

「中醫門診總額研商議事會議」106年第2次

會議紀錄

時間：106年5月18日14時30分

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
干代表文男	干文男	陳代表幸敏	請假
王代表惠玄	王惠玄	施代表純全	施純全
朱代表日僑	朱日僑	陳代表志超	陳志超
江代表瑞庭	江瑞庭	林代表展弘	林展弘
陳代表旺全	陳旺全	陳代表瑞瑛	陳瑞瑛
何代表紹彰	黃科峯 ^(代)	楊代表啟聖	楊啟聖
呂代表世明	呂世明	陳代表憲法	陳憲法
巫代表雲光	巫雲光	胡代表文龍	胡文龍
許代表怡欣	請假	黃代表怡超	請假
許代表世源	廖奎鈞 ^(代)	黃代表光華	黃光華
許代表中華	劉佳祐 ^(代)	張代表瑞麟	張瑞麟
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	詹永兆
黃代表蘭嫻	請假	羅代表永達	羅永達
劉代表富村	劉富村		

列席單位及人員：

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	王逸年、賴宛而
本署臺北業務組	馮震華、林照姬、賴美雪
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	林財印
本署高屏業務組	吳建昌
本署東區業務組	鄭翠君
本署醫審及藥材組	曾玫富、郎淑琮
本署資訊組	姜義國
本署醫務管理組	張溫溫、陳真慧、林淑範、 劉林義、谷祖棣、吳柏彥、 吳明純、鄭正義

主席：龐組長一鳴代理

紀錄：歐舒欣

壹、主席致詞(略)

貳、報告案

第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：洽悉。

第三案：中醫門診總額執行概況報告

決定：

- 一、 報告內容洽悉。
- 二、 下次會議起，試辦計畫請加上歷年趨勢，並以各分區區分。
- 三、 請全聯會協助輔導兒童過敏性鼻炎計畫之執行。
- 四、 代表建議公開民調原始資料部分，留供本署(企劃組)參辦。

第四案：105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	0.86302067	0.90643374
北區	0.87338611	0.91855001
中區	0.87369575	0.91396348
南區	0.95100229	0.96869929
高屏	0.92597117	0.95181695
東區	1.29390949	1.20000000
全區	0.89612305	0.93078697

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、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

參、討論案

第一案：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」 (草案)

決 議： 同意修訂，請依規定辦理後續報部核定等行政事宜。

第二案：新增「106 年度醫療資源不足地區改善方案」施行區域案

決 議：

- 一、 同意嘉義縣布袋鎮列為中醫醫缺區，請依程序辦理後續修訂公告事宜。
- 二、 請南區業務組檢視該獎勵開業診所是否依合約規定開診，必要時請中醫全聯會提供協助。
- 三、 請健保署分析各總額部門醫缺申報情形，有異常者請儘速通知公會及分區處理。

第三案：增修訂支付標準第四部中醫第一章門診診察費項目案

決議：

- 一、 同意新增門診診察費項目「開具連續二次以上調劑，且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方」，推估一年約增加 14.9

萬點。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

肆、 散會：16 時 43 分

伍、 與會人員發言摘要詳附件。

與會人員發言摘要

主席

現在會議開始，先確認上次會議紀錄，議程第 2 到第 5 頁。各位代表對會議紀錄有無疑義？無疑義就確認。請進入報告案。

報告第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

剛才宣讀的歷次會議辦理情形各位有無意見？這邊建議全數解除列管。另外請問為什麼會有序號 3 的點值確認追蹤？

劉科長林義

點值會上確認後還會依健保法函請分區辦理點值結算。

主席

請業務單位回去確認每個研商議事會議格式一致；辦理情形的部分洽悉；進入下一案執行概況報告前先說明這次執行報告有兩個重點：民調結果與例行報告；這次有依會議追蹤說明調查方法及題目變動，請報告。

報告第二案：中醫門診總額執行概況報告

張專委溫溫

補充議程第 18 頁投影片自費項目是指除掛號費和部分負擔外是否自付其他費用，這邊的數值是排除掛號費與部分負擔的。

主席

謝謝，避免後續溝通誤會，先提供說明。請問大家有無意見？

羅代表永達

從門診透析聽到現在想請教：門診透析以郵寄問卷方式回收 1000 多份，中醫是電話民調有效樣本 2000 多份，請問為什麼調查方式不同？另外這樣的有效樣本數是否足夠，具有代表性？另外想請問中醫現在

的歸戶就醫病人數大概多少?有效樣本 2000 多分到六分區再細分縣市，真的有代表性嗎?

