

# 「中醫門診總額研商議事會議」107年第4次 會議紀錄

時間：107年11月15日14時整

地點：中央健康保險署18樓大禮堂(臺北市信義路3段140號18樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
千代表文男	千文男	陳代表憲法	陳憲法
王代表惠玄	王惠玄	陳代表博淵	陳博淵
朱代表日僑	蘇芸蒂(代)	陳代表建霖	陳建霖
呂代表世明	呂世明	黃代表光華	請假
巫代表雲光	巫雲光	黃代表怡超	請假
李代表純馥	李純馥	黃代表科峯	黃科峯
柯代表富揚	柯富揚	黃代表俊傑	黃俊傑
施代表純全	蔡三郎(代)	黃代表頌儼	黃頌儼
胡代表文龍	胡文龍	黃代表蘭嫻	請假
許代表中華	請假	楊代表禾	陳志超(代)
許代表怡欣	許怡欣	詹代表永兆	詹永兆
洪代表啟超	洪啟超	劉代表富村	劉富村
陳代表旺全	陳旺全	羅代表永達	羅永達
陳代表瑞瑛	請假	羅代表莉婷	羅莉婷

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	孫嘉敏
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
衛生福利部中醫藥司	黃彥豪、林聖傑

台灣醫院協會	吳洵伶
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、賴宛而、李敬
本署臺北業務組	馮震華、賴美雪、林勢傑
本署北區業務組	林巽音、陳盈庭
本署中區業務組	林淑惠
本署南區業務組	郭碧雲
本署高屏業務組	施怡如
本署東區業務組	鄭翠君
本署醫審及藥材組	曾玟富、陳宛均
本署資訊組	李冠毅
本署企劃組	吳千里
本署醫務管理組	劉林義、洪于淇、王玲玲、 韓佩軒、鄧家佩、吳柏彥、 林 蘭、邵子川、鄭正義

### 壹、主席致詞(略)

### 貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

### 參、報告案

#### 第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：洽悉。

#### 第二案：中醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉，並請中華民國中醫師公會全國聯合會加強推動全民健康保險中醫急症處置計畫。

#### 第三案：107年第2季點值結算結果報告

決定：

一、一般服務部門點值確認如下表：

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.86885078	0.91144283
北區	0.91688722	0.94728341
中區	0.87183434	0.91381661
南區	0.93692458	0.96011194
高屏	0.92256887	0.94986590
東區	1.29424614	1.20000000
全區	0.90024202	0.93423592

二、將辦理後續點值公布、結算事宜。

#### 第四案:108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、108年點值保障項目比照107年度，除藥費採每點1元支付外，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，將報請健保會同意後實施。
- 二、108年各季預算按102~106年各季核定點數占率計算如下:第1季23.159753%、第2季25.411420%、第3季25.591955%、第4季25.836872%。

#### 第五案:108年中醫門診總額研商議事會議召開會議時程案

決定：會議時程如下表，請代表預留時間。

會議名稱	第1次會議	第2次會議	第3次會議	第4次會議	第1次臨時會
會議日期	02.21 星期四	05.16 星期四	08.15 星期四	11.14 星期四	12.5 星期四

肆、討論案

## 第一案：「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」修訂案

### 決議：

- 一、同意新增行動支付獎勵指標，凡基層院所於當年12月底前向所轄分區業務組提出至少1筆保險對象使用行動支付證明，加計5%。
- 二、申報資料擷取及相關單位提供指標資料時點，從次年3月底分別提前至次年1月底及次年2月底，以利結算時效。
- 三、第柒條不予核發品質保證保留款之條文，增修訂如下示：
  - (一) 當年度在前一年12月每萬人口中醫師數3.0以上之鄉鎮市區新設立中醫門診特約醫事服務機構。
  - (二) 中醫門診特約醫事服務機構當年度有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36至第40條等所列違規情事之一，並經處分者(以第1次處分日期認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分)。
- 四、新增「申報2年內無看診患者比率(A90)，占全年看診人數超過10%」加計指標未獲共識，緩議。
- 五、本案將報衛生福利部核定後辦理後續公告事宜。

## 第二案：「108年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」修訂案

### 決議：

- 一、修訂重點如下：
  - (一) 方案施行地區調查統計截止日期由8月31日調整至10月31日。
  - (二) 獎勵開業計畫申請資格：新增健保申報金額(含部分負擔)最近12個月平均申報金額大於15萬點，但符合中醫負責醫師訓練計畫之院所醫師且受訓滿兩年者，不受此限。
  - (三) 獎勵開業管理原則：第7個月起，若當月核定總點數(含部分負擔)未達保障額度者，除折付保障額度金

額外，若連續 2 個月未達保障額度，需自次月起於該開業鄉鎮提供 1 至 2 點巡迴醫療服務計畫；若因特殊狀況未能於該開業鄉鎮提供巡迴醫療計畫，得專案向分區業務組申請至鄰近施行地區辦理。

(四) 巡迴醫療服務計畫變更程序改與計畫申請程序一致，統一向中醫全聯會申請審查後，中醫全聯會再將評估結果送請保險人分區業務組核定。

(五) 巡迴醫療服務計畫論次支付方式：刪除離島院所至同一縣市離島地區執行巡迴醫療服務船程 20 分鐘以內之論次支付點數折付相關規定。

(六) 巡迴醫療服務計畫之門診日報表與論次費用申請表資料上除期限統一為次月 20 日前。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

### **第三案：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案**

**決議：**

- 一、 「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」五項指標之參考值以前五年同季平均值正負 20% 為監測值修正。
- 二、 有關「兩年內初診患者人數比率」指標之操作型定義，依本次與會代表意見請中華民國中醫師公會全聯會提供操作型定義，提下次會議討論。
- 三、 俟「兩年內初診患者人數比率」指標之操作型定義決議，併同本次與上一次會議決議一併報部，辦理後續行政事宜。

### **第四案：全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫條文修正案**

**決議：**

一、修訂重點如下：

(一)「每日藥費」支付點數調升 2 點。

(二)第四章、第五章、第六章、第八章「針灸、傷科及脫臼整復」支付點數調升 12 點。

(三)修訂支付標準通則五「內含複雜性傷科處置之每位專任醫師每月申報上限」，由 30 人次調升為 60 人次。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

### **第五案：全民健康保險中醫門診總額癌症患者加強照護整合方案修訂案**

**決議：**

一、修訂重點如下：

(一)同意放寬乳癌適應症及肝癌適應症。

(二)同意配合療程放寬「疾病管理照護費」及「生理評估費」申報期限，由 90 日放寬為 60 日。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

### **伍、臨時動議：108 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案**

**決議：**

一、本案因將於本(107)年 11 月 16 日召開之全民健康保險會第 3 屆 107 年第 10 次委員會議提案討論分配原則，如獲共識，則依本次提案內容通過(本案業於當次會議討論通過)。

二、108 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修訂如附件 1，將辦理後續行政事宜。

**陸、散會：16 時 28 分**

**柒、與會人員發言摘要詳附件 2。**

# 108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

## 壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

## 貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。

## 參、計畫期間：108年1月1日起至108年12月31日止。

## 肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算（不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度），按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件（每點以1元支付）後，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

### 二、風險基金之提撥及分配：

（一）提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,200 萬元，每季 800 萬元。

（二）適用分配之院所資格：除東區外之五分區鄉鎮市區，該地區當月月底僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，但排除符合指標 6「偏鄉人口預算分配調升機制」之偏鄉中醫門診特約醫事服務機構或屬中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構。

### （三）分配方式：

1. 按季結算，符合適用條件之院所，其符合資格期間之一般服務核定之浮動點數，以前一季該區浮動點值為基礎，補至最高每點1元之差額。

2. 當季預算如有不足，則以當季核定浮動點數之占率分配；如有剩餘，則餘額全數撥予當季就醫率最高之分區。各分區就醫率之計算為「當季就醫人數/當季季中戶籍人口數」。

三、108年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險基金提撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

- (一)67%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。
- (二)13%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
- (三)9%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。
- (四)5%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。
- (五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。
- (六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)107年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 同時符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構僅能擇一方案辦理。
3. 107年全國每月申報醫療費用點數之平均值 =  $\frac{\sum 107\text{年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數}}{\sum 107\text{年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數}}$ 。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。



4. 108年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以107年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

(七)各季就醫率最高分區之風險基金分配款。

四、經上述第(一)款至第(七)款方式分配後，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

一、中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。

二、中醫全聯會與全民健康保險保險人(以下稱保險人)成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

~~柒、監控與檢討~~

~~一、監控各分區預估點值：五分區預估平均點值低於0.9元時，請中醫全聯會立即進行檢討，提出改善對策。~~

~~二、保險人與中醫全聯會按季對醫療費用、品質與醫療資源分布及共管機制進行監控與檢討。~~

柒捌、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

## 附件 1：指標之操作型定義

※各項指標計算過程結果，四捨五入取至小數點以下第6位（如：  
99.9905%≈0.999905） ※計算時程：每季

指標：

指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率

分子：各分區各季總預算(Ai1)

