

「中醫門診總額研商議事會議」103年第4次會議紀錄

時間：103年11月13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	張代表廷堅	張廷堅
朱代表日僑	朱日僑	曹代表永昌	曹永昌
朱代表明添	朱明添	陳代表憲法	陳憲法
江代表瑞庭	黃俊傑代	黃代表怡超	請假
巫代表雲光	巫雲光	黃代表祖源	請假
李代表政賢	李政賢	黃代表偉堯	請假
李代表豐裕	李豐裕	黃代表蘭瑛	黃蘭瑛
何代表語	請假	詹代表永兆	詹永兆
何代表永成	何永成	潘代表延健	潘延健
呂代表佑吉	呂佑吉	陳代表俊明	陳俊明
柯代表富揚	柯富揚	陳代表福展	陳福展
林代表啟滄	請假	陳代表志超	陳志超
林代表阿明	林阿明	賀代表慕竹	請假
張代表景堯	張景堯	錢代表慶文	請假

列席單位及人員：

衛生福利部	蘇芸蒂
全民健康保險會	魏璽倫、黃偉益
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	林照姬、陳德旺、陳淑華
本署北區業務組	邱希芸
本署中區業務組	程千花

本署南區業務組	林財印
本署高屏業務組	施怡如
本署東區業務組	張瑋玳
本署醫審及藥材組	
本署資訊組	姜義國
本署企劃組	李碩展
本署醫務管理組	李純馥、張溫溫、王淑華 陳真慧、劉林義、林淑範、 張美玲、甯素珠、賴宏睿 張雅淑、歐舒欣、邵子川 李宜珊、鄭正義、洪于淇 吳明純
本署查處小組	

主席：蔡副署長魯

紀錄：劉立麗

壹、主席致詞：(略)

貳、中醫門診總額研商議事會議 103 年第 2 次會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認 (略)

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額研商議事會議 103 年度第 3 次會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

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。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：103 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：

分區	項目	
	浮動點值	平均點值
臺北	0.88484002	0.92172104
北區	0.88464402	0.92552844
中區	0.86754674	0.91001649
南區	0.91917942	0.94887394
高屏	0.93759855	0.9600598
東區	1.30505772	1.2000000
全區	0.89978492	0.9336392

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

報告單位：本署醫務管理組

案由：104 年「中醫門診總額預算四季重分配」案。

決定：

一、洽悉。

二、104 年各季預算按 98~102 年各季核定點數平均占率重分配後之占率如下：第一季 23.46%、第二季 25.20%、第三季 25.51%、第四季 25.83%。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：104 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商會議」召開會議時程案。

決定：

一、洽悉。

二、會議時程如下

次數	1	2	3	4	5
會議日期	104.02.26 星期四	104.05.14 星期四	104.08.13 星期四	104.11.12 星期四	104.11.26 星期四
會議名稱	104年 第1次會議	104年 第2次會議	104年 第3次會議	104年 第4次會議	104年 第1次臨時會

肆、討論事項：

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：104年中醫門診一般服務之保障項目及操作型定義。

結論：

- 一、104年中醫門診總額保障項目比照103年辦理，即藥品、藥品調劑費採每點固定以1元支付，醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件，採每點1元支付。
- 二、由本署送健保會同意後實施。

第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：104年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫(草案)。

結論：

- 一、104年本計畫修訂重點如下：

- (一) 修訂計畫名稱為「104年中醫門診總額一般部門預算分配計畫」。
- (二) 實際收入預算占率由74%修正為73%。

- (三) 各區戶籍人口數占率由 6% 修正為 7%。
- (四) 另配合年度修正相關文字，餘維持不變。
- 二、對於 105 年本計畫各指標之操作型定義是否修正，由中醫師公會全國聯合會綜整與會代表之各項意見，於 104 年時積極討論並通盤檢討。
- 三、104 年計畫由本署報請衛生福利部核定後公告實施。

第三案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：104 年度中醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案(草案)。

結論：104 年度「中醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案(草案)」，考量減計原則註 5 之操作型定義，其排除案件類別之條件尚須進一步釐清，由中醫師公會全國聯合會確認後函送本署，由本署送健保會備查，並報請衛生福利部核定後公告實施。

第四案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：有關「104 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」(草案)。

結論：

一、本方案修訂重點如下：

(一) 「獎勵開業服務計畫」：

1. 明訂本計畫年度目標以「當年度」新增 5 個計畫數為目標。
2. 增訂每一門診時段至少 3 小時及例外情形之規定。
3. 增修產假期間無支援醫師代理者，不予支付保障額度。
4. 修訂計算無故休診及連續休診須終止該保險醫事服務機構所執行本計畫之方式。
5. 敘明保障額度之計算，以每月核定點數包含部分負擔計

算支應。

6. 考核方式由本署各分區業務組依實際情況，自行評估評核方式。

(二) 「巡迴醫療服務計畫」：

1. 增訂同一時段、地點，以支付一位醫師的費用為原則、特殊地區每天及每週之巡迴次數及「醫師數」由所轄保險人分區業務組會同中醫師公會全國聯合會專案審查後核定。
2. 敘明同一醫師同一日提供2診次巡迴醫療，其費用申報係以本計畫執行之看診診次計算。
3. 本計畫每位中醫師每月巡迴看診日平均門診量限定35人次，超過35人次之部分，其門診診察費、針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療處置費不予支付，並明訂案件核扣方式為「自申請金額最少之案件算起，不予支付」。
4. 由於澎湖縣白沙鄉的吉貝村，需由澎湖縣白沙鄉搭船單程20分鐘許，始能到達，增列「澎湖縣白沙鄉吉貝村」提供巡迴醫療服務之論次費用，以三級離島支付點數支付。