劉科長林義

透析全國 8 萬人很難隨機抽樣到，是由健保署這邊篩選 1 萬 5 千人後郵寄問卷回收;其他四總額部門都用電腦輔助電話訪問系統 (CATI)，電腦負責抽樣與加權至符合各縣市一定比例權重。

羅代表永達

謝謝說明，透析是寄出 15000 份問卷後回收 1000 多份，中醫用電腦輔助電話系統抽樣 2000 多份有效樣本，這樣代表性就夠了嗎?

主席

很多民調中心還是用電話民調為主流，也發展出一套 CATI 系統，希望取得有代表性的樣本，樣本數不用太高但是統計上 power 是足夠的;這個民調方法算是成熟，除了透析族群不適用外，各總額都用這種方法詢問;目前比較大的爭議是重要關鍵時刻預測可能失真，一般民生調查用這個方法應該還 OK，不至於產生什麼問題。

羅代表永達

想請問不同總額間民調結果是否可以作比較?昨天門診透析滿意度似乎比今天低很多，可能有兩個原因:電訪說話 3 分鐘，而會寄回問卷的大多是不滿意的人;想知道不同調查方式是否影響總額間滿意度的可比性?

主席

建議在評核會時一次檢視各部門總額調查結果再來討論;大家習慣了只看自己的總額，往往自我感覺良好;民調呈現的是單純的結果，價值判斷看個人。

施代表純全

僅僅呈現描述性統計幫助不大，先前提過希望可以在不涉及個資範圍下釋出調查的原始數據，全聯會才有辦法作後續比較分析。

主席

所有研究者都希望拿到別人的數據，世界趨勢是公開研究資料；這部分請醫管組記下代表意見，轉給企劃組參辦；各位還有問題嗎？

千代表文男

請教各區成長因素結構圖中，就醫人數成長 0.3%，上一季成長率多少？

主席

上一季是負成長，健保署在很多場合提醒大家，利用中醫人口持續萎縮是個大問題。

千代表文男

在消費者立場也要拜託中醫多努力，不要在評核會時才來檢討，這樣很痛苦；另外想請教乳癌、肝癌加強照護計畫的開始時間？這邊看不到去年的執行情形。

主席

請業務單位以後報告專案計畫時呈現歷年趨勢，不要只放一季數據，報個 2、3 年都沒關係。

千代表文男

另外兒童過敏性鼻炎照護通過不久只執行一季，拜託中醫多作一點；很多政論節目來賓講話鼻音重，就是年幼時錯過中醫治療的時間點，希望用中藥、水藥好好治療，我也很灰心，加上空氣品質越來越差，北部又濕氣重，大家都鼻塞、講話帶鼻音；執行率太差可能會被扣錢，如果執行率好，協定明年預算時也有本錢。

主席

千代表對這點的重視大家都了解。請胡醫師。

胡代表文龍

想說明過敏性鼻炎專案：因為不包含水煎藥後給付偏低，本院（長庚

體系)在行政中心精算後覺得執行鼻炎專案不符成本，不同意新增代碼讓中醫科申報專案，本院還是有服務病患，只是以一般案件申報。

陳代表憲法

請問各專案執行報告投影片可以加上分區維度嗎?資料細到分區後全聯會要作分區推動時比較有依據。

主席

好，請醫管組記下:資料時間拉長跟加上六分區。

干代表文男

想請問主席:剛剛提到長庚的問題要怎麼解決?需要請醫管組出面協調嗎?