分母： $\Sigma$  各分區各季總預算加總( $\Sigma Ai1$ )

條件說明：

- 一、第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總
- 二、第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總
- 三、第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總
- 四、第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總

指標2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)

分母： $\Sigma$  各分區去年同期戶籍人口數加總( $\Sigma Ai2$ )

條件說明：

- 一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）  
[http://www.ris.gov.tw/zh\\_TW/346](http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346)（首頁 > 人口資料庫 > 人口統計資料 > 近期各月人口資料 > 03鄉鎮戶數及人口數）
- 二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)

分母： $\Sigma$  各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總( $\Sigma Ai3$ )

條件說明：

- 一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。
- 二、資料擷取時間點：中醫門診特約醫事服務機構申報資料【不含職業災害案件（案件分類 B6）、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。

### 三、計算步驟：

- (一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)
- (二)計算每位病患於各區就醫次數(a)
- (三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)  
=每位病患於各區就醫次數(a)/ $\Sigma$  每位病患於各區就醫次數( $\Sigma a$ )
- (四)各區每位病患之就醫次數比率(T)  
=各區  $\Sigma$  每位病患於各區就醫次數比率( $\Sigma a\%$ )
- (五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)  
=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)
- (六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)  
=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值( $\Sigma K1$ )

### 四、舉例說明：

- (一)本季全國中醫就診病患有4人(p)
- (二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	病患a1就 醫次數	於各區就醫次 數比率(a1%)	病患a2就 醫 次數	於各區就醫次 數比率(a2%)	病患a3就 醫 次數	於各區就 醫次數比 率(a3%)	病患a4就 醫 次數	於各區就 醫次數比 率(a4%)	各區每位病患 之就醫次數比 率 T=(a1%+a2%+a 3%+a4%)
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.0000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%	0.916667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.6667%	1.024603
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%	0.391270
全區	18	100%	28	100%	40	100%	12	100%	4.000000

### (三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數P	各區每位病患之 就醫次數比率(T)	權值 (K1)=T/(全 區P)	扣除東區分區 權值(K2)
台北	3	0.838095	0.209524	0.209524
北區	3	0.428968	0.107242	0.107242
中區	2	0.916667	0.229167	0.229167
南區	4	1.024603	0.256151	0.256151
高屏	3	0.400397	0.100099	0.100099
東區	3	0.391270	0.097817	-
全區	4		1.000000	0.902183

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 (105年該季/104年同期) -1。
- 三、醫療費用點數成長率(r)：(105年該季申報醫療費用點數/104年同期申報醫療費用點數)-1。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數 (申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件 (案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5% ;(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： $\Sigma$  各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

- 一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。
- 二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。
- 三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。
- 五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數  
=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)
- 六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值  
(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值：
  - \*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率  $\geq$  全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)  
= -5%(m)\*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)
  - \*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)為 0 (m)。
  - \*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 $\leq$  全國平均值：

\*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 $\geq$ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)

$=+5\%(m)*(\text{各鄉鎮市區戶籍人口數}/\text{該分區戶籍人口數小計})$

\*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 $<$ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)為 0 (m)。

\*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(三)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和( $\Sigma$  dr\_peop)

= 各分區  $\Sigma$  各鄉鎮市區權值(dr\_peop)

\*成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

一、 每季結算時，「偏鄉」之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，若分區前一季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。

二、 依上述方式補付後，若該季預算尚有結餘，則餘額按指標1「95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率」分配予各分區，併同指標1至指標5之預算進行當季結算。

條件說明：

一、 偏鄉定義為每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於) $=107$ 年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

二、 同時符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構僅能擇一方案辦理。

三、  $107$ 年全國每月申報醫療費用點數之平均值 =  $\Sigma 107$ 年每月申報醫療費用 /  $\Sigma 107$ 年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

四、  $108$ 年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以 $107$ 年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

## 附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

### ※五分區預算分配之計算操作型定義

- 一、 當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)  
= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算 GF+  
預算(東區)+各季就醫率最高分區之風險基金分配款 Gh

$$\text{指標1預算 GA} = (T) * 97.78\% * \underline{67\%}$$

$$\text{指標2預算 GB} = (T) * 97.78\% * \underline{13\%}$$

$$\text{指標3預算 GC} = (T) * 97.78\% * 9\%$$

$$\text{指標4預算 GD} = (T) * 97.78\% * 5\%$$

$$\text{指標5預算 GE} = (T) * 97.78\% * 5\%$$

$$\text{指標6預算 GF} = (T) * 97.78\% * 1\%$$

- 二、 各分區各季指標預算計算如下

- (一) 各分區各季預算 Ga

$$= \text{各季預算 GA} * \text{指標1占率} (A_{i1} / \sum A_{i1})。$$

$$\begin{aligned} & \text{指標1占率} (A_{i1} / \sum A_{i1}) \\ & = 95\text{年第4季至}98\text{年第3季之各區各季預算} (A_{i1}) / \sum 95\text{年第4} \\ & \quad \text{季至}98\text{年第3季之各區各季預算} (\sum A_{i1})。 \end{aligned}$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

- (二) 各分區各季預算 Gb

$$= \text{各季預算 GB} * \text{指標2占率} (A_{i2} / \sum A_{i2})。$$

$$\text{指標2占率} (A_{i2} / \sum A_{i2})$$

$$= \text{去年同期各分區戶籍人口數} (A_{i2}) / \sum \text{去年同期各分區戶籍人} \\ \text{口數} (\sum A_{i2})。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

$$= \text{各季預算 GC} * \text{指標3占率} (A_{i3} / \sum A_{i3})。$$

指標3占率  $(A_{i3} / \sum A_{i3})$

$$= \text{各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值} (A_{i3}) / \sum \text{去年同期每人於各分區就醫次數之權值} (\sum A_{i3})。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

$$= \text{各季預算 GD} * \text{指標4加權後之預算占率} (A_{i4} / \sum A_{i4})。$$

※各分區指標4權值 = 各分區人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

※各分區各季經指標4加權後之預算  $(A_{i4})$

$$= 95\text{年第4季至98年第3季之各區各季預算} (A_{i1}) * (1 + \text{指標4權值} K2)$$

※各分區各季經指標4加權後之預算占率  $(A_{i4} / \sum A_{i4})$

$$= \text{各分區各季經指標4加權後之預算} (A_{i4}) / \sum \text{各分區各季經指標4加權後之預算} (\sum A_{i4})$$

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

$$= \text{預算 GE} * \text{指標5加權後之預算占率} (A_{i5} / \sum A_{i5})。$$

※各分區指標5權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算  $(A_{i5})$

$$= 95\text{年第4季至98年第3季之各區各季預算} (A_{i1}) * \text{【}1 + \text{指標5權值和} (\sum dr\_peop)\text{】}$$

※各分區各季經指標5加權後之預算占率  $(A_{i5} / \sum A_{i5})$

$$= \text{各分區各季經指標5加權後之預算} (A_{i5}) / \sum \text{各分區各季經指標5加權後之預算} (\sum A_{i5})$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 Gf

$$=(\text{預算 GF} - \sum \text{指標6各區各季補至每點1元所需預算}) * \text{指標1占率} \\ (\text{Ai1} / \sum \text{Ai1})。$$

三、各分區各季預算 Ts = 該區當季預算 Ga + 該區當季預算 Gb + 該區當季預算 Gc + 該區當季預算 Gd + 該區當季預算 Ge + 該區當季預算 Gf + 各季就醫率最高分區之風險基金分配款 Gh。

四、若五分區全年預算與前一年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長，其操作定義及撥補程序如下：

(一) 操作定義：各分區全年預算 Ty =  $\sum$  該區各季 Ts +  $\sum$  指標6各區各季補至每點1元所需預算。

1. 成長率 =  $(\text{108年該區各季核算 Ty} / \text{107年該區 Ty}) - 1$ 。

2. 各分區撥補比例 =  $(\text{成長率大於0之分區 Ty}) / \sum (\text{成長率大於0之分區 Ty})$ 。

(二) 撥補程序

1. 於108年第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算 Ty 負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

2. 依上述方式撥補後，如仍有分區呈現負成長，其不足額度繼續由「成長率大於0之分區」按比例撥補，直至各區預算成長率均不小於0為止。



	<u>107</u> 年該區全年	<u>108</u> 年該區全年	負成長						
	預算 Ty (百萬元)	預算 Ty (百萬元)	成長率	分區 差額	撥補比例	撥補方式	調整金額	撥補後 Ty	撥補後成長率
	V	W	W/V-1	X	Y	X*Y=Z	Z	W+Z	
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長分區小計		14,178.9			100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

