

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 111 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 8 月 18 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 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	何紹彰	陳代表瑞瑛	陳瑞瑛
吳代表清源	吳清源	陳代表憲法	陳憲法
李代表永振	李永振	傅代表世靜	廖奎鈞(代)
卓代表青峰	卓青峰	黃代表上邦	黃上邦
林代表狄昇	請假	黃代表兆杰	黃兆杰
林代表敏華	請假	黃代表怡超	蔡素玲(代)
邱代表瑞發	邱瑞發	黃代表頌儼	黃頌儼
柯代表富揚	柯富揚	黃輝榮	黃輝榮
胡代表文龍	胡文龍	詹代表永兆	詹永兆
孫代表茂峰	孫茂峰	詹代表益能	詹益能
陳代表俊龍	陳俊龍	蔡代表三郎	許伯榕(代)
陳代表俞沛	請假	蔡代表宗憲	蔡宗憲
陳代表淑華	陳淑華	蔡代表淑貞	蔡淑貞
陳代表博淵	陳博淵	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

中華民國中醫師公會全國聯合會
本署醫務管理組

王逸年、賴宛而、李敬
游慧真、劉林義、張作貞、
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
許明慈、何小鳳、單國浩、
陳惠群

本署醫審及藥材組

王宗曦*、李忠懿

本署企劃組

吳少庾

本署資訊組

朱文玥

本署違規查處室

楊淑娟*、郭乃文*、黃寶玉*

本署臺北業務組

吳煥如*、林孟萱*

本署北區業務組

蘇彥秀*、王奕晴*、戴秀容*

本署中區業務組

陳淑眉*、洪文琦*

本署南區業務組

林純美*、丁增輝*、賴文琳*

高宜聲*、秦莉英*

本署高屏業務組

謝明雪*、李金秀*、張慧娟*

黃皓綱*、吳建昌*、李昀融*

廖子喬*、高菲屏*

本署東區業務組

王素惠*、詹蕙嘉*、鄭翠君*

王晶*

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、序號 6(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)，有關持續監測本案已刪除之不予支付指標，並於半年後於本會報告一節繼續列管，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、請本署醫務管理組於下次報告中增列各縣市中醫師數資料。
- 三、累計至 111 年第 2 季，部分專款項目預算執行率較低，如中醫急症處置計畫(15.2%)、照護機構中醫醫療照護方案(13.3%)，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 1 季中醫門診總額點值結算報告案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、111 年第 1 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 1 季	浮動點值	1.04641397	1.08333506	1.01526552	1.05463251	1.03781687	1.27593658	1.04693855
	平均點值	1.02886400	1.05003577	1.00964231	1.03238145	1.02290964	1.17732684	1.02888203

- 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：110 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「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。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、為利院所申報檢核作業，中醫院所應依支付標準如實申報實際針灸及傷科治療之診療部位。診療之部位代碼「C7：針灸治療同一穴名兩側（左側及右側）」，因無法辨識部位別，爰不予增列。
- 三、本署將自費用年月 111 年 10 月起啟動「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。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年度總額「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」依協定事項處理預算扣減計算方式案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、針傷處置之自然成長率改以近 5 年（106 年到 110 年）的年平均成長率計算，其餘計算方式依議程所提方式辦理。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案「機構內收案對象中醫醫療費用，應自一般服務扣除」案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、本署將俟 111 年第 4 季結算時，依本方案申報費用之收案住民，回推該住民 110 年全年中醫門診申報醫療費用點數，排除「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款後點數，於 111 年一般服務予以扣減。

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：建請同意變更「111 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」施行區域案，提請討論。

決議：同意「施行區域一覽表-無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」增列台東縣卑南鄉，刪除苗栗縣西湖鄉、台南市安定區、台東縣鹿野鄉；「施行區域一覽表-一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」增列苗栗縣西湖鄉、苗栗縣三灣鄉、台南市安定區、台東縣鹿野鄉，刪除台東縣卑南鄉」金門縣金寧鄉。

肆、臨時動議：無

伍、散會：下午 3 時 37 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 3 次會議與會人員發言摘要

主席：

各位代表，會議時間到了，出席代表人數也過半了，今天的會議開始。中醫門診總額 111 年第 3 次研商議事會議，首先介紹幾位新代表，第一位是傅世靜代表，今天是由廖奎鈞代表代理，歡迎他。另外一位是蔡淑貞代表，接下來是邱瑞發代表，再來是陳俊龍代表，再來是黃輝榮代表。謝謝！這次會議我們照議程先確認上一次的會議紀錄，不知道各位代表有沒有意見，如果沒有，宣讀報告事項第一案。

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：

序號四先保留，等報告案第五案報告後再解除列管，以上的報告不知道各位代表有沒有意見？請李代表。

李永振代表：

主席、各位先進，大家午安！我們整個追蹤的程序與有些顯示的方式或者邏輯，似乎可更精準，請各位看一下。這邊像第 2 頁序號 2，跟第 3 頁是同一案，你這樣顯示大家以為說是兩案，兩頁都是同一案。除非是說你這個案裡面有兩個部份，一個部份已經完成要解除列管，另外一個部份必須繼續列管，這樣的話就分開來呈現。現在說這兩頁都要解除列管，同樣的道理，第 3 頁的解除列管可以不用呈現。

第 4 頁這邊我們上一次的會議是在 5 月 19 號召開，現在辦理的情形是在 5 月 17 號就修正完成，那時候就可解除列管，上一次會議這部份是預估在 6 月才會完成，這樣好像我們資訊的 update 有些誤差。每次開會前，至少在 18 號，或者在接近的時候再問一下。雖然說對於整個效益沒有什麼影響，不過覺得邏輯上怪怪的。

