有所限制，中度是限

10 分鐘以上，高度是 20 分鐘以上。如果同時他治療的是一位 6 歲以下的小朋友的話，那個治療時間是累加還是內含？在中度或高度複雜性傷科的治療時間之中？

第四個是財務影響評估。我們這邊就是以今年 1 到 8 月的申報量來根據占率來做推估，那全年大概會增加 0.9 百萬元，以上。

主席：

全聯會請說明一下。

吳清源代表：

主席、各位長官，我一一回答。第一個針對傷科加計項目跟小兒傷科的醫療照護品質，其實我相信做過小兒科的醫生都知道，我們叫做啞科，什麼叫啞科，就是他根本就只是在哭鬧、你根本都不知道他要怎麼樣。所以我們必須要花很多的時間來做相關的理學檢查，做很多的一些東西來幫他安排，尤其我們是做傷科的，常常我們在醫院裡面，那個小朋友只要進來看到白色衣服，不管三七二十一都是在哭，所以說我們必須要花很多的時間來幫他做一個處理，雖然是做同樣的事情，可是小兒科我們必須要花費我們更多的一個手法或者是更多的心力來做處置。所以說相對來講需要照護的品質照護，需要更高的醫療給付，增加他的時間的話，在一般來講的話，一般傷科來講的話，他一定會顧及醫療品質。

第二點跟理事長討論，應該是會同意健保署的相關規定，然後在第五章第六章新增的通則是可以的。

我直接跳到第三點，是內含還是外增，說實在的，你叫小朋友躺在那邊 30 分鐘的話，那基本上是 mission impossible，所以我們是建議在內含裡面，以上。

主席：

依婕，繼續。

醫務管理組陳依婕專門委員：

大家可以看討 5-9 頁，我們依照本署初擬的意見修改後的支付標準，呈現在討 5-9 頁，也供各位委員做參考。這個項目如果依照本署的說明，修正完之後的支付標準，如討 5-9 頁下面第五章跟第六章。如果這個項目沒有意見的話，我們回到討 5-4 頁，我們討論第三項支付標準。

主席：

等一下。討論 5-2、5-3 頁，這個三，大家看看還有沒有什麼意見？後面那個支付標準一起修了。請。

蘇守毅代表：

我想請問一下，就是對於這個 6 歲以下的定義，是說 5 歲幾個月，還是 6 歲幾個月都算 6 歲？

醫務管理組陳依婕專門委員：

6 歲幾個月都算 6 歲。

蘇守毅代表：

都算 6 歲，所以只要未滿 7 歲就算。謝謝！

主席：

不知道這個部分還有沒有什麼意見？沒有，那我們就繼續。

醫務管理組陳依婕專門委員：

請看到討 5-4 頁第四點，修正第六章針灸合併傷科治療處置費新增代碼 G01 到 G85。中全會的提案這個 G01 到 G85 的適用範圍是屬於針傷疾病的初期照護案件，訂有申請條件，是需要同時執行針灸跟傷科治療，而且有通過「中醫醫療院所加強感染控制實施方案」，以及「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」規定的中醫院所。第三點提到是限定每位專任中醫師針傷合併治療申報上限人數每月 50 人，並辦理說明會教導院所如何正確申報。本項的預算 112 年所列的項目叫做針傷科合併治療合理給付，爭取到的金額是 3.04 億元。

本署意見在討 5-5 頁（三）這邊，日前我們有先初步請中全會提出說「初級照護」的定義，此外我們剛剛唸的那兩個方案，其實在 102 年 3 月都已經回歸到例行作業，所以每一家針灸跟傷科治療處置的院所，都應該已經符合這兩個方案的規範了，所以 2. 中全會在 10 月底有用電子郵件說明刪除前面「初級照護」還有剛剛講到的那些相關的文字。

第 3 點為了符合總額協商的部分，我們是建議直接將現行的 F01 到 F84 的支付點數修改為針灸加傷科治療的點數，不要再另外新增 G01 到 G84。這一點的話也許我們可以看支付標準表大家會比較容易懂。

請各位翻到討 5-10 頁，這是現行支付標準 F01 到 F84 的樣子，現行針傷合併治療處置的診療項目，點數是取針灸或傷科高的那個點數，以 F08 來說，這個項目現行的支付點數是 227 點，這一次中全會有在 112 年總額爭取預算，希望針傷合併治療，就真的是針灸加傷科的點數合計在一起。我們試算了以後，所有的支付點數會更新成這個劃底線的 454

點。所以健保署這邊是建議說就現有的 F 開頭這些代碼，直接將支付點數調升，這是健保署的意見。

請各位翻回來討 5-6 頁，另外申報規範的部分，因為原本中全會有建議要增加針傷合併處置的合理量，我們是考量到現在中醫的通則五、通則六已經訂有三大項目的合理量，包含專任醫師每月看診日平均的針灸、傷科還有針傷合併治療的合理量。第二個是每月複雜性針灸的合理量，第三個是每月另開針灸、傷科、針傷合併的合理量。另外 112 年總額的時候，其實中全會是基於醫療專業的需求，希望所有的針傷合併治療件數都是將點數調整到合理的支付點數，然後也爭取到預算。所以我們是建議回歸臨床專業，看看還要不要再另訂一個合理量，希望透過定期的監測，來符合 112 年總額協定的意旨。

財務影響的部分，我們用 110 年 3 月到 8 月來推估。這個跟各位說明為什麼是 3 月到 8 月，原因是因為我們 111 年 3 月才新增了中度跟高度複雜性傷科相關的支付標準，所以 1、2 月的支付標準沒有辦法來應用計算，所以我們用 3 月到 8 月的。那這樣推估 112 年全年約需 3.52 億元，這是不定合理量的狀態，那如果我們訂了，每個月申報 50 人次上限，這樣子的合理量的話，112 年財務支出為 50 萬元，以上。

