全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 110年第3次研商議事會議紀錄

時間：110年11月18日下午2時

地點：中央健康保險署18樓大禮堂(臺北市信義路3段140號)

主席：張組長禹斌

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
古代表濱源	古濱源*	陳代表淑華	陳淑華
何代表紹彰	何紹彰	陳代表博淵	陳博淵*
吳代表材炫	吳材炫*	陳代表瑞瑛	陳瑞瑛
吳代表清源	吳清源*	陳代表憲法	張瑞麟 ^{代*}
李代表永振	李永振	黃代表上邦	黃上邦*
李代表麥	李麥*	黃代表兆杰	黃兆杰
卓代表青峰	卓青峰*	黃代表怡超	蔡素玲 ^{代*}
林代表狄昇	林狄昇	黃代表頌儼	黃頌儼*
林代表敏華	林敏華*	詹代表永兆	詹永兆
柯代表富揚	柯富揚	詹代表益能	詹益能
胡代表文龍	胡文龍*	蔡代表三郎	蔡三郎
曹代表榮穎	曹榮穎*	蔡代表宗憲	蔡宗憲*
郭代表朝源	郭朝源*	蘇代表守毅	蘇守毅*
陳代表俞沛	陳俞沛*		

列席單位及人員：

衛生福利部社保司

蘇芸蒂、陳孟渝*

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

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年、賴宛而、李敬*

台灣醫院協會	林佩菽、董家琪
本署醫務管理組	張作貞、李雨育、劉林義、 陳依婕、呂姿曄、洪于淇、 李宛臻、吳庭沂、王智廣、 宋宛蓁、鄭智仁、鄭正義、 楊淑美
本署醫審及藥材組	高幸蓓、許明慈、梁淑媛、 邱垂昇
本署企劃組	王宗曦*、林宇泰
本署財務組	請假
本署資訊組	吳少庠
本署違規查處室	請假
本署臺北業務組	楊淑娟*、郭乃文*、黃寶玉*
本署北區業務組	蔡秀幸*、吳煥如*、林孟萱*
本署中區業務組	蘇彥秀*、林淑惠*、戴秀容* 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*
本署高屏業務組	李金秀*、張慧娟*、黃皓綱* 吳建昌*、李昀融*
本署東區業務組	李名玉*、張麗絹*、羅亦珍* 王素惠*、江春桂*、鄭翠君* 王晶*

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：有關報告事項第三案 110 年第 1 季點值報告案之附表，誤植於報告事項第一案項下，請更正至報告事項第三案決定第二點「110 年第 1 季點值確認如下表」項下，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 5 有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫通則五之部分用詞文字」案，將依程序提至 110 年 12 月 9 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 110 年第 4 次會議報告，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、有關全民健康保險會委員就中醫部門 109 年度執行成果所提之書面評核建議，如應設法改善中醫就醫率逐年下降之問題等，請中全會於本會議報告相關對策及執行成果，以利代表們掌握執行進度。
- 三、有關中醫急症處置計畫執行率偏低一節，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：110 年第 2 季點值報告。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、110 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
110年 第2季	浮動點值	1.3525	1.2902	1.1679	1.1489	1.1614	1.4380	1.2362
	平均點值	1.2204	1.1735	1.1068	1.0890	1.0983	1.2858	1.1460

- 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：111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、111年中醫門診一般服務之保障項目比照110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111年中醫門診總額一般服務預算四季重分配，是否考量受疫情影響，改採105-108年各季核定點數平均占率作為各季預算重分配一節，請中全會研議後函知本署。

註：依中全會110年11月30日(110)全聯醫總富字第1441號函略以，111年中醫門診總額一般服務預算四季重分配，仍採105-109年各季核定點數平均占率(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：111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
111.2.24 (週四下午)	111.5.19 (週四下午)	111.8.18 (週四下午)	111.11.17 (週四下午)	111.12.1 (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「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」。

決議：

一、同意「品質確保方案」之附表中醫門診總額支付制度醫療服務品質指標-3.專業醫療服務品質-「於同院所針傷科處置次數每月大

決議：

一、修訂通過「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」，修訂重點如下：

(一)新增違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第44條及第45條規定者不得參加獎勵金分配之規定；另倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

(二)方案第柒點中醫門診特約醫事服務機構不予核發品質保證保留款之情形增列第7項：中醫門診特約醫事服務機構非屬「中藥用藥安全管理及品質提升方案」之認證合格者。。

二、中全會所送中藥用藥安全管理及品質提升方案，請中全會參酌與會代表意見修正後，送本署併本案報部核定。

第八案

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第四章針灸治療處置費、第五章傷科治療處置費，以及第六章針灸合併傷科治療處置費，倘適應症不符之改支作業案。

決議：修訂通過摘要改支規則如下：

一、針灸治療處置費(D01-D08)：高度或中度複雜性針灸適應症不符，均改支為一般針灸項目。

二、傷科治療處置費(E01-E12)：高度或中度複雜性傷科適應症不符，均改支為一般傷科項目。

三、針灸合併傷科治療處置費(F01-F68)：

(一)複雜性針灸適應症不符，但複雜性傷科適應症符合：僅以複雜性傷科項目認定。

(二)複雜性針灸適應症符合，但複雜性傷科適應症不符：僅以複雜性針灸項目認定。

(三)複雜性針灸及複雜性傷科適應症皆不符：均改支為一般針灸項目。

第九案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：增訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」

決議：增訂通過本項專款支付方式，同意中全會所提「論次支付」及「論量支付」方式，內容如下：

- 一、「論次支付」明定每時段至少服務3小時，未達3小時不予支付；每時段服務人次以15人次為上限。
- 二、「論次支付」同意每點金額以1元支付，扣除「論次支付」費用後，其餘項目採浮動點值支付，且每點支付金額不高於1元。
- 三、醫療費用申報與審查：每月申報費用前，保險醫事服務機構應至健保資訊網服務系統(VPN)「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院住民名冊，以利未來評估方案推動及管理政策。
- 四、評核指標：依110年10月22日全民健康保險會委員意見，修訂為「照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較108年減少」。
- 五、後續將依程序陳報衛生福利部核定。

伍、散會：15時19分

陸、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 110年第3次會議與會人員發言摘要

主席

我們今天召開中醫門診總額110年第3次研商議事會議，歡迎線上有四位中醫學會的代表，還有一位專家和代表，還有健保會的李永振代表，我們今天還有一位新增的就是台灣醫院協會羅永達委員換成陳瑞瑛代表。在開會前我們先跟各位報告一下，我們的一位專家學者施純全教授在11月3號去世，這在中醫界應該是失去一位很重要的支柱，這一點我們請柯代表，簡單跟我們再緬懷一下？

柯富揚代表

謝謝我們的主席，我們的張禹斌組長，還有我們健保會的委員，專家學者還有健保署的長官，我們的台灣醫院協會的陳瑞瑛代表，還有我們中醫界的代表。施純全榮譽理事長，他也是義守大學的部定教授，他終身致力在中醫藥的一個發展。我們的中醫藥發展法他也是催生者，也是計畫主持人，他對於整個在草創初期，開始他當時是擔任中醫全聯會的秘書長，所以他當時也一直是跟我們的陳時中部長，他當時是牙醫，施純全是中醫，所以一直都在參與健保的一個業務。當時就是應該是要上課的時間，他就沒有到教室去，學生就去醫師的宿舍去找老師，才發現說他已經往生了。是因為心肌梗塞，享年61歲。我想施教授非常熱衷於中醫事務，也畢生致力於中醫藥的發展。他的往生是中醫界的損失，也是公共衛生領域的一個折耗。未來我們中醫界還是會秉持著他的遺志，繼續致力於中醫藥的發展，謝謝主席。

主席

謝謝柯理事長，我們今天的會議就正式開始。我們今天總共有5個報告案及9個討論案，我們就依整個議程開始。請同仁報告前次會議紀錄的確認，不知各位委員對前次的會議紀錄有沒有什麼要修正的？如果沒有的話我們就確認，如果等一下有，可以再提，請李委員。

李永振代表

報告第一案第 7 頁那個表，是第三案的表放錯位置，請放回到第三案的位置。

主席

請同仁修正，不知還有沒有其它的問題？那如果沒有我們就確認上一次的會議紀錄，接下來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：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