第 5 頁序號 4，就類似剛才提到序號二，這邊它是有附帶條件，沒完成就應該繼續列管，如果條件還沒完成，就是在辦理情形第二點，應該要呈現繼續列管，你今天報告結束，自然就解除列管。報告了但是不同意還不知道，你就把它解除列管，這樣邏輯上怪怪的。

第 6 頁序號 5，這是兩個部份，在辦理情形的第一部份，上一次就可解除列管，因為它 4 月 1 號就已經生效了，所以不需要兩個條件都完成

再同時解除列管。第二部份的話，當然上一次我們在討論的時候還沒有公告，所以繼續列管，這樣可能更合乎邏輯。

序號 6 當時決議的時候也有類似情況，現在回頭看會議紀錄就會覺得怪怪的，就是我們在整個程序上，第一個部分已經同意停辦，第二個部分有附帶條件在半年後要報告，第一個部分已經在 7 月 1 號生效，所以第一個部分停辦的部分應該是解除列管。另外覺得邏輯怪怪的是第二部分，如果半年以後要報告，算一算，大概就是下個月，這個月底就半年了。第一次會議是 2 月底開的，半年後，大概 9 月底，如果提出來之後，看到了追蹤的成效不理想，那要怎麼辦？公告已經生效了，後來發現不對啊，是不是提案討論再恢復呢？不然就是怪怪的啊。

最後一個，我把上一次的資料拿出來看，上一次會議資料的序號 6 跟序號 8 兩個案都是繼續列管，但這一次失蹤了，不曉得是什麼事，你看解除列管跟繼續列管不見了。

主席：

謝謝李代表！有關序號 2，整個呈現的邏輯就請醫管組再留意，及序號 3 的時間的邏輯。序號 4 就誠如李代表所提的，應該是先繼續列管，等我們報告完之後，如果沒問題，主席會去裁示把這個解除列管，這個我們再來公布。序號 6 兩個問題，第一個就是會議紀錄是這樣寫的，7 月 1 號實施生效，第二個是李代表講的，假設說半年後監測的數字出來不好，就表示原來不予支付指標繼續留著比較好，但是因為先解除了，是不是要再提案討論，這個看下次數字出來的情形，我們再看怎麼處理，再跟全聯會這邊討論。

有兩個方式，第一個是繼續再觀察，因為只看半年，要不要再多觀察一段時間也是一個方式，另外一個就是整個再恢復回來。這個地方是先做預告。剛才代表有提到幾個在上次會議應該繼續追蹤的，現在沒有呈現，請承辦科說明一下？

醫務管理組洪于淇專門委員：

序號 6 上一次已經解除列管。序號 6 是建議變更北區苗栗縣頭屋鄉 111 年度的全民健康保險中醫總額不足地區的實施方案修訂方案，上一次已經解除列管。第 8 點，我們的確疏忽了。我念一下第 8 點是臨時動議，有關全民健康保險醫療給付項目及支付標準第四部中醫第八章特定疾病門診加強照護及「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」之上傳 VPN 資料勾稽主診斷，建議放寬勾稽主、次診斷部分。

上一次的決議是說再與中全會來研議。

主席：

序號 8 你們是漏掉，是不是？

醫務管理組洪于淇專門委員：

上一次議程是說要繼續列管，應該是我們的疏忽，我們會補上。

主席：

疏忽嘛，再把它補回來。針對報告一，不知道各位還有沒有什麼意見？如果沒有的話，我們進行報告二。

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：

各位對報告二有沒有什麼意見？承辦科有沒有再補充？請李永振代表。

李永振代表：

資料的報 2-3 頁，比較 111 年第二季預估平均點值是 0.9946，報 3-1 頁 111 年第一季結算的平均點值是 1.02888。去年第一季結算的平均點值是 0.9699，第二季是 1.146。我的問題是說今年疫情的高峰期跟去年差不多都是在第二季，今年這個條件應該影響都差不多，其它還有什麼因素可以讓今年是第一季到第二季點值是降下來？去年是升上去，剛好倒過來，是什麼原因造成？

柯富揚代表：

跟代表報告，其實我們所看到的資料，今年的第二季是在 4 月份的時候，它是負成長，5 月份跟 6 月份是正成長。明天健保會有份報告，6 月份醫療費用總點數的成長率，在 6 月份成長了 49 點幾%，第二季事實上成長 10 幾%，所以要說明的就是點值它因為牽扯到預算，就是在今年第二季的時候，應該是執行了非常高的一個公費清冠 1 號的一個視訊的診療，因為我們在算這個的時候，其實我們是有排除，排除職災，還有排除確診個案的視訊診斷的部分，所以才會看到說好像今年的第二季跟去年的第二季其實都是受到疫情影響，可是點值還可以維持在 0.9 多，可能很大的一部分預算費用，根據健保署的資料顯示，目前中醫藥司的清冠 1 號費用目前應該是還欠健保署 10 億。我想如果 10 億用在這個地方，我們的點值就很低了。所以這個部分牽扯到因為有一個額外的公務費用的支出，所以在這裡點值給撐住了。