(一) 東區浮動每點支付金額 = [預算(東區) - 東區核定非浮動點數 - 東區自墊核退點數] / 東區一般服務浮動核定點數。

(二) 各分區浮動每點支付金額 = [預算(各分區) - 各分區核定非浮動點數 - 各分區自墊核退點數] / 各分區一般服務浮動核定點數。

(三) 全區浮動每點支付金額 = [全區一般服務預算總額 - 全區核定非浮動點數 - 全區自墊核退點數] / 全區一般服務浮動核定點數。

三、平均點值

(一) 東區平均點值 = [預算(東區) / [東區一般服務核定浮動點數 + 東區核定非浮動點數 + 東區自墊核退點數]]

(二) 各分區平均點值 = [各分區預算 / [各分區一般服務核定浮動點數 + 各分區核定非浮動點數 + 各分區自墊核退點數]]

(三) 全區平均點值 = [全區一般服務預算總額 / [全區一般服務核定浮動點數 + 全區核定非浮動點數 + 全區自墊核退點數]]

## 與會人員發言摘要

### 李代表純馥

主席從立法院趕回來中，為不耽誤大家的時間我先代理，宣布會議開始。今天有一位新任代表洪啟超代表。另外中醫藥司也有黃彥豪專員與林聖傑技士列席。

### 報告案第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

#### 千代表文男

請問上次提到中藥飲片政策方向，中醫藥司提供的第 10 頁說明提及滾動式檢討二氧化硫、黃麴毒素、重金屬殘留等，退貨、下架跟有沒有流入市面這些，我們從新聞上都可以知道，請問中醫藥司對飲片政策有什麼看法？

#### 羅代表永達

上次開會的緣起是要討論未來健保署可否給付飲片；健保署表示因飲片無法標準化，沒有相關規定如 GMP 等，無法明確訂定飲片內含藥品的成分跟效用，所以無法給付；希望中醫藥司能針對飲片效用提出研究以利未來標準化，讓健保署可以據以給付。

#### 中醫藥司黃彥豪專員(中醫藥司列席)

目前中藥在邊境跟市售品都有進行抽驗，從 102 年 8 月 1 日開始持續進行，邊境查驗到不合格藥材均已銷燬或退運；市售品也有監測風險及使用量高之中藥材，由地方衛生局抽查，再由食藥署檢驗，不合格的話予以回收及銷燬。各縣市衛生局對相關檢驗不合格中藥材流向也有持續追蹤，至於中藥廠目前也在推動中藥飲片 GMP，先初步說明。

#### 千代表文男

這樣還是不能接受。我們希望的是訂出飲片標準，讓健保署有所依據。老百姓現在就在使用。相關標準反而落後，中醫藥司在做什麼？

### 中醫藥司黃彥豪專員(中醫藥司列席)

再補充說明:委員建議的部分台灣中藥典已經進行第三波修訂,針對中藥材規格化部分予以要求,目前列入的品項約 350 項。至於飲片規格研究及訂定是比較大的工程,目前沒有一個國家將所有的飲片予以藥品化。

### 干代表文男

日本跟韓國都有。為什麼沒有?

### 中醫藥司黃彥豪專員(中醫藥司列席)

該國是進行藥典規格化。

### 干代表文男

其他國家沒有我們也可以做,只要 GMP 跟 FDA 認可就好。我們從勞保到健保已經追了很久,你們從衛生署裡的小單位現在變成司這麼大的單位,也沒有做。你們多久能做出來?

### 中醫藥司黃彥豪專員(中醫藥司列席)

102 年 5 月 3 日已經公告 GMP 飲片炮製廠認定作業規定,開放中藥廠自願性申請,截至 106 年 12 月 31 日沒有中藥藥廠提出申請。

### 干代表文男

市面上已經在販售及使用,屬於你們業務範圍卻沒有管,這是你們失職。

### 中醫藥司黃彥豪專員(中醫藥司列席)

目前中藥材市售品都進行抽查檢驗,只要是合格就可以繼續流通販售,不合格就回收銷燬,並沒有使用上的問題。

### 干代表文男

醫藥在市面販售後還是需要監督,才可以讓百姓健康,飲片是中醫最有效用的方式,就這樣荒廢了 5000 年歷史,連開會都常常不來。我希

望你們提出何時建立標準的時程。現在連計畫都沒有，如果有規劃可以考慮到立法院爭取預算，拜託你們。

**主席**

大家對於第一案是否還有問題?沒有問題就進入第二案。

### **報告第二案:中醫門診總額執行概況報告**

**主席**

各位是否有意見?

**干代表文男**

請問中醫特定疾病輔助計畫照護人數 4000 多位，癌症照護 3580 位，能夠執行多少希望儘量努力，明年要繼續加油，不然這項專案可能會消失。今年執行率差很可惜，新的計畫中有一項老人失智我們非常看好，希望中醫全聯會明年加油，老人失智現在太多人了，40 幾歲也會失智，這是你們強項的地方。

**主席**

請問第 29 頁急症處置計畫參加院所與人次比預期少，是因為院內溝通不夠?或是民眾對中醫沒偏好?

**陳代表旺全**

剛才報告中過敏性鼻炎執行率不好，健保會明年預算也刪除了 1000 萬，我們配合。急症處置是新的項目，醫院執行時就有蠻高的期望，也以相對低的醫療費用減輕民眾痛苦，但是醫院端申報程式變更就要花費，有些財團醫院會認為還沒賺錢就要花費。另外也要跟西醫急診室多加聯絡溝通，我跟好多人協調好之後他們離開原職位，結果又要重來一遍。除了希望各區委員加強當地醫院推廣外，下星期國際東洋醫學會我們也把急重症納入研討會主題，請日本的專家學者來討論中西醫共同照護。雖然目前執行成績不好，我們會繼續努力。

**主席**

不能只靠理事長，各院中醫部要跟院內管理階層或西醫部溝通。

## 千代表文男

如果健保署幫忙，可能比全聯會自己推更有效率。急診就是中風病人馬上處理後恢復力好，給 2000 萬預算只做 19 萬點，希望效益能夠多發揮。

## 主席

這邊好幾位醫院中醫師代表，胡醫師、黃醫師都是。希望分享你們推動的經驗，提供其他醫院參考。

## 黃代表頌儼

本院(彰化基督教醫院)在 102 年申請計畫前已和醫院急診部建立良好關係，健保署推動計畫，急診部醫師很快答應一起推動努力。我們的經驗是，若缺乏過去合作的基礎，要一起推動試辦計畫是有難度的。我們醫院的經驗是可以提供其他醫院中醫部參考，畢竟在國內中醫進入急診服務病患不常見。美國、歐洲都有文獻提到在急診提供中醫針灸治療，我們可以將這些資料整理後分享給其他醫院的中醫部參考。另外現實層面問題是，急診會診是 24 小時 ON CALL，有醫院中醫代表反應給付的點數不夠多，參與誘因較低。我們還是很努力在做，希望明年的中醫處置點數可以再調整。

## 主席

彰基與長庚如有較好的合作模式，特別是急診，真的希望全聯會能辦理標竿學習，邀請其他醫院中醫部主任看如何推動中西醫急診的合作，全聯會可以邀請較有成效的醫院提供分享，再請還沒推動的醫院來學習執行方式，相信後面有很多配套才有辦法成功。由下而上談比較容易成，否則現在第三季執行率只有 1%，全聯會都在健保會極力爭取總額預算，健保會委員也認同中醫急診的服務確實對病人產生價值，現在預算拿到了卻沒有執行，非常可惜。由實際執行者出來作經驗分享是很重要的，給理事長建議。

## **羅代表永達**

事實上各醫院院長不一定知道這件事，因中醫在醫院位階不一，有的醫院如長庚位階很高，可以跟管理部門直接溝通，有的醫院則不然，這個文可能只到中醫部；假設推動這種專案需要醫院協助，可以行文給醫院協會，通常醫院協會的公文都會轉到院長室去，院長至少會知道有這件事。第二部分，有些經驗不足醫院真的不知道要怎麼兩邊配合，剛開始真的要花很多心力，標竿學習以外也要讓上層知道這個專案的好處，比如說治療效果或是兩邊都可以申報費用，應該對醫院會有誘因。說實在要真的讓院長知道啦，全聯會有需要要講，以上。

## **主席**

大家一起推動有助於這個事情，如果有更多病人得到好處，大家就更認同中醫了，執行率太低，將淪為空談。

## **干代表文男**

彰基所提的急診都有那些病？

## **黃代表頌儼**

眩暈，急性痛症，急腹症(腸阻塞)主要是這三個，計畫裡還列了經痛、軟組織損傷、胸悶等，經由急診室醫生排除危急性的症狀；腦中風也有列入。

## **干代表文男**

中醫針灸對腦中風比什麼都有效，希望健保署督促中醫做個標竿學習，讓急診室醫生跟中醫師合作達到目的。

## **主席**

好，沒有進一步問題就進入第三案。

## **報告第三案：107年第2季點值結算結果報告**

## **主席**

代表無提出疑問，點值結算結果就確定了，第四案。

## **報告第四案：108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**

無進一步意見就通過，108 年度照過去 5 年核定點數占率平均來做四季預算分配，第五案。

## 報告第五案: 108 年中醫門診總額研商議事會議召開會議時程案

主席

無意見就通過，請接討論事項。

### 討論第一案: 「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」修訂案

劉專委林義

請各位委員翻至 63 頁，有關預算來源統一用當年度的中醫門診醫療給付費用總額及分配預算品質保證保留款額度，64 頁，因評核會希望在 6 月底前做品保款結算，所以每個總額品保款的結算時點我們都提前，都有跟全聯會開過會前會，在支用條件第二項，提供資料及來源要請全聯會協助，本方案第七點第 4 項、第 5 項、第 8 點第 2 項及第 9 點第 1 項，要麻煩全聯會提供資料，希望提前 1 個月到明年 2 月底，有利於結算時效。

主席

全聯會 ok 嗎? 可以，好，再來。

劉專委林義

另有關申報點數之核算基礎，點數都是截至明年 1 月底。

主席

原本是 3 月改至 1 月，差別是?