第一案，你剛才講解除還是繼續？

邵子川

應該是解除。

主席

因為我這邊書面是寫繼續列管，更正解除列管。不知各位委員有沒有什麼意見？請李代表。

李永振代表

序號 5 辦理情形第一行支付科是什麼意思？

主席

那個字要拿掉，那是我們內部的科。

李永振代表

另外一個問題就是共擬會議在 9、10、11 月都沒有開會嗎？

醫務管理組陳依婕科長

跟委員報告，我們 9 月也開過一次共擬會議，因為這個文字其實沒有涉及到我們現行行政作業的調整，所以我們會併今天我們會議上的支付標準的修訂案一起提到今年 12 月 9 號的共擬會議報告上。

李永振代表

我的疑問就是說你 9 月有開，這個不是很複雜就修幾個字為什麼 9 月的時候沒有提，到 12 月才提？我們 8 月 21 日開會，中間還有兩個多禮拜的時間。

主席

請承辦科再解釋一下，下一次的共擬會議為什麼沒有，是作業不及還是沒討論到？這個以後就留意一下，在最近的共擬會議去提，謝謝李代表的提示，以後我們這方面的時程要留意。不知道各位代表還有沒有什麼意見？如果沒有我們就進行報告案第二案。

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案（附件報 2-1）

主席

我有一點好奇，各位請看第 5 張的投影片，即使是因為疫情的關係，臺北的浮動點值高於其它分區，甚至比東區高，真的只有疫情的影響嗎？只有疫情影響就可以影響這麼多？另外請看投影片第 29 張，這個中醫急症處置計畫，這成績實在是差太多了，不知道中醫界對這個計畫明年還要執行嗎？你們明年有什麼改善措施呢？今年不能說都只講疫情，因為這個其實沒疫情也低的有一點離譜，柯理事長要不要說明。

柯富揚代表

有關第 5 張投影片的第 3 季中醫門診預估，我想臺北區跟北區確實是重災區，我想這個也可以拿來跟牙醫相比，據我所知牙醫也是，他第 3 季大概衰退的幅度，然後在臺北區跟北區的情況剛好跟中醫也相仿，也是差不多這樣子的一個比例，可見這兩個綜合部門大概都是以門診為主的情況之下，所以一旦受到疫情影響，中醫我們在整個健保的一個業務上來講，大概我們最高的比例就是針傷科的比例，針傷科它牽扯到就是人跟人之間的一個密集的接觸，而且接觸時間比較長。

第二個就是上呼吸道感染，上面呼吸道感染我想患者也會盡量減少就診的頻率，就是好比它本來在急性上呼吸道感染，他可能一個禮拜會看診個2次，這種情形下他或許只看診1次，甚至於說就自我保健，就是多休息，多喝水等等。我想這樣子的一個點它突顯的就是確實在疫情的情況之下，臺北區域是確實受傷最嚴重。

至於有關中醫急症處計畫的部分，今年我們中醫全聯會也提出自己砍了50%的預算，也就是說明年的中醫急症處置計畫預算我們自己砍掉一半，就是那50%。其實我們在這個中醫急症處置的這個部分，它受到影響是因為當今天醫院的急診部開始在分流、減量的情況之下，中醫急診又是屬於醫院的急診裡頭的一個小環節，一個小部門而已，所以當然影響又會更大。我們去看中醫急診的諮詢，目前最高的是花蓮慈濟醫院，因為花蓮縣慈濟醫院的林欣榮院長他極力支持，到副院長何宗融是直接就派出中醫師就在急診裡頭進駐，然後就是有一些項目成果，這篇 paper 應該在月底的時候就會發表，他有寫了一篇有關中醫急診在整個西醫的急診業務裡頭的評估。他有提到說可降低病患住院的天數，那也降低了在急診部留院觀察的時間。這篇 paper 寫得很棒，我們全聯會可以在這篇可以刊登出來我們會提供，讓健保會跟健保署來看。

其實這個費用也真的非常少，就5百萬而已。可是我們認為保留這樣一個項目可以看到更多成果，尤其是我們今年雖然有疫情影響，所有醫院急診都受影響情況之下，我們看到了馬偕醫院急診的中醫急症處置，現在竟然超過了花蓮慈濟醫院。所以我覺得可見得是它真的需要一點時間去磨合，這個事情其實原本在前年，做了最多的是中國醫藥大學的附設醫院。可是中醫大附設醫院就發生了一個事情，就是在急診的時候遇到一個暈眩的患者，當時附設醫院院長就指示說中醫可以用針灸來治療急性的暈眩者。後來那個患者因為事後告醫院，說因為後來CT一掃有出血，他認為說可能是針灸造成出血，可是事實上我們從實證看的話不可能會因為這樣子就出血。但在醫院端來看，他看到了這樣子一個案例，他就認為說那你

中醫在急診裡頭到底哪些項目是適合在急診的時候就中醫可以介入，就變成是它需要更多的實證。所以目前我們看到的是實證確實也越來越多，從花蓮慈濟的案子，從馬偕醫院我們都看到確實有這樣的實證越來越多。所以我想明年的執行率應該相對就會改善非常的多，以上做這樣的補充。

主席

這個報告麻煩我們的學者專家何代表，有沒有要補充還是要提問？

何紹彰代表

沒有，因為像急診這個事情真的也是全聯會柯理事長講的一樣，其實出現一個問題的時候，在執行面上來講，不管是執行的中醫或者是轉介的西醫其實都會害怕。我想這個事情我還是要鼓勵中醫界來多做這樣的事情，因為其實有些急診其實還是可以用中醫來做，譬如說那個有一些急腹症，他照出來已經不是有東西有狀況的。其實留觀在那裡其實什麼事都沒有做，其實或許可以有一些辦法，當然眩暈目前也有臨床實驗在做，而且他們現在有在收案，我想應該多給中醫一些鼓勵，讓他們能夠把這個實證，因為大家都要求實證，不給這個機會其實永遠都沒有實證的機會出來，好，以上。

主席

不知各位代表還有沒有什麼意見？請。

李永振代表

聽理事長剖析後，我在心裡上的一些問號就拿掉了，還蠻安慰，柯理事長掌握的還蠻不錯。不過有一點建議是說我們這些資料應該都會公開掛網吧。如果是這樣子的話，應該會有一些你們看過之後比較，譬如說主席有提，理事長有說明，要不要做一個簡要的分析，就是整個資料掛在那邊，外界霧裡看花，署裡也沒有像這邊我們這邊請教的時候，還有一些說明，在網上的話，看起來就存在心裡，存在心裡之後將來就變成口耳相傳，這對中醫界應該不是好

事。他有懷疑、不知道就傳中醫，如果不巧傳到委員的耳朵反而糟糕，在協商的時候拿出來講的，到那時候就很難解釋。

這把火已經燒回，人家有懷疑就把它踩熄，這樣對將來會不會比較好？譬如說我上一次提到7月份的評核會議，評核委員有一些建議，說這個中醫的就醫率一直下降是一個問題，在報告裡面好像都是依以前的格式在報告。已經也快半年過去了，到底對於評核委員關心的這個問題，有沒有什麼後續動作？如果沒有的話，明年那些評核委員就可能換去年的，就限制你這一點，你評起來可能不是「良」，變成「可」就糟糕了。另外上次有提三個，兩個是減少的，業務執行率稍微高一點，但是兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫好像還是不到50%，中醫急症處置計畫本來要取消，理事長在協商時一直說這個是好計畫，後來就砍一半，就是留著等於是留校察看。

剛才我講到花蓮慈濟對於臺北這邊都有不錯的經驗，你們有沒有什麼作為，這個也可以拿出來稍微講一下，如果是這麼好的話，說不定明年到後年還可以恢復回來，這樣的話對於這些保險對象應該也是一個好事。我是覺得這樣的話會變成，表示說我們中醫有在做，你們現在有在做但沒有講，沒有講人家不知道，不知道就產生誤會，以後才要解釋。人家質疑之後再解釋與你自己掌握的解釋，力道應該不一樣，我是這樣的想法提供參考，謝謝。

主席

謝謝代表。因為剛才理事長針對中醫急診有做一些口頭說明，我請同仁對中醫急症處置，摘要說明再做一張投影片 po 到網站上。另外剛才李代表提的，我覺得評核會我們不要變成是形式，評核會如果提了很多的問題，我會建議中醫界，如果那個問題在我們研商會議有一點成就，或是說有一些檢討的方式，或是說有一些措施，可以到這個平台來報告，也算是回應整個評核會議的一個重要的平台，這一點就麻煩中醫界，依李代表所提來執行。

