

「中醫門診總額研商議事會議」106年第4次 會議紀錄

時間：106年11月16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	許代表世源	許世源
干代表文男	干文男	許代表怡欣	請假
朱代表日僑	朱日僑	陳代表志超	陳志超
江代表瑞庭	請假	陳代表旺全	陳旺全
何代表紹彰	請假	陳代表瑞瑛	請假
呂代表世明	呂世明	陳代表憲法	陳憲法
巫代表雲光	巫雲光	黃代表光華	請假
李代表純馥	李純馥	黃代表怡超	蔡素玲(代)
林代表展弘	林展弘	黃代表蘭瑛	黃蘭瑛
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	張瑞麟	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：

衛生福利部	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	凌誌遠、王逸年、賴宛而 李敬

本署臺北業務組	林照姬、馮震華、賴美雪 林雨亭
本署北區業務組	陳祝美
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	請假
本署醫審及藥材組	曾玟富、郎淑琼
本署資訊組	姜義國
本署醫務管理組	劉林義、谷祖棣、吳明純、 劉立麗、吳柏彥、洪于淇、 楊秀文、吳韋均、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：本會歷次會議決定/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案。

決定：報告內容洽悉，另請中醫藥司於 107 年第 1 次研商議事會議
針對中藥師調劑、煎劑及科學中藥品質確保、中醫醫療資源分
布及中醫藥政策未來方向報告。

第三案：106 年第 2 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 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.92779632	0.94989962
北區	0.91940994	0.94775349
中區	0.89603813	0.92860200
南區	0.95208946	0.96903296
高屏	0.94006864	0.96051719
東區	1.29119969	1.20000000
全區	0.92973767	0.95264548

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

第四案：107 年中醫門診總額一般服務預算四季分配暨點值保障項目

決定：

- 一、107 年點值保障項目比照 106 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、107 年各季預算按 101~105 年各季核定點數占率計算如下：第一季 23.166979%、第二季 25.405122%、第三季 25.388037%、第四季 26.039862%。

第五案：107 年中醫門診總額研商議事會議召開會議時程案

決定：

- 一、會議時程如下，請代表預留。

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	03.08 星期四	05.17 星期四	08.16 星期四	11.15 星期四	11.29 星期四

- 二、考量第一次會議時間適逢農曆年假順延至 3 月 8 日召開，為免影響院所權益，106 年第 3 季點值將先依本署計算結果辦理，俟會議召開時補行確認。

肆、討論案

第一案：修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」案

決議：同意修訂年度、預算來源及新增減計指標「院所提供慢性病照護未達一定比例」，餘同 106 年，將依程序辦理後續行政事宜。

第二案：修訂「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」案

決議：

一、修訂重點如下：

- (一)本計畫項下「腫瘤患者手術、化療、放射線療法」併至 107 年新增之「中醫癌症患者加強照護整合方案」持續辦理，故刪除相關文字。
- (二)刪除施行時間等各項年度相關用字，未來將視需要才提案修正，且不再每年公告。
- (三)退場機制依前測及後測量表完成率分別訂定，退場閾值授權本署與全聯會會後討論後決定。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

第三案：修訂「中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」案

決議：

一、修訂重點如下：

- (一)刪除施行時間等各項年度相關用字，未來將視需要才提案修正，且不再每年公告。
- (二)結案條件第一點「未連續照護【前後就醫日期相減大於 14(不含)天】者，視為中斷照護」，調整為「未連續照護【後次給藥首日減首次給藥末日大於 21(不含)天】者，視為中斷照護」。
- (三)新增退場機制，退場閾值授權本署與全聯會會後討論後決定。

(四)取消包裹支付，回歸支付標準核實申報，並於通則增列說明針灸與傷科處置費得同時申報。

(五)「管理照護費」納入原包裹支付中之「經穴按摩指導費」，刪除評估量表費用，並調高點數為 200 點。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

三、另請中醫師公會全國聯合會洽請客觀公正之學術單位評估本計畫執行成效，並於 107 年評核會提出評估報告供委員參考。

第四案：修訂「中醫提升孕產照護品質計畫」案

決議：

- 一、計畫刪除施行時間等各項年度相關用字，未來將視需要才提案修正，且不再每年公告。
- 二、維持原計畫，不限制適用對象年齡為 25-45 歲保險對象。
- 三、繳交量表若未符合規定，經全聯會要求未改善，全聯會將通知保險人中止該院所執行。
- 四、將依程序辦理後續行政事宜。

第五案：增修訂「中醫門診總額支付標準」案

決議：

一、修訂重點如下：

- (一)「每日藥費」支付點數調升 2 點。
- (二)同意增加複雜性傷科適應症範圍。
- (三)修訂支付標準第九章特殊疾病照護處置費-腦血管及顱腦損傷，包含調整申報方案、新增兩項醫令及增加「脊髓損傷」適應症。
- (四)同意調升針傷科治療處置費支付點數 5 點。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

第六案：修訂「107 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」案

決議：

一、修訂重點如下：

- (一) 放寬巡迴醫療服務計畫施行區域：除原有「無中醫醫事服務機構之鄉鎮市區」外，另「僅有 1 家中醫醫事服務機構之鄉鎮」亦列入施行區域。
- (二) 修訂支付方式：獎勵開業服務計畫之保障額度以當季浮動點值計算，每點不低於 1 元。
- (三) 修訂管理原則：當月申報核定總點數未達保障額度特定比率者，新增提供巡迴點規定。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

第七案：修訂「中醫癌症患者加強照護整合方案」案

決議：

一、修訂重點如下：

- (一) 整併原「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」項下「腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「乳肝癌患者中醫門診加強照護計畫」三項至本計畫，並新增肺癌及大腸癌兩項適應症。
- (二) 刪除施行時間等各項年度相關用字，未來將視需要才提案修正，且不再每年公告。
- (三) 退場機制依前測及後測量表完成率分別訂定，退場閾值授權本署與全聯會會後討論後決定。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

第八案：新增「全民健康保險中醫急症處置計畫」案

決 議：俟中醫師公會全國聯合會提出草案後至研商議事會議討論。

第九案：修訂「107 年中醫門診總額一般服務地區預算分配計畫」(草案)

決 議：

一、全年提撥風險基金 3,600 萬元，按季均分，撥補東區以外五分區鄉鎮市區當月月底僅有 1 家中醫門診特約醫事服務機構申報之浮動點數點值差額外，剩餘款提撥 55% 予臺北分區，45% 予北區分區。

二、將依程序辦理後續行政事宜。

伍、散會：17時55分

陸、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、本署及分區業務組同仁大家午安。謝謝今天參加「106年第4次中醫門診總額研商議事會議」，先介紹新任代表：第一位是醫管組組長李純馥，第二位是新任健保會代表羅莉婷代表，今天中醫藥司是由蔡科長代理黃司長出席，歡迎各位。

請各位翻到議程第2-3頁的前次會議紀錄，在場代表有無修正意見？無意見就確認，請接報告案。

第一案：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

好，請問各位對歷次會議決議辦理情形有沒有意見？沒意見我們就確認了，請接下一案執行概況報告。

第二案：中醫門診總額執行概況報告案

主席

請問各位對執行概況報告有無意見？

干代表文男

各位醫師、同仁，請問中區中醫師不僅沒有新增醫缺地區開業，還收掉了一個執業的地方，這是怎麼回事？健保會的陳亮良委員一直說雲林、嘉義等地都有無中醫鄉，要怎麼解決？不然每一次健保會他都反覆提出相同問題，我看中醫師成長也是很高，但是就沒有辦法到偏鄉去，是不是還能修訂相關的辦法，多方鼓勵？不然無醫鄉狀況依舊，巡迴醫療還是沒辦法補在地開業。

詹代表永兆

針對干委員所提偏鄉，身為偏鄉醫療召集人提出回應，例如這次提到的大安區地廣人稀，都很分散，又跟大甲相鄰近，執業院所不容易生存，開業情況不好就收掉了。今年的醫療資源不足方案有修改規則，如果當地執業情況不好，會增加巡迴醫療點，這樣會促成業者生存率提升，細節將在醫療資源不足地區改善方案討論案詳述。

張代表瑞麟

中區無中醫鄉部分執業通常有兩個問題：其一是病人可能跑到無中醫鄉以外周邊鄉鎮執業院所看病，造成當地開業院所相對競爭；第二是今年颱風剛過時，居民必須離鄉另覓工作，人口往外移動，跟天災也有關係，以上說明。