二、由本署送健保會備查，並報請衛生福利部核定後公告實施。

第五案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：有關 104 年專案計畫修訂案。

結論：

一、「西醫住院病患中醫特定輔助試辦計畫」：

- (一) 修訂計畫名稱為「西醫住院病患中醫特定輔助計畫」。
- (二) 維持原計畫第四條對於適用範圍腦血管疾病及顱腦損傷自診斷日三個月之住院病患...之文字敘述，不予修訂。

二、「全民健康保險中醫助孕保胎照護試辦計畫」：

(一) 修訂計畫名稱為「全民健康保險提升孕產照護品質計畫」。

(二) 修正重點：

1. 適用範圍：同意合併(二)及(三)之文字，並修正為「曾流產超過二次(含)以上之女性(病歷應記載流產之年月)，受孕後 0-20 週之保胎照護(應註明孕期週數)。
2. 實施效益：同意中醫師公會全國聯合會補充受孕成功率及保胎率之操作型定義。
3. 其餘部分，同意本署修正意見

(三) 本計畫涉及支付標準之增修訂，由本署依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理後續事宜。

第六案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：支付標準第四部第九章特定疾病門診加強照護「C05、C06」修訂案。

結論：有關中醫師公會全國聯合會建議修訂支付標準第四部第九章特定疾病門診加強照護「C05、C06」，其以包裹支付之適當性及相關行政作業尚須釐清，由本署再與中醫師公會全國聯合會繼續討論，如有共識，則逕提本署「共同擬訂會議」報告。

伍、與會人員發言摘要，詳如附件。

陸、散會：下午4時30分

※附件-與會人員發言摘要

報告事項第一案『中醫門診總額研商議事會議 103 年度第 2 次會議 結論事項辦理情形』

主席

先確認上次會議紀錄，各位代表是否對文字內容有修訂意見？若無修訂意見，本案即予確認。

報告事項第二案『中醫門診總額執行概況報告案』

林組長阿明

以 16-19 張投影片顯示，近年來針灸醫療費用平均每年增加 1 億點，大幅成長之原因？

何代表永成

因為中醫針灸可運用之範圍已日漸擴大且成熟，且搭配熱敷、推拿.. 等完整療程，有好的療效，病人多傾向留在中醫院所繼續治療；在市場機制下，醫師提供比較完整之醫療服務，且病人多接受針灸的部分負擔可以減少 50 元，因此近年來成長幅度較大。至於傷科部分，因有部分屬於非醫師親自執行之民俗調理，故醫療費用相對成長不大。目前執行針灸與傷科之比例，已從早期 5:5 轉變為現行之 8:2，傷科已大幅下降。未來，配合針傷科門診合理量之計算公式回歸合理，本會亦加強監督針傷科之合理發展。

林組長阿明

理事長說明比較針對併報的部分，全聯會對於針灸大幅成長之現象，是否合理？對於只提單純 1-2 針之針灸情形，是否須要進行管控機制之討論（如：訂定適應症…）？

主席

健保會協商 104 年中醫總額一般服務「針灸與傷科門診合理量計算公式」時，許多委員關心針灸與傷科醫療費用的變化。中醫師公會全國聯合會因應外界關心事項，是否有管理與因應之策略？

何代表永成

健保會委員期待本會控制傷科成長在 5% 以內，又擔心轉移到針傷合併申報之案件，但傷科件數降低後，又期待針灸不要過高。針、傷科處置本就中醫完整療法的一部分！大家期待全聯會控管這部分，不僅互相矛盾，且控管有其實際之困難。對於虛報者非本會所能允許，惟屬正常申報之醫療服務（如：做三項報一項…），似未違反相關規定，如外界有所疑慮，未來本會再俟適當時機另行檢討。

主席

我依稀記得健保會陳錦煌委員曾提到接受針灸的病患之中，有很高的比例僅扎 1 針！中醫師公會全國聯合會是否有比較好的對策，促使針灸之執行

是符合實際醫療需求！否則，部分極端值的狀況，容易誤導外界的判讀，對於中醫總額協商預算資源之爭取，具相當之影響。故建議未來全聯會仍宜思考適當合理之管理對策，有利未來預算之爭取與說明。

柯代表富揚

中醫近年來針灸已漸有取代傷科成為主流療法，加上中醫廣開針灸之醫學課程，另受食安事件影響民眾對中藥材(含重金屬...)之信心，使得民眾寧願選擇針灸做為治療方式，故其醫療利用節節上升之同時，亦顯示中醫針灸療效多獲民眾肯定。另對於委員關心傷科轉針灸或僅扎 1-2 針即予申報…等情形，本會現行即定期監控六分區各中醫院所申報情形，如有異常狀況，均列入管理與監測機制，加強審查與輔導。

李副組長純馥

本署曾接獲民眾反映針與灸給付疑義，因應現在接受針灸治療的民眾愈來愈多，大幅成長之下，是否可能隱涵非健保給付範圍等疑義事項，故建議中醫師公會全國聯合會仍應釐清針灸之型態、針灸定義、給付條件…，重新釐清、宣導與規範，以避免事後核扣之困擾。