醫務管理組劉林義專門委員

就是剛剛理事長對中醫急診的一些說明，我們會把作成實錄放到網路上去公告，就不另做投影片了。

主席

就是有一個機制讓外界可以看到。

柯富揚代表

等到發表後，我們可以提供 paper，這個確實有實證，而且國外的醫學期刊有刊登，到時候我再提供這個資料。剛剛李委員有提到有關就醫率的事情，因為這次的評核會議就是我們總額部門不能參加，就只有評核委員才能參加。可能我們自己的評核資料準備的不夠完善，有關就醫率的部分，我們真的做了非常多事情，從那個我們陳旺全理事長任內的時候感冒可以看中醫，到我任內的火燒心(台語)看中醫真有效，我們每三個月都開一次記者會，我們也編了一本「中醫長照手冊」及「中醫居家照護手冊」。

我現在也做了一個「中醫醫療網」應該在這個月底就可以完善，我就把所有的中醫去做居家醫療，還有做長照的點，醫師的姓名還有時間、地址，甚至可以用 Google 地圖就可點出來。到時候也會提供我們健保署，就是我們的中醫地圖，所有的中醫醫療院所，還有包括無中醫鄉鎮、偏鄉巡迴醫療，我們全部都列上去，都已經架構好了，只要輸入縣市地區別，好比說臺北市大安區，就相關的院所、居家醫療等，各種不同相對應的都會出來，我們是想提供民眾更好的就醫醫療服務。

在就醫率方面的話，其實中醫的就醫率一直提升，是到去年的 8 月份忽然急轉直下，因為那個中藥的鉛中毒事件。因為中醫是一個很小的產業，只要有一點點風吹草動，我每三個月做很好的一個中醫藥的一個醫藥醫療宣傳，告訴民眾中醫有多好，可是只要有一次的不好，就可以把所有的心血全部都打趴下來，可見得中醫並沒有獲得民眾的一個充分的信任跟認同，我們的思考點就是說當今天我們，不管是主管機關或者是中醫全聯會一直要民眾放心的時候，可是民眾就是不安心，可見得放心跟安心這中間是有很長的一段距

離。這樣子的一個落實如果讓民眾不只聽到我們講得到安心，他自己真的也放心，這就是制度。

所以我們今天有提到一個就是關於品質保證保留款，我們多放了一個就是我們中醫師必須得上中藥安全的課程，而且通過考試認證，我才讓他領品質保證保留款，它是必要條件。他只要沒有上這些課修這些學分，沒有通過考試，我品保管一塊錢都不給他。所以我會做很多這種加強措施，因為中醫真的經不起一點風吹草動。

其次就是明年衛福部也會編列一個計畫案，就是有關中醫醫療專用中藥材，中藥品質的一個計畫案，因為我想提升中藥的安全跟品質這是刻不容緩。我們不會浪費任何一次的危機，去年的鉛中毒事件對中醫是一個很嚴重的危機，危機就是轉機，所以我們一直在想說，我要如何讓民眾更信任中醫，所以我們也要做這一部分。所以在去年的8月，就醫率才真的急速下降，8月份開始之後，我想我們健保署可以查得到資料，8月份之後中醫的一個平均的申報量，平均是降低了15到20%，是從8月7號那個事件發生之後，就開始往下降，這個可以查得到那個紀錄。可是在8月7號之前我的就醫率是提升的，我們很努力，也真的提升了，所以我想這個事件對中醫界來講是一個很大的教訓，我會謹記教訓，我們也會去做這樣子一個修正，在今年的3月份其實就醫率是很明顯的提升，4月份非常的高。然後5月中又遇到COVID-19又下來了，所以我們會不斷的努力。我想這個我們不是在找藉口，不是在卸責，我們是很企盼能夠突破，能夠讓民眾更信賴中醫，讓民眾可以得到更好的中醫藥的醫療服務，以上做這樣的補充報告。

主席

其實中醫在柯理事長的帶領下，中醫改革是有目共睹，我們當然會支持。

李永振代表

聽理事長這樣解釋我一直有感，今年評核結果出來的時候，我去了解一下。你剛才講到重點，就是說提出的報告沒有很周詳，就

是跟剛才一樣，有很多真的有在做，默默的做。但是在他們要宣講的時候又好像說這個又不值得講，要什麼都不值得講，那就是沒有。這倒是可以去考量一下，因為以前我們的前輩，曾經跟我們講，問我們說為什麼雞蛋會比鴨蛋好賣？或者比較貴？鴨蛋應該比較貴，但是當時的話是雞蛋好像比較好賣，我們想半天想不出來，他給的答案是什麼？因為母鴨生完蛋就走掉了，甚至以前小時候在農田看鴨子，趕出去，有時候就生在外面，老闆雇主每天找不到蛋。但是母雞生雞蛋的話，它都會叫，我小時候觀察過，它生完蛋它會很高興就叫，剛剛解釋說因為母雞會宣揚，母鴨不會，生完蛋就跑掉了。生在哪裡沒有去顧，所以這個好像意義很深，可能去思考看看，但是我看現在中醫好像是默默的做，去學到母鴨，但是不好的那學到母雞，因為不是你們先養，而是媒體會幫你們先養。所以你剛才講那一個，不是要來之前今天看電視才報，第一個因鉛中毒案件去世不是嗎？這個你看好不容易已經快要孵出來，這下又被打地鼠打掉了，可能要一個月慢慢的才看有沒有辦法恢復，提供這個訊息，你們去評估看看。

主席

如果沒有問題我們接下來進行報告案的第三案。

報告事項第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110年第2季中醫門診總額點值結算報告案。

主席

不知道各位代表有沒有什麼意見？好，如果沒有我們進行報告案第四案。

報告事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：111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

不知各位代表有沒有什麼意見？請。

李永振代表

我是看了這一個案子裡面，這個表的數據。各位可以觀察看看，105年到108年這四年沒有疫情期間變化都不大。109年有疫情，剛才提到疫情有影響，他整個就是像這Q1增很多，Q2降，Q3又高很多，Q4本來是最高的，結果降到25.795563%。這方面你們是專家，而且跟你們比較有利害關係，我只是提供給你參考有這種現象，所以你109年要不要去另外考量？看你要用前面四年就好？還是要維持原來五年繼續用一年？在上個月的健保會裡面有提到，在參考的時候，後來就是結論要用108年，有一些數據要參考的時候，是要用三年還是用兩年？後來是用108年，就是沒有疫情的時候，有很多項好像都這樣考量。那個原則看到這邊好像也要稍微考量一下，我不知道最後結果怎麼樣，你們留意看看，提供參考。謝謝。

柯富揚代表

謝謝委員的提醒，因為明年我想疫情應該是相對穩定，我們看到如果用105年到109年的平均占率去算出來的結果，然後去看在沒有疫情的情況之下的105年到108年，比例來看確實是差不多的，所以我想全聯會還可以。

李永振代表

今天不一定要下結論，就是可以弄一個伏筆你們再回去，大家再交換意見可能會比較好，不然你這邊就決下去，你會變箭靶，有這個現象，我們會議的紀錄可以留一個活筆，活的方式寫法，不一定就用四年還是怎樣，可以用這樣來處理，這樣彈性會比較大，說不定你在這裡也不要說有代表委員身分講的，我沒有這個意思，只是把它點出這個現象，你們再去深思熟慮。如果說考量之後，目前這個案都會比較好，就照這個案沒有關係，我們結論可以用這樣的方向提供主席參考看看。

主席

麻煩全聯會就帶回去，原則上就是你們再來正式公文，你們決定後一個公文給我們，就當做決定，好不好？謝謝。報告案第五案。

報告事項第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111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。

主席

不知各位有沒有什麼意見？沒有，謝謝。來，接下來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「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」，提請討論。

主席

全聯會有沒有要針對這個案子做補充說明？

詹永兆代表

主席、各位委員各位長官大家午安，關於黃金治療期的定義，就是首次開立同一個 ICD-10 主診斷碼起，三個月內(含跨院所)為黃金治療期，這是最後我們大家把那個定義確認，健保會也已經通過了，以上。

主席

這個因為健保會本來就通過，只是搭配著去修正，剛才醫審及藥材組的科長說，因為這是我們要公開的指標，可能有些人會問說為什麼是 15 次、20 次，類似這個東西，到時候相關說明就麻煩全聯會給我們資料，為避免公布後又問一堆，不如在公布時就備註寫清楚。不知道各位對這個討論提案有沒有什麼意見？如果沒有就照我剛才提的做決議。來，請。

醫審及藥材組許明慈科長

主席，我再確認一下，這次修訂是不是從 111 年的指標再開始適用？

主席

對，我們就從 111 年開始修訂，謝謝。討論提案二。

討論事項第二案 **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，提請討論。

主席

全聯會有沒有要補充說明？如果沒有的話，原則上合理量同意修正成 60 人次，至於巡迴醫療就如我們剛才承辦科的科長講的，併到下一案去談會比較完整。不知道這個決議大家可以接受？請。