在今年的第一季第二季我們去跑了資料，根據我們已經結算公告的部分，我們今年第一季的點值跟去年同期是成長 0.05%，第二季的點數成長是 18.21%，也就是實質上的利用率在今年第二季比去年利用率高了很多。在醫療點數的部分，今年的 5 月份醫療點數較去年同期是成長 14.26%，6 月份是成長 49.73%。所以在這個地方說明了。事實上我們是因為有公務預算的支撐，所以那部分因為是由公務預算中醫藥司還有疾管署來給付，所以在健保會我們節省了很多的費用。所以在這一次健保總額預算協商的時候，我們一直很期待健保會支持有關確診新冠跟長新冠後遺症，因為如果未來是共存的話，或許大家會從法定傳染病的系統移除，不會在第五類。這個部分的話是不是還是公務預算呢？還是由健保會可以來支持？因為從代表所提到這個問題，其實我看到的未來的面向是這個部分。如果沒有這個公務預算跟中醫藥司跟疾管署的支持，點值應該是蠻低的。

何紹彰代表：

就我的意見，疫情第一次出現的時候是 109 年 5 月，其實那時候各行各業都 shut down，像我們桃園是國門，他們管得非常嚴格，基本上病人都沒有出來，所以 5、6 月看病的人都下降得非常多。但是我們看今年的醫療情況，除了我們政府防疫單位讓它變成與病毒共存這個模式出現的時候，其實病人大部分都不再懼怕會有重症或者是死亡危險，所以他只要有症狀他就出來看病。再加上清冠 1 號的事件，讓更多的人需要，在 5 月、6 月的時候，COVID-19 的藥並沒有進來，變成非常多的人去，因為找不到藥，只吃所謂西醫的解除症狀的藥，其實他並沒有覺得會有很多幫助。相對的他吃清冠 1 號或者吃中藥，他的症狀得到相對的解除或者是轉陰的速度比較快，這種在坊間傳的時候，所以它就醫率其實是增加的，所以它的點值應該會比去年還要變多，尤其今年 5、6 月第二季，我們明顯看到誠如全聯會講的一樣，它是增加了 18%到 20%的就醫的比例，所以這個點值其實這樣看起來是 make sense。

李永振代表：

簡單講就是說去年大家沒有看到中醫這一塊，今年疫情一樣，但是清冠 1 號把中醫打知名度了，是不是可以這樣結論？

主席：

大家對報告還有什麼建議跟看法？

何紹彰代表：

我這邊提的就是醫療分布不均的情況，全聯會還是要多加注意，因為看起來北區變成醫療偏遠地區，現在連花東地區的醫師數都比北區還要多，它的全部比是 0.78，這幾年來都是這樣的情況，所以全聯會是不是有計畫有目標，因為就我所知桃園縣在鄭文燦市長的努力之下，它的人口從當時的 170 萬漲到現在 210 萬人口，相對來講當然它還是比較年輕化的人口，所以不一定它是就業很多的，但是它未來醫療平權的這種態勢應該是要被重視。所以建議全聯會在這方面多加考慮，雖然北區跟臺北區是一日共同生活圈，中區也是一樣，從苗栗三義到臺中市可能只要花 20 分鐘到 30 分鐘的車程，甚至苗栗市 40 分鐘的車程，其實都很近。當然規劃上來講，應該還是要讓更多的民眾去接受到中醫，尤其在年輕一輩出現的時候，要把中醫就醫率提升，其實這方面應該多加強中醫師數在平均的部分，以上建議。

主席：

醫管組有沒有各縣市的中醫師數，因為用分區不太準，中醫師數跟全國比例。這個下次報告的時候，呈現各縣市中醫師數。

柯富揚代表：

跟主席報告，中醫它最大的問題在於說，第一個叫做利用率不均，中部的利用率應該是獨步全國，所以導致一個情況，它的利用率是怎麼來的？中藥司統計每年 365 個畢業生裡頭有 210 個在臺中市，如果說我們去看每一個縣市的中醫師數，我們就會發現到當用區去看的時候就會失真，原因是因為中區就只有臺中市高而已，只有臺中市特別高，臺中市的每萬人口中醫師數是達到 6 點多。如果說我們從鄉鎮市人口跟醫師的比例去看的話，就發現彰化還比新竹縣低，南投更低，所以它這裡是一個城鄉差距跟縣市的一個不同，不單純是用區為單位，所以這個是目前中醫的一個現況。我們可以看到 Power Point 第 11 頁，各分區每萬人口中醫師數在全國的比例，我們可以看到全區臺中跟全區相比，從 107 年，資料所看到的，1.42、1.40，一直到現在 1.39，可見得說每一區都在增加，只有中區在往下降。所以我想這個問題當然它也關係到 10 月份的健保總額預算分配各區分配的一個問題。這個問題就會導致到不同的總額部門都有同樣的問題，就是當今天我們要去疏導中醫師的時候怎麼做？譬如說可能是從學校端，譬如說可能是從 PGY 的訓練來著手，我想相關的一個配套還有一個落實各縣市之間的一個提高它的就業

的可近性，我想這幾個面向我們全聯會都會去努力的，以上報告。

主席：

如果沒問題，進行報告事項第三案。

醫務管理組洪于淇專門委員：

對不起，有關上次會議資料的序號 8 追蹤情形，更正一下說明。序號 8 原來我們的議程的確是繼續列管，可是後來我們在當天開會的時候已經解除列管，請看今天會議資料的第 6 頁報告事項第一案說明的第二點，已敘明序號 8 已解除列管。