王代表惠玄

27 張投影片顯示部分分區(如：中區)在針灸合併複雜性傷科費用成長極高，究係反映民眾需求之巨大改變，或者為醫界治療模式不同之思維，23 張投影片有關傷科脫臼整復費用亦反映部分分區類似差異。針灸費用在各分區成長情形，確實如秘書長提到「民眾偏好的改變」且各分區成長趨勢相當一致，但傷科與針灸合併複雜性傷科部分，各分區則有很大差異，這部分可能要請全聯會多予關心，對於醫療行為之適當性適度瞭解與輔導，以正向鼓勵做得好又認真的醫師。

主席

謝謝王老師的提醒，民眾醫療需求在短期間巨大改變確實須要特別注意及瞭解。

陳代表福展

24 張投影片顯示申報針灸合併複雜性傷科之醫令點數十分小，一區一季才那些點數，且各分區差異亦大，故個別分區分子之醫療點數只要有一點點變化(例如加入一個醫師申報、多一個適應症的病患或原先的病患已痊癒。)，就可能造成成長率大幅升降的情形！所以此指標所顯現的現象無法代表實質

的意義。

主席

我們僅就統計上的現象，提醒大家共同注意與瞭解。

報告事項第三案『103 年第 2 季中醫門診總額點值結算報告案』

主席

本報告案是否有提問事項？如無提問，即確認 103 年第 2 季點值，並由本署進行後續點值公布等相關事宜。

報告事項第四案『104 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」案』

主席

本報告案是否有提問事項？

何代表永成

本會感謝健保署於 103 年就「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」，採納以近五年之各季核定點數平均占率做為各季預算重分配之依據。以議程資料所載經重新校正後之 104 年各季預算重分配占率，已較為平均，故同意本案之計算方式。

主席

如無其他提問，本案即予確認如議程資料。

報告事項第五案『104 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商會議」召開會議時程案。』

主席

本報告案是否有提問事項？

陳代表福展

104 年 2 月 26 日為農曆初八？健保署來得及函送議程資料嗎？

張專門委員溫溫

通常 2 月要討論的議題比較少，我們會儘量在過年前先寄送給各位；另外本會代表任期至 103 年底止，104 年須重新聘任，請相關單位儘早提供推派名單。

主席

若無其他提問，則本案洽悉，104 年開會時程表如本議程資料。

討論事項第一案『104 年中醫門診總額一般服務之保障項目案』

主席

本討論案是否有提問事項？醫務管理組是否有補充？

張專門委員溫溫

本案原則是比照 103 年；若本會議通過，本署將陳送健保會同意後執行。

主席

本討論案無其他提問事項，即予通過比照 103 年方式辦理，並陳送健保會同意後執行。

討論事項第二案『104 年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫 (草案)』

主席

本討論案是否有提問事項？

何代表永成

本提案案由本會召開三次會議討論共識，並經 103 年 10 月 24 日健保會議決議通過「104 年度中醫門診總額一般部門地區預算」之分配方式。今日會議應僅就操作型定義疑義部分，進行討論。

李代表政賢

地區預算分配指標 2「各區戶籍人口數占率」，104 年僅前進 1%(7%)，距離 100% 跟著人走之政策目標尚有一大段差距，與牙醫總額達 100% 及西醫基層達 65%，本總額明顯落後甚多。北區人口成長約 50%，R 值僅前進 1%，實在太少！本分區內部會議認為 R 值應往前 4%(到達 10%)，健保會議中部分委員亦曾主張 2%，難以合理反映本區人口成長速度。

現行地區預算分配之各項指標不僅僵化且不合理！指標 1 佔率過高，且基期之計算是援用早期(95Q4-98Q3)之預算占率，已無法充分反映各區之預算現況，預算分配並不公平合理。因此，建議衛福部及健保署應積極介入進行合理、公正與客觀之分配與規劃，以平弭中醫各區之紛爭，並朝向 100% R 值校正目標努力。

主席

地區預算分配為健保會之權責，該會已決議 104 年度中醫總額地預算之分配方式，故北區代表之建議，實非本署或本會之權責，相關建議仍須大家一起努力。

潘代表延健

分區預算既屬健保會權責且經協定，可能已無討論空間，但對於操作型定義是否可以進行討論？我先請教指標 1 之基期採 95Q4-98Q3 之理由？是否可以變動？採近期占率是否比較接近執行現況？

主席

先請全聯會發言，接下來請本署業務單位說明，再請專家學者給予指導。

黃代表蘭瑛

中執會對於指標 1 基期是否改變，曾經邀集六區主委召開相關會議進行

討論，過程之中北區、中區持續表達不滿意，但南區及高屏區也表達相當的委曲，會議最終有四區勉予同意，即 104 年指標 1 適用之基期暫不變動，但在 104 年由中醫師公會全國聯合會積極召開會議並納入各區建議進行討論，台北區未表達意見，另我也感謝北區曹主委的容忍。基期是否變動，其實專家學者各有不同之看法，有認為基期一直變動對點值分配未必見得會有好處，但如實反映醫療利用情形，本中執會立場亦不反對，惟仍須獲得全體會員與各區主委之認同。未來，中執會仍會持續努力，加強溝通與統整各區意見，期待明年以較圓滿之方式來處理。