劉專委林義

原本到 3 月還會有一些補報，影響不大。

主席

可以? 好，改成 1 月，接下來。

劉專委林義

66 頁，不予核發品保款之計算方式，第一點，原本是前一年 11 月現在統一到年底 12 月。第三項，統一為以第一次處分日期來認定。

主席



有無意見?無意見修正通過。

### **劉專委林義**

翻過來是指標部分，第七項全聯會建議新增指標，申報2年內無看診患者比率如超過全年看診人數10%，會予以加計10%，右邊有健保署說明，此指標是要拉高初診人數，跟品質比較無關聯外，第二是支付標準規定超過10%申報比例是不給付的，這邊指標是否跟支付標準原則相違背?第三是統計106年度會有多少院所符合指標，目前約5成，指標最後是否增訂看大家討論而定。再來是有關行動支付指標，這項屬於國發會推動的國家政策，今年在所有總額部門品保款都列入新增指標提供誘因，中醫這邊同樣提到需要基層診所當年度至少一筆行動支付證明，加計5%，等等也請大家併同討論。

### **主席**

請全聯會先說明第69頁的新增初診指標，以及跟品質的關係。

### **陳代表憲法**

新增這項指標是針對利用率，考量現在初診申報數據比較高，當初超過10%不給付的共識西醫、牙醫都有，初衷是鼓勵初診時提供較詳細的問診等高品質服務，提出增定初診指標除了想增加利用率以外，也希望兼顧服務品質，想聽聽大家的意見。

### **主席**

請問鼓勵2年內未看診病患再出來到診所看診是否有需要?也許他健康無需求或是搬家了，或是到其他醫院、找到替代方案都有可能，如果列在這還給10%這麼高的加計比例，大家拼命把病人找回來看診，有必要嗎?請問王老師覺得如何?為了讓病人多一點回來，這跟品質的關係與意義?

### **王代表惠玄**

這項指標以增加新病患為目的，考量就醫人數是逐年下降，也是委員會關注焦點，就擴充中醫照護涵蓋層面的角度而言，應該是正向的，但很難排除醫師就關懷面詢問病人要不要回診是否必要的疑慮。有沒有可能就檔案分析來看，如果是2年未就診中醫的病人因不同診斷看診，可能更符合全聯會提出之新病人定義，一切都要看申報資料裡有

哪些訊息，可以鑑別這兩類不同的病人(原病人有醫療需求或是招攬來的新病人)。

### **陳代表旺全**

王代表了解我們的心情。中醫目前最被質疑的就是就醫率下降，換個角度，假設一個中醫名醫很會看病，他2年內再把病人找回來機會一定很少。現在國健署關心民眾健康，如果還有餘力，針對2年內都沒有來的病人寫一封關懷信問他最近好不好，喚起病人回來增加中醫的利用率。如果病人本身很健康也不會再回來就醫，這也是一種對民眾關心的表達。預防醫學上可以提早通知他來篩檢，也許他也有身體狀況就回來就診，我們及時介入後緩解病痛，也許他就不用進入長照反而省不少錢，應該是基於這樣的概念，鼓勵民眾沒事就來就診，我想機率不會太高。

### **主席**

大家還有沒有其他意見?呂醫師。

### **呂代表世明**

中醫以往被詬病利用率低落，全聯會很認真想提升，理事長跟所有委員很認真研究，如果服藥沒效果，我想病人也不會回來，如理事長說，我們希望做到預防醫學，如果主席不認同，我們當然尊重，但是希望不要設上限10%，如果診所很認真，有很多初診病人，那給他相對的鼓勵未嘗不可，以上。

### **李代表純馥**

A90 這個支付項目有限定不超過10%，品保款這邊如果規定10%以上額外加給，指標設計跟現行支付標準有扞格，是否要再思考?另外有些專案計畫不會申報A90，定義上可能還需要再討論。正如主席說，這是一個利用率展現，放在品質這邊有點奇怪。

### **主席**

你們在A90的初診是什麼定義?兩年內院所沒有看診紀錄，再回來算初診嗎?這個初診是兩年內沒有回來就算初診了。

### **陳代表憲法**

初診包括從來沒到院所看過病，以及雖然來看過病，但是兩年內沒有回診，都算在裡面。會訂這個指標是因為 A90 申報就是 10% 比例內才有加成 50 點，那超過的部分不能給付；如果再往下算，超過這個 10% 的部分才列入品質指標裡面。要篩資料來算那些人是超過 10% 的初診病人。

## 主席

我們沒辦法知道那些是超過的。支付上不加計 50 點，就跟一般一樣。

## 王代表惠玄

不好意思，根據資料 74 頁這邊的註 7，分子、分母定義可以再討論一下嗎？因為分母照全聯會表達意見是歸院所；院所就診病人中，分子是病人，是兩年內完全沒有看中醫還是兩年內沒到這家院所看中醫?? 如果作院所歸戶，那主席擔心的路邊問候或是電話問候，單就預防保健方面並無不可，但能不能算是品質提升，我覺得有商榷的餘地；即使病人兩年內都無身體不適，經過我們問候邀請後回診，發現新的病徵也同意留下來治療，某方面也表示病人肯定院所的照護品質。

假設說我們想要鼓勵新就診的病人，建議分子是不要歸院所(全國歸戶)，不管是不是這個院所的病人，只要他過去這兩年沒有看過門診，不一定包含西醫門診，前來就診就表示這個病人是肯定這個院所的照護品質，而且願意留下來繼續接受治療，這樣品質比較符合全聯會的期望，在操作技術上，分子、分母定義是不是有可能這樣調整？當然更積極一點建議再鎖定 ICD-10-CM，不過這行政上有點太過瑣碎了，那至少在操作面分子、分母的定義跟計算方式是不是可以再討論思考一下？謝謝。

## 陳代表旺全

好，大家都非常熱烈討論了，我們今天暫時擱置，回去詳細的商討以後再提出，好不好？謝謝。

## 柯代表富揚

議程第 68 頁，條文的第 8 點的第 2 項建議作文字修正：這邊寫到其適用對象為經衛生福利部中醫藥司『中醫醫療院所負責醫師二年以上醫師訓練合格』之醫院，其實還有診所，希望文字上修正為院所，符合實際情形。

## 主席

好，請問大家有沒有意見？無意見就同意修正。

## 千代表文男

我講一個比較在外面的觀感，比如說兩年內沒有看診就請他回來看，現在健保的看診次數已經達到 15 次，他一直要壓低下來，這樣好像跟健保政策是互相抵制的。如果是要提高品質加計 10%，這個還可以接受，因為中醫的看診費、藥費不高，如果光兩年沒有看就邀請他回來，再用初診名義給他加上鼓勵，好像對健保政策是互相抵制的，最好能夠用提高品質方面來獎勵，因為整個是總額，全部也就是那些錢，如果說就醫率不足就把病人叫回來好像又浪費，所這一點對社會觀感就比較不好，而且跟健保署的政策不太合，從這些方面來看，應該下次提出來更好，謝謝。

## 陳代表博淵

我想澄清一下：我們中醫師不會特別去搜尋兩年沒來的病人再把他找回來，真的沒那麼閒；比較像是今天我們遇到一個兩年沒來看診的患者，現在出現了，我必需要重新作檢查，品質也是在這個地方產生的。醫師關懷病人並沒有錯，關懷的初衷並不是要把他抓來看，然後創造醫療需求，討論到最後好像有點歪掉了。

## 王代表惠玄

比較遺憾的是單從檔案分析很難看出所謂的 quality difference，當然大家都本著誠心專業角度去看待指標的建立，我們也很難保證全國這麼多專業人員還有院所會怎樣解讀跟使用這項指標，基於保障全民權益與善用健保資源，是不是再評估一下比較好。