醫務管理組劉林義專門委員：

請業務單位再說明。

醫務管理組陳依婕專門委員：

上次序號 8 我們是講 VPN 要放寬檢核邏輯，讓主、次診斷都可以檢核。所以就如同剛剛李代表講的，我們上一次開會是 5 月 19 號，那我們那個邏輯在 5 月 17 號完成的，所以我們當天在會議上的時候有做補充，然後當天把它解除列管。這一次序號 3 我們去查了一下，序號 3 在報 1-4 頁，這一次追管的序號 3，上面的日期有誤，我們應該是 5 月 26 號完成修訂，所以才在今天這個會議上面讓它解除列管，謝謝！

何紹彰代表：

還有就是我順便講一下，這邊也是要跟全聯會講一下，就是我們這個專案也做了這麼多年了，勢必要做一些數據呈現，讓大家知道說譬如說腎病做了那麼多，半年就已經做了三分之二，是不是它的效果很好，是不是有初步的 Data 讓大家了解說這個對腎病其實是都有幫忙，應該要再追管，已經做了這麼多年，資料要求執行的院所，醫學中心或者是區域醫院，要有研究的單位去把這個數據做一些初步的呈現，讓大家知道說這應該是怎麼樣去推廣這樣的專案，而不是我們每次報告大概就是執行力不佳，看起來專案執行度都只有 50%，我們可以歸責於疫情的關係，但是也有不是疫情關係，它是變成 66%，所以看起來是不是腎病做得還不錯，是不是有初步的 Data 可以讓我們大家來知道。

柯富揚代表：

這部分在評核會的會議資料都有充分呈現，感謝何代表的提醒。在評核會裡頭我想就關於這個慢性腎病的執行率方面，評核代表也是給予我們高度的肯定，這個部分中醫全聯會跟中醫大的林主任及臺灣腎臟醫學會我們有合開醫學會跟討論會。當然後續我想不只是腎病，所有的專

案其實在評核會中，評核委員也都有提出要求，每個專案不管執行得好與不好，包括中醫急診執行得不好的地方，也不可諱言我們都會提出來做相關的討論。所以在每一次的評核會議中，我們都會真實的去呈現未來它的改善的一個方向跟方針，以上做這個補充。

主席：

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 1 季點值報告。

主席：

各位對報告三有沒有意見？。

李永振代表：

報 3-1 頁說明二第 2 表的表頭的第三項，它的標題是未支用金額，但是用 D 減 A，應該是 A 減 D。

主席：

要留意。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：110 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告。

主席：

對這個報告四有沒有什麼意見？來請。

李永振代表：

既然有提到品保款發放要有鑑別度，這個地方我就會去追，今年數字出來之後，中醫從 107 年到 110 年核發占率分別是 81.1%、80.3%、79.8%，110 年的是 74.7%，在各總額部門中只有中醫部門呈現持續下降，尤其今年下降了 5.1%是各總額部門最高的，牙醫雖然也有稍微降，但是只有降一點點。另外一個就是有關於核發前 20%占全部金額的占率，考量那些好的是不是給它更多一點才有獎勵效果！中醫從 107 年 51.3%、108 年 52.2%、109 年是 51.6%，這一次是 52.7%，52.7%是自己算的，不知對不對，如果是對的話，也有進步，但是改善幅度沒有像核發占率那麼明顯！所以這個地方大概還可以再考量看看。這一個部分目前是牙醫最好，大概都在 60 幾%。再來西醫基層看不出來，謝謝。

主席：

理事長要不要回應？

柯富揚代表：

謝謝代表，這個部分就是誠如代表所提到我們是不是要增加鑑別度，在這邊要跟代表報告，有關中醫品保款的鑑別度上來講我們所做得努力，就是說他們要領取的有兩個部分，一個部分是因為它不符合我們的相關規定，有 180 家。另外一個部分它沒有領取是因為它雖然符合，可是我們按照分數去分類排序，所以造成有 853 家不能夠領取，當時就為了要增加鑑別度。當然代表有提到一個很棒的建議就是有領取的部分，是不是可以利用級距上的加大，讓它的鑑別度會更大，這個部分我想我們可以回來之後再思考一下。如果跟牙醫看齊，在鑑別度上來講可以做得更好，包括級距上的差別也可以更大，以上做這樣的補充。

主席：

報告四各位有沒有意見？如果沒有，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：「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。

主席：

你們要增列 C7，看似比較不合理，原來的登錄方式會比較好，中全會有什麼意見？

柯富揚代表：

就 C7 這個部分就是中醫在治療上，舉例來講，我們會病在上取自下，病在左取自右，譬如說像膝蓋痛，我可能不是針灸右邊的膝蓋，可能去針灸左邊的膝蓋，我可能針灸左邊陽陵泉穴，也有可能是同名經取穴，因為它是急性期，所以我取同一側，可能是右邊的陽陵泉穴。當然有可能他下一次來的時候發現，他可能同時也影響到了左邊，我就會變成兩側，也就是說我在醫令清單上來講，因為左右側會增加一個處置，行政申報在處置上來講，會多寫，事實上我們就類似認為說它其實應該比較類似一個簡表的概念。陽陵泉穴就是陽陵泉穴，我扎一次或扎兩次，實質上是醫師臨床上的一個裁量治療，所以我們才認為說如果增加一個 C7 這邊在於說不管他是一側還是兩側，就用 C7 就可以。