李代表豐裕

據我瞭解，目前 S 值係以總額推動前一年各區醫療費用之占率做為計算基期，其目的係為避免執行總額後之人為操縱。而「中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫」雖從 95 年公告實施，但 90% 採事後並以申報數做為分配機制，故造成各分區衝量之行為；99 年起則改以 80% 採事前並以分區實際預算收入做為分配機制，因採事前分配，故設定實施前最近三年做為基期；基本原則都是以穩定及避免人為操縱為主。R 值為人口之風險因子，專家學者定調為投保人口，且總額實施以來，都期待朝 R 值往前邁進，並認為民眾在西醫或牙醫部門醫療需求之機率是相同的，但民眾在各分區中醫就醫機率相較西醫或牙醫之落差很大，各分區中醫就醫率可達 35-40% 之差異，故實難以仿照牙醫 R 值前進至 100%，因此中醫對於 R 值投保人口之定義，是否可以轉變為就醫人口？中醫 R 值一直難以前進，確實受到各分區就醫狀態差異之限制。以中區來說，R 值每前進 1%，中區會損失將近二千萬，而這幾年中區點值一直是最後一名，R 值操作型定義若不改變，還能前進嗎？

主席

李代表對於 R 值人口身分定義(改為就醫人口)之問題，實非本會權責，該建議仍須回歸由健保會進行協定。

陳代表福展

R 值之基期如是一個可變動的因素，則會造成醫療費用衝量情形（因為若是可更改的因素那管控嚴格的該區便是受傷最大的區，只要不嚴管費用上昇後便說基期的取法不公平要再往前進，那費用又可補進來，屆時一定沒有人願意嚴管。），因此在 99 年改以事前分配預算時，其基期即已共識不再改變。目前中醫對於醫療費用成長已是極度壓縮與限制，高屏區中醫院所醫療點數較實施前下降 4-5 成，實施後亦僅微幅成長 0.1-0.2%，致使本區點值大幅改

善。因此，若實施之後才改變基期，對於努力節制管控醫療費用之分區未盡公平。如果 105 年要改變基期，則須事先共識從何時開始，讓各區有心理準備(事前知道大家一起跑)，才算公平！故我反對基期採實施後 99 年-103 年之期間進行計算，否則對採嚴格管控措施之高屏區是非常不公平的。

主席

再次重申 R 值與 S 值之問題，實非本會權責！本次會議僅討論操作型定義，即指標一「各區實際收入預算占率」之操作型定義是否須要修正？另我提醒中醫 R 值前進與否，係關係貴部門代表在健保會爭取預算額度之困難度！

張專門委員溫溫

95 年以前因 R 值問題，造成各分區點值差異過大，故健保會於 95 年協定經本署公告實施「中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫」，採事後分配預算之方式，惟該機制使各分區大幅申報醫療費用以擴大費用占率，故再於 99 年改採事前分配預算方式，以降低事後分配之負面影響；但我必須強調的是，前述計畫之所有修訂過程，均經中醫界之討論與共識。目前 R 值與 S 值屬於相對關係(若 R 值↑，則 S 值↓)，當然曾經有部分總額部門認為 R 值已難以往前推進，進而提出 S 值之基期年代久遠，建議改以近年之醫療利用占率，較符合實際趨勢等相關訴求！惟不論採那種方法，最重要的是該總額部門要達成共識，且透過健保會協定後，健保署方能執行。

王代表惠玄

中醫總額地區預算分配有其歷史性之因素，目前指標 1 之基期是以 95Q4-98Q3 做為計算基準，距今已達 7-10 年。這段期間中醫醫療利用、中醫師治療模式(如：針灸、傷科)、醫療服務之組成(如：推拿實質執行者...)、民眾對中醫接受度... 等都在改變！因此，公平性之爭議可能是中醫界先進比較須要思考的部分。或許人生病的機率相同，但個人接受中醫治療之程度不同，占各分區人口比率有所差異；就資料分析看來，中區使用中醫服務人口比率的確稍微高一點，但相較他區也沒有高出 2-3 倍，R 值某種程度還是能適度反映資源投入及分配！目前 R 值確實有點低(7%)，結算後難以反映該區人口占率及民眾接受度之變化，此外，由於指標 1 占率高(73%)影響大，其基期採計之年度勢將成為兵家必爭之地，故未來如何因應中醫師執業點之移動、醫療模式改變、人口改變... 等涉及地區預算分配公平性之問題，還須有更進一步之討論！對於公平性有一定共識之後，下年度提升整體總額才有依據。

主席

對於指標 1 基期採計之年度，之前黃代表蘭瑛已就中醫師公會全國聯合會之立場進行說明，是否回答潘代表延健之提問？

潘代表延健

目前各總額部門都以前一年預算做為基期加計成長率後，做為當年之預算，惟分配至地區預算時，反而以某個特定年度做為部分指標分配之依據，於理不合。雖然有其歷史因素，我予以尊重，惟建議中醫師公會全國聯合會仍應積極處理，對於分區代表提到衡量問題，預提因應對策，進一步化解各分區間之紛爭與擔心。

主席

潘代表提到 105 年指標 1 之採計年度是否能更貼近醫療現況，建議由中醫師公會全國聯合會列入考量。

朱代表明添

我記得當時討論 95 年地區分配預算之指標 1 基期採計年度，確實由各分區代表達成共識，惟經過多年之後，時空背景與環境都已大幅改變，基期年之採計亦應權衡變動，每年以前三年之醫療費用做為基期，第一次或許受到衡量後之點值影響，但後續年度會漸次回歸實際狀況，對中醫長遠來說，可以平息基期年之爭議。