主席：

全聯會要不要補充一下？

吳清源代表：

我先提一個問題。感謝長官非常替我們著想。然後在第三個財務影響評估，(第三點)的第一項，推估 112 年約需 50 萬元，它是 0.2 百萬元乘以 230 點，怎麼算起來都不像是……我數學應該沒有錯吧。0.2 百萬元乘以 230，這個怎麼亂都不大像是 0.5 百萬元吧，基本上我不知道這怎麼算出來的。

回歸到最原始的第一個，之前我跟理事長、執行長有討論過，事實上我們本來是想把它一個獨立出來初期照護，讓這些初期照護的病人，就是最原始第一個照護病人，需要更多的一個時間啦，所以我們會特別把它獨立出來。可是事實上我們也回歸到臨床上還有申報的一個現實面，事實上會造成非常大的一個困難，非常的複雜。所以我們基本上在理事長、執行長的指示之下，我們應該是可以接受不要增設 G 這個代碼，這是第一個。

第二個在合理量方面，這個合理量我們稍微解釋一下。從第一個評

估影響來講，平均點數是增加 230 點，這是平均點數增加 230 點，可是這個應該這個只是單純一般，在複雜上來講的話，可能會增加的點數應該不止這樣子，為什麼會提到這個呢？基本上我們會推估，很多的醫師他以前只是為了簡單申報而已，現在因為很多的有些醫師他本來就做了很多都符合高度複雜性傷科、中度複雜性傷科，所以說他很有可能很多會像，我們討論的 5-7 頁這上面的（四），上開統計係以院所實際申報的資料推估，它有可能會造成院所的申報形態改變，所以說有一點難估算，造成有可能會爆量，就是一句話有可能會爆量啦。當然李委員有提到說我們 111 年度第三季成長率超過這麼多了，接下來會不會再更高？當然是也有可能的事情啦，非常有可能的事情。我也非常認同李委員講的叫易放難收，我們可能要特別注意這一點。所以說我們可能還是會希望，放置這個合理量在裡面，以防止爆量的一個情況，造成我們剛剛看的前面第三季已經降到 0.8 了，非常有可能。再爆下去的話，可能會大家就會拜託健保會再多給我們中醫一些錢，這樣點值才會更好看。

李永振代表：

來不及了。

主席：

第一個你們就同意不要設 G01 到 G85，第二個同意我們 F01 到 F84，第三個是依婕解釋一下，討 5-6 頁這個是不是算錯了？

醫務管理組陳依婕專門委員：

是寫錯了。應該是 51.55 百萬元。

主席：

寫錯了。51.55 百萬元。修正。第四個他們要設合理量。

醫務管理組陳依婕專門委員：

我再補充一下有關財務影響的部分。在（1）這邊的平均每一例增加 230 點，我們已經將 110 年 3 月到 12 月的支付標準，那個時候已經將中度、高度複雜性支付標準已經算出來了，也因為要這樣算，所以我們才用 3 月到 12 月，不然我們會用全年來做計算。不過當然確實就像吳委員所講的，因為這個是依照實際的申報狀況來做推估的。當然去年的 3 月到 12 月跟今年的 3 月到 12 月可能有不同的改變。只是如果卡在這個 50 人次的上限，這個預算其實看起來跟爭取到的 3.04 億還是有一段落差。而且合理量的計算，其實在我們的費用端要非常複雜程式來撰寫。所以大家可以再討論。

主席：

我是覺得一定會爆，你們要有一套辦法，一直靠合理量是很奇怪，因為看病就看病，那看這個需求現在變成說我們中醫是在看的時候，你們怎麼去規範它？署長一直很不希望設什麼合理量，他覺得說這個病人就是有需要來看就給他看，而不是去設合理量，那設合理量意思就是說裡面一定會有包裹什麼才會用合理量來看。真的要設合理量，我們會有困難，因為這個我們看理事長也控制不了，我不是中醫我也知道，有沒有什麼辦法，還是你們全聯會有什麼好的想法？

詹永兆代表：

我們全聯會試算，用 50 來算的話，我們是 50 跟 12 個月，我們自己去跑，參加的院所大概有報傷科的醫師數大概接近 2000 位，以 2000 位去推的話。如果不設限，可能會到一個天文數字，所以我們還是寧願把它管控好一點，不要讓它爆量，不然到時點值會很難看。

主席：

支付科那個合理量是怎麼設的？

醫務管理組陳依婕專門委員：

譬如說假設你設 50 人次為上限，超過 50 的要報什麼？以針或者是傷高的報嗎？

蘇守毅代表：

維持原意，回復原來的。

醫務管理組陳依婕專門委員：

但是現在我們的做法是把它 F01 到 F84，這樣子大家又要怎麼報？報原本的 D 碼跟 E 碼還是？

吳清源代表：

就是在原來的上面打五折。

醫務管理組陳依婕專門委員：

因為有的五折會比原先的點值還低喔。

吳清源代表：

這個其實就是一個平衡點，有一些點值會比較高，有一些點值會比較低。我是覺得是蠻合理的，就是假設五折的話，這樣講不知道大家可不可以接受。大家一般的程式設計，還有大家的接受度。

主席：

全聯會的意思是說現在先修正成新的這個點數，然後超過 50 個的話

就是打五折，那我們通則就這樣嗎？還是這邊要列文字？

醫務管理組陳依婕專門委員：

我們要在通則上面，就是要增列通則，來說明這樣的文字。

主席：

今天這樣能過嗎？

醫務管理組陳依婕專門委員：

大家請先看到討 5-14 頁，我們會用 5-14 頁來做一個說明。現在我們在中醫的通則裡面，第五點有關於針灸、傷科及針傷合併，現在有（一）跟（五），那我們未來如果針對這個項目的話，也許我們需要增加（三），或者是另訂通則都是方法。那內容就會寫說中醫院所平均每一位專任醫師每月申報針灸合併傷科治療處置費的上限是 50 人次，超過 50 人次的部分以五折支付。就是它的文字會跟現在的通則六很相似。只是現在通則六是針對另開內服藥的，那我們字就會調整成針傷合併的那一段。