何紹彰代表：

我也在讀議程，因為我不曉得 REA 到底代表什麼意思？可不可以說明一下 REA 到底是什麼樣的情形？

另外就是剛剛理事長講的，我想概念是這樣子，針灸它基本上假如說你用穴位描述，就會變得非常多的穴位，因為每個人尋經取穴或者阿是穴的取法其實都不太一樣，你假如定部位的話，就是阿是穴取法，會跟中醫傳統的相距非常大，我想會有很多的會員會覺得很奇怪。但是山根處置的部位當然是處置的部位，這個處置部位，剛剛也聽署本部在講，它是固定的格式，譬如說頭部是治療的部位，我穴道用什麼地方，所以在針灸這個部分，你用穴道在這樣的情況下，其實就會變成比較複雜，或者是難以去描述這樣。因為你假如是一個頭痛，那個人手也針，腳也針，左手、右手、左腳、右腳都針，針四個部位。四個部位是不是牽涉到後面支付標準，我高度複雜性針灸、高度複雜性傷科需要兩個部位以上，這個當然要通盤考量。

理論上我們治療部位，我想署本部應該理解，頭部算一個部位，上肢算一個部位，膝蓋前面算一個部位，腳算一個部位。可是我們治療頭部的山根又是用到四個不同的穴道部位，所以針灸跟傷科這邊可能要討論清楚，我想這是要鑑定清楚。所以中醫界為什麼要 C7？因為一定會都用 C7，因為我都是用兩組以上的穴位，我不可能只有用一組的穴位去解決所有的問題。假如說這個健保資料庫是以後可以用的，我們當然希望說這個紀錄越詳實越好，不要進去的東西是不明不白，出來的東西當然也不明不白，對研究上來講就會有很大的 miss。我想這個部分全聯會跟署本部這邊要討論清楚。

主席：

REA 稍後再跟你解釋，先請孫茂峰教授對全聯會這個意見的看法。

孫茂峰代表：

我們分兩種情況來看，確實當我們以中醫的概念在做針灸，當然我認同何代表的意見，如果是傷科的話，基本上問題不大，就是說你的病變的部位就是處置的部位。但是針灸大概會有一點的差距，因為按照不管是理論上來或學理上來講，針灸的確實有些時候，病變的部位與處置的部位是不一樣的。這一點我就跟中醫界可能會有點相左，按照病歷要如實記載的概念，坦白講 C7 確實是不要存在比較好。因為我們從實行面來看，中醫界常常發生什麼事情？遺漏針。如果你一件事情把它做好

的時候，可以避免掉遺漏針的情況，這個 C7 它反而剛好被模糊掉，也就是說可能發生遺漏針的機會，反過來講，剛剛何代表講的其實也存在一些方便性，這個方便性就是我們針灸在做處置的時候，你病變的部位跟扎針的部位它存在差異性，而且左病右取，上病下取，這是中醫針灸的理論基礎。所以從這個角度看的時候，C7 似乎又可以兼顧。

所以我個人的意見，我們中醫界可能要找出一個平衡點，一方面兼顧到原始針灸理論的明確性，但是呢，如果真的不行的時候，其實不存在，對我們來講，某種程度也是鞭策說我如實記載的時候，剛好做了第二件事情，也就是避免遺漏針的產生，我個人的想法是這樣。看看其它我們中醫界的前輩有什麼看法。

吳清源代表：

主席，各位長官，各位前輩大家好，我也非常贊同孫董事還有各位專家的意見。事實上我們提供這個建議，大家真的不要把它想得太複雜。我們只是提供一個是左邊，一個是右邊，然後就是你兩邊都有針，我舉個例子來講，我們針陽陵泉穴以後，我可能針左邊的陽陵泉就勾選左邊的陽陵泉，我想針右邊的陽陵泉，我就勾選右邊的陽陵泉。我們有時候，我常常針兩邊的陽陵泉，那個就是 C7，那個叫做兩邊的陽陵泉，就這麼簡單而已。

柯富揚代表：

當然我們也可以不要增加 C7，就左邊陽陵泉勾一次，右邊陽陵泉再畫一次，只是我們認為難道不能多一個是我兩個同時針的，就是這樣子而已，我們並沒有說那個就取代了之類的，因為它是 and，它不是或，如果說是或的話，就是可能搞不清楚左邊還是右邊，我們這個概念是兩側同時針，舉例來講，如果說它今天是一個全身性的一個疾病的話，依照我們的習慣，我可能會扎 8 個穴位，可能的醫令清單上面就會寫 16 個，因為左側、右側兩個，所以就會 8 乘以 2 變 16 個，寫了 16 個穴位。那事實上它明明就是八個同時針的穴位。

主席：

其實我們開一個代碼不難，你們其實改這個也不難，但是還是要改，這是第一個。第二個原來紀錄實際針灸部位還是要勾選，只是麻煩一下，對你們來說應該還是不難。我是說需不需要再增設 C7 這個醫令，我是建議先不要。第二個，承辦科跟代表說明什麼是 REA。

醫務管理組陳依婕專門委員：

REA 的名字叫做回溯醫令自動化檢核，就是當費用申報進來的每個醫令，如果它的遊戲規則是很明確的，可以直接用電腦去做相關的確認，我們就會把它做進 REA 這個系統裡。譬如說像我們這個案子，複雜性傷科一定要兩個部位以上，我們就去檢核院所申報的部位別是不是兩個以上，像這樣子可以直接做進電腦系統裡的，我們會把它做在 REA 系統裡面，以上。

主席：

其實 REA 是 Reimburse E Auditing，申報資料送進來，我們先用電腦檢核，不對的先退回去，大概就是這樣。

何紹彰代表：

所以理論上就是我們送進來的資料，它只要不符合現在支付標準的規定，就會被退回去，就不會看到。未來他們在署本部提到那些支付標準改變的時候，就用這一套沒錯，這樣的數字。