曹代表永昌

我支持朱代表、潘代表及王代表之意見。我想再次確認中醫 R 值究係投保人口或戶籍人口？

張專門委員溫溫

其他總額部門 R 值係採投保人口計算分區預算，故結算時會針對投保人口跨區就醫進行分區預算校正，即台北區投保人口如至北區就醫時，須將預算由台北區帶至北區；但中醫部門目前並非使用投保人口進行預算分配，而是透過中醫部門共識採用之六項指標直接進行分區預算分配，僅其中指標 2 採計各區戶籍人口數占率(7%)，故無投保人口跨區就醫預算校正之問題。

主席

目前中醫部門地區預算分配方式相較各總額部門傳統分配模式，所產生醫療費用風險之高低，確實難以推估。是否還有其他提問？若沒有，建議由中醫師公會全國聯合會彙總潘代表、朱代表.. 等相關意見，於 104 年度全盤檢討 105 年度本計畫指標 1 及指標 2 之操作型定義適當性之討論範圍。

陳代表福展

我剛剛已經提到基期之採計年度若予改變，會誘發各分區管控嚴緊或鬆散而使量的變化，健保署如果不反對違反基期隱定性的做法，未來訂定的遊戲規則就要一直往前進，否則真的會使努力管控的分區無所適從且受傷很重。

主席

中醫院所衡量是適當的醫療行為？我提醒大家，總額之下醫療資源與預算有限，各分區首當其衝都會受到點值的影響！總額下醫療服務之適當性會衝擊各分區點值，各分區仍宜審慎思考，健保署並未鼓勵大家要衡量。其次，我重申 95 年是中醫界自己提出要改變地區預算分配之遊戲規則，並不是健保署主動提出的！

何代表永成

之前中醫代表對於「衡量」之用字並沒有表達的很精準，由我進一步說明，中醫界目前是採非常嚴格管控申報數量之措施(如：針傷科一個月每人至多只能申報 12 次，超過者都由院所端自行吸收)，未來，如果不予嚴格管控，順應醫療服務需求採實際申報，我相信數量絕對會比目前多。另外，地區預算分配之六項指標之中，除了指標一「各區實際收入預算占率(73%)」以外，其他指標如「各區戶籍人口」、「就醫次數之權值」.. 等五項指標合計也有 27%，故如著重於指標文字，常造成誤會與迷思！建議與會代表在中醫地區預算分配上，應持平將其餘五項指標占率合計來看，比較符合實際狀況。此外，據我瞭解現行西醫基層總額 S 值採計 89 年之醫療費用，比我們指標 1 採計更久之前的年度，至今也沒有改變！未來如果可以將指標 1 之占率逐次下降，其餘五項指標占率就會相對增加，也是一項可行的辦法！無論如何，本會黃執行長已於本年 10 月 30 日召開會議，會中已決議 104 年分區預算沿用 103 年之方式，僅修訂權重，105 年分區預算再由本會積極召開會議進行溝通與檢討。

主席

本提案依何理事長方才報告內容，予以確定，由本署報請衛生福利部核定後實施。至於，105 年各指標操作型定義是否修正，由中醫師公會全國聯合會彙集與會代表意見積極討論，通盤檢討。

討論事項第三案『104 年度中醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案(草案)』

主席

本討論案是否有提問事項？

何代表永成

本方案雖然沿用 103 年之內容，惟我們係透過多次中執會議之激烈討論之後(如：繼續教育之點數…)，才達成今日之共識。

張專門委員溫溫

中醫師公會全國聯合會建議之方案內容，僅配合修訂年度及經費來源等文字外，其餘多沿用 103 年之計畫內容。目前中醫在本方案執行面尚稱平穩，故本署同意該會之建議方案。

王代表惠玄

請問可以看到各項指標實際結果(如：90 百分位值為何)之數值嗎？

張專門委員溫溫

本署上一次會議已就「102 年品質保證保留款實施方案之核發情形」進行報告與確認，至於老師提到指標數值、分布情形，因涉及結算資料格式內容，請本組承辦同仁確認瞭解後向王老師說明。

王代表惠玄

104 年品質保證保留款預算僅有 2100 萬元，平均每人一年分不到一元！對中醫院所應該是杯水車薪，能否達到激勵提升中醫品質之目的？本方案 104 年各項指標仍偏向行政類之評量，建議中醫師公會全國聯合會能就 105 年提出更具體之成果指標，以說服健保會委員，爭取更高之預算編列，同時對於較認真提供服務、品質成果較佳的診所/醫師，更具激勵作用。

主席

本討論案是否有提問事項？

潘代表延健

議程資料第 75 頁註 5 之操作型定義 5.(3)提到排除案件類別 22，且任一特定治療項目代號為 C8 與 J7，是否為專款項目之專案計畫？是否包含案件類別同為 22 之顱腦損傷…等計畫？

張專門委員溫溫

目前是就申報案件類別為 22，且任一特定治療項目代號為 C8 或 J7 者，予以排除計算。至於其他專案計畫是否包含在內，由本署再向中醫師公會全國聯合會確認。

曹代表永昌

我想就討論事項第二案發言，依據費協會 97 年 11 月 14 日召開第 143 次會議第四案決議略以，五分區中若二分區點值差距達 10% 以上者，要進行檢討…。以今日 103 年 7-9 月點值來看，台北區與高屏區差距約達 10%！今日討論 104 年地區預算分配之操作型定義，且在場多數委員支持指標一採最近年度做為基期之計算方式，故本案可否自 104 年即予修訂操作型定義？

主席

討論事項第二案甫經確認，曹代表所提補充說明，俟本案(討論事項第三案)討論完再予處理！潘代表所提疑義(即除 C8 及 J7 外，其他專案計畫是否併予排除)，請中醫師公會全國聯合會確認後函送本署報請衛生福利部核定後公告實施。