## 主席

這個指標建在這裡後，想要拿到品質保證保留款的加成，每個人的做法也許都不一樣吧？如果像陳醫師這樣講，當然很好，那就是自然形成的，表示口碑很好；然後真的給兩年沒有來的人多一點服務跟關心。也許不是每一個人人都跟陳醫師的作法一樣，因為剛剛理事長就有講，我們寫一封信關懷他，對不對？那他想說好久沒有來看這位醫師了，我就回來看一看。

我是說醫師會利用的方法各有不同，光是這樣談一談大家的想法就有歧異，顯然沒有形成共識，關於指標設定後想要達到的目的是什麼，可能用的手段都不一樣，對不對？所以還是帶回去研究一下，如果真的要跟品質扣連，不能只是這麼簡單的敘述，應該讓人家感覺到說你這個沒辦法操弄出來，這樣會比較合理。

## 曾專委玟富

主席，這個指標在上次討論品質確保方案時已經同意新增，品質確保方案只是作整體監測，建議這項指標就先列到品質確保方案中，監測變化情形，一段時間後再考慮把它列到品保款方案裡面去運用，以上建議，謝謝。

## 主席

好，那就一併參考好嗎？今天就保留不增列了。

## 陳代表憲法

現在想提的跟這個指標無關。想請問現行指標中即時查詢病患就醫資訊方案核算基礎加計 5% 的部分，想要瞭解一下，如果明年補助在 VPN 查詢部分診所上限是訂在 1,696 元，想知道一下進度。

上次我有問過中華電信，是說現在還在討論階段，因為很多院所的申報都是採最高級有雙光纖的，目前每個月大概要繳 5,000 多塊錢，如果費用下修到 1,696 元，院所可能要做適當的調整，如果全部都設定在 1,696 元，那也沒有指標達成的意義在，以上想請問一下。

**主席**

好，請醫管組說明。

**李代表純馥**

目前我們還在跟中華電信議價中，因為當時協商是各部門總額各自協商，基層部分不管西、中、牙，我們都是以 1,696 為上限，如果院所願意用高規格的頻寬，超過部分可能要自付。那確實指標部分我們也有在想，既然是補助上限，那也沒必要再用指標去要求達標這件事；可是草案還在研擬中，預計要提到下個月的共擬會議去做討論，那時候會比較明確，其實我們還有個頻寬是 1,980，有的院所也裝了 1,980，最後會訂什麼價錢之後才會比較明確，如果全聯會有需要，我們可以在會前及早通知。

**主席**

好，那新增初診指標部分就先緩議，第 70 頁的新增行動支付指標這項沒有問題吧？

**王代表惠玄**

請問這一項指標是所有總額都要求增列嗎？

**主席**

是。

**羅代表永達**

中醫非常豪爽，我們都盡量不要。

**主席**

其實中醫跟牙醫應該率先做，因為你們都有某種程度的自費，現金交易的機率高一點，那避免現金交易就是要行動支付，所以應該要提供有這種選項，慢慢減少現金交易，那中醫更應該率先，好不好？如果沒有意見我們就通過，好，接下來下一案。

## 討論第二案：「108 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」修訂案

### 韓科長佩軒

從 82 頁議程開始說明，先是修改方案年度。再來是依調查結果修正方案的施行區域，無中醫鄉部分今年減少 5 個鄉鎮市區，增加 1 個(臺南安定區);只有 1 家中醫的總共 74 個鄉鎮市區，與 107 年方案相比增加 7 個，減少 5 個;增減的詳細內容都修在表中。

### 主席

好，那這個部分大家有沒有意見？請詹代表。

### 詹代表永兆

全聯會另外提供一個修正意見，就是統計截止時間希望從 8 月 31 日修正為 10 月 31 日，這樣會更貼近現況。像今年來講，新北市石碇區，跟嘉義東石鄉都是在 9 月、10 月後才開業，如果 8 月就先統計的話，到開會時可能會漏掉 3 個月資料，希望改成 10 月 31 日，比較貼近現況，謝謝。

### 主席

好，醫管組同仁這邊可以嗎？

### 林專委淑範

可以。

### 主席

好，那這邊就修改成 10 月 31 日。接下來下一個。

### 韓科長佩軒

接下來第 85 頁申請資格部分，中醫全聯會提議在獎勵開業的資格條件加上中醫師實績值月平均大於 15 萬(點)，並附註符合 PGY 訓練的中醫

師不在此限，這邊要麻煩中醫全聯會作補充。

### 詹代表永兆

無醫鄉召集人第二次發言：請參考補充說明資料，我們希望把獎勵開業參加院所的資格設定更嚴謹，加上一個條件：健保申報金額含部分負擔最近 12 個月月平均申報金額要大於 15 萬(點)，避免一些現在連每個月 10 萬都做不到的醫師跑去無醫鄉，病人更少那更不可能做到，也避免退休人員到那邊去養老。但是這種設定會擠壓到醫學中心，包括 PGY 的訓練醫師，在 PGY 受訓時通常只看一診、兩診不等，一個月再怎麼努力也申報不到 15 萬點，醫學中心甚至 PGY 的院所基本上在中醫界算是優質，這些年輕的醫師如果進去的話，對我們未來來講整個是正面的，而且他們這些年輕人到了那個地方他會想辦法，符合我們的條件，做不到我們的標準他會去衝巡迴，如果假設那些想退休的去就沒有那個衝勁，所以我們希望優質的醫師進去，但是因為這些優質的醫師初期在醫學中心他只看一診、兩診，絕對不會達到 15 萬，如果沒有這一條，就從前端排除這些醫師了，所以加上這一點，以上。

### 主席

15 萬一天大概看幾個病人？

### 詹代表永兆

差不多 15 個。

### 主席

有到 15 個，一天如果有 15 個算是還可以啦？

### 詹代表永兆

對，因為偏鄉要平均。

### 陳代表旺全

詹主委，你這邊講 PGY，中醫沒有 PGY。



**主席**

應該怎麼寫才符合你們的想法？

**詹代表永兆**

我們按照補充資料的說明貼上去就可以了，『符合中醫負責醫師訓練計畫的醫療院所的醫師，且受訓滿兩年者，參與獎勵開業計畫不受此限』這邊寫到受訓滿兩年，就是怕有些人說我只到那家去一個月就離職，所以我們限制至少在那個地方受訓兩年，這樣會是一個優質的年輕醫師，希望不要把他排除掉。

**主席**

好，請干代表。

**干代表文男**

其實事實上你們中醫系畢業出來，你一定要到醫中去駐兩年，才能出來開業，沒有這兩年還是算有代訓，你現在代訓的待遇有多少？也是等同於 PGY。你現在到各個診所去，患者怕你找一個道行還沒到的就來幫我看，站在消費者立場看也不公平，雖然是偏鄉，好像派年輕醫師到那個地方常駐不公平，在醫院、大都市裡還能學習更多，派到偏鄉學習機會更少，也怕有爭議，問都問不出來，這樣要怎麼辦？

**柯代表富揚**

跟委員報告一下，那個 PGY 當然是指說畢業後的一般醫學訓練，那中醫因為沒有辦法 100%受訓，為了尋找法源依據，所以才用所謂的負責醫師訓練，那在這個條文上的時候，為什麼會用一個「但」字？如果是開業醫師，可以輕易算出他前一年的月平均是不是到 15 萬，如果說今天是新醫師也接受兩年負責醫師訓練了，卻無法計算他前一年的月平均申報點數，所以在這邊加了個「但」字，如果有新進醫師願意到比較醫缺的地方開業，還是獎勵他去，沒有剝奪他工作的選擇權利，才會有這個但書。

**干代表文男**

我另外一個看法，如果站在偏鄉的民眾的立場，你派一個生手來幫我看，感想如何？我們到各個地方去看巡迴醫療，醫生都寫資深的，去這個地方開業的負責醫師，不然就年資久一點的，不然站在消費者立場我覺得不公道，因為新醫生派到那裡去，疑難雜症他看不懂啦！你們稍微思考一下啦！

## 主席

干委員講的也有道理，把參與開業計畫放在符合訓練計畫醫師受訓滿兩年就不受限制，這樣經驗夠不夠？因為偏鄉病人可選擇的就越來越少，那如果年輕醫師留在都會區，可以選擇的多，所以好像感覺也不無道理，有沒有什麼修正的？好，來，詹醫師。

## 詹代表永兆

主席、各位委員，健保應該是要保障大家的權益，如果月平均卡申報大於 15 萬，年輕醫師就是達不到，卡這個 15 萬元限制資格很可惜，其實不只年輕醫師有興趣，很多優質醫師也會去，只是不能從前端把他排除掉。

## 干代表文男

那剛好想的跟你相反，消費者想說你派一個生手去，你是要看好還是要看爛？你要保護他們就業，還是要他來治病？這個是重點。

## 陳代表旺全

當然我們干代表你想的當然不無道理，但是我們預想說既然是偏鄉地區，先求有，最起碼有人去這邊幫忙服務，他去也有一個好處，他覺得說這種病我沒有辦法看，我把你轉診給更有經驗的醫師，分級醫療目的就這樣，我把你轉到某個地方，提供更好資源，這不無小補。