主席：

這樣可以嗎？在這邊去修，這個文字也是你們提的，就依照這邊的原意，只是我們的支付標準碼不一樣。不知道各位有沒有意見？請李委員。

李永振代表：

我是比較好奇，如果你要訂 50 上限跟不訂 50 上限，竟然差到 6 倍，這個原因到底在哪裡？你如果不解釋清楚，我覺得好像是說不清楚，所以兩難。但是現在你估出來的，你說不設限是設限的 6 倍，你如果多個 50% 就大概還可以符合我們一般的想像，你達到 6 倍。

詹永兆代表：

報告委員，前面一年二百萬怎麼算？

醫務管理組陳依婕專門委員：

每一年二百萬是我們真的去看每一位專任醫師他那次申報的件數，他申報 48 件，那就是算 48 件進來，申報 53 件就算 50 件進來。

詹永兆代表：

裡面有沒有落差？因為我們現在是以院所數的總量去算，所以可能會有差異，譬如說我們這家診所六位醫師，但是它的額度是 50x6 就是 300 個。這裡面搞不好六位醫師，三位醫師專做針傷，但是有另外三位

是沒有，但是它會以院所為單位，多了三位的額度，所以這會有落差。

李永振代表：

對啊，你另外三位的額度。

詹永兆代表：

我只是舉例而已。實際上像現在我們內部統計來講，有針傷案件的家數七百多家，醫師數大概一千三百家，我們真正做單純申請針灸案件大概 5900 個醫師左右，但是這裡面就是 5900 個醫師，他可能會來申報，我們要拿捏這兩面，健保署試算的，是真正的有做到，但是目前我們的算法是整個診所內的醫師數去算，所以會有落差。整個來講就是差到 6 倍，兩倍還勉強，因為這個爆出來怕有些會爆量，所以我們還是寧願保守一點，稍微做一個設限再看看，應該是這樣。因為不設限一定會爆量。

李永振代表：

對啊，這樣估出來差 6 倍真的是蠻多。

主席：

就是設限，先看看，如果是真的也還好。想一下，怎麼樣比較好。

醫務管理組陳依婕專門委員：

提醒一下，我們看討 5-5 頁，因為這一次決定事項還有一句話，就是在討 5-5 頁 4 的 (2)，依 112 年預算執行結果要扣減當年未執行的額度，然後當年未執行額度應於調升針傷合併治療給付增加的費用跟原本申報費用的差額計算。

主席：

就是沒用完的要還回來。

詹永兆代表：

因為打五折它那個錢也是算裡面，那個基數也算，也包括 50 以內的算對不對？那你打五折這樣也是算在裡面。

醫務管理組劉林義副組長：

因為你看這個文字，它是應以調升針傷合併治療給付所增加的原申報費用，所以你只要回到原申報費用就沒有那個差距，應該說文字是這樣子。

主席：

我覺得有一點落入文字遊戲，應該是這個方案這個新的東西，它訂

的條件是超過它就打折，我個人是覺得應該是算在裡面的，不要掉入文字遊戲。我支持你。

林敏華代表：

其實我同意主席的看法，因為當初在協商的時候，委員是同意這個部分，因為當初委員是說既然針灸、傷科部分，只針對一項是不合理的。今天中全會是怕會爆掉，他們先自我管控，譬如說我本來已經規劃好自己要用的東西了，我已經先自宮了。

主席：

有道理，謝謝！我們就是這樣好不好？

詹永兆代表：

開了一個小組會議，因為就是怕說所謂的用不完，我們就是把每位專任醫師每月申報 50 人次上限提升到 100 人次。至少我們還是有管量，我們院內不讓它爆，但是至少有一個管制，但是又不會說萬一沒達到被扣錢扣回去，內部犧牲我們的點值，萬一真的爆太多了。

主席：

其實不會。

林敏華代表：

理事長，你們這樣子的話，你們點值會 down。

主席：

賭太大。

林敏華代表：

對啊。因為既然主席同意你們的部分管控，我們不去追究你那個人次上限。

主席：

你們決定。

詹永兆代表：

那就這樣按照主席裁示。

主席：

還是 50 人次上限，請。

健保會陳燕鈴組長：

當時健保會訂這個討 5-5 頁的協定事項，是用增加的 230 點去算這個預算的，所以這個協定事項的目的是要寫清楚，不然到時候扣的時候就很難扣。所以協定事項寫清楚了，是用增加的錢(230 點)去乘服務量

算出來的，所以要算執行率的時候也是這樣算的。

主席：

我懂你的意思，如果沒有花完就用 230 點去扣。就是照我們原來的原則。

健保會陳燕鈴組長：

對。不能把原來的 base(原始費用點數)都加進去算執行率喔。

主席：

對。我的意思說如果它還是沒用完，扣還是用原來這個點去。你現在就是掉入 50 人次上限。

健保會陳燕鈴組長：

比如用了 3 億，就是扣沒用完的額度(4 百萬元)，至於執行 3 億就是以 230 點乘以件數計算所增加的額度。

主席：

對，這樣扣的話就是把它花完，健保會好不容易給錢，想辦法把它花完。

李永振代表：

健保會同意協定的事項要前後一致，你不能說錢要到了，過這邊又改遊戲規則，那個不行啊，大家要取得一個信任，這樣將來才好做事啊。因為我們兩位，他們還不會換，他們要負責追，要跟他講清楚。