何代表永成

一併排除好了。

李副組長純馥

我提醒 104 年有新增孕產期照護計畫(案件類別也是 22，但目前尚未編定特定治療項目代碼)，建議一併列入考量！

詹代表永兆

我建議專案計畫(含門診顱腦損傷)應一併予以排除。

主席

還是請中醫師公會全國聯合會與醫務管理組討論確認後，函送本署報請衛生福利部核定後公告實施。回到第二案，醫務管理組有否回應？

林組長阿明

以今日發送 103 年 7-9 月點值預估來看，台北區與高屏區之預估點值並未差距 10% 以上 $【7.21\% = (0.9840 / 0.9178) - 1】$ 。

曹代表永昌。

我們討論 104 年度之預算，惟以現行 103 年 7-9 月點值預估來看，台北區已是全區最後一名(7 月份點值也是最後一名)，我們擔心 104 年 1 月份起點

值就要差距 10% 以上，故我建議 104 年分區預算應預做因應！

林組長阿明

點值差距要依據當年度實際數值進行處理，如果 104 年各分區實際結算之點值差距過大，則中醫師公會全國聯合會應達成共識並提出 105 年分區預算分配計畫，做為 105 年實施依據。

曹代表永昌。

本案今日已有多位委員(王代表、潘代表、朱代表..)贊成改以最近三年做為基期之共識！

主席

曹代表預測並擔心 104 年點值差距乙事，考量 103 年尚未發生，故宜視 104 年實際點值結算(上半年)情形，如確實發生二分區點值差距達 10% 以上，且中醫師內部已達成朝修訂 105 年分區預算分配計畫(如：改變指標 1 基期之採計年度...)處理，屆時再由中醫師公會全國聯合會提送本會討論；上述處理方式，與方才結論，並無相悖。

各位代表對於討論事項第二案及第三案是否有其他提問，若無其他提問，本二案即予確定，接下來進入討論事項第四案。

討論事項第四案『104 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』(草案)』

主席

先請林組長補充本案是否已與中醫師公會全國聯合會討論過？

林組長阿明

本方案日前已與進行中醫師公會全國聯合會先行討論，今日議程第 77 頁本署意見，即為會前會之共識結果。與會代表就方案內容是否有須要進一步說明之事項？

主席

無其他提問則依本署意見通過方案內容，並報請衛生福利部核定後公告實施。

討論事項第五案『有關 104 年專案計畫修訂案』

主席

請本署醫務管理組就本署意見部分先予說明後，再請中醫代表及專家補充。

林科長淑範

本案有二個重點，首先，中醫師公會全國聯合會建議修訂「中醫特定輔助試辦計畫」適用範圍腦血管疾病及顱腦損傷診斷日由六個月，修訂為二年。本署先敍明自診斷日起「三個月」之住院病患，並非六個月；考量腦中風病患早日回歸社區照護為本署政策，並參考過去二年該專款預算執行率已達 100%，104 年預算並未較 103 年增加之情形下，若放寬申報條件(延長為二年)，勢將超過預算範圍，故建議維持現行規定。

另新增「全民健康保險中醫助孕保胎照護試辦計畫」，本署意見(對照表)已詳列於議程資料第 144 頁。第一、二項、六項為使條文內容更清楚，故酌修文字；第四項適用範圍除補充該適應症所需證明條件外，對於孕期 0-20 週之保胎照護，建議修訂為「孕期 0-20 週有流產跡象之保胎照護」以符原旨；第八項申請資格，全聯會建議每月月底送本署辦理後續事宜，本署建議比照其他專案計畫，採每季季底函送本署；第九項予以重新調整分項重整並酌修文字，與全聯會原義並無不同；第十二項實施效益予以重新分項與酌修文字外，並建議釐清「受孕成功率」及「受孕保胎率」分子與分母之操作型定義，以利院所實務執行。

主席

從議程第 144 頁起開始討論，其中第二、六、八、十二項等，中醫師公會全國聯合會與本署文字稍有不同。各位代表是否有其他意見？

黃代表蘭媖

同意「西醫住院病患中醫特定輔助試辦計畫」適用範圍腦血管疾病及顱腦損傷診斷日維持原條文「三個月」，不予延長。

中醫全聯會對於健保署提供「全民健康保險中醫助孕保胎照護試辦計畫」相關意見之回應文字(會場發放)，其中第四項適用範圍本會建議將第(二)及(三)合併為「受孕後而易造成流產超過二次(含)以上之女性(病歷記載流產之年月)，受孕後 0-20 週之保胎照護(應註明孕期週數)。

林科長淑範

所以 20 週以前才是本計畫照護對象？

黃代表蘭媖

是，且針對曾經流產超過二次以上者。

主席

接下來討論議程第 145 頁申請資格之審查，全聯會建議每月，本署建議為每季。

黃代表蘭媖

同意採每季。

主席

接下來討論議程第 146 頁執行方式，本署建議重新調整分項並酌修文字。

黃代表蘭媖

同意健保署意見。

主席

接下來討論議程第 148 頁實施效益，本署除文字修訂外並建議釐清「受孕成功率」及「受孕保胎率」分子與分母之操作型定義。

黃代表蘭媖

同意健保署意見，另分子分母之操作型定義已補充在今日會場發送資料。其中受孕成功率之分母為看診個案數，分子為成功受孕數，夫妻同時就醫者成功數及看診數計數為 2；另保胎率分母為易造成流產超過二次(含)以上之女性看診個案數，分子為超過 20 週以上保胎成功者。院所須填送相關紀錄表定期上傳。