李永振代表

剛才主席所提的，我沒有意見，但是因為在協商的時候提到，後來是找出來黃金治療期期間。如果按原來以現在以下這邊的話，可能大家會很有意見，或者再去找說這個是有新的東西在哪裡？這樣的話你們那個執行計畫好像還沒有提出來。

柯富揚代表

有，10 月份的時候就提了。

李永振代表

有的，但是可能將來在執行的時候，要去留意在黃金治療期去符合比較 match，你不要說這個名稱改成這樣，到最後出來都跟原來沒有改完全一樣，這樣明年到協商的時候又有話題了，留下這個話題讓人家去再質疑你，這樣會不會比較好？因為在過程裡面也是要說清楚，就是因為中醫師應該要扶持長大，但是扶持長大過程裡面自己要小心一點不要跌倒，這樣會不會比較好？

主席

謝謝李代表的提示，其實理事長很清楚，這個案子其實算是今年協商一個很大的重點，我覺得代表講的有道理，我們好不容易過

了，就好好的認真把它弄好，一些 paperwork，或是說一些文件就把它弄好，不要讓這件事又做不好。

李永振代表

當時決定好像還有要看執行力和成效。

柯富揚代表

要跟 108 年比，跟委員還有主席報告，其實包括剛剛我們講評核會，跟委員報告，我們這禮拜天 11 月 21 號就要開我們的評核會議了，所以其實我們是定期開評核會議，我們真的就在抓出重點，可是就不知道怎麼去把它寫出來，這部分我們會去改善，我們這禮拜天要開評核會議，同時我們也會在明年 1 月份的時候召開一個全國的會議，我們通過之後就去有人去做，就是有關這個黃金治療期，因為我們要跟 108 年比。

我們也有一些相關的評核指標，所以我們會在明年的 1 月份的時候就會開這樣的會議，然後他們六區都充分知道，包括我們的黃金治療期的定義，包括還有一些相關的應注意事項，還有品質我們都會在意的，謝謝。

主席

謝謝理事長的回應。如果沒有問題我們就進行討論第三案。

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「111 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」條文案，提請討論。

主席

這個案子說複雜也複雜，說不複雜也不複雜。我想這個提案的討論方式先從健保署的意見，一項一項下來，如果大家同意就過，有問題的地方再來討論，因為這個地方還要跟討論第二案的一些內容一起討論。請看討論 3-1 頁，健保署的意見第一個是施行區域的建議，不知道全聯會有沒有要修的意見？請。

詹永兆代表

主席、各位委員，各位長官大家午安，因為我們之前統計是到 10 月 31 號，但是現在有最新變化，苗栗縣西湖鄉，那一家診所 10 月 31 號歇業，所以苗栗縣西湖鄉維持無中醫鄉…。

醫務管理組呂姿擘科長

這個部分我們可以做調整。

詹永兆代表

，還有連江縣南竿鄉 11 月 2 號可能是醫師健康因素，它也歇業了，所以就多了兩個無中醫鄉。

主席

其餘有沒有什麼意見？就照中全會意見。

詹永兆代表

一鄉一中醫是新增臺東縣的成功鎮。

主席

我們配合修正。接下來就是第二大點，我們針對 110 年計畫修訂的摘要第一點，依全民健康保險醫療給付總額協商會議的結論，專款經修正是 172 百萬點。第二個是我們補充計畫文字的敘述，第一點不知道有沒有什麼意見？請。

詹永兆代表

主席、各位委員各位長官，關於這一點每一保險醫事服務機構，我們原來是每一個醫師每週至多三次，現在修訂成機構會有什麼影響？首先臺北市立聯合醫院，一共有 10 個點，在南竿 2 個點，北竿 3 個點、東引 2 個點，莒光 2 個點，烏來 1 個點，所以它有 10 個點。所以如果把它修成機構，也就是說北市聯只能選擇三個點去巡迴。所以希望每一保險醫事服務機構每週至多三次這個不要，還是用我們原來條文每一個醫師每週至多三次，這些才不會受影響。不然臺東基督教醫院，他也是有 6 個點，臺東金鋒 1 個點，蘭嶼 2 個點，綠島 2 個點，大武 1 個點，如果改成機構他有三點不能去。還有羅東仁濟中醫聯合醫院，他在宜蘭壯圍 2 個點，新北雙溪 2 個點，有四個點，因為這一條他也不能全去。所以我們就以醫師別來

區分，原則上一個醫師，不要超過3個點，一般來講，像臺北市立聯合醫院，它醫師群那麼多，你只把它放3個點，這樣是不合理的，我們只是不希望一個醫師太多點。但是有一個很大的醫師群的時候，我們希望他多負一點道義責任多多出來，所以我們希望還是維持我們的原意，不要去修正機構，還是原來的樣子，這一塊不要修正，以上。

醫務管理組呂姿擘科長

請各位代表先翻閱討3-17頁，其實就巡迴醫療的服務計畫的規範，請看倒數第五行，就是在括弧的部分，其實已經有限制說如果是特殊的地區，每天及每週它巡迴的次數及醫師數是由所轄的保險人分區業務組，會同全聯會專業審查後核定。所以代表您提到的那一些點其實目前都適用這一個括弧的但書。因為這一點我們會去修正的原因也是在於說，現行我們經徵詢我們分區業務組。在實務層面上，因為中醫巡迴都是由全聯會先做初步的審核，目前全聯會的審核方式，也是用每一個保險醫師服務機構每週最多三次的這一個條件去做規範。所以我們其實只是按照目前的實務作業去做增修。代表剛剛提到的那些我覺得應該都可以用括弧的那個但書去做適用，以上。

詹永兆代表

不好意思，回應一下，因為像仁濟中醫，其實我們是看你診所別，有一些醫師很多，其實他可以做更多的服務，但是如果說你現在只是限定機構以後，你縱使醫師群很大，你還是會受限只能3個，如果說以這樣來講，像羅東仁濟中醫療養診所他就必須要刪掉1個，目前執行就要強迫他，明年你只能少做1個。因為你機構只能三個嘛，那羅東仁濟醫院它是做4個點，所以我們全聯會目前處理這一塊其實是看狀況，原則上我們也是以3個為原則，但是情況比較特殊的時候我們就會適度，就像基督教醫院，聯合醫院，這種我們大概就是會以那個醫師別的話就沒有什麼設限。不然三不五時我們還要來看看要不要經過我的同意，還有那個健保署的同意。再

額外多做修正是多麻煩了。按照現況的話基本上我們目前這樣承做是很有彈性，你醫師很多，我們可以適度的去放鬆這樣，就不用說經過我們兩個公文再跑一次，以上。

主席

我請教一下承辦科，當時為什麼要提這個？

醫務管理組呂姿擘科長

在實務作業上分區認為這一段的文字其實沒有那麼的明確，就是在計畫的條款上寫的都是醫師，可是實際上中全會在做核定的時候都是用機構，所以我們才會加說以每一個保險醫事服務機構，每週最多3個定點為原則，其實我們是匡了是按照全聯會的做法，我們去做這樣的文字修正。那如果全聯會真的覺得這樣子可能會窒礙難行，或者阻礙之後的審核，我們會尊重全聯會的意見。

主席

請學者專家何代表。

何紹彰代表

我聽得懂詹代表的意見，剛才聽了幾個醫事機構，其實對於醫院的醫事機構，醫師別比較多。考量現在中醫師他慢慢的也變成所謂多醫師診所形態。假如全聯會不要修這個，還是醫師別來講，就是一個醫師一個禮拜做3診，我想是可以負擔，他的體力不會負擔太多。這樣修改可能會把聯合診所的路都斷掉。所以我建議全聯會把這個事情真的要注意一下，因為在中醫裡面診所的這個形態還是比較多，醫院形態大概是在10到12%的，因為這個事情應該就是後來聯合診所的事情會阻礙到這個後來的實行方式，以上。

主席

所以你是建議修不修？

何紹彰代表

我是建議不要修，就照醫師別就好。

主席

承辦科這樣有沒有窒礙難行之處？沒有。請。

李永振代表

聽剛才的論述，我是用外行人提意見給你們參考，從在協商的時候全聯會有提到過，你們那個 45 次要提高到 60 次。在那裏說理由的時候，健保署意見說沒規劃，是你們求好心切自己訂的，現在習慣要鬆綁，人家就會質疑為何要鬆綁？