主席：

扣的方式就是照原來的，執行就照剛剛的決議好不好？可以。

李永振代表：

這樣大家好辦事啦。

主席：

可以。

陳俊龍代表：

就是增加人數沒有關係啦，理事長，超過 50 個應該沒關係啦。

主席：

我們再來要不要財務評估？不用嗎？你們要 100 嗎？

蘇守毅代表：

我們乾脆就 100 跟 50 中間做一個折衷，我建議 80 人次上限好了。

主席：

這樣好像菜市場。

蘇守毅代表：

因為我們現在沒辦法抓到那個，因為主要是最討厭的就是說有一些醫師，他實際上針傷都在做，可是他只報一個，因為他嫌麻煩。

主席：

有共識嗎？80 人次上限，超過就五折。然後沒花完就 230 點去扣，可以。來，繼續討 5-7 頁。

醫務管理組陳依婕專門委員：

討 5-7 頁，修訂第八章特定疾病的門診加強照護，中全會的提案是適用的範圍增加「腦中風後遺症」，也就是 ICD-10-CM 代碼為 I69，預算來源有爭取到 1,720 萬元，執行的目標預期效益給大家做參考。本署的意見就是將財務影響提供給各位參考，一樣這個部分我們預估的 1,720 萬元，以上。

主席：

全聯會要不要補充？

詹永兆代表：

沒有。

主席：

沒有，請繼續。

醫務管理組陳依婕專門委員：

我們補充第八點，請大家翻到討 5-8 頁的第八點，因為這一次我們是配合 112 年新增預算相關辦理事宜，也希望是請中全會都定期在這個會議報告這個執行目標還有預期效益的評估指標的達成情形，這樣大家也利於掌握預算的耗用狀況。如果有需要，我們健保署也可以協助。

主席：

這個蠻合理的，討論事項第五案不知道各位還有沒有什麼意見？沒有，我們進入討論事項第六案。

討論事項 第六案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：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。

醫務管理組陳依婕專門委員：

討論第六案是有關修訂西醫住院病患中醫特定疾病的補助醫療計畫討論案，這是中全會的提案，請大家看到說明二是配合醫療法名詞的用法，把所有專案中的患者、病患等文字都修改為病人。

第三點是建議修正條文，請大家看到中間的框框條次二，條次二是配合這一次總額協商的結果，增加了術後疼痛病人，另外有一些病患都把它改成病人這些文字；條次三的話是針對適用範圍（一）腦血管疾病這邊的 ICD-10-CM 代碼最後一個，原本是到 I68 修改為到 I69，就是把後遺症的病人也納進來。另外（三）新增術後疼痛，那 ICD-10-CM 代碼為 G89，條次八的話是新增了術後疼痛的相關療效評估標準，其他的討 6-2 頁的條次十是配合前面有增加術後疼痛的，我們在申報的時候有增加相關的填報代碼。支付標準表的部分也是配合增加了術後疼痛，病人適用的生理評估相關支付標準，支付點數等同其他的項目都是訂定為一千點。

本署意見是本項有爭取到 112 年的專款預算是增加了 1.84 億元，全年合計是 4.368 億元。那執行目標跟預期效益請大家參考。

其他的討 6-3 頁下面的第二點，我們有去確認中全會當時提案到 112 年總額協商的時候，術後疼痛適應症其實範圍非常非常的廣泛，這一次修改為只剩下 G89，那我們會前有先了解，所以表示說現在西醫住院的案件比較少會使用到 G89 這個代碼來申報術後疼痛，等到本方案實施了以後，會請醫院的西醫科協助，如果有術後疼痛的病人，都在他們的西醫住院案件增加申報代碼 G89。

財務評估的話，我們這邊有把原方案還有（二）這邊新增腦血管疾病後遺症 I69 的適應症預計會增加 1.15 億點。（三）增加術後疼痛 G89 預計會增加 5.2 百萬點。那（四）是把所有的加起來，全年約需 4.27 億元，看起來支應的預算則有 4.36 億元。

主席：

在請全聯會說明前，請承辦單位留意，討 6-1 頁的那個二應該改成三。請問全聯會有沒有要補充說明？

吳清源代表：

在術後疼痛部分，原來我們是設計一個代碼，術後疼痛當它開刀的次數是非常多，尤其現在更多的像治療的模式，然後我們怕一些代碼沒辦法完全 cover，所以說為了讓大家更簡便，其實雖然說代碼變少，可

是事實上應該是講說它可能會變多。可是我們可能會讓另外的跟西醫我們在推動之前，我們會像腎病專案一樣，像申請專案之前要推動之前，阻力非常大，我想到這樣做是最好的一個。當然我們這個一樣，我們會在推動之前，我們一定會跟西醫在做個外科還有麻醉科做一個共同的開會討論，希望他們這方面的一些疾病，事後用這個代碼去申報。這樣來講的話，能夠更完整的把這個東西把它做得更好，以上。

主席：

不知道各位代表還有沒有意見？就是針對討 6-1 頁、6-2 頁這兩個表一些文字，新增的跟修正的，不知道有沒有意見？來，請。

李永振代表：

在總額協商的時候是考量到西醫麻醉科的疼痛治療，限癌症末期使用，這邊新增當然是沒有還沒有經驗啦，只是要建議說中醫部門是不是依實證資料來訂定術後疼痛適應症的條件，再報健保會。現在提出的適用範圍 G89 跟協商時所提到的應該差異不大，這邊討 6-3 頁未訂定適應症，應該屬於放寬條件跟協定的意思。就是說你在協商的時候，跟這邊兩個基準不一致，那個最好是一致，將來要執行會比較容易。