陳代表憲法

計畫剛開始執行，我們還在溝通;因為包裹給付部分少了水藥後比一般部門申報還低，我們持續溝通後會作調整;另外申報費用時，有時間差以及 HIS 廠商程式的部分，也會再作溝通。

主席

過敏性鼻炎參與院所較少的部分，麻煩公會協調院所參與改善。

干代表文男

請教中醫界:如果科學中藥治療效果只有水藥的 1/4，請多研究如何將水藥加進來。我在立法院旁聽常覺得委員鼻音重，真的很可憐;很怕錯過下一代治療最佳的時間點，請中醫界設法突破。

主席

好，對於報告事項各位還有意見嗎?那麼下次會議報告專案時間拉長與擴充六區，鼻炎部分請全聯會加強推動，民調報告內容健保署會持續改善;建議公開資料也會轉給主辦單位參考，請報告下一案。

報告第三案：105 年第 4 季點值結算結果報告

主席

請問大家對點值結算是否有意見?維持一貫趨勢，沒意見就洽悉。請接討論案。

討論第一案：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」(草案)

主席

請補充說明後續行政作業細節，以及修訂內容。

劉科長林義

品質確保方案修正內容於會上通過後，會報到衛生福利部，由部進行公告。

另外修訂內容請參考第 74 頁開始，指標主要包括醫療利用率、保險對象就醫權益與專業醫療品質部分，為避免重複，屬例行性業務就建議刪除，例如醫療利用率中保留最重要的每點支付金額(點值)改變率，人次與人數利用僅反映量的變動，健保署覺得留下點值改變率後，改變若超過一定幅度健保署會分析影響因素，一定包括價與量的變動。

第二點是就醫權益調查按現行趨勢會慢慢走向就醫經驗調查，這邊想把範圍修寬一點，慢慢朝向保險對象就醫經驗調查;另外民眾申訴成案數，這邊以現行狀況配合評核會作業修訂監測頻率，從每半年提供 1 次，改為每年提供一次。

回到條文修訂部分，獎懲這邊規範其實就是品質保證保留款，因權責在健保會，不在健保署與受託單位，希望能回到健保會去作處理;專業品質指標部分請醫審及藥材組補充。

曾科長玫富

專業醫療品質指標之修訂主要是兩大部分:第一部分是參考值的文字修正，請參閱第 76 頁議程，以「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」指標說明，主辦單位都是保險人，原監測方式文字中製作季報回饋受託單位及保險人與函請保險人針對指標異常分析原因部分，文意已不通順，本署目前每季製作季報與年報並公布全球資訊網，指標超過參考值也例行透過分區共管機制加強輔導改善，且

希望參考值欄位僅規範參考值就好，故建議刪除監測執行方案之文字。

第二部分是用藥日數重疊 2 日以上之比率，參考本署中區業務組反映職災案件應與針傷療程案件共同排除，決定採納分區意見建議排除，以上說明。

主席

實質修改不多，主要是文字修正以及疊床架屋部分作精簡，請問代表有無意見？

朱代表日僑

請問獎懲文字，健保會是否傾向維持現狀，作為保留款提列與分配依據較妥當？

健保會陳燕鈴組長

品質保證保留款額度與執行方式是依健保會決議辦理，這邊的扣連我們不清楚。

張專委溫溫

補充說明：這邊的文字與現行作業不合；保留款現在是依據健保會協定結果，原條文卻是保險人與受託單位協定而來，我們建議刪除以符合現況。

王代表惠玄

但是後端文字談到保留款分配方式，權責恐怕不在健保會吧？

張專委溫溫

健保會公告時會要求保留款用於提升醫療品質，由健保署與醫事團體訂定發放條件，這邊還是依照健保會決議。

主席

我來補充說明：健保會決議保留款額度後會責成健保署與醫界作成執行方案，方案內容就包括執行方式了；現在的規定是依據健保會決議，這邊的文字跟現行方式有衝突。

千代表文男

健保會決議一直希望品質保證保留款不要流於單純平分，希望達到擇優獎勵。

主席

健保會這幾年一直要求保留款分配要有鑑別度與差異性，我們持續被要求，在這邊也提醒各位不要平均分配來處理。

千代表文男

想請教主席：第 75 頁這邊講滿意度調查頻率，各總額滿意度調查頻率由半年一次減為每年 1 次，會不會距離民意越來越遠？評核會中呈現的是去年數據，也來不及改善，只能等明年。