這邊聽起來也是一樣，健保署並沒有要修的意思，是照你們的作法來規範，既然是按這樣執行，修了又會產生另外的問題，好像不是兩邊都堅持，也不要說不修，是否可以觀察 1 年，明年再看到到底是雙方的想法在這一年的磨合之後會是怎麼樣？您們要留意執行的狀況，健保署是地方反映這樣比較容易執行，如果這樣中全會的執行又卡到了，這個當成問題，不知是修或不修好，就先不要修，就不急嘛，這一年大家再好好溝通探討，是否這樣可行？

何紹彰代表

這個應該是防弊，怕某些醫師把山地離島都包了，所以才會把醫事機構跟醫師做一個區分，我想現在目前狀況應該還是用醫師別去就可以。

主席

這個原則上先不修，照你的提案觀察一年，看一年的變化或是有什麼情形，明年再來檢討。接下來請看討 3-1 頁的(二)的 1(2)，每一次巡迴得至多個巡迴點，每個巡迴點至少服務 1 小時，支付一次巡迴診次費用，全聯會有沒有意見？請。

詹永兆代表

各位委員大家午安，其實我們多個巡迴點，每個巡迴點至少服務 1 小時，我覺得在我們實行的實務上是多餘的，增加困擾，因為一次巡迴不管一個點或三個點費用是一樣，譬如說我們現在到復興鄉最裡面的村去，我已經一趟都跑了 2 個半小時，當然附近幾個部落納入巡迴點，我可能最裡面那個部落病人比較多，我看了 2 個小時，回程的時候另外一個部落也需要，我順道繞進去，但是那個部落可能比較小，我可能半個小時就看完了，因為你這一條我必須要每一次要 standby

在那邊，一小時以後才能撤，希望每個巡迴點不設限保持彈性多點巡迴服務的時候，通常他一次的巡迴都會超過 4-5 個小時，我們只領一次服務費，3 個小時領一次服務費，做了 5 個小時也是領一次服務費，應該是不要再去設限 1 小時，讓醫師機動，病人多我們就看長一點，病人少的時候時間短一點，為什麼會出現這種多個巡迴點？通常是因為我們一趟去都 2-3 個小時那麼遠了，但是山地部落有大部落小部落，既然都到了，人家會要求你到我們部落來，我們醫師鼻子摸一摸就過去了，所以才會出現一個巡迴三個點，正常我們只去一個點，但是這個會變成 3 個點，通常是因為比較遠的，我變成順道去的，不然我這 3 個點分 3 次去可以領 3 次的承作費，但一個巡迴三個點其實只領一次，只因為實務作業上方便，所以每個巡迴點至少服務 1 小時應該是不設限，不然我們醫師看完在那邊等，我們時間會拉得更長，以上，謝謝。

主席

承辦科說明。

醫務管理組呂姿擘科長

這一點應該是說我們巡迴計畫都會有去規範，如果醫師要去巡迴點他應該要先去公告巡迴時間，我們擔憂是如果醫師到了那裡，病人可能先看到公告的時間可能 2 點到 3 點，可能在 2 點 50 分才出現，但醫生已經走了，這其實是會影響到當地居民的一些權利，所以我們擔憂的點是這個地方，以上。

主席

為了解決這個問題，應該是用行政公告，將開診的時間讓大家知道，請何代表。

何紹彰代表

因為提到復興區，這是我們去的，確實我們從最近的龍潭開車或者大溪開去就要 2 個小時，5、6 月就是山崩落石很嚴重，我想會去那裡大部分都是前公會理事長要求他去的，實際上會有這樣的問題就是山地鄉有很多部落村落，他只要做了一個月之後，那個部落的人知道這

一次大概什麼時候會來？全聯會也是可以請當地醫師公告什麼時候來就好，那個時間他們就會主動去那裡，這樣其實會限制很多事情，1小時到底要不要坐在那裡枯等，假如真的要嚴查起來你要簽到簽退，其實浪費大家的時間跟資源，上去一趟不容易，其實應該不要做太多的限制，也可以建議健保署，以類似查核的方式，去查到底看有沒有去做，這樣做法會比較容易。

柯富揚代表

補充一下，我們的同道他去做巡迴醫療的時候，有幾個點真的超有愛心，他那個其實不是像我們在行政上去想這個事情，從第一個巡迴點看完之後，患者再跑到第二個巡迴點，第一個巡迴點忽然又有幾個患者想要看診，他會折回去幫他們看一看，甚至還有頭目、村長、里長會幫忙載到下一個巡迴點，這個其實不是硬性規定1小時，在這個偏鄉巡迴醫療一開始的時候我們是鼓勵人家，甚至強迫幹部要去，後來其實很多幹部去的時候他們很快樂，我們的老理事長，他在那個地方做得很快樂，在這邊跟人家稱兄道弟喝小米酒。

主席

這一點建議就不要修，拜託全聯會跟在地的醫師協調，去的時間固定，也方便病人去就診，這一點我們就不修，請看討3-1頁的(二)的第2點，獎勵開業院所比照巡迴醫療服務，敘明門診日報表應於次月20日前送保險人備查，這一點可以吧？可以，第3點敘明考核方式與項目的(1)(2)，這有沒有意見？好，沒有意見，請看討3-2頁的4，配合110年3月支付標準修訂，敘明同一療程處置費申報規範，請看3-27頁，這一點我們有修訂加「惟處置費申報依同一療程規定辦理」，可以接受嗎？有意見。

詹永兆代表

基本上我們在巡迴醫療是沒有療程的概念，因為1個月只去4次；一般同一療程是有時效性，不管做幾次就是在30天內要結束。在一般中醫診所一週就做完6次療程，巡迴醫療大概才做第2次，我們實施巡迴醫療18年來都沒有同一療程的規範，所以才沒有同一療程的

問題。

剛才提到中度複雜性針灸或高度複雜性針灸，不管在一般診所或無醫鄉，他給付都一模一樣，所以不需要討論。其中有爭議的部分，中全會特別拿出修正，就是中度複雜性傷科這塊，第 1 次療程是 427 點，在一般中醫診所 2-6 療程是 227 點，巡迴醫療沒有療程每次可報 427 點，所以這次提出巡迴醫療中度複雜性傷科修正成每次申報 327 點，找個折衷方式將 427 點改為 327 點，整體考量希望在巡迴醫療的中度複雜性傷科這塊，特別修訂一個代碼，只要來看就是 327 點，我們採取折衷的方法都改成 327 點，就是截長補短，跟大家正常的比較接近，巡迴醫療就是稍稍提高一點點。

主席

承辦科請說明為何要修這個條文？

醫務管理組呂姿擘科長

這部分剛剛有略述，同一療程除了在第 5 章外，在第 6 章是針灸、傷科合併處置也有，因中全會只提案要修第 5 章，原則上我們尊重中全會修訂第 5 章部分，因為我們發現院所在第 5 章的申報有些凌亂，希望有統一的規範，我們也希望同步處理第 6 章，所以才會加註那段說明。

若中全會要特別處理第 6 章的同一療程或是要統一規範這些巡迴的醫師該如何申報？現行同一療程有起始次及第 2-6 次，資料分析會沒有一致的申報方式可循，所以期待第 6 章是否可一併處理。

詹永兆代表

我補充說明，因為第 6 章是中度針灸合併傷科，跟巡迴醫療中度複雜性傷科問題一樣比照辦理修訂一個代碼，只要來看就是 327 點。

醫務管理組陳依婕科長

因支付標準第 4 章是針灸、第 5 章是傷科、第 6 章針灸、傷科合併處置，所以當次巡迴醫療同時做針灸、傷科合併處置，就應申報到支付標準第 6 章。業管科是在提醒傷科原則是尊重中全會意見，增加 1 項 327 點 for 巡迴醫療，但若巡迴醫療同時做針傷合併處置，是否在

此章節也新增一個代碼讓院所可以申報。

詹永兆代表

那就增設一個代碼，都統一用 327 點的代碼，可以嗎？

醫務管理組呂姿擘科長

我們想確認 327 點的範圍，因為第 6 章的區間在一般針灸合併中度複雜傷科第 1 次是 427 點，第 2-6 次是 227 點，另外一般針灸合併高度複雜傷科第 1 次是 877 點，第 2-6 次是 227 點。我們想確認 827 點的部分都是 327 點嗎？