吳清源代表：

我也非常認同委員講的話，還是需要聽一些實證的意見，然後我建議，剛剛委員提到說相關的這些適應症，我建議這些適應症當然還是要放進去，第二個我會請我們的應用部門，然後把所有實證醫學把它列進去。像中研院，我們林昭庚醫師他是專門在做針灸的，很多的一些實證醫學，我相信我們絕對提得出來。可是我們就是在最後再多加一個 G89 這個適應症，就是原來的適應症裡面再多加一個 G89，這樣子來講，可以 cover 到未來我們有可能沒有提到的一些疾病，我們也能夠適應到。我們之所以為什麼會單純提 G89？最重要目的是我們很怕擔心像這個我們現在提那個 I69 適應症一樣，可能會漏掉，所以說我們單純就提那個。然後現在委員提到這樣的話，事實上我也非常贊成，我們是不是可以把原來這些適應症放進去，然後最後再加一個 G89。這樣子來講的話，可以更完整的 cover 到所有的一個適應症。當然評核會議認為說我們是不是還有一些其他的漏列，要求提出相關的實證醫學，相信我們的全聯會能夠提出相關的一個實證醫學出來，這當作輔證。

李永振代表：

你的意思就是說按照這個討 6-3 頁這邊對應的都放進來。

主席：

然後再加 G89。

吳清源代表：

對。

健保會陳燕鈴組長：

G89 在裡面等於沒有適應症，所有術後疼痛都可以。

詹永兆代表：

委員，那個是怕我們原來那些地方有漏列的地方，所以我們現在 G89 進去，除了那個之外還有漏列的術後疼痛，就包含進來。G89 是通吃，涵蓋那些都有。所以我們怕我們列出來的那個東西萬一還有其他的術後疼痛，所以我們強調 G89 統統都含進去。

主席：

我覺得單純一點，協商就是這些先這樣。G89 到時候再提出來講。

李永振代表：

主席，應該是說你協商的時候跟現在要先一致，你如果列的話應該在明年檢討提出來這樣才對，你不能這樣一開始在協商的時候說這樣子，回頭再改變。

胡文龍代表：

主席，我是胡文龍。之所以會把它簡列 G89，就是任何疼痛都包含在裡面，避免這些手術診斷很多我們根本列不完，怕就如 I69 這樣，因為 I69 的病人還在符合專案的條件內，結果同病情的隔壁床病人符合專案，但是他的診斷（I69）就是不符合，因為會有 I69 這個情況發生，，所以我們只簡列 G89，它就包含了所有的手術後疼痛。

主席：

我現在是說李委員的這個問題，當時在協商的時候這些疼痛，但是現在整個全部不見，就只剩一個 G89，或者是說現在寫這麼多 G89，這樣對當時大家協商的不應該，你寫 G89 應該不是反對，應該是先實施了，後來要去看，然後拿出一些證據覺得這樣可以，這樣會比較單純。

吳清源代表：

報告主席，剛剛解釋得非常清楚，事實上我是同意委員提到的我們的協商內容裡面適應症就是包括這些項目，我們大致就是以這些項目為主。G89 本身就已經在裡面了，它當初的協議裡面就有放 G89 了，我們本來是講難聽一點就是引刀自宮，可是既然我們委員堅持。

李永振代表：

等一下，當時沒有 G89。有嗎？

健保會陳燕鈴組長：

健保會協商時是提一個協商草案，所以在估錢的時候醫界會提一個草案，可是因為委員不知道哪一個適應症是有療效的。我說明一下，因為西醫他們只有對於癌症的疼痛才給付，考慮到衡平性的問題。所以付費者認為不是所有的疼痛我們都要花錢去給付，所以才會在協定事項說請你們去 Review 一下實證，哪些有 evidence base 用中醫介入有效，來納入適應症。如果說 G89(術後疼痛)納進適應症，就是所有術後疼痛都可使用。那這樣子你就相對於西醫是非常寬廣的給付，這個有不公平的問題。

李永振代表：

因為你 G89 就是痛，等於是其他未歸類全部都進來。你現在說有歸類列那麼多，等於是沒有區別。

吳清源代表：

就是暫時我們就同意健保署的意見就不要動，然後我們提供相關的一些實證醫學，根據實證醫學提供適應症，那就符合相關的一些健保協商的內容，以上。

李永振代表：

對。這樣就跟協定事項一致了，這樣大家就好交代啊，這樣 OK。

主席：

好。依婕這樣可以嗎？

醫務管理組陳依婕專門委員：

我們配合把它列進計畫裡頭。

林敏華代表：

主席，我們去看裡面的術後疼痛，所以說一般來講他們術後疼痛的部分，只要西醫他們那邊是確定有手術的部分，就應該是。我的意思說我們中醫這邊寫的是術後，這是要手術，但是含住院，按這兩個定義，我覺得這個部分定義起來應該不會困難，就是照西醫那個碼去抓的話應該是 OK 的。

李永振代表：

這樣可能會全部概括，照原來的。

吳清源代表：

就照原來的。

李永振代表：

照原來的，再看看怎麼樣。

主席：

這樣健保會可以嗎？

健保會陳燕鈴組長：

到時候就是請健保署將方案提報委員會議，我們就到委員會議再看一下這個部分。

主席：

好。醫務管理組依婕這邊可以嗎？

醫務管理組陳依婕專門委員：

確認一下，原來指的是提總額協商的那個版本嗎？

詹永兆代表：

對。就是原來的不變。

主席：

原來總額協商提的那個。

詹永兆代表：

G89 在裡面。

醫務管理組陳依婕專門委員：

所以我們列的適應症的代碼就是討 6-3 頁下方的那些代碼。請大家翻回到討 6-1 頁，我們術後疼痛後面那個文字我們還是留著，當次住院開刀後需中醫輔助醫療協助者，我們只是把 ICD-10 的代碼把它完整列上去。

