

「中醫門診總額研商議事會議」107年第2次

會議紀錄

時間：107年5月17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)

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
王代表惠玄	王惠玄	許代表怡欣	許怡欣
干代表文男	干文男	陳代表志超	陳志超
朱代表日僑	朱日僑	陳代表旺全	陳旺全
江代表瑞庭	江瑞庭	陳代表瑞瑛	請假
何代表紹彰	黃科峯(代)	陳代表憲法	陳憲法
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	蔡素玲(代)
李代表純馥	李純馥	黃代表頌儼	黃頌儼
林代表展弘	林展弘	黃代表蘭嫻	請假
施代表純全	請假	楊代表啟聖	楊啟聖
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	詹永兆
胡代表文龍	胡文龍	劉代表富村	劉富村
張代表瑞麟	蔡淑貞(代)	羅代表永達	羅永達
許代表中華	劉佳祐(代)	羅代表莉婷	羅莉婷

列席單位及人員：

社會保險司	蘇芸蒂
全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
台灣醫院協會	吳洵伶
中華民國中醫師公會全國聯合會	顏良達、王逸年、賴宛而
本署臺北業務組	馮震華、陳淑華、林雨亭

本署北區業務組	陳盈庭
本署中區業務組	林淑惠
本署南區業務組	洪穰吟
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	曾玫富、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	劉玉娟、劉林義、韓佩軒、 洪于淇、吳明純、劉勁梅、 鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

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。

第三案：106年第4季點值結算結果報告

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表：

項目	浮動點值	平均點值
分區		

分區 \ 項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.94486284	0.96220025
北區	0.96916565	0.98006898
中區	0.93117476	0.95282965
南區	0.99236001	0.99507620
高屏	0.95666648	0.97143946
東區	1.29114466	1.20000000
全區	0.95846855	0.97214878

- 二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。
- 三、中醫門診保留款分配作業已完成，分配後餘額 15 元為四捨五入之差值，無保留款餘額。
- 四、各季參數表及結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案：增修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務指標

決定：

- 一、同意「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」、「使用中
醫門診者之平均就診次數」及「於同院所針傷科處置次數每
月大於 15 次之比率」三項指標，統一排除條件如下：
 - (一) 職業災害(案件分類 B6)。
 - (二) 預防保健(案件分類 A3)。
 - (三) 其他部門：提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫(任一特定治療項目 JA、JB)。
 - (四) 中醫特定疾病門診加強照護(案件分類 30)。
 - (五) 專款項目之案件：

1. 中醫門診總額醫療不足地區改善方案(案件分類 25)。
2. 中醫其他專案(案件分類 22 且特定治療項目為 C8、J7、J9、JC、JD、JE、JF、JG、JH、JI、JJ)。

二、其餘指標照案修訂。

三、日後如有新增專款試辦計畫項目比照排除。

四、代表建議「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」是否進一步用同診斷或同就醫科別判定及各項指標參考值是否修訂使其更加合理並達品質稽核之目的一節，請全聯會攜回研議。

肆、討論案

第一案：修訂「107 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」附件 1-1 及 1-2 施行區域案

決議：

- 一、通過「台南市安定區」變更為無中醫醫事服務機構之鄉鎮區。
- 二、「107 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」附件 1-1 及 1-2 公告之施行區域如因醫事服務機構異動導致區域新增，經本署及全聯會同意後提至本會議報告，即可開放符合資格之中醫師申請，不需另行公告。

伍、臨時提案：本次會議日後將採無紙化會議進行之細節研議

決議：請健保署確認各代表之連絡方式，以確保各代表於會前均可收到議程電子資料。

陸、散會：15 時 25 分

柒、與會人員發言摘要詳附件。

與會人員發言摘要

主席

各位代表、同仁午安，今天要開中醫總額研商議事會議第2次會議，現在會議正式開始。請先看第4到7頁的前次會議紀錄，內容沒有問題就確認。接下來請接報告事項第一案。

劉林義專門委員

跟各位委員報告：之後為響應環保，從下次會議開始採用無紙化，大家可以看到前面的平板，可以先試用一下；這次還是有發紙本，其實平板使用上非常簡單，我們將從下一次會議採用全面無紙化。