詹永兆代表

我再補充說明，827 點是高度複雜性針灸，整年只可申報 1 次，其他第 2 次以後只能申報 227 點，他本身沒有療程，與一般一樣，所以這塊是沒有問題。

主席

聽起來只是一個申報的問題，我是覺得會後請全聯會的同仁跟我們再溝通，把它一致化以後再跟巡迴醫療的醫師溝通，不要在文字上又改，又任由醫師來，應該只是大家沒有共識申報的問題。

醫務管理組呂姿擘科長

但是要補充說明要提醒，因為它其實會影響醫療費用，所以這是要提到共擬會議上做決定，如果說代表同意在第 6 章的部分也要增設一個新的代碼，我們在討 3-27 頁的部分，我們會維持原來的條文，我們就不會去增修那個同一療程的規範，以上。

主席

增修一個代碼，其他都不用修，這樣比較單純。

何紹彰代表

我建議全聯會，因為這事情在各分區可能都會發生不同的情況，尤其在複雜性針灸、複雜性傷科、高度複雜性傷科跟初始次，我建議全聯會跟會員再次說明清楚，因為這個申報系統假如說代碼都是報錯，其實會發生像某些地區初始次的報法都是有誤，所以建議全聯會還是要善盡告知會員的義務，將申報的程序、申報的名目要搞清楚。

我想當初為什麼會有針灸加傷科，就是因為傷科被大家認為是浮報虛報比較多，所以大部分都不報傷科報針灸，然後報針灸。後來可能針灸又被人家詬病說只針一、兩次，所以後來我為了傷科要正名，你們才會報針加傷，要增加所謂的傷科利用率，才會變得比較清楚，所以我建議全聯會還是要跟所有的會員說清楚，因為真的我想可能要一而再再而三地說明，因為有些人真的是有聽沒有懂，他可能不是故意、惡意的去報錯，但是他就是在各分區就會被抓出來，這個申報錯誤被全部扣回去，心理上應該壓力蠻大的，謝謝。

主席

謝謝何代表的提醒，拜託全聯會也再跟會員輔導，討 2-2 這個表的點數，不知各位有沒有甚麼意見？來請說。

醫務管理組陳依婕科長

不好意思我提問一下，所以它的意思是當次去巡迴醫療做的是複雜性傷科，只是不是第一次的複雜性傷科會報這個項目嗎？因為如果按照現在我們討 2-2 頁的這個文字「非第一次複雜性傷科」好像是一般的傷科也可以報這個 327 點，有的人可能會這樣誤會，所以我的意思是我們定調確認說是其實指複雜性傷科然後非第一次的意思？

主席

這個就一併再跟會員說明。我們再回過頭來看討 3-2 頁的(三)為核實醫師至巡迴點提供服務等，請增加診次無法過卡申報檢附得相關證明之規定，請看討 3-33 頁，這個可以吧？好，OK，針對這個提案不知道各位還有沒有甚麼意見？承辦科有沒有解決問題？還有要補充甚麼？

醫務管理組呂姿擘科長

有解決，沒有要補充，謝謝。

主席

請李代表。

李永振代表

我對於這個內容沒有意見，但是對那個新舊的對照表，是不是可以

再考量那個呈現方式？譬如說像討 3-5，第一張的話第 1、第 2 維持原條文，第 3、第 4 有改，有改的地方後面有些沒有改你也沒有講，到底是刪掉還是維持原條文，照理講你沒有講，沒有改、沒有講維持原條文是刪掉嘛！你在第 10 的地方整條都沒有講，這第 10 全部刪掉？

醫務管理組呂姿擘科長

這個我們會修正。

主席

行政科以後做對照的時候要細心一點，來請。

詹永兆代表

關於這個，現在我們整個都宣導無紙化，我們 3-49 頁、3-51 頁，現在巡迴醫療還要呈現報表，所以希望在 3-49 頁、3-51 頁，比如說我們先看 3-49 頁註釋的地方文字說明那邊寫說要紙本送保險分區業務組，是不是這個直接就刪掉了？因為我們現在都是直接用電子化直接一起上去，已經無紙化了。

主席

它是寫「或」。

詹永兆代表

乾脆不要寫上來，不然有些分區是因為文字記載還要送紙本，所以現在巡迴醫療，執行的院所一般的申報是用電子檔，但是現在要紙本申報巡迴醫療，所以每一家巡迴醫療都還要另外寄紙本來，所以希望把它修掉以後，大家通通用電子化就好，好不好？一般診所都用電子檔吧？就是剩下這個東西要用紙本。

主席

這樣留一年，看一年看看，如果大家本來就會送電子檔，然後又再送紙本的話，再拿出來檢討。

詹永兆代表

因為是 6 個分區業務組要求我們，因為我們內部其實有醫師希望說既然都電子化了，那只要申報的時候用電子化就好了，為甚麼我巡迴

醫療還要額外增加紙本，所以才會這樣，如果貴署可以內部宣導不要
求我們額外送紙本，那就留著無所謂，我們大家就只要電子申報上去
就好了，因為目前每一家巡迴醫療的都通通還要用紙本，每個都希望
電子檔就可以了。

主席

好了，我做這個決議，就是先不改，但是今天會議全聯會有提起，
如果有電子檔傳上來就不要再要求醫師再送紙本，會議紀錄就這樣子
做。來，請進行討論事項第四案。

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「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

全聯會要不要補充說明？

詹永兆代表

這個原本 21 天我們感覺上還是有點受限，所以剛剛我們補充資料
裡面三的地方，從 22 天到 27 天都還有人，因為其實如果說再延後一
天的話我們收案的人就會比較多一點，而且縱使晚了 1、2 天或 2、3
天不會說一定要卡在 21 天以內，因為萬一他當天有事這一次漏掉就
完蛋了，他又被排除掉了，在慢性鼻炎我們經費很足的情況下，我們
希望能讓病患能多多利用，不要因為晚了 1、2 天就被排除掉，所以
貴署都還有幫我們收集了 22 到 27 天，還是有人會進來，以上謝謝。

主席

何代表。

何紹彰代表

我沒有太多的意見，過敏性鼻炎這兩年民眾有戴口罩，基本上連耳
鼻咽喉科都少人，所以大家執行預算較低，但是否說間隔 21 天跟 28 天
就會影響療效，這牽涉到病人的情況與醫師開藥的天數、次數有關係，
所以還是請全聯會去做綜合考量去訂這樣的標準，署裡的意見也是對

的，你如果訂 21 天、28 天到底在療效上有沒有甚麼差異，請全聯會也要做一些研究。

主席

會不會有什麼差異？21 天跟 28 天有沒有什麼學理根據？

柯富揚代表

我們在臨床上看到的，因為這個是學齡前的從 5 歲開始到 15 歲，我們看到一個過敏性鼻炎的患者幾乎就是在就學階段，在就學階段的孩子他們有一個很大的問題就是他沒有辦法自行就醫，大概就是要父母載來就醫，這裡頭也影響他的就醫次數跟時間點，第二個的話是我們在給患者的過敏性鼻炎治療上，其實不只是中藥，我們還有做所謂的衛教，這個我們也可以在會後提供我們在很多縣市像台北市、新北市、桃園市等，我們公會都是免費義務到國小去教孩子做護鼻操，只要校長有意願，我們的幹部就會去教孩子怎麼按摩鼻子穴位，其實中醫治療過敏性鼻炎的療效不只是在藥而已，除了正常的衛教、忌食生冷飲食的建議之外，我們還教他很多的穴位保健，怎麼樣去壓哪些穴位，壓迎香穴、合谷穴，還有平常的生活作息，所以我想在用藥技術，不完全是唯一的原因，我們有衛教還有穴位按摩，以上補充。

主席

其實也夠，我們就尊重全聯會改成 28 天，承辦科這樣執行會不會有問題？

醫務管理組陳依婕科長

不會有問題，只是不要因為是考量收案，因為我們健保署這邊還是希望能夠持續提供這些過敏性兒童延續性的照護是重要的，不要說放寬到 28 天，可能不久後又說那我們再放寬到 56 天多少天，這樣子其實不好，對於過敏性兒童這樣照護其實不好。

詹永兆代表

說他不方便，我一口氣開 21 天，他還是有藥吃，不是中斷。

醫務管理組陳依婕科長

我們這邊的定義是，我們看結案條件，它其實是後次就醫的給藥首

日減掉前次就醫的給藥末日，所以其實它是中斷沒有藥的時間，現在從 21 天想要修到 28 天，所以我們才提醒說不要因為收案率或甚麼的考量以後又繼續放寬，我覺得 28 天看起來一個月也許我們還可以再試行看看，但是不要再放寬。