主席：

這一套已經做很久了。

柯富揚代表：

跟各位報告，這個要用改支，就是我今天是申請一個高度複雜的針灸，如果我不符合它那個條件的時候，它就改支變成一般針灸，它就透過這個檢核的系統，應該是這樣子。

主席：

報告五就討論到這邊。來，繼續報告事項第六案。

報告事項第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「111 年度總額「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」依協定事項處理預算扣減計算方式案。

主席：

全聯會要不要補充說明？

柯富揚代表：

感謝我們健保署的長官，在這邊我要做補充，因為我們是用疫情前的 106 年到 108 年的年平均成長率，106 年到 108 年是中醫最高的利用率，所以我在想，如果基於合理的原則，尤其是我們的預算是來自於從 110 年去試算，所以我想應該用近五年才是一個最公平合理的方式，所

以在這個地方做補充報告。如果近五年我們來努力，才是相對的公平，以上補充。

李永振代表：

近五年是哪幾年？

柯富揚代表：

就是將 106、107 年我們都算進去，就是 106、107、108、109、110 年，剛好近五年，五年的平均，因為這個年增長率老實說，我們真的沒有每年增長 3.55%，尤其這幾年，我們中醫也很努力在增加我們的利用率，所以如果能夠用近五年的話，我想這樣子是比較平均的情形。相對地，我們這樣子去努力，才可以達到。

主席：

柯理事長是希望是用 106 年到 110 年的平均來當成長率，醫管組有沒有什麼意見？

醫務管理組陳依婕專門委員：

我們當時用 106 到 108 年是因為擔心疫情的影響，不過因為中醫從今年第二季看起來，反而是不一樣的影響，就是不一定是降，也有可能是升，所以這點我們也是尊重中全會的看法。

主席：

全聯會還有兩位代表針對改成 106 到 110 年有沒有什麼意見？

孫茂峰代表：

我個人很支持，因為看起來統計的資料當然時間長會比較公平。

主席：

我們就這個地方的算法就改成 106 到 110 年。針對報告六不知道各位還有沒有什麼意見？來請李代表。

李永振代表：

協商當時的想法就是說，給你五億，你應該要做多少事情，你沒有做到的，我把你扣回來。你就去找一個什麼樣去符合這邊的，結果你在這邊弄得很複雜。第二個不懂的是之後在這邊推估，也是用 108 年 3 月至 5 月針傷處置醫令數占全年比率件數的 25.5%，點數也是用件數這個反推，我這樣了解不曉得有沒有錯誤？

醫務管理組陳依婕專門委員：

沒錯。

李永振代表：

如果沒有錯誤的話，你用 108 年 3 到 5 月點數的占率，為什麼會你用件數的占率去反推點數的占率，這一點我是想不通。調支付標準我知道，但是這個不是只有中醫，所以各部門都一樣，都是量都減少，但是點數都增加，那就去調支付標準，就是將來大家都去付保費就好，沒有關係的。你這個墊高了，當然不夠因應保費。

主席：

全聯會有沒有意見？原則上就改成 106 到 110 年，這個算法我們再跟全聯會再溝通，因為只是先就前半年的一些數字出來跟你們討論，至少一個原則是成長率就用 106 到 110 年。

李永振代表：

這一點我沒有意見。因為我本來是有寫到這一個，你今年有疫情，109、110 也有疫情，為什麼要把它排除，變成用用高標準，不過中醫的問題不大。今年中醫總額差不多要超過三百億吧。

柯富揚代表：

還沒。

李永振代表：

怎麼還沒超過三百億？

柯富揚代表：

經過 26 年的努力，將近 297 億。

主席：

我們報告六就到這邊，來，報告事項第七案。

報告事項第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案「機構內收案對象中醫醫療費用，應自一般服務扣除」案。

主席：

提案是提醒全聯會有這個事情，全聯會有沒有要補充？

柯富揚代表：

跟我們健保署長官還有健保會長官報告，我們才申請了 483 萬，那還要扣 194 萬回去，我想試著講，因為中醫的問題點是在於說，因為我們中醫是不分科，它到機構裡，可能看的是譬如說是內科方面的疾病，他可能外出就醫，看的是譬如說顱腦損傷、腦血管損傷相關的疾病，所

以說可能在中醫的特點上來講，我們是全人醫療，然後醫師又是屬於沒有分專科的情況。所以在醫令上來講，我想在疾病別是不一樣的。當然如果說今天要用這樣的制度的話，我想畢竟這是第一年，第一年執行這個機構照護，是不是第一年的時間可以就是讓我們去宣導，我們會盡量到機構裡頭去執行中醫醫療業務，也跟我們的住民提醒說盡量就是利用中醫來執行醫療業務的時候，然後來完成中醫的醫療服務，這樣子就會減少我們的住民外出就醫的機會。這是第一年是不是可以先讓我們做這個宣導，不要直接扣錢？

第二點，就是有關本案，因為我們是扣除一般部門，所以如果是屬於專案的部分，就應該就要排除？好比像西醫住院，然後中醫特定疾病輔助醫療計畫，這個是專案的部分，也就是說它費用並不來自於一般部門，我們是要扣除一般部門的費用，所以這些案件應該也要再扣除屬於專案的部分，以上兩點。

主席：

醫管組要不要回應？

醫務管理組呂姿曄科長：

因為確實我們有去統計所有機構住民他們有去在 110 年曾經有提供過的那一些中醫的相關服務，我們計算的 483.2 萬點確實也有包含西醫住院病患中醫特定治療計畫的案件，因為確實它是來自於那個專款，我們可以同意說中全會的意見，把它排除掉，以上。