## 干代表文男

如果用這個立場看，中醫的整個生意都會搞壞，他看就沒有效，叫一個小孩來看，叫那個沒經驗的來看，你也叫一個比較有經驗的來看，這整個一竿子就把中醫都打歪了，是不是這樣？你們的就醫率現在都

一直下降，最怕這樣好的很好，壞的沒人看，我們是怎麼來開發這些沒人看的地區也要認真思考，如果說偏鄉叫他去執業，沒有一定程度，怎麼會看得出來？對不對？

### 王代表惠玄

各位代表，要提升品質招募優質醫師用意當然很好，不過這個條文跟申請資格，就像我們在學校的研究所報考資格一樣，不能先在申請資格限定一定要全班前 10 名的才能來，所以申請資格部分是不是先不要限制太多，我不確定無醫鄉是不是很多人來申請開業，如果沒有人申請的話，是不是避免一開始把門檻訂那麼高？如果說在無醫鄉有一家以上排隊進駐，或許我們從審查條件上再從嚴，要不然就找不到人了。

### 陳代表旺全

詹代表他當初設想的是因為我們有保障額度，怕有些去開業的不認真，現在保障最低有 15 萬、你有做 15 萬的本領你才可以來申請，不然等於是浪費掉這些資源，主要是基於這些原因才會想到一些後續的方式，王老師的想法是非常 O.K. 的。

### 王代表惠玄

那就申請的時候不要設限，因為申請的時候還是要填後面附件那一大堆表格，可以實質審查時把他列在審查要件，像是有什麼條件會優先考量，從前端先排除真的是不太好，一下就把滿腔熱誠給澆熄。

### 主席

詹代表只是說業績要達一定的程度，不要說在都會區就沒病人要看了再到鄉下去，對不對？他的意思是好意的，現在變成括弧內的這些字到底要不要加？括弧內的字加進去只是說這些受完訓的人是可以去。剛剛王老師提問，現在到底有沒有人要去？請詹醫師。

### 詹代表永兆

其實無醫鄉目前來講有 30 位醫師在排隊。去年目標是 5 家開業，已經全部進去了。

**主席**

現在還有 30 個人在排隊？

**詹代表永兆**

是，因為遊戲規則裡，經費一年就只容許 5 家進去，基於這個情況下，盡量挑比較好一點的，剛才王代表講，希望你們這些進去的不要 3 年過後就跑掉，如果說前面不把關，業績比較差的本來也做不好，勢必會為了這個保障進來，3 年期滿就跑掉，這樣會很尷尬。年輕人比較有衝勁，現在南投國姓鄉一位中醫師在彰基那邊受訓完畢就進去了，目前還是存活得很好，口碑也不錯；其實年輕人進去的話再怎麼說，基本上對中醫是很正面的，因為年輕人再怎麼樣都會去衝，我們現在有規定，如果做不到多少保障，你要去增加第一個巡迴點、第二個巡迴點，只有年輕人才有那個衝勁，也會去努力，謝謝。

**主席**

申請會經過全聯會先審吧？所以全聯會這邊審核的時候，先卡一個 15 萬就可以排掉一些人，比較好處理，要不然真的太多人也有麻煩。

**陳代表旺全**

剛剛我們秘書長提到括弧裡面「剛受訓滿 2 年者…」，就「受訓滿 2 年…」應該再加一個「剛」字，因為你沒有的話，我也受訓啦，我也外面看了 5 年了，我 5 年沒有看到 15 萬，我因為這個受訓已經受訓滿 2 年了。

**主席**

他是符合中醫負責醫師訓練計畫的醫生，且受訓滿 2 年者。對啊，是不是這個實習計畫才算？

**詹代表永兆**

這句話的意思是說，他至少要在裡面受訓 2 年的意思，不要說有些人只受訓 1 個月就有這個資格了，其實我們目的在這裡。不管你是受訓

後滿3年、4年、5年，我都很歡迎，但你至少要受訓2年，是這個意思。

### 陳代表旺全

我覺得文字上不用再改，這是我們內部審核的相關標準，不管是幾家，我們內部會審核那一家才夠資格去。

### 主席

如果說一個括弧內符合資格，跟一個括弧外符合資格，這兩個人要選一個，你們會選誰？

### 陳代表旺全

當然要做到15萬以上的，再看他的品質好不好。

### 羅代表永達

主席，我們都沒有全聯會瞭解，我剛剛一直在私下請教，現在有27~30家的人在等，如果15萬門檻切下去還剩下很多家，他們內部有很多醫師瞭解、包括能不能配合公會的活動等等，我覺得他們已經想過很多東西，真的懇請大家支持；我們的問題都沒有問到重點，他們想是先處理以後至少30家可以變成15家再去挑，我覺得15萬是合理的，假設我要換新的地方去，在平常時要有相對戰鬥力，或者有相對的服務品質，這已經是一個很好的門檻，接下來細部他們自己會去訂定一些他們活動能力，或者配合程度，我覺得這是他們的事情，我們應該予以尊重。

### 主席

好，經過各方討論，最後就信任全聯會會挑出適合的人去偏鄉服務，但是不要落到每一個派去的人3年結束就又回來，希望能確保他們都留下來，不要每次都為了這個短期的獎勵去那邊沾一下又回來，這樣失去我們照顧偏鄉的美意。這樣我們就支持，文字上就照你們今天提的這個補充資料文字把他補進去。好，那接下來的修改。

## 韓科長佩軒

接下來請大家翻開第 99 頁這邊的第 6 項，他這是講到有關於巡迴醫療服務想要做一個變更，我們想讓計畫變更程序跟計畫申請程序一致，所以我們在這一點裡面加上「向中醫全聯會申請，中醫全聯會再將評估結果送請所轄保險人分區業務組核定」，不管是變更還是申請都先統一向中醫全國聯合會申請審查，以上。

## 主席

好，這個沒有問題吧？那就通過。

## 韓科長佩軒

接下來請大家翻到第 102 頁，在支付方式的獎勵開業計畫裡面的 A 項，原本這個計畫裡有訂定，在承辦計畫後的 7 個月、13 個月、25 個月裡面，未達保障額度成數的折付規則；現在中醫全聯會建議改成連續 2 個月核定的總點數未達保障額度的成數才予以折扣。第二點也是因為我們在去年的新增條文，如果沒有達到保障額度的成數，次月就要在開業鄉鎮提供一點巡迴醫療服務計畫，也因為在開業鄉鎮找一個巡迴點不太容易，全聯會希望把在開業鄉鎮部分把他刪除。

健保署意見認為，我們現在總共有 12 家獎勵開業的院所，有 3 家是單月未達保障額度成數要求而提供巡迴點，如果照全聯會的方式去修改規定，這樣就會多付 3 個月的費用，也就是 24 萬元，我們建議這部分還是維持原案，當月申報額度沒有達到成數我們就折付。另外針對這點如果沒達到的話，就在該鄉鎮開一個巡迴服務點，我們也體諒其實找這個巡迴地點非常不容易，分區也提意見，為了讓巡迴點比較好找，我們在 104 頁這邊加上但書的條文「惟若特殊情況，得專案向保險人分區業務組申請至鄰近本方案之實行地區提供巡迴醫療服務計畫」，這樣就會有一些彈性，以上。

## 詹代表永兆

這邊尊重健保署的決議，可以。

## 主席

好，如果是這樣子的話，各位代表有沒有其他意見？沒有的話就通過，接下來。

## 韓科長佩軒

請翻開第 108 頁，這部分是巡迴醫療論次支付方式的給付規定，原本的條文是若是離島院所至同一縣市的船程或車程是 20 分鐘之內的話，論次的支付點數打 8 折。現在中醫師全國聯合會有提到，發現金門烈嶼鄉是 3 級的離島，醫療院所至離島這邊來做巡迴的時候，因為他的船程是小於 20 分鐘，所以打了 8 折之後點數變為 10,560 點，反而低於原本 1 級離島的費用，建議說不要打折。健保署意見是說，如果打折後低於 1 級離島支付點數的話，我們就以 1 級離島支付點數來計算，以上。

## 詹代表永兆

這題原來設定是離島的院所去巡迴醫療離島的離島，20 分鐘路程也是充滿危險，去離島的離島畢竟那船會更小，原來我們這樣設計，費用無法反映出去的高風險；如果把整個折付規定刪掉最好，我們本來是建議通通刪掉。

## 主席

依健保署規定改掉的結果可以拿到多少？

## 詹代表永兆

差 2 千多塊錢(13,200-11,000)。

## 柯代表富揚

如果說我們是以車程 20 分鐘去作規定，事實上是就近提供離島服務還是從金門過去會比較近，相對來說路程就會在 20 分鐘以內，可是事實上風險好像不能用 20 分鐘去做界定。如果他當地過去(離島到離島)，就因為船程 20 分鐘去把他限定，就少給人家錢，是不是可以把 20 分