干代表文男

就算這邊同意您的說明，每年評核會都提到中醫利用率無法提高的問題，已經講兩年了，請問中醫利用率下降，到底是中醫師、健保署還是中醫藥司的責任？

今天很難得請到中醫藥司出席，然後中醫有很多難處，例如中醫最強項的水煎藥，健保沒有納入給付，民眾要自費，有給付的科學中藥藥效等於五分之一；另外中藥生藥材沒有檢驗，用作科學中藥原料的卻有檢驗，怎麼會這樣？都不去輔導，任中醫自生自滅，中醫可能是四個總額裡面最沒有人照顧的。枉費我們四五千年的中醫歷史，現在沒落到變成養生醫療。

中醫其實懂很多，可是不曉得中醫藥司能不能給他們一些發揮空間？在健保會也討論很多，但始終得不到答覆，剛好利用這個機會請教蔡科長，看看有沒有甚麼解決方法？中醫藥也得過諾貝爾獎，然後我們直接放棄，請問科長就政府立場有沒有甚麼建議？健保管付費，但主政單位還是中醫藥司，健保會去視察和訪查時，中醫藥司沒有出席，評核會也沒有到，不曉得你們管什麼呢？特別請你們出席，也希望能給我們開示一下，讓我在健保會有所交代。

中醫藥司蔡科長素玲

主席、各位代表大家好。首先我想先跟各位道歉，不知道之前各位對中醫藥司有這麼多期許；這些問題我想帶回去跟司長討論，也會去正視它。因為部裡有些人事調動的問題，副司長從今年三月就懸缺到現在，事情很多相對人力調度較緊，針對之前未出席的部分我先道歉，未來研商議事會議中醫藥司都會派員出席，這是第一個回應。

其次是謝謝干代表指導，中醫利用率下降部分可能有很多層面要解決，中醫藥司一直跟全聯會有溝通，未來會跟全聯會及各相關部會一起正視這個問題，謝謝。

主席

謝謝。蔡科長，干代表想請貴司協助的兩個部分：

第一是很多無中醫鄉鎮，不知道中醫藥司有甚麼想法。22年來我們用分區總額機轉，一直在讓中醫供給較多的地區點值比較差，提供財務誘因引導中醫師往比較不足的地方去開業，效果雖然有，但顯然不是非常具體、明確，請問從中醫藥司的觀點來看，有什麼想法？

第二是干委員長期關心的議題，健保現在雖然僅給付科學中藥，但是並不否定我們原來生藥這部分的優勢，縱使知道煎劑效果比較好，從保險人觀點還是無法掌握煎劑品質，因此無法納入給付，而科學中藥有一定的科學製作流程，品質比較能掌控也能標準化，煎劑就無法去確保品質一致，不知中醫藥司在如何維持一定品質的煎劑上之作法為何？健保才有可能付費。

長期以來，中醫藥司並沒有為全國中醫師所提供之煎劑作出品質管控，不像西藥有食藥署確保我們的西醫用藥品質，例如學名藥有BA/BE 檢驗，確保跟原廠成份療效相同，這種科學驗證方法，讓學名藥大家接受用藥品質齊一。但中藥長期以來卻沒有好方法，變成民眾使用水煎藥無法獲得健保給付，反而流入自費市場。健保會委員也一直認為，是不是有機會請中藥司能夠針對很多中醫師在使用的各種煎劑品質提出保證，讓保險人相信來付費？麻煩蔡科長回應一下這兩部分。

中醫藥司蔡科長素玲

先回應水煎藥部分，水煎藥涉及到我們跨科(二、三科)業務，那我會帶回去與相關科室就水煎藥監控品質討論，我會帶回去研議後續作品質監控與把關部分。

另外無中醫鄉問題，因為診所需要一定的就醫量維持營運，如果日常營運有困難，長久下來一定有歇業問題。這邊是不是再多作討論，我今天參與後會去了解問題，也試看看有甚麼可以解決的部分。

干代表文男

先從藥說起。如果水煎藥不能納入給付，科學中藥使用的藥材都沒問題，反而水煎藥使用的的生藥材學者專家都說有毒或是不好的添加物，卻沒看到中醫藥司以傳統中藥主管機關身分去澄清或反駁相關訊息，造成社會對中藥誤解更深，輿論也很負面。這個問題還是要正本歸宗：原來可以用，可是為什麼現在不能用？FDA 可以作詳

細的檢查，科學中藥品質也能輔導到可接受的程度，為什麼水煎藥你們都不做？這個是一個問題。

另外無醫鄉越來越多，貴司身為主政者，是否要深入思考其中原因？剛才中醫代表提及人口外移，但人口外移是否反映就醫不方便的原因？既沒看到政治手段，也沒有額外抑制，中醫藥司是不是在衛福部不太有功能，我一直覺得很遺憾，從沒看過一個政府部門對主管業務放得這麼徹底、任憑自生自滅，我認為相當不妥。無醫鄉的問題這個會議上討論過很多次了，一直用巡迴方式來彌補，但是還是不能完全補足空缺，真的想知道貴司身為執政者要怎麼做？也許貴司提供很多補助，但在中醫方面還是有所疏忽。

柯代表富揚

我先回答中藥材問題。中藥材部分，現在健保規定是只有 GMP 的中藥材廠才有給付，目前台灣沒有任何一家 GMP 認證通過的中藥材廠。我詢問過很多科學中藥廠的人，既然進口的中藥材沒有問題，可以做成科學中藥，是不是可以試圖申請 GMP 的中藥材廠？

藥廠的回應是規定太嚴格，很難申請。所以這部份希望中醫藥司可以用鼓勵性質，先讓產生第一家 GMP 的中藥材廠，只要有第一家，後續應該會有其他科學中藥廠跟進申請。這邊應該可以請中醫藥司提供輔導，由現在檯面上好的科學中藥廠進化為通過 GMP 認證的中藥材廠，起碼可以先符合健保規定的法規，要不要納入健保給付再來談，希望先有好的 GMP 的中藥材廠，以上說明，謝謝。

詹代表永兆

跟干代表報告，現在無中醫鄉有逐年減少，也就是說 105 年 92 個無醫鄉，今年已經減少 4 鄉，變成 88 個無醫鄉，也都提供巡迴醫療去填補空缺，當地民眾還是有看到中醫。

主席

好，來，請理事長。

陳代表旺全

主席、各位代表好，我們非常感謝干委員對於中醫支持與建議相關的問題。中藥品質我們在十月有一場中醫藥品質的研討會，也到韓國考察。當地 CGMP，他們也做成了政府合法的「煎劑」這是干代表非常注意的問題。可是台灣的醫療法規為保障民眾健康訂得相當嚴

謹，我想特別提醒：今天蔡科長是第一科科長代理黃司長出席，那還有第二、三、四科業務不同，這邊提出的問題比較廣泛，也要懇請部裡對整體中醫藥政策及制度上通盤了解，不然真的沒辦法答覆代表的意見。全聯會也會盡全力配合法令鬆綁，不合時宜的部分要去修正。從韓國之前向我們學習到我們要向他們學習，這是個很大的借鏡，謝謝。

張代表瑞麟

補充說明到無中醫鄉提供巡迴醫療的部分：通常到無醫鄉的路程是要翻山越嶺，光以和平鄉來說，和平鄉就佔了台中全部面積的 1/4，颱風季時我們真的上不去，之前曾有一個半月到巡迴點路都斷掉的情形，除了服務當地民眾外還要考量醫師的生命安全，後來也准許他不用補班。我自己面對到的狀況是前年颱風造成的損害，上個月才通車，路才完全做好，之前過去時都要繞山邊小路，也曾經有一次車子開過去時毫無理由左邊輪胎全破，還好有其他車輛支援；梨山那邊也有類似情況。醫不足方案還有一條規定要「事先請假」，每次看到氣象預報有颱風就猶豫要不要過去巡迴點，如果路程出問題也很困擾；希望代表體諒一下，無中醫鄉我們真的做到很偏遠、很危險的。謝謝。

干代表文男

我明白無中醫鄉的困難，但是就醫人數或使用率一直下降，同時是中醫界也是政府的危機。可惜我們的傳統文化、傳承就到這裡斷掉。很難得今天中醫藥司的長官來，就醫人數他們一定要多幫忙，不要好像不管事一樣，這樣真的不好啦！今天的會議代表來自全國各地，我想這個「藥」和「無醫鄉」中醫藥司要去想辦法，不要在同樣的問題上反覆浪費時間，尤其是藥材，該鬆綁的就要鬆綁，目前藥品只有 FDA 在做品質管控，然後只能管控科學中藥品質不能做煎劑，這個根本頭殼壞掉，以上，謝謝。