李永振代表：

先等一下，討 6-3 頁那個 G89 要劃掉喔。

詹永兆代表：

不是，它原本就在裡面了。

吳清源代表：

報告委員，它原來就在裡面，可是剛剛之前附帶決議是說需要一些實證醫學。所以說我們當然要先蒐集相關的實證醫學。

李永振代表：

我就不了解，因為你這個本來就在裡面的話，有放這一個，等於是

沒有約束。對不對？如果說沒關係，協商就放在裡面，你就列到這樣可以在健保會，健保會把它刪掉了。

詹永兆代表：

原本就在裡面。

李永振代表：

沒有錯啦，就是原本在裡面，如果是這樣子，健保會幕僚去看一下。原來在裡面，移會討論還是會把你刪掉。

主席：

那是草案，她剛才說草案。

健保會陳燕鈴組長：

最終是要有實證資料，因為草案的適應症列一堆，委員沒有辦法知道哪一個是有效果的，才會列這樣的協定文字。所以可能還是需要依照 evidence base 挑一些適應症進來。

李永振代表：

問題出在哪裡？問題出在你列這一堆，如果當時有列，當時在協商，付費者代表不曉得裡面是什麼東西，結果就這樣過去了。現在一回頭大家 G89 覺得未歸類都可以，剩下的是多餘的嗎？

主席：

要不要我們今天在這邊先把 G89 先拿掉？

詹永兆代表：

可是它本來就在裡面啊。

李永振代表：

我講的第一個，你要有實證資料拿出來啦。

吳清源代表：

報告委員，以疼痛來講的話，中醫針對治療疼痛是非常有效的，然後暫時我建議，先把這些實證醫學先完整的蒐集以後提供給健保會，到最後再決定是不是要把它這個拿掉，我覺得是這樣子。

李永振代表：

就是你要把 G89 的那個實證跟資料附上去給付費者代表。

吳清源代表：

我建議是這樣，因為原始它本來就放在上面，雖然說可能對委員比較抱歉一點，可能太多東西，我們體力沒辦法完全看完。

李永振代表：

不是，這一點我要承認，不是體力沒辦法看完，是不懂。

吳清源代表：

對不起。

李永振代表：

如果你有括號的話我們就都懂了，類似說我們這個要討論，只是說這個黃種人列進來，你在裡面做什麼都可以，黃種人跟人不一樣呢？現在 80 億黃種人沒那麼多。

吳清源代表：

謝謝委員。我們希望就是照原來的協商會議的決議，那當然所有的診斷碼還是放上去，可是到最後我們會附上相關的實證醫學，根據實證醫學，健保會委員再決定說是不是要放上去，這樣會比較完整。

李永振代表：

對啊，就是針對 G89 看你有什麼實證資料來說服委員，這樣會比較完整啦。

主席：

好。健保會這邊可以嗎？

健保會陳燕鈴組長：

照協定事項我覺得可以。因為健保會的委員也不是都醫界的，不是醫界居多，所以這個還是要仰賴健保署，就這些提供的文件確實證明或者有實證的再列進來。因為健保會的議案很多，到時候 12 月會再提供，就是幫忙一下。

主席：

所以陳組長的意思是說，是這些每樣東西，不是只有 G89 是吧？

健保會陳燕鈴組長：

對，就是挑出來。

主席：

你先挑出來到我們這邊先過濾一下。

健保會陳燕鈴組長：

對，就是請健保署幫忙，因為具醫療專業的其實委員不是很多，我們也不懂啦。

吳清源代表：

是。我們會請那個相關醫學中心的教授們幫忙協助，蒐集相關的一

些 evidence，事實上 Paper 真的是非常非常多，有專門的醫學雜誌跟專門在講實證醫學的，而且整本都是那個東西，所以說應該可以提出相關的實證，OK，以上。

主席：

好。謝謝！就是把你們提過來的資料先送健保署，先過一下再提會，盡快喔，不要每幾天就要，我們也看不懂，因為我們也是要再去問。這樣可以嗎？

醫務管理組陳依婕專門委員：

我們會努力的看。請中全會幫我們 Review 一下，然後符合我們現在…

主席：

其實你們可以自己先看一下，有些自己先刪除啦。這個提案就到這邊。來，進行討論事項第七案。。

討論事項 第七案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：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。

醫務管理組陳依婕專門委員：

討論事項第七案是有關中醫癌症患者加強照護整合方案，依據 112 年的協商結果，本項會增加三個適應症，第一個是胃癌，第二個是攝護腺癌，第三個是口腔癌。這邊的預算估算的結果在討 7-1 頁下面的（二），胃癌的部分會增加 3.1 百萬點，攝護腺癌會增加 6.6 百萬點，口腔癌會增加 7.8 百萬點，因為這三個癌在門診就有一般服務就有提供服務，所以要扣除原先在一般服務有申報的點數，再加上原本這個計畫的執行狀況，可以估 112 年大概是 1.86 億元，那這樣預算尚足支應，預算有 2.45 億元。

主席：

全聯會要不要補充？沒有。各位代表還有委員有沒有意見？來。

李永振代表：

這個我要講一下，因為這一項專案，到第三季的執行率是 58.3%，如果第四季執行情形類似，全年執行率應該八成左右，這樣預算一定是足夠的，所以應該是 OK，所以大概因為中全會考慮到這樣，所以才沒有

增加預算之前再做三項。

不過在實務裡面的分析，在邏輯上我是覺得怪怪的，因為本項的預算並沒有增加，預算應該足夠這個 OK。但是三項癌症它是加強照護，在說明二的（三）裡面它是說一般服務替代要扣掉四千八百多萬，如果是中全會的話，我會考量說如果增加費用 1,750 萬，結果因為我是加強照護，1,750 萬我沒有多，但是在理論上你用一般的服務要給我扣一個 4800 萬！我吃飽撐著！