鐘規定拿掉，這樣子就可以符合目前情況。

**主席**

好，看起來就差那麼一點點，業務單位可以嗎？

**林專委淑範**

其實我們也很支持去離島的離島提供服務，會有這樣的建議是因為牙醫跟西醫基層也有這樣折付的概念，當然拿掉我們沒有意見，因為一年增加的費用其實沒有很多，大概就 4 萬塊錢，都在預算之內，先補充說明。

**主席**

那大家的意見呢？已經到離島的離島就不要太苛求了，那我們就照全聯會的意見好了。接下來下一個。

**韓科長佩軒**

請翻到議程第 110 頁的第 6 點，健保署希望我們現在目前巡迴醫療的門診日報表配合論次費用申請表送的時間改成 20 號，讓上傳時間一致，以上。

**主席**

好，這個部分大家有沒有意見？無意見就通過修訂，接下來還有嗎？

**韓科長佩軒**

結束了。

**主席**

好，請接第三案。

**第三案：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」  
之專業醫療服務品質指標案**



## 曾專委玫富

請各位代表看紙本資料第 139 頁，原則上這是延續上次討論中醫總額支付制度品質確保方案專業指標的增修訂案的第二次討論，上次其實已經對要增、要修、要刪那些指標都已經有明確結論，只是其中有 3 項指標當時建議要修參考值上次會中無共識，另外 2 項指標後來有保留繼續監測，也要一併檢討參考值，留到這次會議討論，我們有函請中醫全聯會提供這 5 項參考值的建議，全聯會也有函覆，建議依前 5 年平均值都 $\pm 20\%$ 來訂定，會議資料第 141 頁這個表就是把包括剛剛講的 5 項參考值，還有上次已經討論有共識的做一次合併綜整。包括第 141 頁刪除使用中醫門診癌症病人同時利用西醫這項指標；另外請大家看第 142 頁到第 144 頁，總共 5 項指標除了統一排除條件以外，另外就是要修訂參考值，還有刪除第 145 頁的中醫藥袋標示指標。另外有 2 項新增指標，包括健保雲端藥歷系統查詢率，以及剛品質保證保留款裡面討論的申報 2 年內初診患者人數比率，上次已經同意新增了，剛剛在品質保證保留款方案討論時這項指標的分子定義在第 74 頁有更詳細的敘述，有關『申報 2 年內初診患者人數比率』操作型定義分子我們可能就比照第 74 頁的內容增補進去，以上說明。

## 主席

好，這部分大家有沒有意見？如果沒有意見的話，就是前面通過的部分就照樣修正，至於 2 年內初診患者人數比率這個部分，如果上一次有提到修正的話就一併修改，因為可能回去這個指標到底要如何定義會比較洽當，下次會議再說，好不好？其他大家有沒有意見？

## 曾專委玫富

所以就等這項下次討論後，再所有增修訂內容一併報部？

## 主席

對。好，其他大家有沒有意見？沒有意見我們就通過了。

## 陳代表旺全

想徵詢主席跟各位代表的同意，因為第 4 案跟第 5 案的代表有急事要先離開，我們把第 5 案提前討論可以嗎？

**主席**

好，那就從第 5 案先開始。

**李代表純馥**

請支付科簡單說明一下。

**討論第五案：全民健康保險中醫門診總額癌症患者加強照護整合方案**

**修訂案**

**王科長玲玲**

第 5 案是中醫師全聯會檢送癌症病患加強照護整合方案的修訂內容，這次全聯會提出部分主要是將原本乳癌試辦計畫增加了一些 ICD-10 的代碼，等於是擴充部分適應症，針對肺癌病人也增加了一些特定適應症範圍。另外也針對癌症患者中醫門診加強照護計畫需在收案 3 日內完成前測，90 日內完成後測，每滿 3 個月執行一次的規定修改為 60 日內完成後測，之後每滿 60 日需執行 1 次；另外疾病管理照護費由現行的限 3 個月申報一次，現在改成限 60 日申報一次。

再來就是支付標準 P56007 規定，要求在前測(收案 3 日內)及後測(收案 3 個月內)完成量表的這段，現在改成收案 60 日內申報一次，而且完成量表。健保署意見主要針對這項專案 108 年預算總共是增加 6,300 萬總計 1.66 億元，按照總額協商結果，希望可以朝落實全人照護，而且是加強 3 項癌症照護計畫作實質整合，並研議癌症計畫適應症的周延性，以照護有中醫需求的癌症病人；再來針對疾病管理照護費跟生理評估費申報頻率由現行 90 天放寬到 60 天申報，希望全聯會可以考量他的妥適性，同時對於本計畫增加照護人數以及照護品質上能夠再行評估。針對全聯會提出這些擴充適應症的部分，按照現行計畫的財務影響評估來看，108 年的申報費用大概是 1.497 億左右；如果按照全聯

會修訂內容去放寬，乳癌方面會增加 37 萬 7,440 點、在肺癌方面會增加 10,331 點。疾病管理照護費這段，如果是由現行 90 日申報一次放寬到 60 日的話，等於是從 4 次增加為 6 次，這樣預估增加費用會是 2,720 萬左右，這樣整個計畫就會達到 1.77 億，超過預算大概 1,100 萬左右。

## 主席

謝謝。在病人沒有增加的情況下，新增預算就用完了，我們本來協商增加預算是希望多照顧一些病人，不是單純增加頻率，把增加的預算通通用完，這樣子不太好吧。

## 呂代表世明

主席、各位代表大家好，跟主席、委員報告一下，第一個部分，我們在病名碼的部分這個是跟乳癌還有肺癌相關的病名，當時我們並沒有對 ICD-10-CM 那麼熟，這邊是補列，我想在病名碼部分應該沒什麼爭議；第二部分是把 3 個月變成每 60 天的申報頻率，主要是現在治療癌症的病人，例如像放療期間大概每個療程大概會有 30 幾次，扣掉週休二日，治療時間大概 7~8 週，治療期間變化很大，理想上評估本來每個月要監測一次，作一次評估，可是經費有限，每個月評估一次大家也不會同意，所以我們把評量評率折衷到 2 個月 1 次，原則上放療 2 個月左右可以結束，病人這個時候來，經過放療在他還沒完全結束前，中醫介入比較可以如實呈現他的治療效果。今天如果說我們等到 3 個月，他最後一個月根本沒有做治療，很難評量經過中醫治療，療效產生什麼變化，這次修訂是希望在癌症部分呈現一個比較如實的報告。另外有一些乳癌或是肝癌的免疫療法，例如乳癌很多最後會每個月打一次補骨針或打一些停經針，打針時症狀變化會比較大，如果經過 3 個月他的症狀已經都不一樣了，沒辦法如實呈現我們當時設定的像生理狀態，第一個題目「我精神不好嗎？我有反胃情形嗎？我對這個治療的副作用會很高感到困擾嗎？或者我覺得身體非常不適嗎？或者我會因病被迫要休息」，所以我們在整個生理評估狀況相隔時間越久的話，越無法如實呈現我們中醫的介入情況。

我特別找到昆明醫學院、公衛學院他們有做一份表，針對癌症患者生命質量測量表 FACT-G 版中文版的評鑑，裡面有提到測試，特別是這個評量表在 1 個月的評量效果最明顯，可以顯示出他的有效度跟無效度，可是我們因為經費的問題不方便比照，所以延到 2 個月來做一個評量；還有在疾病管理照護部分，現在有很多患者是幾個兄弟輪流照顧，這一次他來我跟弟弟交代、結果下個月照顧者換哥哥我又要再衛教一次，尤其是放化療期間的飲食，很多白血球降低、血紅素降低、免疫力不足鼓勵大家多吃牛肉，可是當化療結束後，絕對像腸癌、消化道系統腫瘤絕對不能吃紅肉，他復發率真的會增加，尤其很多衛生組織都有發布這些實際上的警告，所以我們在衛教部分會反覆不斷的去教病人，所以才會提出這個，跟各位委員還有主席在這邊報告說，為什麼會把 3 個月變成 2 個月，因為癌症的治療跟一般慢性病不一樣，不是說你 3 個月來檢查、來抽血一次就好，他幾乎每個月都在變化，以上跟各位報告，謝謝。

### **千代表文男**

聽呂醫師講很有道理。超過這個錢也留在專案裡自己吸收，不夠的話明年再編多一點，是不是這樣？

### **陳代表旺全**

健保署同意修訂內容的話，就這個點值降低而已。

### **主席**

我們希望有更多病人受到照顧。

### **陳代表旺全**

本來 107 年要求要增加 3 種癌症，已經照顧更多癌症病人了。現在因為適應症跟照護頻率有調整，原來的預算金額還不夠啊！

### **呂代表世明**

再跟主席報告：剛開始很多部分我們只是試做，希望把做出來的成果如實呈現，這是我的想法。其實在錢的部分，最後算出來的申報點數可能就是多一些而已，其實不會差距太大。整個 1 億 7 千萬裡，多了 1 千萬，這樣點值差距大概 0.9 多，這也是我們自己吸收，不會用到總額這一塊，以上跟大家報告。