主席

好，謝謝各位踴躍發言。這裡確實對中醫藥司有較高的期待，事實上 22 年來健保能努力的都做了，甚至巡迴醫療也推動了這麼多年，但是主管機關能做的部分，還沒有感受到改變，這邊想麻煩蔡科長，明年 2 月召開的下次研商議事會議，請中醫藥司針對中醫醫療資源分布不均、科學中藥與煎劑品質確保及未來政策方向給我們一個報

告。

研商議事會議代表民眾的需求，以及醫事服務提供者的想法，顯然這 22 年來，並沒有完全滿足民眾的需求。煎劑長期未納入給付，保險人覺得煎劑品質未受保證都是一直以來的問題。請中醫藥司來給我們做一個報告可以嗎？那就列入我們會議紀錄。下一次會議我們期待中醫藥司把大家的意見帶回研議後，有甚麼具體想法或做法，干代表這樣可以嗎？

干代表文男

可以。

主席

好，那就進入報告事項的第三案。

第三案：105 年第 2 季點值結算結果報告

主席

好，請問各位代表對點值與專款執行率有無意見？如果沒有意見，那就確認點值。接下來請接第四案。

第四案：107 年中醫門診總額一般服務預算四季分配暨點值保障項目

劉林義科長

因為這個本來是一個報告案，不過因為牽涉到點值保障的問題，而且立法院有新的決議，是要這邊一起討論還是移到臨時討論案？

主席

好，我們先確認四季重分配部分大家有沒有意見？如果沒有意見，107 年的四季重分配就用 101-105 年的平均占率來做分配，這邊就先確認了。接下來補充資料裏特別提到固定點值的部分，106 年保障的項目是藥費與醫缺巡迴醫療論量部分，我們曾經討論過「藥師服務費」變成浮動點值，今年立法院審查預算時，立委提案希望「藥師服務費」也能固定點值每點 1 元，不曉得大家覺得要在這邊提報告案一併討論，還是要移到臨時動議案處理？

干代表文男

可以一併討論，但是我們還是有點不明究理，浮動點值項目突然變

成固定點值，差異性在哪裡？在場醫界代表可能還反應不過來。

劉林義科長

以申報費用來說，藥事服務費一季大概四千萬點，所以全年大概 1.7 億，那我們中醫總預算全年大概二百多億。

主席

其實對點值影響不大，那有一個意義是說，希望專業人員的服務能夠固定點值一點一元，我們在醫院總額一樣會提「醫師診察費」、「護理費」、「藥師服務費」這些項目固定點值一點一元，概念要能夠逐步落實，剩下的檢驗檢查或是其他處置，就留在浮動點值項目，考量專業人員是以專業知識提供服務，這部分看能不能夠固定點值一點一元，我覺得對診所占執業比例較高的中醫總額影響不大，如果單人執業怎麼算都是個人收入；像醫院組成就不太一樣，會直接影響到醫師的收入。

干代表文男

這邊是不是有中醫被西醫牽連了？還是以西醫藥師的概念在討論中醫的事情？西醫的調劑費、藥費都比中醫還多，中醫師本身調劑出來的和西醫藥師調劑單價相比，西醫部門單價就 70 點，最少也有 35 點，中醫單日藥費也才 30 出頭，不是才要調到 32 點嗎？這個概念我想不透。

主席

不是，大家的概念都是一樣的，目前每日藥費 31 點。

干代表文男

請問調劑費多少？

柯代表富揚

中醫親自調劑 13 點，藥師調劑 23 點，中醫師調劑費用比較低。

干代表文男

都是專業人士調劑，怎麼會這樣呢？

主席

因為中醫的調劑基本上不是藥師在調劑，只有少數中醫診所有聘藥師，這是很大的不一樣。

以後也可以做更好的區隔，目前中醫絕大多數是非藥師在調劑，那非藥師我們是說醫師調劑，問題是醫師是沒有在調劑的，真實的情形是這樣，現在真正調劑者多數既非藥師也不是醫師，而是受過訓練的人員，跟期待落差很大，這一塊其實中醫藥司也有責任，沒有建立中藥師制度讓中醫師可以聘僱，以確保品質，是不是中藥師調劑議題也可以請中醫藥司列入下次的報告？其實中藥師市場需求量很大，對提升用藥品質很重要，但是主管機關不夠重視，也不是健保署的職掌，保險人付費也很為難與無奈。回到這個提案，調劑費列入保障項目如果代表覺得無需求，也可以維持原案，只保障藥費、醫缺論量計酬案件每點 1 元，請問代表的意見為何？

陳代表旺全

如果維持原案，健保署對劉建國立委會不會難交代？

主席

各總額部門的點值保障項目都是經過會議協商後雙方達成共識而定，若會議協商不成，本署會據實回復劉委員，請問大家的意見如何？

陳代表旺全

那就維持 106 年項目，藥事服務費不列入保障。

主席

只有藥師服務費加入保障項目對點值影響不大，中醫也只有少數診所聘雇藥師；未來貴會也可以主動提出保障項目變更，不同身分執行調劑，藥服費要不要再拉大差距，其實是可行的，原則上要用非協商因素成長率來調，但是討論案會提到非協商成長率預算金額這次就用完了，既然影響範圍不大，如果還有餘裕再討論，好不好？那就先維持 106 年保障項目就好，這樣可以嗎？

陳代表憲法

決定就是暫緩？

干代表文男

建議暫時不用討論，先回去研究看怎麼做比較好，有意見下次再提出來。

主席

好，那本案就先尊重理事長的建議，維持 106 年項目不變。如果全聯會想新增保障項目，就再提案。那第四案確認，進入第五案。

第五案：107 年中醫門診總額研商議事會議召開會議時程案

主席

各位代表對 107 年會議召開時程有無意見？

陳代表旺全

2／22 星期四是大年初七，院所很多還在放假，雖然貴署初七就來上班，這個時間還是不太好。

主席

還是開會時間順延？

陳代表旺全

希望順延一個禮拜。

主席

因為延一個禮拜正好碰到其他總額要開會，那延兩個禮拜，三月再開，3／8 可以嗎？請同仁確認開會時間後在會議記錄上就註明清楚。本報告案就確認了。

干代表文男

這個會議開會時間在健保會前一天，那你們的資料昨天才收到。

主席

好，請同仁改進。

干代表文男

那就算要改進，會議時間衝在一起，那健保會資料都提前一個禮拜到，你們這樣整理資料不覺得很累嗎？

主席

跟代表報告，其實第四次會議資料最容易延遲，因為總額協定後時間非常倉促，中醫界也要開會討論，全聯會跟我們時間都非常的趕，只有第四次會議有這種情形，其餘會議都提早一週就把資料寄出去了，各總額都面臨一樣的狀況，我們也很無奈。加上第 4 次會議時

提案都很多，還要預留臨時會時間討論，我們都希望 12 月底能夠公告，元月 1 號生效，這段時間確實忙碌又辛苦，這也是情有可原。那我們開會時間就暫訂下來。請接討論第一案。

第一案：修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」案

主席

請業務單位先說明。

劉科長林義

品保款部分在上一次的會議已經充分討論了，只留下兩點在這次會議決議，第一點就是預算來源部分；這邊依照部裡修正醫院總額品保款的文字作修正，各總額品保款文字都一致；這邊念一下文字修正內容：預算來源段分兩點，一，全民健康保險中醫醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。二，107 年度本方案預算，以原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)與 107 年品質保證保留款(23.6 百萬元)合併運用，共計 46.4 百萬元。

第二部分是中醫部門依照健保會要求，新增一個「院所提供的慢性病照護未達一定比例」指標，定義請參考第 63 頁；希望大家多照護慢性病或開立連續處方箋，指標目標值訂在 3%，全年數據未達 3%就要減計 10%。我們針對指標有試算過，目前 46.3% 院所全年未申報慢性病相關案件或申報件數比率未達 3%，列入減計 10% 範圍。