主席：

那就把它排除。不知道各位對這個報告案有沒有什麼意見？請說。

蘇守毅代表：

因為一般在我們接觸到很多居家的病患，甚至就像這種照護機構的，礙於我們醫師每個禮拜甚至有的規定是一個月才去一次，所以在治療上可能是沒辦法得到完整的治療，比方說以針灸的治療來講，一般一個病人一個禮拜去給它針灸一次，我想那個療效都不會太好，尤其是像機構病人是比較重症的。你又不可能一個禮拜去三次，也許有的家屬就比較心急，可能會自己再帶著住民到外面去治療。應該是說我們提供他的醫療資源不足，這是我們應該要檢討的地方。而不是說他出來外面治療，你又要去把錢扣回來，大家可以做這個方向的思考？謝謝。

主席：

我跟你報告，因為這是第一年在做，我請醫管組跟你報告西醫部分

它大概怎麼做，未來可能朝那個地方去做修正或檢討，醫管組再說明。
醫務管理組呂姿曄科長：

再重申一下，這個案子我們的計算方式是用 111 年，就是這個方案的收案的住民，我們去看它 110 年有沒有去接受中醫服務，我們扣減他在 110 年的一般服務預算。舉例，我們剛剛試算的是 194.8 萬點，這些費用它移到 111 年，它就變成專款的費用，所以他認為這塊的費用應該要扣減掉的。所以我們不是去看 111 年這些機構的住民有沒有在機構外就醫。

另外說明西醫的情況，因為西醫提供機構內住民這件事情，已經十幾年了。現行的特管辦法已經明定相關的規定，如果以西醫來看，西醫一個禮拜可以去機構三次，但是侷限一家。我們要強調為什麼它可以一個禮拜去三次，目的現行是為了要減少機構的住民外出就醫，原則上提供這樣的服務，我們的認定標準是機構的住民它不方便出外就醫，為了提供就醫可近性，讓它可以比較便利地去獲得到醫療。所以代表們認為機構的住民它可能需要針灸的服務，一個禮拜可能需要三次。因為今年的計畫已經抵定了，也已經敘明說一週只能提供一次的服務。我們建議可以考量在明年修訂計畫的時候，把這一項研擬進去，這個部分我們就可以試著去做調整。以上。

主席：

建議全聯會就是檢討整個計畫的執行方式，到時候需要再拿出來。不知道報告七不知道各位還有沒有什麼意見？

何紹彰代表：

醫管組的說法，會讓中醫界誤解就是要扣錢，其實不是啦，110 年他就去統計機構裡面這些人去中醫看中醫看花了 194 萬多，然後我們今年 1 到 6 月做示範，他沒有要扣，他是說有發生這樣事實。以後這個住民假如說跟西醫一樣，他會檢討說這一年機構住民的人又看中醫，然後又跑出去外面看中醫的，那個比例都很高，基本上來說，我們去的機構可能住民做的次數不夠，所以它才會要出來做針灸。所以是不是要提案把這個次數增加，讓療效變好？可能全聯會要去找一些研究單位去做研究，說服讓健保會的代表瞭解，針灸就是一個禮拜要做兩次或三次，在急性期或者黃金治療期它有療效，減少住院的比例下降。

我們也看到居家，在西醫做居家醫療照護的時候，它有整合跟沒整合，它的住院的日數其實都有下降，所以假如說這個方案是很好可行，

對住民是有好處，我覺得中全會應該更努力去把這個事情做出結論。

主席：

謝謝何代表，他已經把摘要講完了，大概就是這樣子。真的要檢討，再去說服健保會的委員。

李永振代表：

因為你沒有說服我，到健保會更麻煩。我是付費者代表，付費者代表的觀念就是這麼多錢要買多少醫療，現在你專款都要 2,800 萬。你不能說那邊有給你錢，這邊專案又要給你錢，這樣不是重複？它至少是說原來這一小群的人在外面跑來就醫的這個部份，應該要扣掉這樣才合理。你得到的服務跟付費者所付出的錢，這樣才會平衡。我們的費用也才比較合理，你將來保費整個攤出來，付費者也比較容易接受。所以在整個的理論上這樣子是 OK 的。但是在執行上一定會有，因為你整體是一個平均數，你看診就是整個，所以那種感覺會不一樣，這個我可以了解。但是在這種情況之下怎麼樣找一個大家都可以接受的，這樣的話就 OK。所以對於這個案子怎麼去處理，剛才的結論我是沒有意見，但是原來的這一個精神大概是這樣子。讓各位也了解一下不要誤解。你提健保會這邊解釋應該也是一樣，現在要協商大概也會同樣的原則，應該是不會變。其他部門也是一樣。

主席：

我們的報告案就到這邊，接下來進行討論案第一案。

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：建請同意變更「111 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」施行區域案。

主席：

這個部分各位不知道有沒有意見？

李永振代表：

主席，我這邊兩點請教。第一點的話，附件 1-1 一覽表，表中的鄉鎮市的數量是 82 個還是 83？因為上一次是 83 改 82。

醫務管理組呂姿曄科長：

代表真的很厲害，這張表格我解釋一下，因為這一張表是我們當時統計的截至時間點是在 110 年，原來的表是統計截至到 110 年 11 月 25

日，在無中醫鄉部分總共會有 83 個鄉鎮市區，但是因為這個是我們當時公告的表格，前次我們有做個小調整，就是苗栗縣的頭屋鄉，它原來也是從一家中醫診所鄉鎮市區調整為無中醫鄉。因為這個表格我們是按照我們原來現行的總共是 82 家，82 個鄉鎮市區是沒有問題的，是因為我們還要再加上頭屋鄉。