報告第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

謝謝宣讀。全部項目都建議解除列管，平板操作有問題的代表請舉手，同仁會上前協助。請問決議事項辦理情形大家有沒有意見？沒有意見就解除列管，進入第二案。

報告第二案：中醫門診總額執行概況報告

主席

健保署要補充說明嗎？

劉林義專門委員

我們檢視了這一季專案執行情形，兒童過敏性鼻炎照護計畫才執行150萬點，進一步分析情形請參考各位手邊補充資料，106全年兒童過敏性鼻炎收案上還是有集中在特定院所，收案人數大於100人的有2家診所，50-100人有8家診所，所有申報鼻炎照護的院所收案人數中這10家就占了快一半，其他家的收案人數都是50人以下，全年收案低於10人就有55家，因為過敏性鼻炎從105年的第4季開始，所以我們可以看到105年第4季的收案照護人數達1,400人，可是到106年各季其實都逐漸下降，今年第一季是528人，以上供全聯會參考。

主席

好，以上是執行概況報告，請問各位代表有沒有要提問的？請干代

表。

干代表文男

請問過敏性鼻炎收案那麼多，成效到底怎麼樣？如果成效好，明年要不要增加預算？因為那個 PM2.5 很嚴重，尤其是中部，定居下來要很有勇氣，濃煙似霧是很平常的事情；如果有成效就可以擴大辦理，如果沒有成效那預算該付的也都付了；剛才那個報告裡說不夠普及，這個案子我提出來的想強調一下，在我的看法裡如果用的人不多可能是宣導不夠，請問業務單位有成效的報告嗎？

陳代表憲法

這邊說明一下，過去在申報上有一些問題，全聯會今年做了一些調整，同時理事長也請各區認真去申報，過敏性鼻炎改變申報方式是從 2/1 公告，公告前我請電腦公司積極處理，他們反映沒看到公文修訂方向就沒辦法預先處理因應；申報程式都要依據新的申報方式去寫，2/1 公告後 HIS 廠商花了一些時間修訂程式，3 月之後才能正式申報，這樣的數據呈現當然還有努力空間，那第二季我們再來觀察看看，我們也會請各區更積極配合，我個人發現的小小問題也希望再跟健保署討論看要如何處理，以上。

干代表文男

想請問陳代表現在鼻炎治療成效怎麼樣？

陳代表憲法

謝謝干代表一直以來關心鼻炎專案。整體成效要等整個數據出來後再來看，但依我本人診所執行的情況，如果小孩子有認真吃藥，回來追蹤的結果事實上是不錯的，小朋友特有的問題是：年齡越小可能會因感冒而中斷療程，不論是看中醫或回頭看其他醫師，他在吃藥的部分就會中斷掉，要重頭再來。我們會問他之前吃藥後的情況如何，大致上都覺得有改善，後續療程如果中斷超過 21 天的話申報會有問題。初步看起來我們過敏性鼻炎在治療上成效其實是不錯的，縱使現在是用科學中藥，照護上也還不差，我們會繼續再努力。

胡代表文龍

這邊我補充一下，針對過敏性鼻炎，我們的療法是像三伏貼等穴位療法加上給藥，經由這種整合性的療法，檢測病人 IgE 也就是與過敏有關的免疫球蛋白，通常我們在夏天施行三伏貼，每作完一次等

到冬天時病人的 IgE 指數通常就會減半；依照我們過去經驗來說，提供過敏性鼻炎整合性治療效果是可預期的。

羅代表永達

各位午安，兒童過敏性鼻炎在中醫的研究中已經幾十年了，從我們當學生時，就有很多論文是過敏性鼻炎與 IgE 的影響。但我剛才看到議程裡醫院層級的執行情形似乎比較少，其實抽 IgE 並不困難，三家醫學中心才照護 19 個人，每家醫院一個禮拜照護還不到 1 個人。事實上這是中醫少數有被證明療效的東西，不論是從客觀證據或症狀來看都有實證療效，在台灣或大陸都有相關數據；我認為醫院中醫科要負很大責任，醫院的中醫部門似乎應該多努力。