主席

請健保會補充說明，品保款 106 年要從一般服務提列出來，在 107 年合併計算，請問明年的品保款一樣會不滾入基期，在 108 年品保款預算額度累計嗎？

健保會陳燕鈴組長

因為品保款 107 年起改列專款，不在基期裡面，所以 107 年品保款額度就不會有列入基期的問題了。

主席

先不管預算額度，現在想知道 106 年、107 年度品保款額度合併使用，108 年會不會遵循同一原則；理論上以後只有 107 年出現兩年預算合併，預算金額為歷年最高 4000 多萬，以後會回到 2000 多萬元，是這樣嗎？

健保會陳燕鈴組長

108 年度品保款本會會協定該專款額度，107 年額度不會累計進來（因為 107 年品保款已從一般服務改列專款，屬零基預算）。若照此原則，則以後就是每年在專款項下協定金額，因為本會委員對於品保款的獎勵還有很多建議，包括研訂更細緻的獎勵機制等，所以 108 年度細節還不確定。過去的品保款也都是以最近兩年預算額度合併運用，因為 106 年的預算是編列在一般服務裡面做為品質提升之用，已納入 107 年總額基期，所以 107 年品保款額度包含 106 年額度。可是 108 年時品保款可能屬專款項目，每年專款都是零基預算，預算額度為何要視協定結果決定。

主席

好，那預算來源的文字修正大家有無意見？有關增加一個「院所提供的慢性病照護未達一定比例」指標，目前未達指標的院所占 46.3%，列入減計 10%範圍，感覺上蠻有鑑別度，同時有鼓勵大家多照顧慢性病的誘因，請問大家有沒有意見？

王代表惠玄

主席、各位代表好，我們希望中醫服務能夠在各層面呈現品質，品質保留款有很多指標，想知道有沒有各項指標的試算結果，可以直接放在會議資料中，每年品保款分配時分區達成情形也可以提供代表參考？讓委員會的代表能夠了解各項指標達成情形及敏感度呈現，以及各分區間的達成分布情形是否過大，值得關切。

如果中醫品質保證情形可以透過系統性的方式公佈，應該有助於增加民眾的信賴度以及使用情形，是不是可以列入會議紀錄，以後相關的資訊都放在議程中供與會代表參考。

主席

謝謝王老師建議，我們現在有一份 105 年度的品保款核發情形，請同仁影印後發給大家，留作參考；以後只要討論到品保款就直接附上相關資料。請問要不要等到資料再決定是否新增指標？還是先通過？

王代表惠玄

同意方案先通過。

主席

好，那這個案子如果大家沒有意見，就先通過，資料等一下就發給大家，請接第二案。

第二案：修訂「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」案

主席

本案今年把癌症部分獨立出來，跟其他專案中癌症治療的部分整併了，這裡就有比較多的刪除；再來就是前、後測門檻，事實上評核會議要求提出各專案計畫執行情形，病人是否從中得益等結果。後測應該是必要條件，如果大家都選擇性執行後測，對計畫長期來說也不利，希望評量執行結果時，前後測資料能同時具備，除非有一些不可抗力因素才除外，但是不應該比例太高，希望每一個收案照護的病人都能作品質監測跟計畫結果呈現，所以作退場機制的修正，請問大家有沒有意見？

胡代表文龍

主席、各位代表午安，首先針對 VPN 前、後測登錄的問題：部分病人出院前醫院沒通知中醫部執行後測，突然就出院了，後測數據就變成 missing data；可能要在出院後 1 週內才能補登數據。如果病人在一個醫院住 28 天後轉到其他醫院，前面收案醫院如果沒結案，後面接手的醫院也就無法收案；如果希望提高前、後測評估執行率，希望能由系統強制收案、強制結案，不要說前面收案醫院未結案就卡到後面醫院收案，另外也希望 VPN 登錄期限可以放寬到出院 1 週內。

主席

請問病人出院後要怎麼執行後測？

胡代表文龍

有病歷紀錄。例如巴氏量表，固定都有登錄在病歷上。我們照病歷記載量表評估結果去登錄後測 VPN，如果真的要在病人出院前親自訪視病人，像病人出院就沒辦法結案，又會卡到後面收案的院所。

主席

跟胡代表確認一下，您說的是像補充資料第 14 頁，支付點數 1000 點的生理評估項目嗎？意思是說這些量表結果不是醫師親自評估病人而來，是直接抄病歷上的數據，是這樣嗎？

胡代表文龍

現在說的是例外情形，如果病人突然出院，前一家收案醫院無法完成結案手續，後手醫院收案後要登錄前測結果也沒辦法，健保署系統上會認定為病人重複住院。所以我們希望可以改成強制收案。

呂代表世明

補充說明：我們剛好在癌症門診有類似經驗，例如說他在 A 院所看完病後不喜歡，跑到 B 院所接受照護，結果 A 院所沒有完成結案手續，導致真正提供照護 B 院所無計可施。以前我們曾經請分區業務組居中協調，讓 A 院所結案後由 B 院所正式收案，但是有些分區會保持中立不干涉，叫我們自己想辦法處理；變成院所間易起衝突，或是意氣用事。剛好胡主任提到這個問題，希望說這方面能由分區業務組來協助前手照護醫院順利結案，這樣後手才有辦法收案後好好照護病人。

谷專委祖棣

是不是全聯會要先出來居中協調，請前面那家院所依照規定在該結案時去結案？

胡代表文龍

這是 VPN 的問題，除了後面照護院所登錄前測問題外，也希望出院後至少 3 天，最好是 1 周時間內登錄後測評估結果並完成結案手續。

主席

我們想釐清幾件事情：這個計畫主要是中醫提供西醫住院病人特殊照護，這些屬於中醫執行的評估，使用的量表也是巴氏量表比較普遍常用，理論上這些評估都應該是看著病人親自評估的，不是拿病人出院病歷來事後填報，這個差別很大喔！如果照胡醫師的說法，病人出院之後再評估，這樣看不到病人啊！出院後 3 天再評估如果是把出院病歷拿來抄，那就跟我們期待的差太多了。

胡代表文龍

每一次治療我們都有寫 progress note，根據自己記載的 progress note 中評估結果去填量表，依照病歷記載的 SOAP 格式，一定會提到 assessment，也是依照病程記載下去評估。

主席

可是 progress note 記載內容不能代表結案時的狀態，不是過程面資料直接抄過來就好喔！還有哪一位代表有意見？請劉代表。

劉佳祐醫師(許代表中華代理人)

我是劉佳祐醫師，許中華代表代理人。想呼應剛剛胡醫師的講法，每一次會診時，都有評估記錄，如果去訪視病人時病人已出院，也只能拿最後一次評估數據當作後測，大概是這樣。

主席

可是 progress note 中每一次都會執行評估嗎？例如腦中風患者，每一次都會評估 NIHSS 跟巴氏量表嗎？裡面項目那麼多，我們可能真的要去看一下病歷。如果不是每一次都有做評估，怎麼可以反映出院當時的結案評估結果呢？

胡代表文龍

那個，我們就是每一次去我們都會檢查病人，包括那些量表裡的功能性評估，也習慣一併寫在 progress note 裡，所以最後一次的病程紀錄可以做結案評估依據；這些都是病人突然出院時的補救措施，如果病人可以確定出院，出院前執行後測評估就不會是問題。碰到病人突然出院的情形，最後一次過程面的評估結果跟出院評估量表結果難免會有落差，如果說能夠強制收案與結案的話，我們就可以更提高量表的回收率。其實我們現在的量表完成率已經滿高的，主要差別在 VPN 的登錄。

陳代表旺全

其實胡醫師跟劉醫師比較老實，應該是說住院會診後都會常規執行健保署要求的評估，他把例外特別提出來講，病人出院後臨時被通知的狀況，只能用最後一次評估結果作為後測評估登錄 VPN；他擔心的是評估的時間差可能反映功能進步無法忠實呈現，所以要求放寬到出院後 3~7 天以內補登錄 VPN 後測結果；為了不耽誤接手收案照護院所權益，才提出 VPN 上強制收案/結案的要求。另外剛剛要求全聯會幫忙居中協調，病人在醫院住院，我哪有可能叫長庚把結案手續作好後方便病人轉到下一家院所接手照護，沒人有那麼大的權力，還是希望從內部系統作好。

谷專委祖棣

聽起來有兩個問題：第一個收案院所未結案造成後續院所收案登錄

問題，以及病人突然出院未執行後測的問題。

主席

請問一下，這個會診照護頻率為何？多久執行一次？

陳代表旺全

收案的隔天，從入院日起算可能間隔兩天。

主席

我今天才知道這邊所說的評估是從病歷裡摘出來，跟一般認知的評估不同：在某一個時點親訪病人後完整執行評估項目不太一樣，感覺上不是真正的評估。

我們可以去 double check 病歷，譬如中風病人每一次接受會診時都有做 NIHSS 跟巴氏量表每一項評估嗎？還是看醫生裡面寫什麼、摘什麼？這中間有沒有標準作業程序呢？