主席

請李代表。

李永振代表

因為這一項執行率要推也不簡單啦，但是你說把它放寬本來標準值是 14 天，是因為現在不回診我們已經又給它一個禮拜了，那他不回診的原因是不是合理推斷大概吃的效果不怎麼樣？他才不回來，如果有效應該還會回來，如果在這種前提之下，應該是要收回來才對，怎麼會是又放寬，這樣整個的感覺會不會怪怪的？預算沒有問題，現在等於說除了預算之外，要考慮人家的觀感，比較合理的話，你如果說一個很強的理由的話，那 OK 就放寬，如果不是要等它，剛才署裡面的同仁講的，最好放 56 天，更長啊！偶爾應該還會有 1、2 個回來，但是這樣社會觀感好像就怪怪的，在邏輯上不通啦，是不是要你們在考量的時候可以思考這一點，謝謝。

主席

有沒有很堅持要改？這其實就是這樣談而已，21 天、28 天其實都是在執行上。

柯富揚代表

我想還是讓我們改啦，其實我們看到臨床的實務，我想健保署也會有資料，比如說我們超過 21 天結案的，我們再去觀察同一個患者，再繼續追，那他 21 到 28 天之間有沒有再回診，其實有，我覺得這個可以跑得出資料來，就是他可能因為這個方式而結案，比如他可能今天來看診，中間有呼吸道感染、感冒問題、腸胃道問題等等，有時候他藥沒吃完就會持續，因為他畢竟是慢性過敏性鼻炎照護，所以那個藥還是有效，所以他中間看其他疾病的時候，他的藥會順延、往後延來吃。我想可以跑一個數據就是我們 21 天就結案的，這

樣的患者在 28 天，這個禮拜有沒有再回診，事實上是有的，我想不要讓患者有失去這樣的機會。

主席

希望明年提議改成 14 天。

柯富揚代表

對，就不會再改。

李永振代表

應該是這樣，觀察一年，明年提出放寬之後執行情況需要性，然後追蹤的報告出來，如果真的需要就這樣，如果不行就收回來，不要把它收到 14 天。

主席

好，就一年的觀察，中醫在執行上真的有點困難。觀察一年就提出數字，整體檢討。進行討論事項第五案。

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「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」條文案

柯富揚代表

有關這條，因為我們在全聯會裡頭反覆的討論，後來在我們送出這樣的條文之後，我們也問了一些專家學者，誠如我們健保署長官所提到的，有關這正常的定義及結案的條件，所以我們撤回討論事項第五案，還是保留跟原本一模一樣就好，我們再繼續執行一年，因為這樣的話也牽扯到所謂的性別平等，因為有來就好，要驗男生，女生也沒要求驗。

主席

好，同意撤案。進行討論事項第六案。

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 111 年度「全民健康保險中醫門診醫療給付一般服務地

區預算分配計畫(草案)」案

主席

討 6-5 頁以後承辦科還是要改一下，括號 1，這樣改，人家會以為是 7% 改成 66%，不能這樣呈現。這部分全聯會有要補充說明嗎？

柯富揚代表

這是我們全聯會經過地區預算分配會議，我們覺得要配合政府政策-錢跟著人走，所以我們應該是四個總額裡面唯一進 R 值，這部分也經過健保會也獲得同意。再來就是補充說明，為什麼會加入山地離島地區，因為有金門馬祖的同道在反應，花蓮、台東火車都可以到，他們還要坐船、坐飛機，結果沒有把他們放在偏鄉區裡，所以趕快再做一個補充上去，就只做文字上的修正，以上。

主席

好，這個是全聯會跟這些代表的共識，我們予以尊重。不知道各位代表有沒有意見，如果沒有，就通過。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「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案，

主席

我們對品保款的意見，不知道全聯會有沒有什麼意見，支不支持？如果全聯會沒意見，我們就照案通過。那接下來我們就討論全聯會提的「中藥用藥安全管理及品質提升方案」，我只問一個問題，這是你們內部要管理？對，所以他們內部管理，他們覺得可以就可以，我們應該不用去干預，分區也不用去，應該是你們自我管控，我這樣理解對吧？是你們自律的概念。

詹永兆代表

對，沒錯。

醫務管理組 劉林義專門委員

因為這涉及到錢，所以我們比較慎重，因為涉及到品保款，照你們寫的提升方案裡面的第 7 個獎勵方式，寫說認證核可的院所，為領取品保款的必要條件。所以我們比較關心到底什麼是認證合格？因為你們後面這些查檢表都是自評，自評合格但是你們的抽檢比例只有 20 分之 1，所以會有 20 分之 19 都沒有抽到，所以他們自提合格就這樣合格了嗎？如果有被你們抽到，但不合格才不合格，你們意思是這樣嗎？因為這涉及到錢，所以萬一有爭端的時候，勢必到健保署來處理，所以我的建議是這個提升方案可能就要正式來文，然後經過一個審查動作，可能也要報到社保司，就是併同品保款的方案一起來審。不過你們後面寫的合格的部分，可能要寫詳細一點，比如說你們是初審合格就算合格，除非是實地訪查不合格，類似這樣的寫法，要不然認證合格會有兩種標準。

蔡三郎代表

主席、各位代表、專家學者，這本來就是為了中藥用藥安全管理而定，因為前年的鉛丹事件，所以我們痛定思痛，一定要自我提升用藥安全管理，跟我們針灸管控類似，可能沒有辦法全部都去抽查，我們還是會比照用百分比的方法去查，如陳代表所言，我們會再做一個詳細的文字修正，怎樣定義一個合格標準。另外大家看到第 1 頁獎勵方式，文字這樣看起來怪怪的，我們是不是把第 7 刪除，就是只有 6、7、8 而已，把第 7 的獎勵方式改成括弧 3，沒有獎勵方式只有括弧 3 認證合格之院所，我們會把文字修正以後，再正式行文到署裡面，以上。

主席

我請教社保司，這個要發文給你們嗎？因為這個方案跟品保款有關，跟錢有關，這裡面的依據，所以還是慎重一點，你們出發點是好的，但我們擔心因為你們有抽樣，那如果有抽到但沒過，跟沒有抽到但有過，會有一點爭議，這部分如果有爭議的話，可能全聯會要出面來處理。不知道各位對提案七還有什麼要提出的？請說。

陳淑華代表

總分 80 分以上是合格的院所，也就是說容許裡面有部分是不符規定的，請問是這樣子嗎？

蔡三郎代表

認同代表所言，我們會在備註欄內，列必要合格項目，比較重要的是人員，人員的部分要上過課，知道那些毒劇藥品管理的方式，所以會在第一項人員規範，第二項使用及調劑，第四項毒劑藥品會列為必要項目。

陳淑華代表

現在只要 80 分以上就及格，假設有些項目不合格，但總分超過 80 分，還是合格，比如說中醫師或藥師調劑這項。

主席

意思是說有些是必要條件，就是一定要有，這樣比較好。

陳淑華代表

對，不然的話，不是中醫師或藥師調劑，只缺這 10 分還是合格，這樣是 OK 的嗎？

主席

建議再修一下，涉及專業，那些是一定必要，沒有過就是沒有過，這樣會比較好。如果各位沒有意見，進行討論事項第八案。

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針灸治療處置費、第五章傷科治療處置費，以及第六章針灸合併傷科治療處置費，倘適應症不符之改支作業

主席

麻煩討 8-2 頁，因為討論案是決議，不是決定，以後要記得留意，要修正。全聯會有沒有意見，沒意見，我們就照我們意見去處理，謝謝。進行討論事項第九案。

討論事項第九案 **提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會**
案由：增訂「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」

主席

這樣會不好進行，我覺得從後面，請各位看討 9-5 這表，反正我們雙方都看過，如果沒問題就往下，如果有問題就討論，這樣會比較快。現在看討 9-5 頁的依據、目的、預算來源先這三點，我們修正的，全聯會有沒有意見？沒有。第四點有意見嗎？沒有，就照我們的。接下來討 9-6 頁，第五點，時程都一樣沒意見。第六點，也沒有意見，也依照健保署。第七點，申請資格，應該可以吧，因為我們常寫這種方案，寫得應該還算專業。討 9-7 頁的第八點，應該也可以，討 9-8 頁也可以，這是標準的行政程序。討 9-9 頁的醫療服務提供方式，這接受我們的？

柯富揚代表

因為我怕這樣費用會嚴重不足，畢竟每個時段每次去是 3 個小時，所以是不是可以每週暫時以一個時段來計？

主席

承辦科可以嗎？

醫務管理組呂姿擘科長

可以，因為其實我們也有考量如果說有彈性空間存在，我們有點擔憂年度預算會不足以支應，這部分我們是不是直接調整為，在第九的括弧 1 的部分，最後段，每週以提供一個時段為限。