林科長淑範

中醫全聯會提出計算成功受孕率之分子分母定義，考量本署申報醫令端僅能確認女性是否進行產檢，但無法確定男性是否已使女性「受孕成功」狀態，如由本署醫令勾稽計算，恐有困難。

黃代表蘭媖

「受孕成功率」及「受孕保胎率」均由執行之中醫院所填報相關紀錄表定期上傳本會，非由健保申報醫令擷取計算。

王代表惠玄

保胎率是否須排除生產過程未順利生產者！如保胎至 38 週，但因母體因素未能順利生產，是否要計入分子？

黃代表蘭媖

本計畫係針對曾經流產二次婦女，在第一孕期保胎之評估，尚不包含第

二及第三孕期之狀況。

陳代表福展

助孕診療紀錄表內規定記載「男性精蟲數、液化..」情形，中醫院所執行上可能有點困難！另對於曾流產二次以上懷孕週數達 20 週以上又流產之婦女，應該為數不少，是否要放寬至 20 週以上之保胎，以增進婦女平安順產？

黃代表蘭媖

中醫全聯會基於管理之責，希望執行之中醫院所填送診療紀錄表；另考量第二、三孕期有流產現象之婦女，其病情通常較為複雜，中醫可能無法單獨處理(如：引產..)，故暫不列入本計畫範圍。

王代表惠玄

受孕且保胎成功者才給付？或按規定申報支付點數，其實施效益另以本計畫預算獎勵。

黃代表蘭媖

這只是成效評估，其餘按健保支付標準規定核實支付；醫療上並無法保證一定成功。

林組長阿明

王老師擔心中醫好不容易爭取之預算，在指標成效上若表現不好，次年預算就難以持續，所以實施效益之指標，要能展現該計畫之辦理成果，俾利爭取明年預算。

王代表惠玄

每年健保會召開之評核會，對於實施之成效常有所爭議。中醫特定疾病計畫療效評估標準有 NIHSS 及 Barthel Index，為何前二年評核會議未予提出？

黃代表蘭媖

評核會議上，我們每年都有提出來報告，之前有評核委員認為我們沒有做疾病別(嚴重度)校正，今年則提出我們缺乏對照組；惟本會確實二項都已做了，而且做到年齡之回歸統計、針灸次數之差異.. 等，但委員都沒看，另我覺得十分沮喪。

林組長阿明

全聯會可以朝淺顯易懂的方式，再予努力。

李副組長純馥

10 月 24 日健保會對於編列「孕產期護計畫」之預算名稱，已刪除「期」，

健保會代表提醒「全民健康保險中醫助孕保胎照護試辦計畫」之名稱，與健保會協定名稱似有不同，建議應一併修正為「提升孕產照護品質計畫」，也無「試辦」二字。

另對於適用範圍，如有患者曾經流產二次但尚未懷孕，是否屬於本計畫範圍？

黃代表蘭媖

如有患者曾經流產二次但尚未懷孕，是列入不孕症之照護範疇；如其懷孕後才列入保胎率之照護範疇。另同意修訂計畫名稱與健保會決議一致。

潘代表延健

本計畫是以專款預算編列，本次協定預算是否足夠？不知中醫全聯會是否曾就適應症範圍推估案例人數？因為其他總額曾發生某項目執行後之實際費用(數量)高出預算金額非常多之案例。或是預算金額不高但適應症比較寬，致實際支出會超出推估預算之情形發生。

主席

潘代表提到的現象，確實在醫院總額部門發生過(推估約 5 百萬元，但實際支用 5 億點)，最後只能以點值反應。中醫全聯會是否曾就適應症範圍評估預算金額？

黃代表蘭媖

有。另對於議程 132 頁之申請表增訂「腦血管」與「顱腦」二個選項，供中醫院所勾選不同之執行計畫。

林科長淑範

議程 128 頁施行期間，建議配合執行年度修正為 104 年(原 103 年)。

主席

中醫所有專案計畫如有「試辦」計畫之名稱者，一律修正刪除「試辦」二字。

討論事項第六案『支付標準第四部第九章特定疾病門診加強照護 「C05、C06」修訂案』

主席

本案先請醫務管理組說明。

林科長淑範

本署意見(對照表)已詳列於議程資料第 157 頁。第一項有三項重點，首先中醫全聯會建議修訂支付標準，改採包裹支付並以月計算方式，本署原則同意；另每月依治療次數級距支付不同點數，本署建議須考量次數與點數間之衡平性(如：1-3 次支付 2000 點，但僅做 1 次是 2000 點、4-6 次支付 3000 點，僅做 4 次，每次 750 點…)，對於同一醫師而言，每次治療內容一樣，但支付點數隨次數多寡而有差異，二者間之衡平性是否須予考量？另對於藥費申報每日 50 點，本署建議回歸現行藥費支付點數為 30 點。

主席

看起來次數與支付點數之間，確實須進一步考慮衡平性的問題。

黃代表蘭媖

謝謝林科長的建議。本會之前確實參考統計數值訂定級距(如：每月執行 1-3 次者約有 3 成，執行 1 次者約為其 1/3，大概約 9%)，健保署擔心病患僅執行一次，根據我們的調查，九成以上病患是願意持續接受治療。本次改採月包裹支付平均在 4000 點以下，若執行 3 次僅 2000 點，相較之前每二週支付 2200 點之包裹方式，一個月即支付 4400 點，其實具節制費用的效果，故建議維持全聯會之修訂意見。另同意藥費採核實申報，比照現行支付點數為 30 點。