第二是病人數成長率的部分，好幾個分區都負成長；西醫幾乎所有人從出生到死亡幾乎都會一直用到，中醫跟西醫不同，如果沒能把中醫的優勢好好傳達出去，使用的人數一定會逐漸減少。我最近耳聞部裡面很多單位有跟教育部做連結，如果中醫是我們所認可的國粹，將來臨床上有一席之地，似乎也可以依循這個方式讓全民知道中醫有很多好處，不只是附屬醫療而已，而是另一種治療的方式；我覺得這是中醫界很重要的責任。

干代表文男

我鄰居有好幾個都有去治療，自覺效果也不錯；中南部執行相對較少可能是宣傳不夠；剛才羅院長也講了，如果效果不錯，明年在編預算時能夠增編，也希望中醫的實證能夠多提一點，讓大家在評核會裡知道這個治療有效，進而發揚光大，謝謝。

陳代表旺全

首先感謝干代表跟羅院長提醒。第一點專案使用率部分，好不容易教育部的課綱列入中醫，經過很多努力後，這次真的編入了課綱；第二是宣傳中醫的部分：全聯會真的很賣力在宣傳中醫，到各個政府機關都是。至於療效部分，在預算跟時間都很有有限的前提下要顯示療效真的沒這麼容易；IgE 減一半是效果明顯的，有些效果不那麼明顯，也還在誤差值裡。再來我們規定也非常嚴，有些人過敏性疾病，在上課期間要請假才能去看門診，就是因為台灣人很注重學業，健康順位不見得一直會擺在前面。診所也只能選擇晚上不用上課的時間開診，小朋友會因為功課寫不完延誤門診；就算我們醫師勸告他們

根治打噴嚏、流鼻水這些症狀後，人舒服了功課才寫得快，也不一定聽。這就是我們面臨到宣傳的難處，秘書長跟我已經投入相當多心血，癌症、長照跟過敏性鼻炎都是宣傳重點，我現在是以一個相對強制的方式請分區加強推動，剛剛醫院的代表也特別提到希望醫院加強推廣，這也是我們一直在拜託的，之後團隊也會繼續努力，謝謝。

干代表文男

希望健保署跟一些醫院幫忙宣傳，加強聯繫。剛剛聽這麼一講，是分配而不是自動來的，如果能從前端分配分區院所專款執行額度也很不錯啦。現在小孩生很少，每生一個小孩就要很多錢，大家都不生了，希望能藉這個時機好好愛護我們的下一代。以上，謝謝。

主席

謝謝，請問還有沒有其他意見？首先，兒童過敏性鼻炎現在看起來參與家數不多、照護的人數不多。第一季執行率只有 7%，收案人數比去年同期多一倍。干代表提及將來再增加預算，照這樣的預算執行率全年不到 30%，要再增加預算也有困難。

另外一個議題是現在看起來，收案比較多的都是診所不是醫院，反而中國醫藥大學沒有收多少，市聯醫也有收，但是收案人數也有限，反而是少數幾家診所收得很多，收案人數前 10 名都是診所；療效部分我們還沒看到結果，希望今年評核會議時全聯會能提出來。去年度已經完整執行一整年了，應該要有療效的結果。

再來是中醫就醫人數減少問題，大家都很努力，理事長提到已經編入課綱，健保署也一樣在努力，窮盡所有方法把健保相關的主題要放到中小學課綱裡，現在已經放入社會跟健康教育的課本與課綱，今年想要放入國語文的課本裡。我想中醫要編入課綱還要擠掉其他篇幅，真得不太容易；現在小學跟中學的課本內容已經是琳琅滿目了，要小朋友讀這些也是相當辛苦。那病人數大家再看看，確實是現在有些負成長，那大家再參考。其他大家還有沒有什麼意見？沒有的話，我們就進入報告事項第三案。