現在我要的 1,750 萬沒有拿到，如果說理論上 4,800 萬扣掉的話，這就划不來，在付費者代表這邊，另外一個角度就是說你如果這樣上網之後再去看，大家會談付費者代表怎麼給這麼多錢？因為照健保署如果扣掉 4,800 萬，112 年才需要 1.86 億元，要八毛給一塊大概不止，現在給的兩億四千五百萬，這樣是不是會太多了一點？大概多給了三成。所以在這個理論上要怎麼去呈現？在健保署的分析裡面扣 4,800 萬這樣子的呈現是合理嗎？你如果不扣 4,800 萬的話，大概所需要的預算 2.34 億，如果兩億四千五百萬的話，就是多給 4.5%，這樣還可以解釋喔，我就是給你充裕一點多給 5%。那你現在不是啊，你現在多給了三成，32%，所以應該是兩個點，第一個點你去扣它四千八百萬合理嗎？還是說應該你就是加強照護，要怎麼去防堵原來在一般服務的這邊他拿到專款這邊來申報，因為這邊錢一定夠，依今年來講的話可能執行八成而已，有兩成的空間，你兩成的話應該九千萬，你如果把原來那四千八百萬都拿來這邊報，也還夠，但是在整個邏輯上會怪怪的，所以在這個呈現上要怎麼去修會比較好一點？

主席：

你這邊是用去年的八成來算嗎？還是執行，你的預估。

醫務管理組陳依婕專門委員：

這邊說的預估是說原方案還是說新增的三項？

主席：

因為它今年大概會執行到八十幾%。

醫務管理組陳依婕專門委員：

推估可能會。

主席：

推估大概八十幾%。但這邊的推估是用八十幾%的這些去算，今年的八十幾%去算還是？

醫務管理組陳依婕專門委員：

我們是依照今年 1-8 月的申報量占去年同期的占率，然後去推估我們以（一）原方案預算來解釋。我們是用 1-8 月的申報量跟去年同期的占率來推估今年全年會申報多少，這是第一點原方案的部分。

新增的三個適應症，因為這三個適應症在還沒有加入這個方案，它原本費用是發生在一般服務的，未來如果這個專款計畫增加了這三個適應症以後，這些癌症病人就可以用這個專款的計畫點數來申報，雖然它叫做加強照護，但是相關的費用就包含在這個專款裡了，也就是說以後這三個癌症不會發生在一般服務費用，所以我們才會算（三）這邊一般服務的替代，以呈現這樣的狀況。

主席：

現在李委員的意思不是說這個服務的問題，是說這個會公布給外面人看，這樣算起來，就變成健保會好像多給錢，重點差在那個一般服務替代有沒有可能就是比較合理一點再低估一點點，這樣整個數字才不會造成外面看健保會就會很奇怪。

李永振代表：

就是說我們這邊在上網呈現的時候扣四千八百萬不要出現，但是中全會這邊你要想設法去防止健保署在擔心的，原來它在一般服務的四千八百萬拿到這邊來報，因為這邊夠，要防範不要讓他來這邊報，你這邊就是不要再扣那四千八百萬這樣。對外也比較有說服力。

主席：

就單純一點，這個（三）就先拿掉，這只是預估嘛？我們再補一句，剛剛李委員講的我們必須要中全會防範不要讓他來這邊申報。

李永振代表：

這樣可能會比較周延一點，邏輯上也比較合理。

主席：

就是上網的文字會比較好一點。可以嗎？依婕。

醫務管理組陳依婕專門委員：

好。

主席：

謝謝李委員，想得比較周延一點。

李永振代表：

這樣比較合理，我覺得讓中全會比較好啦。

主席：

我覺得請中全會多幫忙，我覺得這個案子應該還是有意義，多照顧對病患也是好事啊。好，討論七大家代表有沒有意見，請。

陳淑華代表：

我現在看一下當時的提案裡面確實是有講一般服務的部分。

主席：

所以你是覺得一般服務替代還要跟它估算一下。

陳淑華代表：

因為中醫部門草案當時的提案上面就有寫一般服務替代 48 百萬點，就是剛才在討論這個部分的時候，我看到提出來的草案確實有提到。

主席：

我覺得還好，這只是要上網，那個錢都已經過了，只是說不要讓大家再詬病，我們就再補一句剛才李委員提的。討論事項第七案還有意見嗎？如果沒有，我們進入最後一個討論事項第八案。

討論事項 第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關中醫針灸及傷科治療處置費跨章節申報規範案。

醫務管理組陳依婕專門委員：

討論案第八案是有關於中醫的針灸、傷科這些治療處置費跨章節申報的相關的規範，請大家看到說明二，這是我們在今年 6 月 1 號開始中醫支付標準第五章有規範說，如果是複雜性傷科療程第二到第六次或者是後續治療，都應該用一般傷科、一般針灸或者是一般的電針治療、一般針灸合併一般傷科，電針合併一般傷科這幾個代碼來申報。但是我們在第六章針灸合併傷科的治療處置費那個章節沒有相關的規定。

我們第三點，我們分區業務組有查說部分中醫院所在同一療程的案件，它申報複雜性傷科或針灸合併傷科的後續治療有跨章節或者是同章節，但是不同複雜性針傷處置的疑義，所以我們有在 9 月 20 號有函請中全會，就同一療程的案件，後續第二到第六次，如果他的適應症治療部位等等都符合支付標準規範所定，後面到底該怎麼樣申報來提供意見。