主席

謝謝千代表意見，健保署受限於執行成本，我們是全世界行政成本最低的國家，請大家多幫忙。

陳代表憲法

想提一下議程 71 頁點值改變率文字與表格內容不一，另外東區點值固定超過每點 1 元希望註明；另外第 76 頁指標「用藥日數重疊 2 日以上之比率」既已排除 B6 職災案件，同屬委辦案件的 A3 預防保健案件是否一併排除比較合理；另外第 78 頁指標「就診中醫門診後隔日再次就診中醫比率」是否比照辦理，一併排除代辦案件；最後是無中醫鄉案件要不要列入排除條件，希望一起考慮。

曾科長玫富

原來排除條件與用藥日數有關，同一療程屬用藥日數重疊較不可歸責院所原因，代辦案件要排除也可以考慮，看與會各代表意見決定。

主席

如果指標是醫療費用相關，排除代辦案件很合理；如果目標是為了監控品質，監測用藥情形等等，如果因為費用不是健保付就不去管，這樣跟人民也很難交代；希望最後還是遵循這個原則去判斷。

曾科長玫富

A3 案件大概都是預防保健案件，用藥比較少。

巫代表雲光

中醫的預防保健案件是大腸癌篩檢。

主席

那會後請參照執行長意見修改，方案文字要與附表內容一致；附表內容若無意見就修改後通過。

討論第二案：新增「106 年度醫療資源不足地區改善方案」施行區域案

詹代表永兆

全聯會補充說明：102 年起獎勵無醫鄉開業推了 15 家，除了 1 家違規撤點外，布袋鎮這家去年開業後量一直作不出來，開業第七個月起申報量若無法達一定規模，保障額度會以 8 折折付；偏鄉獎勵開業真的有其困難度。今天在這邊提出來是希望這間診所歇業後布袋鎮成為無醫鄉，希望開放出來讓巡迴醫療進去補足民眾就醫需求。

南區業務組林財印專員

業務組補充說明：布袋鄉在獎勵開業院所進駐後，依方案規定要中止原來提供巡迴醫療的院所繼續巡迴，分別是嘉義長庚與另一家中醫；第 7 個月起原開業院所申報量需達保障額度的 35% 約 10 萬 5 千元，與現在平均 5 萬點的申報量差距很大；徵詢過原來提供巡迴醫療的院所也有意願，還是希望能儘快開放巡迴醫療，補足空缺。

主席

請醫管組補充說明，今天會上決議通過後，程序上布袋鎮最快何時能有巡迴醫療補位？

林專委淑範

程序上要修訂方案的附表，程序上要報部後公告修訂內容，至少需

要 1 個月。

主席

確認不需要經過預告 60 天的程序嗎？

林專委淑範

只要衛福部核定後就可以公告，加上行政流程，最快在 7 月 1 日開始實施。

主席

請問南區業務組同仁：院所開業 8 個月申報量低於預期是因為院所沒開診嗎？還是有開診病人沒上門？

南區業務組林財印專員

考量醫療資源不足地區院所初期開業及幅員廣大，申報量無法達到預期，獎勵開業院所到 106 年 2 月會打 8 折給付，布袋地區並無函請鄉公所及電話聯繫村里長宣導。

主席

這邊看到的是院所拿到 228 萬，僅申報了 40 萬。對於資源缺乏區無法提供醫療健保署有責任，背後的原因為何、是否有人為疏失等，還是要提出檢討。本來歷史悠久的巡迴點因為有開業醫來被拔掉，對方到底有沒有開診也不知道，就給了 228 萬，是不是應該好好把關一下？