胡代表文龍

我們是由經過神經專科醫師訓練的住院醫師去作檢查，第一次評估一定是完整評估，之後病程紀錄的重點會擺在病情變化為主，但是收案時跟出院前一定是執行完整的評估項目。登錄 VPN 者均有執行完整的前、後測評估量表。

主席

理論上標準程序是入院時跟出院前執行完整的評估量表，是這樣嗎？

黃代表蘭嬌

主席可能比較擔心後測時中醫沒有做評估就去申請費用，其實這個費用病人住院期間只能申請一次，而且包含了前後測每項評估量表都要作完才能申請，應該不用擔心醫療浪費或重複檢測的問題；另外這邊希望退場機制的後測量表完成率訂在 75% 可能太高，可以寬鬆一點嗎？如果訂在 50% 會對我們比較有利。另外就是取消每季公告的問題，我們還是希望維持每季公告，不要由分區寄通知函，怕會有 loss，希望能維持原來的運作模式，公告在網站上，讓院所可以查詢，大概這幾點的要求，謝謝。

谷專委祖棣

請問一下 VPN 結案的部分，前面那家醫院只要結案後就可以收案、登錄，你不用等他結案並登錄 VPN 後測資料才可以收案，就是說結案、收案動作跟登錄 VPN 時間不要綁在一起，開放 VPN 補登資料，這才是重點吧。

許代表世源

這個 VPN 登錄其實是老問題，如果照胡醫師建議作強制結案也會重複收案的問題，建議系統不要鎖的這麼死，讓醫師有個彈性可以在結案後做登錄，登錄時間不要跟收案/結案時間扣連，這樣就可以了。

谷專委祖棣

建議我們會後跟全聯會詳細討論 VPN 登錄與收案、結案時間的條件，原則上不影響現在的方案內容，還是希望 3 天內可以做完，未來會把共識寫在會議紀錄裡，讓大家好執行，好不好？

陳代表憲法

我這邊補充一下，補充資料第 7 頁退場機制部分「12 個月內不得承作本計畫」文字，修正為「該年度不得再承作」這樣可以方便管理；再來是補充資料的第 9 頁執行方式部分，建議文字酌修為「每次須完成所列之量表並於當月費用申報前登錄於 VPN」，後面內容刪除。

谷專委祖棣

好，先回到第 7 頁退場機制那邊：如果文字修訂為「該年度」，會產生一個問題是通常結算時間點落後兩季，年度結束後等費用申報與 VPN 登錄完全啟動結算，前一年執行情形在當年結算時呈現，如果表現不夠好，當年就不能參加。

許代表世源

這樣會很複雜喔，這樣子等於是每一個月合格、不合格院所一直在變動，這個其實會很複雜。

谷專委祖棣

其實不會一直變動，我們是年度結算一次。

胡代表文龍

可不可以請健保署提供幾年的前測、後測量表完成率，這樣我們才有辦法來評估退場機制門檻。

谷專委祖棣

我解釋一下：這邊已經有作全年結算，「保險人通知函」到達日一定是次年，現在全聯會的意思是通知函到達那個年度，是這樣嗎？

黃代表蘭媖

對。

主席

好，這邊有幾個原則：第一是收案/結案時間跟評估表的 VPN 上傳時間脫勾，細節請醫管組後續跟全聯會商量；第二是評估務必要是看到病人後去做評估，包括完整的前測跟後測，而且這個評估表一定要留在病歷上，以備後續參考，這個是大原則，那例外才是病人突然出院來不及後測時，才參考裡面內容去完成後測，但是這一定是少數的例外。

如果像胡醫師所說，病人出院前未告知中醫部，希望院內能善加溝通，而不是把這個問題丟給健保署，變成醫院沒告訴我病人出院了，無法執行後測評估，所以我用 progress note 的評估結果自己填一填，這根本沒有在做病人的評估啊！這樣沒有辦法接受，這 1,000 元的評估費用沒辦法給，我希望不是這樣，這 1,000 元是因為中醫師真的花時間在正確的時間去作了評估，而不是做病歷的筆記摘要。我們還是要重申這是很嚴肅的事情，我們理解事情難免有萬一跟不得已的時候，我們有機會也會請分區業務組去核對一下病歷，就是抽調病歷來了解一下是不是確實有做這個評估。那這一案我們是不是就到這裡，大家還有沒有其他意見？如果沒意見就進入第三案。

第三案：修訂「中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」案

主席

請問代表有沒有意見？巫代表請。

巫代表雲光

謝謝大家對兒童過敏性鼻炎的關注，全聯會也很努力想把這個計畫做好，可是議程第 22 頁、23 頁這邊看到過敏性鼻炎計畫的執行情形，從 105 年初就開始來回確認飲片使用跟支付模式的問題，直到第四季才開始執行；執行率一直下降我們也很灰心，尤其是醫學中心

都沒來參與；全聯會了解原因後發現兒童在醫學中心看診很少開短天期的藥，鼻炎計畫原來的支付標準設計要求每 7 天要返診，至多每 14 天也一定要回來，無法達成條件就必須結案。

這邊想建議補充資料第 18 頁提到以就醫日期「前後就醫日期相減大於 21(不含)天」認定結案條件，考量醫院中醫部可能開出兒童過敏性鼻炎 3 週、4 週的藥，是不是可以考慮以「給藥期間」取代「就醫日期」？也就是病人有持續服藥，就認定他接受連續治療，而不是以不間斷回診來認定，這樣醫院中醫部比較容易來參與這個計畫，這是第一點；第二點是補充資料第 26 頁這邊原來支付標準設計有照護滿四週到一週，也要求要連續照護，但是考量到跨月申報狀況，對院所來說行政作業真的很麻煩，另外全聯會規劃時論次費用含診察費跟經穴按摩指導費，不含藥費共 600 點，藥費考量開立天數不同，拉出來獨立申報，現在署裡把支付標準拉回一般部門的話，我們擔心更加缺乏誘因，醫師執行專案要上 VPN、作量表、行政作業較繁瑣，然後跟一般部門報一樣的費用，承作意願只怕會更低，也影響到執行率。

全聯會還是希望論次的管理照護費內含經穴按摩指導跟診察費，每次 600 點，藥費就依院所實際開立天數申報，其他行政規定修訂部份我們都沒意見，以上補充說明，謝謝。

主席

好，業務單位要不要先回應？

谷專委祖棣

先說明一下，原來的治療費包裹一週、兩週、三週、四週的支付點數也是按各項目單價去算出來的，在開會前會時有講到用週包裹跟病人實際就醫型式不同，影響大家參與意願，所以健保署才會建議比照其他論質計酬方案，診察費、藥費等回歸論量一般支付標準，只有中醫支付標準沒有的經穴按摩指導費用管理照護費包裹，論次支付，支付點數 200 點也是全聯會建議的。還是全聯會再修正點數，而不是把診察費包進來。

主席

巫代表所提跟專委講的不大一樣；巫代表希望支付點數 600 點是含診察費跟這個經穴按摩的指導，但是不含藥費；專委這邊講的是把經

穴按摩指導這些歸為管理照護費，剩下診察費跟藥費另外申報，其實概念很接近了，差別在診察費要不要含在管理照護費裡，還有支付點數差異，要選哪一個？

巫代表雲光

全聯會的想法是專案的支付標準應該另訂，畢竟有一個專款在，不要用一般的支付標準碼申報，這樣會混淆。

谷專委祖棟

這邊解釋一下，雖然想要修訂成用中醫支付標準代碼申報，可是預算來源還是過敏性鼻炎專款喔！

巫代表雲光

打岔一下，請看補充資料第 26 頁，原來支付價格含藥費 7 天費用是 737 點，這是原來討論定案的價格，只是綁定一定要開 7 天科學中藥不太 OK。

主席

如果用消去法先扣除 7 天的中藥 210 點，再減診察費 325 點，這樣剩 202 點($737 - 535 = 202$)，現在是 200，就差不多阿！如果把 28 天限申報 1 次規定劃掉，申報費用跟著量走；其實每個月都指導經穴按摩 1 次，這樣也合理喔！