第四點中全會在 10 月 20 號回復我們基於醫師對於病人傷病的治療處置方式，常會因為病患不同，然後給予針灸或傷科或針傷合併的治

療。所以簡單來說就是同一次療程有可能第一次給針灸，第二次針傷合併，第三次傷科，就是會依照病人病情狀況來做調整。只要符合各章節的適應症，都應該可以跨章節申報。可是後面又有一段文字說，請本署就支付標準第六章針傷合併新增一個通則五，就是療程第二到第六次的話，是一般傷科一般針灸的項目來做申報。所以前面那一段話跟後面這一段話看起來是有一點兩個邏輯是不一樣的。

請大家看到第五點，本署是建議中醫的支付標準，第六章針傷合併的這邊通則，如果是同一療程的案件，療程第一次，就以療程第一次或者是申報的針灸、傷科的複雜度為主。那如果療程第二到第六次只執行單一的針灸或單一傷科的話，那就回歸到第四章第五章同一個複雜度的針灸、傷科規範來申報。

我們有舉範例，這樣可能大家比較好理解。譬如說有一個病人他療程第一次他申報是 F37，F37 指的是中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科。接下來他療程第二到第六次就只能報的相關項目，包含第一個是針傷合併我們定了第二到第六次就是 F38 到 F39 這兩個可以報。或者是如果它後續改變成單純報針灸的話，它原本報的是中度複雜性針灸，它回歸到第四項的時候，就報單純中度複雜性針灸。傷科的話，按照傷科第五章這邊的遊戲規則來說，它就必須要回到一般傷科來做申報，所以申報的就是 E01 或 E02。

另外再舉一個例子在下面的（二），如果我們的病人他療程第一次申報的是 F43，中度複雜性針科合併高度複雜性傷科、中度複雜性傷科合併特殊疾病)起始次」，那後續的療程可以報的項目就包含下面三個框框，請看討 8-3 頁，第一個是針傷合併的部分，中度針灸合併高度治療傷科，F44、F45 後續治療這兩個項目，或者是它後面改成單純做針灸，原本他第一次他選擇的是中度複雜性針灸，他後續就只能報中度複雜性針灸。或者是他後續如果改成單純做傷科的話，一樣回歸到第五章的傷科治療處置就只能報一般傷科。我們建議把遊戲規則定調清楚了，這樣子以後院所報的時候才不會亂七八糟的，以上。

主席：

我是覺得要訂清楚，這樣你們申報的時候比較容易一點。不知道全聯會還有代表委員有沒有意見？

陳俊龍代表：

我們中度、高度複雜性針灸、傷科等申報人數超過 100 或 70 人次以

後，健保怎麼申報。

主席：

依婕說明一下。

醫務管理組陳依婕專門委員：

我們合理量應該是後續我們事後做改支，還是院所在申報這邊自己改？如果沒錯的話，應該是我們後續改支的時候改，所以大家申報就照著剛剛我們講的遊戲規則來申報。因為如果合理量超過 60 人次或是超過 100、70 那些，應該我們合理量能來算的。

蘇守毅代表：

因為這樣子一個規範，就是大家在申報的時候不管你怎麼報，到最後就是回歸到這樣的一個申報方式，而且相應我們有高度複雜性的針灸有 70 人次，還有中度是 100 人次。這個我們報的人，也許我的診所就會超過，超過的時候它送上來的時候，是會直接在署裡面就改支，所以它並沒有影響到這個申報的這個部分。所以比方說現在這個病人他是複雜性的傷科，然後中度複雜性傷科加中度複雜性的針灸，第一次是兩個都報，第二次他可能就只報針灸，或者是傷科、針灸也報，可是就是支付一個項目，那這樣子在 70 人次或者 100 人次以內都會計算在裡面，所以應該這樣是 OK，對我們申報的人也方便。

陳俊龍代表：

再請教一下，這邊新的規定是說第一次是中度複雜性傷科，後面的二到六次就一定只能報中度複雜性傷科，條文我看起來是這樣。

醫務管理組陳依婕專門委員：

我們再澄清一次。請看說明二，說明二講的是現在第五章的傷科的支付通則規範訂得很明確，第一次是報中度或者是高度複雜性，可是後續療程第二到六次或者是所謂後續治療那些都只能報一般，這是講單純的傷科這一段。

我們現在有問題的會是第六章，他第一次報的是針傷合併治療的那些案件，他療程後面二到六次到底該報什麼，就會有疑義啊。所以如果單純它那個療程單純做傷科的話，我們現在支付標準遊戲規則寫得很明確了，所以那應該不會有問題。現在有問題的是他第一次報的是針傷合併治療，而且它又有不同的複雜性，它可能適應症符合中度也可能高度，那我們就定好遊戲規則說，那第一次院所你選擇報中加中或者是中加

高，就定調好了，那接下來你後面報的療程二到六次，你就依你第一次的定調，譬如說中度複雜性針灸加高度複雜性傷科，那你後面就是報中度複雜性針灸，如果是改成單純做針灸的話。

不過剛剛您提的那個合理量確實，有可能有的院所會依照原本的遊戲規則報，然後讓我們健保署去改支。但是也有院所會乖乖的依照支付標準來申報，確實會有。所以這個我們後續再想一下。也許除了中度複雜性針灸以外，一般針灸也可以開。

主席：

那就先照這樣。

醫務管理組陳依婕專門委員：

我們先照我們這一次討論的。

主席：

然後拜託全聯會可能要跟會員講清楚，第一次要改變他申報的行為，我們會做出 Q&A。先照這樣執行，有些問題就用 Q&A 處理。

各位有沒有臨時提案，如果沒有，我還是要謝謝詹理事長，上任就開這麼複雜的會議，謝謝健保會兩位委員陪伴我們一年，理論上不會開臨時會，除非有重大的事情要跟各位討論，謝謝大家一年的辛苦。如果沒有其它臨時動議，我們今天的會議就到這邊，謝謝大家。

散會：下午 5 時 15 分