報告第三案：106 年第 4 季點值結算結果報告

主席

去年第四季的點值連中區都 0.95，是因為病人數變少嗎？照顧得好，還是大家比較不看中醫？現在連中區點值都到 0.95 就很不錯，

原來中區跟台北區兩個點值較低的分區，這1季點值都至少0.95，西醫應該很羨慕。

呂代表世明

想補充一下，中醫專案部分點值相對很可憐，才0.7多，因為這項專案是我在負責，所以回去我都是跟會員大力推廣，到最後點值0.7比原本一般服務點值來得更低。

中醫會員有一種無法接受的反彈心態。希望主席能夠裁示，專案點值過低部分可以事後作一些追補，不然執行專案的醫師辛苦半天還寫一堆疾病管理照護或者生理評估資料，反而得到更低的給付，心態真的會不平衡，請問主席是否至少幫忙協助這一部份(後端點值撥補)，謝謝。

主席

中醫專款應該沒有互相流用的機制吧？如果中醫部門真的有專款經費流用的需求，明年協商時爭取互相流用，截長補短。協商時如果沒有提到，就沒有預算流用的空間了。

呂代表世明

當初的乳肝癌計畫點值就沒有高很多，我們只是拿它來做看看。所以，並沒有高太多。這樣一打折下來，我算出來比一般案件原本的更低。中醫延長照護專案也是今年才開始。

主席

理事長在今年協商時，可能要爭取流用的空間吧！你們協商的時候就要自己來爭取，現在協商完任何人都很難去動這個專款預算。健保會的同仁在嗎？要不要補充說明？

健保會陳組長燕鈴

在總額協商時，如果可以準確估算專款經費額度會比較好。依照協商通則，因為各項專款專用項目都有它的目的，所以議定專款需專用，各個款項的額度不得以任何理由流出，這是健保會協商前已經議定的通則。所以，希望年度總額協商的時候，專款額度可以估算得再準確一點。

主席

健保會委員干代表覺得怎麼樣？

干代表文男

我認為中醫有這個需求的話，應該要想辦法解決。堅持專款專用的話，恐怕你們明年都有困難。為什麼呢？因為今年的概算都已經編出來了，四季都出來了，沒有辦法超出金額支用，不只今年，明年

都還有困難。健保署在這方面能夠再多點考量。

主席

中醫每個計畫的金額都不是很大，理論上預算估計沒有這麼精準，一定會有執行上的落差。應該是要讓它可以流用才合理。

千代表文男

如果預算流用的話，還要跟健保會所有的人來討論。

主席

這個可能要帶回去健保會處理。

柯代表富揚

因為試辦期間，很難估得精準。

主席

沒有經驗值，所以容易有這樣的落差。這樣對於執行試辦的醫生是有點不公平。

柯代表富揚

專案有其精神存在，我們除了檢討專案預算執行率以外，估算專案所需經費時當然有些誤差，使用經費與預算之差額除了用來參考提下一年度預算使用外，除了提高到去年實際使用費用外，民眾使用上可能還會有需求，費用會繼續成長，即使所有專款項目都能勻用，當年度點值超過 1 的專案餘款都拿來補預算不足的專案，這樣還是不夠。

今年癌症加強照護計畫除了併入原來的乳肝癌計畫外還納入了肺癌、大腸癌，預算卻沒有相對應增加，將來一定會面臨預算更短缺的情形。關鍵問題還是在預算，記得去年協商總額時全聯會要求更多預算，除未通過外還壓低了預算額度，才導致現在的點值滑落情形。

考慮到西醫住院中醫輔助特定計畫這一季點值才 0.7 不到，醫院部門很難支持中醫部門繼續推這個計畫，也許就退縮了，覺得用一般部門申報點值還更高，這樣就失去推專案計畫的本意。希望健保署跟代表都幫忙，在協商明年度預算時可以讓我們提出來的預算金額順利通過。