主席

(二)、(三)念一下好了。

醫務管理組呂姿擘科長

九點醫療服務提供方式(二)，我們會去限定，因為進去機構的是 1 家醫療院所，所以原則上還是以 1 名中醫師為限。在(三)部分是規範，為了要保障機構的權益，如果看診的醫師他的時段有異動或者是計畫

性的休診，他必須要先跟照護機構協商，在 7 個工作天前，要先跟中全會以及保險人分區業務組核備並副知該照護機構，以上。

主席

多一些行政程序，9-10 頁的第十點給付項目及支付標準，有沒有意見？請念一下。

醫務管理組呂姿擘科長

在第十點給付項目及支付標準的(一)，原來是中全會提出的版本就是論次支付方式，每次支付是 1,000 點，我們只是把它寫的更明確，就是本方案之論次支付費用，每時段費用 1,000 點，每時段至少以 3 小時為計支單位，未達 3 小時不予支付，其費用由本方案預算支應。

(二)是指論量支付的部分，第 1 點的部分，是參酌中全會的意見，我們只有增加最後面的部分，就是其費用由本方案預算支應。我們只是明確的去敘述不管在論次跟論量的部分，其實我們都還是由本方案預算支應。第 2 點的部分，其實是參照中全會，只是我們有特別去明確的去寫出，超過 15 人次部分是不予支付。

(三)是參照中全會的意見，我就不贅述。

(四)部分，其實在健保署的其它方案都是會有相同的寫法，就是針對方案預算，如果是按季均分及結算，並採浮動點值支付，每點值支付金額，不高於 1 元，那當季預算如果有結餘，則留用至下季，若全年預算尚有結餘，則進行全年結算為每點支付金額不高於 1 元，以上。

主席

請柯代表。

柯富揚代表

是針對這邊的討 9-10 頁，健保署版的第 10 點給付項目及支付標準，那我想在這個地方，剛開始我們在實施這個方案的時候，或許 1 個時段只有 3、5 個患者，都有可能，可是他每個患者要去限定，每個時段以 3 個小時為計，未達 3 小時不予支付，這點可能會有點實務上的問題，當然我們很願意接受，就是說因為畢竟他 1 次去 1 個時段就 1,000 點而已，其實也不高啦，是不是可以不要去限制 3 個小時，後

面的每時段診療住民限定 15 人次，就是需要品質，不要超過 15 人次，我們都接受，是不是可以不要限制每時段至少以 3 小時為限的這一段。

主席

請說。

醫務管理組張作貞專門委員

因為按照特約管理辦法裡面，其實西醫也是這樣，同樣都是 3 個小時，因為西醫也是去養護機構支援，他們也是看診，我想這邊中醫是不是也是依照西醫的方式，一樣有這個限制，因為事實上畢竟去養護機構住民 1 次也可能看了 10 幾人，因為住民本身的量能應是蠻大的，我們想說，是不是比照西醫來處理，以上。

主席

西醫也是用每時段費用去算，對不對？

醫務管理組張作貞專門委員

它是一般門診，因為基本上西醫去養護機構支援的話，是用一般門診來看，所以它事實上點數值並沒有那麼高。

醫務管理組呂姿擘科長

我補充說明，在西醫的部分，它不像中醫，中醫還有多 1 個論次，西醫是沒有論次費用的，以上。

醫務管理組張作貞專門委員

它是偏低的。

主席

可以吧？就先試試看。

詹代表永兆

是不是 1 點 1 元優先支付論次部分？有沒有加上去，不然就是把這個加上去，其它論量的部分再用浮動。

醫務管理組呂姿擘科長

所以代表的意思是我們會先優先支付論次的費用，再算論量的費用，這個部分我們可以在(四)部分再去做修訂，修訂的文字，我們有需要

再請中全會看過嗎？

主席

可以給他們看一下。

醫務管理組呂姿擘科長

我們會後修訂完後，我們會再 e-mail 給中全會確認。以上。

主席

所以這個第十點給付項目及支付標準還有沒有意見？沒有，好，那就先做看看，然後我們是儘量和中西醫一樣，不然兩邊又會講來講去；第十一點醫療費用申報與審查，簡單念一下。

醫務管理組呂姿擘科長

費用申報的部分，其實都是參照其它的方案，第 11 點就在醫療費用申報的部分，門診醫療費用點數申報格式之總表段，其實這個因為它是專案計劃，在第 2 點，它會有個申報格式點數清單段，我們會去限制案件分類，應該要填報 22，在討 9-12 頁；然後在特定治療項目，我們到時候會新編列一個新的代碼是 for 中醫，去支援照護機構，就醫科別一樣是填報 60 中醫科。論次的費用，我們到時候會新增一個 P 碼，在論次費用之申報，它其實一樣會併同費用申報案，就是在每月 20 日前須至健保資訊網服務系統(VPN)去登載，相關的文件在附件 5 的部分，都要按時提供；另外在(三)保險醫事服務機構於每月費用申報前，應至 VPN 的「照護機構院民資料申報」服務項目，要先上傳所支援之照護機構全院住民名冊，另外在(四)部分，只是一些行政規範，以上。

主席

這其實只是一般行政程序；9-13 頁的評核指標，念一次。

醫務管理組呂姿擘科長

在評核指標的部分，這是依據健保會的意見去做修訂，我們指標定義是考量 109 年及 110 年都有受疫情影響，所以在評核指標的基準點，我們是採用 108 年，所以這個指標是照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較 108 年減少，以上。

主席

第 13 點執行報告。

醫務管理組呂姿擘科長

執行報告的部分，文字上是參酌中全會的意見，我們只有增 1 個地方，就是在倒數第 2 行的部分，我們新增 1 個執行報告的內容，它其實是要做為下一年度審核的依據，以上。

主席

應該可以吧，第 14 點他們是寫違規處理，我們是寫退場。

醫務管理組呂姿擘科長

對，因為我們是比照現行其它計劃的寫法都是改用退場機制。

主席

把那個討 9-14 頁有增加的，再念一遍。

醫務管理組呂姿擘科長

請看討 9-14 頁的(二)的部分，我們是針對執行這個方案之保險醫事服務機構，若實施成效不好或它集聚的文件比較不齊全，或者是他參與方案有待改善事項，包含它沒有每個月去上傳院民名單等這些事項，我們會請分區業務組通知他們限期改善，如果通知完限期完成而未改善，我們會通知它終止執行這個計畫。從我們通知終止執行計畫的這個日期，我們就會請它退出這個計畫。

主席

好，這樣可以嗎？可以，謝謝。那第十五點在其他事項的支援規定。

醫務管理組呂姿擘科長

這個支援規定其實是按照現行醫事法、醫療法等等的相關規定，如果是醫事人員他如果有要在執業駐所外，其實都應該要經過報備支援，所以我們去增設這個支援的規定，我們是希望這個方案的中醫師他們記得一定要去報備支援。

主席

好，可以嗎？

蔡代表三郎

你這方案的規定是要專任中醫師對嗎？

醫務管理組呂姿擘科長

對，可是專任中醫師他執行駐所外，他假設今天要去養護機構的話，他就勢必一定要去跟衛生局報備，是報備支援，這個部分是叫做報備支援，確實這個方案它前面就有寫，它只有接受專任的中醫師執行本方案計畫。

主席

好，謝謝。我們今天的 9 個提案都討論完了。有沒有臨時提案？

陳淑華代表

請問健保署討 9-12 頁的(三) 保險醫事服務機構於每月費用申報前，應至 VPN 「照護機構院民資料申報」服務項目，上傳所支援之照護機構全院住民名冊，請問一定要全院嗎？

醫務管理組呂姿擘科長

這一條是我們參照特約管理辦法的寫法，在特約管理辦法，因為西醫他去支援養護機構的時候，我們不確定他這個月，因為住民其實是會流動的，因為我們不能肯定它這次跟我們申報的這 15 個住民，就是它全部的住民；或者有些是新增，或者有些是轉到其它的機構，所以這一條我們完全是按照我們的特約管理辦法的寫法，它是要上傳全院的住民，我們才可以去做查核。

主席

不知各位有沒有什麼臨時提案，如果沒有，我們今年應該不會再有臨時會，今天應算今年最後一次會議，謝謝何代表，還有李代表，今年我們就先這樣，今年討論相當多的提案也有通過，謝謝全聯會，好好把我們的中醫帶到另外一種境界，我們今天的會議就到這邊，謝謝大家！

散會：16 時 21 分