## 陳代表旺全

原則上總額協商時也有提出來，當時在總額協商時候增加三項適應症，這邊又增加。如果健保署同意，健保會是否會同意？健保會不同意就不行了啊！所以今天要照原來的方式，而且要加。因為當時健保會同意這個費用有增加三項適應症。

## 呂代表世明

這邊只是病名碼補充而已，原本跟乳癌、肺癌相關的診斷大家沒有寫清楚。

## 主席

但是可以多收一點病人數，我的意思是這樣；不一定是新增別的癌症。希望同樣這些癌症病人，應該多一點得到你們的照護，重點是這些錢應該用在那裡。

## 呂代表世明

我們只是增加乳癌相關跟肺癌相關的癌症診斷碼。這個沒有增加什麼多的項目。

## 主席

我理解，就是點值下降，但是就會變得比較沒有誘因。當時這個預算是希望多照護有中醫需求的癌症病人。這是重點啊！現在就變成有這個預算，而我們修正現有支付標準也會消耗掉預算，這樣就有點可惜了。

## 王代表惠玄

謝謝呂醫師的說明，增加符合收案對象的照護病人數，這是很好的建議；有關疾病照護管理費呂醫師提到的困境，我也可以體會。不過按照健保署同仁的試算，申報上限可能一年來到6次。如果是因為照顧者的變動，增加疾病照護管理費申報的頻次跟期限縮短。如果我們現在把申報的間隔縮短，例如放寬到60日申報一次，但是全年度上限是4次，這樣可不可以？這樣是不是預算相對可以不要超過那麼多？主席擔心的部分很可能發生，因為點值一掉下來就沒有意願參與，這是很實際的問題；如果能在制度面設計好，點值不會太低的話，有助於院所醫師加入這個方案，然後真的能照顧更多的病人。

## 羅代表永達

主席，我想他們想表達的一件事情是，他們認為一定要把這個頻率作修正後才能把事情做得更好。有時候把事情做好比做得多還來得重要！現在整個中醫的氛圍裡還是拿不出一些好的實證，包括昆明醫學院的報告裡說，一定要做到這麼多次的測量、相關衛教以後，效果會比較好，而且會有明顯差異。我個人很尊重全聯會，既然有新的證據出來，我個人建議能夠真正做好，不要去想能多服務多少病人。整個做好了，將來有好的數據出來再去說服健保署。明年假設他們做得能拿出成績來，我們到時候再來推廣，而不是現在這個時候，因為我們當時是這樣的決議要照顧更多病人，但是我們明明知道有一個證據告訴我們要這樣做才對，我個人比較支持全聯會現行的方式，以上！

## 呂代表世明

謝謝羅代表還有王老師的提供意見。我們希望能夠把資料更精確分析出來，就像羅代表所講的，希望中醫能夠做一些讓人家能夠認同的資料，這是個人的想法。謝謝！

## 主席

王老師提的是如果你真的要 60 天申報一次，那是不是一年最多申報 4 次。

## 呂代表世明

當時是因為剛試辦，大家參考別的專案都是三個月申報一次照護管理費，可是癌症專案不一樣，它的變化真的太大了，尤其最近介入一些免疫療法，很多免疫療法搞不好這一個月做，下個月人就沒來了。我們真心希望中醫介入能夠幫助很多病人。

## 主席

現在的重點在評估時點是 60 天比較恰當，對不對？那評估的頻次一定要 6 次嗎？還是因為變成 60 天，湊滿 60 天所以一年是 6 次，我們的評估要幾次才能收集到完整的數據？

## 呂代表世明

因為我們當時收案條件已經有限制放、化療期間跟開刀一年內，所以，這個頻率如果沒有那個資格在就自動消失了，沒有所謂頻率問題。假

設在開刀一年內或是放、化療期間，他已經結束療程，他也不能做這樣的治療。

**主席**

所以不會每個人都用滿 6 次。

**呂代表世明**

真的不一定每個人都用滿 6 次。數據的計算我們全部都在做。

**李代表純馥**

現在針對評估的部分，你們希望能夠依照 guidance。是不是大家折衷一下，疾病管理照護費主要提供衛教，這個部分稍作退讓，維持原來的頻率？其他所謂前後測的部分或是要加強相關指導，那部分就維持你們把間隔縮短的提議。可是疾病管理照護費，在其他的專案都有在申報，考量衡平性看其他計畫大概也都是 3 個月報一次，我覺得這個會引起其他專案覺得不衡平，是不是這部分全聯會同意退讓？至於前後測那一塊，如果有 guidance 建議依照病人病程去做資料收集跟評估，那我覺得可以來做一下討論。

**呂代表世明**

謝謝主席和組長的幫忙及協助，原則上沒有問題，只是我們考慮，疾病管理照護費如果維持 3 個月一次，評估 2 個月一次，大家會亂掉。其實疾病管理照護費也才 500 多點，平均下來費用影響不大，加上專案預算超過部分，我們會自行點值浮動吸收，不吃到一般預算。我希望主席讓我們去試試看，看它實際上的效果如何呈現？

**主席**

這裡估算是每個人都從 4 次變 6 次，說不定有些人連 4 次都做不到。如果是這樣的話，我們就尊重你們的提議，把計畫做好。然後呈現效果。當然很重要的是一定要多照顧這些病人，千萬不要因為預算用完，讓病人沒機會接受照護。那第五案就修正通過，謝謝。再來回到第四案，請說明。

**第四案：全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫條文修正案**

**主席**

好。本來只要調每日藥費，現在又全面調，包括針灸、傷科、脫臼，還有複雜性傷科處置上限。那有沒有什麼意見？請巫醫師。

**巫代表雲光**

這個支付標準，我們第一個一定調藥費，這個是協商的項目。第二個就是針灸傷科、脫臼處置費。首先中醫支付品項沒有很多，最大宗就是診察費，算是內科相關。另一個就是針、傷科處置費，因為今年已經把診察費調高，所以按照支付費用的連動及衡平性，接下來有剩餘的錢就會挹注在針灸、傷科、脫臼處置費的區塊。我們也同意署裡面的試算。如果每一次多 12 點的話，它是不超過預算的。原則上，全聯會這邊是不堅持調升 15 點，同意在預算內調升 12 點，這邊先做說明。第二複雜性傷科部分，97 年我們合理量是訂 16 人次，這是每位專任醫師以每個月為前提。102 年我們把它調高為 30 人次，而現在 108 年我們想要再調，已經間隔 6 年了。從 30 人次調到 60 人次，看起來好像增加一倍，但其實每位專任醫師每天只有兩個名額可以去申報。為什麼全聯會要去調這個？第一是我們傷科目目前來講，有執行傷科都是醫師全程操作，因為助理人員早就離開了，同樣在傷科服務跟針灸的服務，不管是耗材還是花費時間也好，同樣一位醫師一天的傷科服務量跟針灸服務量，其實會有明顯差距。所以這邊我們也希望去鼓勵。然後對費用的影響也不大，大概是 100 萬。希望能夠鼓勵中醫師執行傷科，能給執行中醫傷科的中醫師比較好的服務跟環境，也給他比較高的點數，合理量上限從 30 人次調整到 60 個人次，以上說明。

**主席**

謝謝說明。那第二部分，針、傷、脫臼整復的支付點數調升 12 點。其他的就是維持原來提議，那大家有沒有其他意見？業務單位可以嗎？好，大家都沒有意見，我們就支持通過了。我們今天的議題都討論完了，有沒有臨時動議？理事長請。

**伍、臨時動議:108 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案**

**陳代表旺全**



我們今天比健保會提早一天開，明天健保會會討論六分區的預算分配，我們也已經把相關議案陳送到健保會了，跟以前一樣，我們也是遵照主席以前一直提示的，相關風險基金金額今年提議比較少，只有3,200萬，一定先用在補偏遠地區院所的點值，先保障他們。另外把補完剩下來的錢放在比較高就醫率的地區，這個提案已經送到健保會了。我希望這個事情，如果說健保會照案通過，那我們希望今天大家追認，就不用再追加開一個會議，這樣不用所有代表都為了一個議題風塵僕僕地趕來，這樣可以嗎？我也徵詢過健保會相關委員了，謝謝。

**主席**

好。

**許代表怡欣**

其實報告案做了很多很棒的 PPT，可是今天議程出來效果不好，是不是有機會把檔案轉成 PDF 呈現，視覺上效果會比較好。

**主席**

好~那這點下次改進。謝謝許老師，那我們今天就到這裡，謝謝大家。