呂代表世明

請問一下：換算點值後如果申報一般部門可以拿到 550 萬，專案申報只可以拿到 490 萬，是不是可以讓我們事後轉成一般案件，反映實際執行專案需耗費的心力？

王代表惠玄

想釐清一下：書面資料第 20 頁這邊有提到癌症患者加強照護整合方案是現有癌症相關 3 項計畫移併而來，請問是報告上便於整理而整併為癌症整合方案，還是 107 年公告時已經合併了？

呂代表世明

協商 107 年度預算時就提到今年開始把癌症相關計畫整併在一起，另外 107 年預算雖然有 103 百萬，Q1 的執行率 23%，其實這是 2 月及 3 月才開始執行的數據，通常考慮年度專案公告時間，依經驗第一季執行率是最低的，這樣顯然之後的費用必然超支，以上說明提供主席參考。

主席

106 年 Q4 已經結算完了，專款點值雖然偏低，健保署沒有其他的預算，沒辦法補點值差額。另外今年已經合併為癌症加強照護整合方案，預算執行率合併計算後為 23%，其中延長照護計畫今年預算有餘，今年預算已經談完了，希望可以在額度內擲節使用，現在也只能這麼作。如果明年還有經費需求，今年 9 月協商明年預算時可以增編。

千代表文男

建議在評核會上可以把成效講出來，有些疾病在西醫治療效果不佳的狀況下可能會尋求中醫，如果實證成效提出來後，會議上發言更有依據，也能說服所有的評核老師。以往十多年的經驗差不多是這樣。記得去年這項專案經費全聯會也沒要求增加很多錢，請問全聯會提多少預算？

呂代表世明

應該是提到 150 百萬吧。

千代表文男

如果你們提出來今年度的已經沒有得談了，專案精神已經沒有辦法改了。

主席

好，那今天還是先確認去年第四季點值，大家有沒有意見？請羅院長。

羅代表永達

想特別提醒中醫，每次協商時中醫的主軸都是輔助計畫，很少談到療效，例如化療的時候紅血球變低，同時利用中醫時紅血球會變高，並不是想要就這樣取代西醫治療。很多委員都是用這樣的思維去想、變成中醫界提出的證據常常被批評；我建議真的可以請教專家學者，用症狀或是 ADL 的改善來證明中醫的療效到底在哪裡，先能說服專家學者後再試圖說服健保會委員，不然要直觀的證明中醫療效，爭取更多預算，是很困難的事情。

主席

好，原來計畫已經提出怎麼評估療效，還是要照你們原來提的評估療效方法，忠實呈現數據。其實癌症治療大家都很支持的，未必是替代效果，可能與西醫呈現互補概念，減輕癌因性疲憊或者是減少化療期間不適等等，這個是提升癌友生活品質的，確實也讓這些人比較有抵抗力再繼續接受後續的化放療，呈現相輔相成的互補關係，如果就癌症的部分，應該用什麼方法來呈現這部分，確實是可以思考一下，請呂醫師。

呂代表世明

抱歉主席，我補充最後一個，其實我們裡面就有生理評估，裡面就有大概 5 大項加後面內容細項共有 32 項的評估，所以我們一直很希望大部分有做這些項的會員能夠把它上傳 VPN，最後我們整個統計資料我們才能呈現；像我個人幾乎每一個照護對象都有作完整評估，其實還是還有些醫師比較忙或是其他原因沒有繼續做，導致有些評估結果沒辦法全面性的去統計。全聯會這邊也要求能夠上傳 VPN，包括整個生理狀況評估之結果等等，才能知道病人接受治療後到底有沒有效果，通常有效果病人才願意持續來就診，效果不佳病人就不想花時間還等那麼久來看醫生，所以一般評估下來，效果還不錯。以上補充，謝謝。

主席

好，現在已經 5 月了，6 月就要評核了，理論上現在這些資料應該都要蒐集的差不多了，如果現在還在蒐集，那就會有一點太慢。好，那這個點值可以確認了嗎？好，那我們點值就確認了，好，再下一