林專委淑範

補充報告：這家診所按照 VPN 登錄看診時段是星期三夜診，早上下午都開診的有星期二、星期四與星期五；早中晚都有診的是星期一，符合方案要求；再跟 IC 卡過卡時段確認，以星期一來說，從 8 月開業到隔年 3 月停診，有 33 個週一，其中有 28 個周一有過卡紀錄，剩下 5 次是沒開診還是沒病人，需要後續查證。如果院所未按照方案規定，提供每週 5 天 35 小時且包括 2 次夜診的基本規定，已給出去的費用要追扣回來才合理。

陳代表旺全

發生這樣的情形全聯會也不樂見；診所開業之前也投入了裝潢、租屋等成本，最後診所收掉也很可惜；以後無醫鄉詹主委跟公會都會負起責任去檢視規定，提醒診所加強宣傳；以後全聯會也會更積極督導。

至於重新開放布袋鎮讓巡迴醫療重新進駐部分，全聯會承諾會對申請團隊好好評估，確保民眾就醫權益不受影響。

干代表文男

以民眾的立場，歇業後造成民眾不便是健保會委員的責任；南區報告並沒有提到院所無法繼續經營的理由；在巡迴醫療時有病人，開業後反而沒有，是因為開業點選得不好，布袋鎮幅員廣大還是真的宣傳不夠？我看過很多開業醫前半年病人都很少，病人變多後才站穩腳步；我住的地方中醫很熱門，等著掛號病人還會排到門外，想知道布袋人口、附近醫療是否充足等等條件。

另外我在健保會也講過中醫現在要實習2年才能開業，畢業生又多，想到醫學中心實習也進不去，只能留在診所實習；偏鄉又這麼缺中醫師，一直用巡迴醫療也不是辦法，希望理事長可以想辦法平衡一下，讓畢業2年內中醫師到偏鄉開業。

主席

布袋我很熟，請問院所在哪裡開業？有地址嗎？

陳代表志超

這家是老闆跟聘請醫師的合夥關係，剛開始還不便介入；我的想法是有些巡迴點作很久，像大埔鄉的巡迴點穩定經營15年歷史，開業一進去後巡迴點先不撤；可以跟開業醫重疊一段時間，每週一次巡迴診應該不致影響太大；我也看到偏鄉的開業醫沒多久就因為身體狀況歇業，又回頭去拜託原來撤掉的巡迴醫師重新進來，這中間的空檔對民眾也不太好。

主席

布袋原來的巡迴醫療是長庚醫院在海埔新生地那邊借了活動中心場地，一次去3位中醫師；把這個巡迴團隊撤掉後，進去開業沒作起來。

施代表純全

我們在這裡討論有點紙上談兵：中醫師公會也有責任在事後了解作檢討，在下次會議提出報告。

主席

布袋鎮重新開放徵求巡迴團隊進駐，這部分大概沒有問題；補救上有幾個部分：請南區業務組調查院所是否有履約缺失，該追回費用請儘速追回；另外請行政科分析各總額醫缺保障院所申報情形，不合理處請通知公會與分區業務組實地了解原因，並進行輔導改善；最後在方案重新修訂時，檢討修正。

黃代表光華

想請問方案的退場機制：院所在領有保障額度的狀況，為什麼還要申請歇業？

詹代表永兆

偏遠地區開業本來就不容易，很多地方地廣人稀；加上開業初期也投資個 50 萬 100 萬左右，一直沒病人也會緊張，自己也待不下去；其實不用太過度解釋，在全聯會輔導進入的 15 個院所真正站穩腳步的不到 1/3，大部分還是辛苦經營。巡迴醫療每週 1 次大致還可以收支平衡，是否能順利開業還在未知數。