陳代表憲法

原來條文是每次治療時都要做經穴按摩指導，沒有限天數。

主席

就是每 28 天限申報 1 次的規定拿掉，回到原來作多少報多少的精神，只把錢拆開，這樣也把它拿掉，這樣也解決綁定開藥天數的問題，這樣可以嗎？有做筋穴指導、營養指導等衛教才可以報 200 點的管理照護費，剩下用藥跟診察費就是覈實論量申報，這樣可以嗎？

巫代表雲光

接下來量表問題：每 28 天做一次量表，不額外給錢，診察費與管理照護、經穴按摩 200 點得每次執行及申報。

主席

這樣比較釐清了，量表每 28 天做一次，這邊只有管理照護費內含衛教跟經穴按摩指導的支付項目，請業務單位把每 28 天評估一次量表的規定放到條文中，，請問這樣還有問題嗎？

巫代表雲光

還有一個問題：退場條件中用就醫日期相減 21 天以上條件認定改成給藥日期是否連續認定，這邊可以修訂嗎？

谷專委祖棣

文字部分我們再斟酌。另外說明補充資料第 25 頁全聯會所提診察費部分，業務單位補上支付標準碼 A82 與 A83；另外想請大家確認現在支付標準規定針灸傷科不得同時申報，但是其他專案中是可以併同申報的，這邊要比照其他專案還是現行支付標準，麻煩大家確認一下。

巫代表雲光

報告主席，應該是可以同時申報，有一個支付標準代碼是合併的，如果同時執行針灸與傷科治療就以那個代碼申報，實際上執行跟費用申報吻合。

谷專委祖棣

支付項目分開報與併報支付點數都一樣，其他方案是可以報兩個費用，如果中醫界同意，那就用同時報兩個費用的方式修訂鼻炎專案的支付標準通則。請問大家還有意見嗎？

陳代表憲法

補充資料第 16 頁講到診察費支付碼，醫院中醫科應該是 A82 與 A84，不是 A83；另外第 19 頁的一樣退場機制建議比照會診方案條文修訂內容，以「該年度」修訂。

黃代表蘭媖

補充資料第 19 頁有提到申請資格審查部分，全聯會還是希望維持署裡公告，由業務組通知院所副知保險人比較麻煩，希望能維持原條文。

谷專委祖棣

現在中、西、牙醫很多都面臨要報備的問題，健保署希望未來可以更簡化行政程序，不管是申請或是核定都可以用電子文，不需要使用紙本，107 年開始啟動規劃，如果在正式推動前大家不想改，也可以暫時維持原來作法。

主席

那就用一年時間調適，今年暫時維持不變，如果沒有其他意見，本案先修正通過，再來第四案。

第四案：修訂「中醫提升孕產照護品質計畫」案

谷專委祖棣

請大家看補充資料 27-28 頁，全聯會主張限制收案年齡區間在 25-45

歲，我們有去統計收案照護對象的年齡分布，以性別切分，超過 45 歲門檻的男生比女生多，也有超過 50 歲的，這個計畫同時服務男性與女性，今年預算增加 1,200 萬，請大家考慮是不是要設年齡限制。

主席

請問全聯會有沒有要特別說明收案年齡限制。最多收到 62 歲照護對象，如果不 limited 年齡，45 歲以上照護對象比例也不多，中醫對不同年齡助孕效果是否有區隔，全聯會要說明一下嗎？

陳代表憲法

限制年齡是開會決議，個人認為未滿 25 歲或超過 45 歲保險對象一樣有被照護的權益。

王代表惠玄

建議不要設年齡限制，病人適不適合用中醫方式來助孕有專業考量，另外這個計畫也有後端的品質監測，每個申請院所的成功率、有沒有浮濫收案等都可以評估，希望不要設年齡限制，資源使用及監督的問題可以考慮從後端去審查。

主席

現在少子化是國安問題，能夠增加生育率我們都很期待，中醫可以幫助大家生，也是我們覺得還不錯的嘛，那這邊就不限年齡囉？，好，那就不限年齡了，好，其他細節內容就比照剛剛的案子修正，那這個案就通過了，有其他補充部分嗎？

黃代表蘭媖

補充資料 33 頁的第 14 點，繳交量表若未符合規定，經全聯會要求未改善，全聯會副知署裡終止院所執行計畫。另外還想請署裡提供我們各項專案計畫前後測量表 VPN 登錄百分比資料，跟健保署訂定計畫退場機制時比較有憑據。

主席

兩點健保署都同意，接下來請接第五案。

第五案：增修訂「中醫門診總額支付標準」案

主席

這個內容很清楚，我們協商要用醫療服務成本指數改變率成長預算作支付標準調整，明年這個項目下只有 2.66 億，因為協商時，陳理事長還有各位協商代表不斷訴求，每日藥費已經很久沒有調了，希望至少能夠調升兩點，這是主要訴求，估算金額也要 5.22 億。後來

決定先用醫療服務成本指數改變率 2.66 億全數支應，預算不足部分則用另外兩項（其他醫療服務利用及密集度改變與鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康）來支應，因為當時的協商要求這兩項也要優先用於提升用藥品質，這樣可支用經費是 5.83 億，但是現在提出來的每日藥費，要用掉 5.2 億點，另外還有複雜性傷科的適應症範圍擴大，還有修訂顱腦損傷處置費，這 3 項加起來需要 5.28 億，真正可用金額剩下 5400 萬；如果還要調高針傷科處置費 10 點，需要 2.14 億，這樣預算不夠，健保署建議是不是先調整前 3 項，針傷科處置費就暫緩調整，那有意見嗎？

陳代表旺全

非常感謝主席與醫管組同仁給我很多的建議。現在的情況是如果只調藥費，針傷科為主力的醫師原本可能申報的藥費就很少，針傷科如果沒有相關的調整，內部會很多聲音，我們只能提針傷處置跟藥費同時調整的建議，也接受點值下滑的衝擊，這是全聯會的意見，請問其他代表還有沒有其他意見。

主席

支付標準的調整是用成本指數改變率增加金額來作，每年預算金額大概都有 2 億多，如果今年沒調，也可以考慮用明年的金額調針傷科處置；這樣就不會影響到點值。如果用現在剩下的五千多萬來決定針傷處置費要調幾點，看預算額度決定調整幅度，也是可行。

張代表瑞麟

內科用三根手指頭賺錢，傷科用十隻手指頭賺錢，身為傷科我們寧可讓點值下降，現在醫師幾乎都 100% 親自執行傷科，希望能考慮到自己做的人是什麼樣的心情。

主席

現在傷科處置比例變少了，反而是針灸比例變多。

張代表瑞麟

我們常常是針灸傷科同時，申報上內科約占 78%，針傷科占 22%，希望考慮一下科別間的公平正義，點值下降沒關係。

主席

那如果說剩下的先去調，先調 5 點，不足部分明年再調，這樣可以嗎？

柯代表富揚

我們今年的一般服務部門非協商成長有 4.05 億，另外兩項優先用於提升用藥品質的項目都在協商因素項下，實際上可以調支付標準的

預算應該有更多。

主席

依照協商通則，真正用來調支付標準的只有服務指數改變率，剩下人口老化、保險對象增加等，都是自然成長，反映量的增加，不能拿來調支付標準。

柯代表富揚

我在想可不可以把新增的預算全部放進來調支付標準，預算比較寬裕。

主席

這樣會稀釋點值，恐怕不恰當。今年應該算例外，協商時理事長希望可以藥費提升 2 點，委員也替你們說話覺得應該要調，但是金額不夠，從協商因素項下兩個項目特別來因應藥費調整，我們協商並沒有談到要調針傷科，如果要調也要用非協商成本指數改變率來調整，今年已經訴求要調藥費，非調不可，用其他的專款支應，現在還有一點剩餘款，就把他當成是成本指數改變率預算的剩餘款，還是可以在額度內先調 5 點，不足的部分寄望明年非協商成本指數改變率再來調。

黃代表蘭媖

這邊想幫針傷科醫師說一些話：針傷科處置費好幾年都沒調整，這幾年內科診察費一直有調升，針傷處置費好幾年一直沒有調，考量每位醫師親自徒手治療，希望可以一次調 10 元，也算對針傷科醫師的尊重，如果可以調足，就盡量能調足。