案。

報告第四案:增修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務指標

主席

請問中醫有預防保健嗎？大腸癌篩檢還是有，好，那對於這三個指標的修訂，大部分都是排除一些專案的案件，這樣會讓你那個指標的數字不會被高利用者所拖累，所以數字會比較正常，這個修正大家有沒有意見？來，請陳醫師。

陳代表憲法

很感謝署裡面長官的用心，核對得非常的詳細，當時有行文來，沒有注意到這麼多，趁這個機會，把第三項，就是(就診中醫門診後隔日再次診中醫門診比率)的部分，把排除的條件引用前面使用中醫門診者之平均就診次數(第二項)，另外第一項(使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率)排除條件也相同，這樣的話剛好全部都符合，是不是就這個機會同時來處理？另外也想拜託大家集思廣益一下，現行各項參考值(以前 3 年同季平均值 $\pm 10\%$)，從去年或者歷年報評核會的數據來說，例如針傷超過 15 次的就診事實上已經非常的低，案件數真的非常少了，只要 1 件就很刺眼，是不是這個參考值範圍可以做個調整，或是直接訂一個上下限值，符合就可以了。再來就是以針傷科就診來講，如果是急性病人，譬如說腦中風、顏面神經麻痺剛開始的初期，或是很多疾病在需要密集處理時，如果訂定 15 次的上限，導致院所執行時無法真實呈現申報情形，15 次後變成極端值，這樣都不好。大家可以去檢視一下歷年的這些數值、參考值已有越來越低的趨勢，所以是不是說我們來考量訂一個上下限的合理範圍，讓他自然的呈現，這樣會比較好做事情，在醫療上也會真實呈現，這是我的想法，謝謝。

主席

好，陳醫師的第一個建議是「中醫門診隔日再次就診中醫」的比率要比照「使用中醫門診者之平均中醫就診次數」修正說明的排除條件，是不是？

陳代表憲法

是，請看補充資料的部分，希望比照「使用中醫門診者之平均中醫就診次數」這次的修正內容，排除較多的項目。

主席

好，那玫富專委可以嗎？

曾專委玫富

尊重會議的決議。

主席

這個就是有一些試辦計畫把他排除，對不對？那事實上中醫的試辦計畫的個案數都不多，所以有沒有排除其實是差別不大，但是比較精確一點，好，大家有沒有意見？好，王老師。

王代表惠玄

不好意思，請教在座各位委員，有關第 3 項就診中醫門診後隔日再次就醫中醫的比率，這個項目的用意是避免重複就醫吧，但是在牙醫總額並沒有這樣的一個項目，那麼在西醫基層他是個案重複就診率，定義上是同一個費用年月、同一個院所、同一個就醫日期才叫重複就診率，那雖然在專科認證上，中醫還沒有分次專科，但實務上不管是就中醫專業或是民眾認知來講，其實都已經知道有分內科、外科、骨科、傷科，所以民眾有可能是今天就醫內科系方面的中醫，明天就醫是外科系傷科方面的中醫，那也算重複就醫嗎？那這樣是不是違背我們所謂的品質稽核精神呢？除了剛剛醫審組已經很貼心的出很多的排除條款外，是不是能就這個重複就醫的精神考量實務的執行方式做一個更精細的界定，譬如同一個診斷隔日重複就醫，那才是我們在稽核所謂的重複就醫，因為他的確有可能跨院就醫，所以他不能像西醫基層這樣說同一個院所、同一個就醫日期重複就醫，那這邊是要排除同一個診斷跨院重複就醫，所以就這個精神來講，如果中醫界已經接受使用 ICD-10，那是不是在這個項目的計算上，加入的條件是同診斷然後隔日再就醫的比率，這樣是不

是可以比較符合實際的一個狀況，也符合這個指標的精神，以上，謝謝。

劉代理代表佳祐(許代表中華代理人)

想補充一下排除案件分類部分，今年新增了肺癌跟大腸癌，代碼是特定治療項目「JI」與「JJ」，可能要一起併入。

主席

好。整理一下這邊有四個問題:首先是指標 3 比照指標 2 的排除項目，其次是指標 3 是不是新增排除特定治療項目「JI」與「JJ」，第 3 是陳憲法代表提出重新思考參考值，第四是王惠玄老師所提就診中醫隔日再次就診中醫比率指標是否要區分為同院或同診斷，請問代表還有其他問題要提出嗎?