主席

好，這樣我們要更珍惜；還是請各總額部門一併檢討，另外開業醫進駐後醫療服務提供的銜接部分也請公會提出檢討改善方法。

第三案：增修訂支付標準第四部中醫第一章門診診察費項目案

巫代表雲光

全聯會補充說明：主要是希望提供就醫民眾更方便的領藥方式，如果是開立連續處方箋，第 2、第 3 次直接領藥即可，提升民眾就醫便利。

主席

影響金額看起來不多，中醫慢箋開立與西醫相比少很多，現在鼓勵多開慢箋。

千代表文男

我贊成減少病患來院次數，增加的金額才 10 多萬，希望總額自己吸收就好，不要提到健保會。

主席

想請問連續 2 次以上調劑的意思？

巫代表雲光

親自至門診 1 次，最多可以調劑 3 次；修訂文字是與西醫部門一致的。

主席

按照現在規定，最高慢性病處方箋可以開到 90 天；原本支付標準項目就有「看診時聘有護理人員在場服務，且開具慢性連續處方」文字，現在修正部分文字「連續 2 次以上調劑」外，在後面加一段文字「且每次給藥 28 天以上之慢性病連續處方」，這樣會不會跟現在規定混淆？

巫代表雲光

修訂文字是比照西醫部門的。

主席

請醫管組確認一下。

林專委淑範

西醫診所的寫法是「開具連續兩次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方」，跟這邊的寫法一致；西醫基層再加上有無交付藥局的文字。

主席

精神上健保署了解，文字上讓我們確認一下。目前財務上評估影響不大，請問大家有無其他意見？

王代表惠玄

文字可以比照西醫基層支付標準，不知道要不要考慮跨總額的公平性？西醫基層支付的點數分別是 530 點與 550 點，考慮中醫前輩多屬自行調劑，是不是要調為 530 點？

主席

健保署尊重各部門專業意見。

羅代表永達

西醫會考慮到是否要鼓勵的基本概念：如果是鼓勵開立慢箋，診察費的計算上會多算一點，不鼓勵的話可能會減一點，想知道這 550 點怎麼算出來的？醫院的中醫科為例，50 人次以下診察費原來是 320 點，開了兩倍的處方後卻比 2 倍的支付點數低，這樣算是鼓勵嗎？另外的問題是免部分負擔的民眾在拿第 2 次、第 3 次藥時需要付部分負擔嗎？

巫代表雲光

開立門診連續處方是為了節省民眾端的人力與時間成本，醫師也可以集中心力照護真正有需求的民眾，全聯會提出新增支付標準時不只考慮申報量、現在預算是否充足外，也考量了院方可節省成本。

主席

慢箋免藥品部分負擔，各部門診察費按照自己能力範圍作調整，健保署原則都尊重；診察費依據開藥情形會有不同的支付碼，簡單解釋是這樣。

羅代表永達

想請教一個小問題：如果醫院開了連續 2 次調劑慢箋，藥還沒吃完病人又回來看診說要改藥，請問這樣要怎麼處理？會不會影響原本申報的 500 多塊錢？目前還沒有機制防範病人在藥吃完之前不回來看診吧？

巫代表雲光

請教羅代表，這種情形如果發生在您的醫院會如何處置？

羅代表永達

早期我們會監測百分比，如果超過一定數值分區會追查；現在分區已經沒有特別規範了。

主席

早期確如羅代表所說，領取處方箋後的確可能臨時發生疾病需處理，近來推行雲端藥歷，中醫也在範圍內，用藥安全可以進一步保障；慢箋的意義在自我照顧良好的慢性病人可以減少頻繁就醫及相對社會資源，這項支付標準增修訂文字已經確認與西醫基層一樣，點數部分尊重公會意見，這個案子就討論到這裡。請問有臨時提案嗎？

陳代表憲法

想請教健保署在網站公告請院所下載勒索病毒更新程式的細節。

主席

因沒有通知資訊人員準備，本署可以轉達您的提案，或是請公會提供聯絡人員，我們這邊跟您聯絡。那還有其他提案嗎？沒有的話今天會就開到這裡，謝謝大家！