主席

醫務管理組有無意見？

林科長淑範

原則尊重中醫全聯會意見，惟建議實施後每季持續監控中醫院所於執行各級距最低次數申報量之變化情形，對於申報量異常之院所，由中醫全聯會加強輔導。

黃代表蘭媖

中醫全聯會負有管理之責任。

王代表惠玄

請問本項包裹給付之原意為何？對照議程第 134 頁住院部分之計畫，是採論量計酬核實支付之方式，病患出院後至門診持續接受中醫之輔助性治療，以月包裹方式支付，且包裹之支付點數相較住院部分高？這樣的支付方式，會不會造成日後管理之困難與爭議？

黃代表蘭媖

我們原欲仿照住院論量計酬之方式，因為之前健保署考量某些因素，建議我們朝包裹方式試試看，所以我們嘗試提出本次之支付方式。

主席

請醫務管理組說明。

李副組長純馥

本計畫之執行項目於健保支付標準原本就有醫令項目可供申報(如：診察費、藥費、診療費、針灸或傷科..等)，大家還記得本計畫原為專款計畫之後才導入支付標準，當時中醫界鑑於專案計畫提供較完整之醫療服務，希望以原計畫之支付點數導入，但當時考量前述支付點數與現存項目之支付點數並不相同，在同一項目不可能容許有二種不同點數之考量下，爰建議中醫界改以包裹方式來呈現其完整醫療服務之內容，以解決支付點數衡平性之問題，並可促使中醫院所對該等病患盡責。未來，如果本計畫和現存同一支付標準項目，其支付點數調整成一致時，就可以考慮回歸按支付標準規定辦理。

王代表惠玄

謝謝健保署的說明，因為住院計畫尚有 NIHSS 及 Barthel Index 做為病患結果面之評估依據，但門診計畫採包裹支付如隱含權責之概念，則要求院所之責任為何？

李副組長純馥

在議程第 156 頁，本計畫也有要求每三個月要施行衛教與巴氏量表乙次，且須於本署 VPN 鍵置結果值，可以做為日後評估進步程度之基礎。

主席

第一項支付項目部分即尊重中醫全聯會之建議，惟藥費比照現行支付點數為 30 點。接下來，進入第二項對於「療程蓋卡」之問題，請醫務管理組先說明。

林科長淑範

中醫全聯會建議每月第一看診蓋卡，其他視為療程，不另行蓋卡。本署認為是否屬於療程項目，應回歸醫療辦法第八條對於同一療程項目及時間之

認定，由於本計畫所為項目是否符合同一療程之規定，須進一步討論與釐清；另外，由於本計畫係以包裹方式支付，惟病患實際就醫時，是否與一般就醫患者相同仍須過卡？過卡後是否收取部分負擔，因涉及法源問題，仍須釐清！

李副組長純馥

概念上是不取診療費之卡序，但須取療程之卡序？但跨月(7-9次)部分可能有技術上的問題。

王專門委員淑華

刷卡須取卡號，過卡不須取卡號。實務上屬於療程項目者，同療程第一次就醫須刷卡取得卡號，第二次以後即屬過卡；如果非屬療程項目者，則每次就診須刷卡並取得卡號，並依法收取部分負擔。

黃代表蘭媖

我們建議本項比照療程項目，同療程第一次就醫須刷卡取得卡號，第二次以後以過卡方式處理！

李副組長純馥

本案涉及支付標準與申報之行政實務，建議由本組再詳細查閱申報格式等相關事項，再向中醫全聯會說明。

主席

除第二項予以保留外，其餘項目是否有其他意見？

王代表惠玄

包裹支付配合權責，或有激勵之效果；但目前看起來以月包裹分級支付之方式，可能會誘發院所不同之動機，院所對於病患就診是否刷(過)卡、取不取卡號，未來恐怕會視該患者未來潛在就醫次數來決定，例如：就診三次平均每次給付 680 元、就診四次平均每次給付 750 元、就診六次平均每次給付 500 元、就診七次平均每次 570 元，這樣的支付設計，未來可能沒有就診三次及六次的申報吧！因為只要多做一次，平均點數就大不相同。雖然我們尊重臨床專業的判斷，但支付點數會誘使醫療行為改變，也是不可忽視。是否可以由全聯會進行小型研究計畫，就包裹方式及論量計酬二種不同支付方式，進行費用及療效之差異性比較？包裹支付方式是否幫助中醫師獲得合理報酬？是否提供民眾獲得較好之照護成果？健保會委員也常常疾呼支付制度不要太複雜，要回歸支付標準表！否則同一診療項目有不同支付方式，中醫師可能要常常面臨矛盾的抉擇！

黃代表蘭媖

我之前有提到中醫全聯會是參考統計數值訂定級距，1-3 次者占 31%、4-6 次者占 28%、7-10 次者占 25%、11 次以上為 16%，多數還是集中在 4-10 次之間！看起來還是在合理範圍，我相信中醫師們未來還是如實執行醫療業務。

林組長阿明

考量支付設計上仍有疑慮，我建議整案保留，由本署再與中醫全聯會討論，如有共識則逕提「共同擬訂會議」報告。

主席

本案由醫務管理組與中醫全聯會討論，如共識出可行方案，則逕提「共同擬訂會議」報告。是否有臨時動議？若無臨時動議，則散會，

散會：下午 4 時 30 分