于代表文男

希望中醫師今天不要倉促通過，把這個提案帶回去討論後再提，以免造成遺憾，這樣比較緩和。

主席

這是第 5 個建議，中醫全聯會要帶回去討論嗎?補充一下，這是監控使用的品質確保方案，跟評核成績有關。

柯代表富揚

這個指標的參考值每年都一直壓低，如果分區中醫院所中只有某家院所有隔日就診，馬上數字就凸顯出來，實際上也許只有 2 件，為了避免落入這個指標，我們通常第二天看診都不會申報。

主席

這是柯代表您的個人行為嗎?還是大家幾乎都這樣，為了團體評核時成績好看?

陳代表旺全

我自行吸收的可能比柯醫師更多。

王代表惠玄

我聽過有病患抱怨過醫師一再拜託隔天不要去看門診，已經不只是醫師自行吸收的問題了。這樣某種程度也影響到民眾就醫權益，尤其在醫院裡中醫次專科區分更明顯，我早上掛中醫婦科，下午醫院就不讓我再掛中醫傷科，希望我轉自費，如果我到院外診所就醫難

道就比較合理嗎？這樣也很奇怪吧？會不會對映到剛剛討論到民眾就醫次數減少的問題，會不會民眾就醫次數並沒減少，只是反映在健保的就醫次數減少呢？這樣又反映到中醫難以推廣的問題嗎？我們看到人數減少背後可能有很多複雜因素，希望指標能回歸到正當合適反映品質並對品質作稽核，而不是扭曲申報資料等等。

主席

可能大家都操作過當了，扭曲了觀察指標的本義。剛剛提出的四項疑義，我想前兩項就先通過，至於第三、第四項涉及數據，包括換指標跟參考值設定可能都需要試算，這兩題請全聯會帶回研究，這樣專委可以嗎？

曾專委玫富

剛醫管組同仁告知中醫各試辦計畫均已用 ICD-10-CM 申報，想確認現在所有中醫案件都已用 ICD-10-CM 申報了嗎？是的話就請全聯會帶回研議。另外參考值以過去 3 年正負 10% 訂定，本來就有精益求精的含義在，這樣的機制也許也沒那麼不好。

主席

長期下來會矯枉過正，沒有意義。

曾專委玫富

這些指標在全球資訊網都有公布過去多年數據，希望全聯會帶回去研議那些指標適合用固定數據監控，或是採一個範圍或是現在的參考值定義後，再把最後共識回復本署作為修訂參考。

主席

參考值不應該無限上綱，品質很難達到絕對完美，如果大家都不敢呈現真實數據反而失去真正的品質，病人滿意度下降也不看中醫，這樣反而不好。

李組長純馥

這邊想要提醒一下：分區為了達標都會訂在審查指標裡，超過指標容許範圍就會被抽審，這也是醫生不喜歡的，就會想盡辦法去達到指

標要求。分區有討論過用百分位還是真正的閾值，其實兩種方式各有優缺點，希望帶回去能在共管會議上好好討論。

主席

希望回去集思廣益，不要操作到病人需求無法滿足或是拒絕病人，失去品質監測的本意。這一案就先討論到這裡。

呂代表世明

想補充一下:如果未來開放更多的專案或是專案下的適應症範圍，也可以比照一併排除嗎?