李永振代表：

是 82 個嗎？

醫務管理組呂姿曄科長：

對，是 82 個。

李永振代表：

你全部再算一次看看。

主席：

這個我想要扣掉。

李永振代表：

對啦，你如果扣掉的話就劃掉。

主席：

對啦，你頭屋鄉要劃掉。

李永振代表：

可是我是用那個沒有劃掉的去算了 83 個。

主席：

頭屋劃掉就 82 個。

李永振代表：

頭屋要劃掉的。

主席：

對吧？承辦科。

醫務管理組張作貞專門委員：

請代表看一下澎湖縣吉貝村，它是村不是鄉，所以它是屬於白沙鄉的一部分，所以實際上它是 82 個鄉鎮。以上。

李永振代表：

你這兩個算一個。

醫務管理組張作貞專門委員：

對，因為它是村，村在鄉裡面。

李永振代表：

那你就得算。

醫務管理組呂姿曄科長：

請各位代表看表格，吉貝村我們的分級的級數是六級，因為白沙鄉是五級，所以我們要把這兩個地方做區分，所以才得把吉貝村單列。

主席：

頭屋鄉還是 1。

醫務管理組呂姿曄科長：

頭屋鄉是沒有錯的。

主席：

就是吉貝跟白沙鄉是算一個。

醫務管理組呂姿曄科長：

對。

醫務管理組劉林義專門委員：

這邊是寫 83 個。

李永振代表：

所以你是鄉鎮是 82，但是區域是 83。

醫務管理組張作貞專門委員：

對。

主席：

備註要寫。

李永振代表：

我記得上次會議曾經建議就是中全會要強化跟健保署之間應該可以建立溝通的橋樑，不過這一個討論的過程，觀察以後，我個人感覺橋好像沒有建起來，有一些是私底下可以解決的，這個又弄到這邊，讓消費者一看你們在做什麼，橋可以趕快建起來，有一些事情可以在橋上面解決掉就不用提到這邊來了。

主席：

謝謝李代表的建議。這個討論一應該沒問題了。

我們再回過頭來看原來追蹤事項的序號四，因為剛才第五案已經報告過了，所以這整項就解除列管。

今天不知道各位還有沒有什麼臨時提案？剛剛提的各縣市的醫師數先給各位參考，請說明。

醫務管理組劉林義專門委員：

這份資料就是我們用最新的，111 年 6 月份的中醫師數，因為代表是看的是分區，我們現在是用縣市別來看。第一欄就是中醫師數，第二欄是該縣市的人口數，所以我們把兩個相除就是第三欄，就是每萬人口的中醫師數，所以可以看到剛剛講東區的花蓮縣，每萬人口的中醫師數就是 3.32 位，大家比較 care 就是臺中市，看中區的部分，臺中市的部分就是 5.11 位，在中區的其它縣市，你看中彰投，彰化是 3.18 位，南投就是 2.91 位，所以看起來中醫比較高，可是它的確是縣市的差距是比較大的，桃園是 2.54 位。

主席：

這個資料如果需要，我們也提供給全聯會參考。李代表。

李永振代表：

我這個會議的報告案跟討論案是不是有明確的規範？不然在整個過程裡面，我們看最後討論案，你看無中醫或者一個中醫，整個這個規劃應該很明確。所以像今天的討論案，我個人是覺得應該是屬於報告案，因為你按照規範去弄出來統計的結果提出來一個報告，如果這個認定條件有改變，這個就變成討論案，這個可能會比較適當。但是在當時報告案的第五、第六、第七案，大家還有需要溝通意見的地方，我個人覺得好像比較像討論案，這樣會不會好一點？我不知道你們有沒有什麼明確的規範，如果有就依法，照那個規範做，如果沒有的話，是不是可以這樣做一個區隔，在提案的時候，比較容易去辨識。

我為什麼會這樣講呢？因為以前在監理會當委員的時候，我在追報告案，當時的主委跟我講，報告案的意見只是可以參考，講直白就可以不理你啦。討論案的決議一定要追，追到有結果，是有那種區別。我不曉得我當時的理解有沒有錯誤，如果沒有錯誤的話，現在健保會一樣，他如果都寫供研參，都不會有意見，因為研參他可以不理你，我有參考，我不採納。討論案的決議就是討論大家有決議了，你就要照樣照做。它就有那種差別，所以我才會提出來請教各位。

主席：

我的看法，這個報告案第五案比較適合討論，第六案就是一個報告，只是要拿出遊戲規則，當然可以去修改，第六案到底是報告還是討論，是可以斟酌。至於第七案，應該是報告案，因為那個數字就是一翻兩瞪眼，只是我們跟你報告現在結算的數字是怎樣，提醒你們接下來剩

下半年會有這些情形。至於討論一，理論上應該不成案，請他們報告就可以了。下一次醫管組可能留意這些屬性，還是有一定的邏輯，李代表講的有他的道理，我們就多留意。各位還有沒有什麼臨時動議？

柯富揚代表：

這個不算臨時動議，跟主秘還有所有的長官，還有代表報告，我的任期就到今天，下一次研商會議就不是我，我已經坐在這裡 9 年了，感謝大家的照顧。我們全聯會是 10 月份改選，我們下一次研商議事會是 11 月，所以我就是大概 9 月份的時候，就是健保總額預算談好之後就卸任了，感謝各位對我的照顧，非常感謝。

孫茂峰代表：

卸任後你還是中醫界的一份子啊。

主席：

希望健保會委員就給你面子。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 3 時 36 分