主席

張理事長有同意嗎，他是針傷科為主，秘書長是內科

柯代表富揚

其實我們在協商時訴求調 5 點，不是 2 點；健保會裁示說，暫時先調兩點，明年可以再提。。

主席

這個也要回頭檢討自己每年都有非協商因素成長金額，你們都不調藥費，都調別的，再來講說這個沒有調。

柯代表富揚

跟主席報告，我們健保署這 10 年來總共調了 6.73%，如果說只是在中藥的躉售物價指數，我們還找過主計處，總共 10 年來藥費漲了 6.73%，可是中藥其實是漲了 106.3%。

主席

請問使用的科學中藥有漲嗎？

柯代表富揚

科學中藥有漲，這 10 年來，科學中藥的複方、單方成長比率，最少的是成長率 26%，平均從 26% 漲到 300%。

陳代表旺全

主計處的工商普查，我建議那個藥品費調升 25.15%，把材料降為 9%，因為李玉春教授也說這跟現在講的不一樣，所有人都知道問題點，108 年開始，現在三年又比照這個方式，變成一定要建議主計，把中醫相關行業變成特殊行業，才要列入調查。

主席

調查結果將來會反映在非協商成長率，我們等調漲數據。

干代表文男

這個希望中醫藥司可以幫忙調查中藥成本，站在付費者代表立場，這次調整藥費兩點，針傷處置費 5 點就這樣結論。

主席

好，那就同意針傷處置費調升 5 點就是七千多萬，筆預算超過一點點，對點值影響也有限。進入第六案，請說明。

第六案：修訂「107 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」

案

主席

請全聯會說明主要修訂部分。

詹代表永兆

首先是施行區域新增「僅有一家中醫醫事服務機構鄉鎮」開放巡迴醫療。經費上請參考議程第 25 頁，結算到 106 年上半年還有 840 萬還沒用，基本上明年經費應該還足夠，考量只有一家中醫院所執業的鄉鎮市區還是屬於醫療資源相對缺乏地點，健保署擔心造成院所競爭，事實上很多鄉鎮幅員遼闊，我們稍加限制不要在同一村，希望多些醫療資源過去，這邊巡迴醫療規定修正為單一鄉鎮放寬到兩家院所執行巡迴醫療，更增加中醫的可近性，放寬的鄉鎮請參考附件 1-2，希望貴署同意。

主席

中醫資源分布不均，我們要優先鼓勵減少無中醫鄉，如果有一位中

醫師到無中醫鄉鎮開業，一定要讓他留下來再去開放巡迴醫療，他的病人需要慢慢累積，如果巡迴醫療直接把他替代掉，這樣他留下來的機會比較少，前面討論的台中市大安區那家院所就是前例，醫療需求量不夠只好歇業，我們要優先保護願意去無醫鄉開業的人，最起碼前幾年讓他累積病人，如果有其他醫師有意願，希望優先鼓勵到其他無中醫鄉去開業，現在無中醫鄉還有 80 幾個，希望無醫鄉獎勵開業院所可以讓他們活下來，不要歇業。

詹代表永兆

其實方案中都有配套，以在地醫師優先去巡迴，其次才是其他人過去巡迴，但是巡迴點設置不能直接設在開業醫師執業地點村里，要在同一鄉遠一點的地方去設巡迴點。

主席

為什麼不直接鼓勵去無中醫鄉開業？

詹代表永兆

無中醫鄉獎勵開業一直是全聯會偏鄉醫療的第一順位，開業所需經費也是優先保障的；現在是經費還有剩餘，希望用多一點預算增加新的服務，相對保障當地民眾的就醫可近性。我們還是鼓勵在地醫師，優先出去巡迴，不是請其他醫師過來競爭資源。

主席

無中醫鄉會面對人口外移，看中醫的需求也不是每人都有，加上幅員廣闊，也不能因為專款有剩餘就一直花，事實上經費還是用在病人身上比較好，好不容易有醫師去開業了，不要到最後又歇業。

王代表惠玄

補充說明：無中醫鄉的問題很需要處理與鼓勵，但是無中醫鄉跟巡迴醫療，有些時候是完全不同的情形，例如桃園市復興區，當地的醫療生態分前山跟後山，前山有（西醫）診所，但是前山診所從不曾去後山巡迴醫療，後山民眾只能依賴新竹尖石、五峰的巡迴醫療去提供服務。

無醫村有無醫村的問題，巡迴醫療確實比較能夠保障到偏遠或是人口密度少、交通不便地區民眾的就醫權益，後山區民眾非常需要醫療，考量前山已經有診所了，巡迴醫療進不去，後山交通不便，看診人數也少，前山的服務量某種程度來說也足夠溫飽，他完全沒有動機去後山做巡迴醫療。

個人覺得，無中醫鄉的問題，恐怕不是排擠巡迴醫療就能夠解決，我反而支持可以有巡迴醫療，即使這個鄉只有一個中醫，還是可以

開放一個巡迴點。至於巡迴醫療設點浮濫的問題，我想全聯會還是有審核機制，不至於到濫用的程度，至於執行下去可能的弊端，是不是可以之後作監督或是提出專案報告。

陳代表志超

我補充說明：有些名單上的鄉鎮現在的執業院所不屬獎勵開業的名單，該鄉民眾可能有接受巡迴醫療的需求，現在方案修訂後他們可以到不同村去作巡迴醫療，這個在偏遠地區真的很需要，如果可行，錢夠，鼓勵你不要在這個村，你可以當地一個禮拜去做一次巡迴診，希望醫師能踏出診所，病人不用這麼辛苦跑來跑去，這樣會比較好。

主席

健保署沒有反對當地唯一開業診所去巡迴醫療，這很OK，健保署也贊成；現在另外大家討論的爭議點是由鄉外的醫師進去裡面做巡迴醫療，例如陳志超代表提到的是名醫，因為是雲林大林慈濟的醫師到那裏去，當地醫師就被比下去了。這個情形不會只發生在雲林，如果都徵召都會區的醫師去，民眾也會很期待，以後等名醫來就好了。

陳代表志超

大埔鄉的巡迴醫療已經作了15年，巡迴點設在那邊的衛生所，所以設備比診所還好，就算巡迴醫療每週只有1診也看到88個病人，全聯會的立場看到他們有這個熱忱，病人也很高興；當地開業醫師每週看到12診，我們一個月補助30萬，剛開始病人可能只有個位數，其實巡迴醫療不會比真正的獎勵開業差。

陳代表旺全

我想不要為了這個細節討論半小時，希望能先試辦一年，有問題再修正。

主席

那就先觀察一年，將來要去核准第二個申請計畫執行地點要仔細衡量，不要衝擊到原來在當地醫師執業的權益，那就照這樣的決議，先試辦一年。

主席

接下來議程第113頁討論獎勵開業管理原則：如果院所的申報量一樣很少，未達保障額度一定比例，就必須做巡迴醫療，執行到當年度12月底，無法滿足這個條件就要終止參加資源不足地區改善方案，請問代表有意見嗎？

干代表文男

請問一下，你叫他作巡迴醫療，巡迴點是健保署指定的嗎？

詹代表永兆

原則上是在同一鄉鎮裡面另覓巡迴點優先。

主席

就是他去巡迴醫療的點數攜回申報後也都算進來之後還是沒有達到保障額度門檻，那就再增加，這個精神是蠻好的，如果沒有意見就修正通過了。

吳科員柏彥

請翻到議程第 118 頁，配合全聯會放寬巡迴醫療範圍，新增巡迴醫療論次費用，每次 2000 點。例如剛剛大林慈濟醫院到已有 1 間中醫執業的大埔鄉提供巡迴醫療，每次費用就是 2000 點。

詹代表永兆

其實這個部份真的很難說，例如嘉義布袋，原來的巡迴醫療做得很好，獎勵開業進去後巡迴點撤掉，開業院所還是沒生意，最後收起來，變成最後布袋鄉變成無中醫鄉。我們希望，申請獎例開業醫師自己也能斟酌，本身也要有點功夫，試辦一年後再看看，做的不錯就留下來，做的不好也會自己退場。

主席

怕這個方式會造成永遠都是巡迴醫療，因為大家都覺得偏鄉開業挑戰很大，去巡迴的又是名醫，醫師進去開業後又競爭不過巡迴醫療，只好退場，不然有些醫師去巡迴後想留下來開業，全聯會又找別人去巡迴，重啟市場競爭，是這樣嗎？