主席

可以全部排除。這一點也列入會議紀錄，就討論到這裡，沒有意見就進入討論第一案。

討論案:修訂「107 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」附件 1-1 及 1-2 施行區域案

主席

請中醫師公會全聯會先說明。

詹代表永兆

台南市安定區原來的中醫師在 2 月份退休停業。安定區只有這間中醫院所，停業後就變成無中醫鄉鎮區，從附表 1-2 的僅有一家院所提供服務鄉鎮區移動到無中醫執業地區，才能開放給其他有意願的院所申請獎勵開業或巡迴服務，快速反映民眾就醫需求。

韓科長佩軒

醫管組補充說明:安定區改列為附表 1-1 的無中醫鄉鎮外，另外 107 年度的中醫醫不足方案把無中醫鄉鎮區跟僅有 1 家服務的鄉鎮區分別列表後，期間變動很頻繁，希望能夠簡化程序，經保險人與中醫全聯會同意，提到研商議事會議報告後就開放院所申請，免除重新公告修訂附表 1-1 與 1-2 的行政流程。

主席

好，全聯會也可以接受吧！簡化程序不要讓醫師太麻煩。那就寫入會議紀錄，請問有臨時動議嗎？

臨時動議

千代表文男

請問以後會議都用無紙化辦理，紙本還會寄給代表嗎？

劉林義專門委員

用無紙化會議後，議程就會以電子檔直接寄到代表信箱，原則上不特別提供紙本。

主席

不再寄紙本，會先寄到代表信箱，代表可以印出來看，會上就用平板看會議資料，響應環保。這樣可以嗎？

千代表文男

健保署這樣太省了，我們用的錢不止這些吧？另外這次紙本議程早上才收到，我還是希望能收到紙本。

主席

好的，有代表提出想特別收到紙本，還有哪些代表也希望寄紙本？那我們同意提供紙本議程給千代表，提供其他代表電子檔。健保署買平板電腦也有投資，真的希望大家能響應環保。

陳代表憲法

可以提供公會一本紙本存檔用嗎？

主席

可以用電子檔內容印出來後存檔，內容是一樣的。請胡代表。

胡代表文龍

請問可以保障各項專案點值至少為 0.8 嗎?點值太低計畫召集人真的很難對參與醫師交代。

主席

專案協商出來的預算金額就是那麼多，總金額不變的狀態下，希望有限經費作最好的利用，而不是無限制提供服務後再為經費不夠苦惱。如果專案效果非常好，也可以考慮併入一般服務預算，與其他服務一起作點值結算也是個辦法。目前中醫專案的金額都不大，併入一般後對一般服務影響不大，也不需要做兩套點值。可以在評核會議上證明療效，說服評核委員後帶著足夠的預算併回一般。癌症專案執行很久了，或許是個不錯的開始。

呂代表世明

跟主席報告:乳肝癌從 105 年下半年開始執行，有數據也才 1 年半，今年提到評核會併入支付標準恐怕有困難。

主席

如果真的證明有效，也可以考慮明年再放入一般服務。可以有 guideline 執行，不妨放入一般服務，不一定每年都要在專案裡一一評估成效，行政作業也可以相對節省。

胡代表文龍

中醫現在執行的癌症專案有很多，如果要放入一般，移入的預算金額希望從寬估算。

主席

這樣可能還要執行一段時間。

柯代表富揚

除了有實際數據的年度還不夠外，我們陸續還想擴充癌症照護範圍，例如放入十大癌症這種，暫時先不考慮併入一般服務。

主席

如果是這樣的話，那希望大家在有效的預算範圍內適當使用，好處是不排擠其他服務，符合專款專用精神，希望全聯會回去再研究一下。我們下次會議開始走無紙化流程，請各位代表會後跟本署同仁確認留給本署的 mail 是有效的，還有其他問題嗎？

羅代表永達

請問議程會在幾天前確認寄達？如果沒有紙本議程，有時候會很難確認是寄漏了還是議程還沒出來。

主席

業務單位有需要建立 line 群組嗎？還是請醫管組通知窗口，請窗口幫忙轉達已寄發議程的訊息。學者專家、付費者委員這邊就另外提醒，請問還有臨時動議嗎？沒有的話今天就到這裡，謝謝大家。