詹代表永兆

也不是這麼說啦，巡迴醫療通常已經執行好幾年了，有時候獎勵開業進去後，也要考慮到當地民眾期望，全聯會真的也很難為。

主席

那就同意試辦一年。

王代表惠玄

無醫鄉地區醫療提供，透過詹理事長居中協調，改變地點或頻率，因為後到的醫師可能比較沒沒無聞，怕是老手打新手，對新手醫師不利，如果單純放任市場機制，恐怕會欺負新人，是否可以請全聯會以豐富經驗來協調，若讓巡迴醫療機構繼續執行，新來後到的，在那邊跟已經在當地許久的醫師競爭是不公平，很容易讓開業醫師退出市場，恐怕是個惡性循環。

主席

那就先觀察一年，如果有負面結果就修正，這個案子就討論到這裡。
詹代表永兆

主席不好意思，第 129 頁，施行區域預覽表台中市要增加一個大安區。

郭科長碧雲(南區業務組)

針對第六案，101 頁，施行區域括弧三，這邊有講到特殊狀況的認定，請問這邊所提的特殊狀況是怎樣的情形，是否署本部可以給一個認定原則。

詹代表永兆

這點就是特別考慮大林慈濟到大埔巡迴的情形，因為巡迴醫療作得太優質了，直接撤走是民眾的損失，所以保留一個協商的餘地。

主席

那我們就一樣試辦一年，特殊情形我們就以觀後效，若有不好的結果再回來檢討，請進入第七案。

第七案：修訂「中醫癌症患者加強照護整合方案」案

谷專委祖棣

請大家看補充資料第 41 頁，這個方案整合原本癌症患者中醫門診延長照護計畫、特定癌症患者中醫門診加強照護計畫與西醫住院中醫輔助醫療計畫中癌症住院病人部分，癌症住院病人這邊再放寬適應症加入肺癌與大腸癌，主要修正重點包括三個子計畫不能同時收案，同一個案每月限收案 2 次以及退場機制部分；補充資料第 41 頁提到退場機制操作型定義，前測分母都是 1，分子以有無登錄前測分數決定；後測部分只有門診加強照護計畫收案後每 90-150 日需執行一次後測，分母是應執行後測次數，分子是實際執行後測次數。其他的文字都是細節修正，程序調整等，變動不大。

呂代表世明

補充資料第 41 頁、45 頁敘述都有一些錯誤，想跟健保署這邊作確認。

谷專委祖棣

補充說明，草案文字是全聯會函送提供的，我們會後再跟全聯會確認最後的文字。

呂代表世明

另外跟副署長報告一下，很多會員打來公會反映申報費用時不曉得

生理評估費及疾病管理照顧費，結果他每個月都申報，被分區整比刪除扣成 0 元，想建議署裡，假設他多報論次疾病管理照護費用，只要扣掉他多報的部分，他原本開立藥物，針灸處理那些費用一樣要給他，這是會員的反映。

主席

這部分誰來回應呢？如果是中區特定的問題，同仁可以處理嗎？只核扣多申報的論次費用，其他的不扣。好，謝謝。

另外呂代表提到議程第 41、45 頁修改文字部分，請與主辦單位確認後修正。大家沒意見就通過了，請接下一案。

劉科長林義

接下來本來是中醫急症處置計畫，這部分全聯會還沒完成研議，我們直接進行第 9 案。

第九案：修訂「107 年中醫門診總額一般服務地區預算分配計畫」（草案）

劉科長林義

請參考剛剛發下去的兩份補充資料：一份是討論第 9 案，另一份是品保款核發資料。品保款試算數據先說明：第一個是新增的慢性病指標，他在 50 百分位的數值是 3.6%，第 2 頁是 105 年品保款核發情形，表 1 是預算數，表 2 有核發與不核發的家數，105 年符合核發比率應該是 78%，不符合核發比率 22%；表 3 是王老師關切的未獲核發的原因，是不是有些建議的問題，那本來中醫只有三個減計指標。分別是指標編號 8、9、10，不符合指標 8 的是 43 家，不符合指標 9 的有 65 家，不符合指標 10 的有 378 家，我們每次在檢討品保款的時候會列入參考，那這部分就是品保款說明。

那接下來進入中醫 107 年一般服務預算的分配案，草案是全聯會提供的，與 106 年分配方案差別第一是 106 年提撥 4000 萬風險基金，107 年風險基金減為 3600 萬，第二是風險基金分配資格，106 年條件是東區之外的五區，優先分配鄉鎮市區惟一執業的中醫診所，107 年限縮到台北跟北區鄉鎮市區惟一執業的中醫診所；第三是分配餘款直接撥給就醫率最高的中區，107 年以 55% 及 45% 比例撥給台北與北區，大概改變有這三點，其他都是年度的變更。另外提供 106 年風險基金撥付資料供參，請參考議程第 42 頁點值結算資料。台北、

南區與高屏總共 6 家院所有分配到風險基金，總共 60 萬左右，剩餘款全數滾回中區。

主席

這個案子 106 年的精神是要先補當地只有一家院所的鄉鎮市區，剩下再撥給預算相對不夠的中區，106 年經驗是，拿出來四千萬只補了台北、南區與高屏加起來一共 6 家診所，只補了 200 萬，大部分預算都撥到中區；今年的遊戲規則改成只針對台北跟北區轄下只有一家院所的鄉鎮，補完後，剩餘款就給台北跟北區以 55% 與 45% 筆例拆分，不知道這邏輯是什麼？為何拿出來的專款，優先去挹注台北跟北區鄉鎮只有一家執業診所，而不是其他五分區？，106 年南區跟高屏都有一家診所的鄉鎮阿，反而台北跟北區很少，這樣會不會不太好，精神上本來就是要一致，不管一個鄉鎮有一家診所，會出現在哪個分區，不應該要有所差別吧？，這個精神要維持，不管出現在哪一區，更何況，現在看起來，一個鄉鎮只有一家診所，補到一點 1 元的所需金額非常少，真正的精神，反而會變成 99% 是撥到某一區去，我不知道理事長這邊覺得這樣子是公平嗎？，這個精神好像沒有被維持。

陳代表旺全

每次談到地區預算分配，大家都非常計較，很多的研究，都說要考量人口占率，以及 R 值跟 S 值的問題，R 值跟 S 值這部分在健保會已經發生很多問題，每個總額，每個醫療團體訴求又不太一樣，中醫又涉及到性別年齡，預測率變成所有總額最低。

為了解決以後的預算分配，我已經特別商請台大教授單純就中醫要如何來分配總額，R 值跟 S 值要怎麼計算，現在還沒簽約，為什麼如果當時他們講到 R 值如果升 2%，我這次提 3600 萬，是用 R 值占率升 2% 來模擬，台北區差 1800 多萬，北區就差 1700 多萬，算一算差不多需要 3600 萬。

我知道副署長非常照顧偏遠醫療，你的理念我很清楚，我跟主席報告，如果說大家覺得把全省比較偏遠地區先補完，再來做比例的分配比較好，那就這樣。

主席

我建議尊重你們的協議結果，但是前提，全國每個鄉鎮市區只有一家執業的院所的都要補啦，怎麼樣講花掉的錢都不多，大部分還是以 55%、45% 比例回到台北跟北區，這樣感覺比較沒有這麼奇怪，互相尊重，為弱勢發聲一下，給弱勢補多一點，明年會發生多少鄉鎮

是一家診所的還不一定，這樣可以嗎？

干代表文男

我知道陳理事長的痛苦但是我們健保會委員更痛苦，你們分的錢多也罵，少也罵，不過回歸現狀，那個 R 值跟 S 值分配，還是希望明年能出來大家滿意的方案，你們提出來後，我們也能認同，那就按照那個方式。

另外我一直在健保會，想拜託的是過敏治療的問題，希望可以執行的更好，現在北部是潮溼過敏，中部是空氣汙染過敏，南投跟高雄也在抗議同樣的問題，現在少子化，小孩還一直過敏，健保會也有做個決議，希望過敏性鼻炎可以趕快有一個結果出來送公正單位來評核，這次評核會也沒討論到，這個水煎藥跟科學中藥的問題，談了這麼久也沒有結果，談定後執行成果也不知道，評核會又快到了，健保會也一直在追這個東西，現在換我拜託你們啦。

陳代表旺全

我剛剛有私底下拜託張瑞麟代表一定要好好執行過敏性鼻炎專案，他跟我拍胸保證。我現在好像都欠人家，一直拜託人家幫忙這個計畫執行成效。會啦，我們會加油。

主席

好，謝謝。今天所有的提案都討論完了，非常謝謝大家，也很辛苦，開會開到快 6 點，謝謝，我們就開到這裡。