

「中醫門診總額研商議事會議」102 年第 4 次會議紀錄

時間：102 年 11 月 14 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	請假	曹代表永昌	曹永昌
王代表清曉	王清曉	陳代表憲法	陳憲法
朱代表日僑	朱日僑	黃代表林煌	請假
朱代表明添	朱明添	黃代表祖源	請假
吳代表福枝	吳福枝	黃代表偉堯	黃偉堯
巫代表雲光	巫雲光	黃代表福祥	黃福祥
李代表政賢	傅世靜	黃代表蘭嫻	黃蘭嫻
李代表豐裕	李豐裕	詹代表永兆	詹永兆
何代表語	何語	潘代表延健	潘延健
何代表永成	何永成	蔡代表魯	蔡魯
柯代表富揚	柯富揚	蔡代表淑鈴	請假
林代表啟滄	請假	蔡代表三郎	蔡三郎
張代表棟鑾	張棟鑾	錢代表慶文	請假
張代表景堯	張景堯	謝代表明輝	莊興堅
張代表廷堅	張廷堅		

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	黃鏐蓉、王逸年、賴宛而
本署臺北業務組	林照姬、馮震華、陳淑華
本署北區業務組	倪意梅、邱希芸

本署中區業務組	程千花
本署南區業務組	唐文璇
本署高屏業務組	李金秀
本署東區業務組	張瑋玳
本署醫審及藥材組	谷祖棣
本署資訊組	姜義國
本署企劃組	詹孟樵
本署醫務管理組	張溫溫、王淑華、林淑範、 張桂津、楊耿如、李健誠、 吳明純、賴宏睿、鄭正義、 洪于淇

主席：蔡副署長魯

紀錄：廖子涵

壹、主席致詞：(略)

貳、中醫門診總額研商議事會議 102 年第 3 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 102 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。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：102 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	102 年第 2 季	
	浮動點值	平均點值
台北	0.90774136	0.93740899
北區	0.91269763	0.94370948
中區	0.87782977	0.91684196
南區	0.94261713	0.96395604
高屏	0.94248645	0.96343168
東區	1.30800784	1.20000000
全區	0.91667875	0.94495344

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：103 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：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：103 年「中醫門診總額預算四季重分配」案。

決定：會上代表指出，因第一季調整後預算占率(22.80%)較其他 3 季為低，為避免第一季點值有偏低情形，改以 97~101 年各季核定點數占率之平均做為 103 年預算重分配之占率，並於下次會議報告結果確認。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：103 年中醫門診一般服務保障項目及操作型定義，提請討論。

結論：103 年中醫門診總額保障項目比照 102 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。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「103 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)」，提請 討論。

結論：

- 一、103 年度全年經費 21 百萬元。
- 二、刪除原將預算先區分 6 分區預算分配方式，改以全區分配。
- 三、為鼓勵院所於假日提供診療服務，增訂週日看診超過 45 天以上者，依核算基礎加計 20%。
- 四、未依規定修滿繼續教育點數(每年 24 點)之中醫師，其申請醫療點數應予減計不列入核算基礎。
- 五、餘按草案所列修訂內容通過。
- 六、擬依會議結論，送健保會備查，並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：有關「103 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)，提請 討論。

結論：

- 一、施行區域：明訂本方案的施行區域係以無中醫鄉鎮(區)為篩選依據，並將「巡迴醫療服務計畫」及「獎勵開業計畫」之施行區域合併；103 年度刪除--苗栗縣三義鄉、雲林縣東勢鄉、台南市安定區及楠西區、金門縣金湖鎮，新增--雲林縣四湖鄉、屏東縣瑪家鄉、澎湖縣湖西鄉。
- 二、考核要點區分為院所版及民眾版。
- 三、違規處理之規定新增，停止本項服務者，得於收到該函正本日起 30 日內，敘明原因並檢附所需文件，向保險人分區業務組提起申復。

四、「獎勵開業服務計畫」修訂重點如下：

- (一). 修改年度獎勵開業服務計畫之目標，以 5 個計畫數為具體目標，若滿額後提出申請者，將優先列為隔年申請。
- (二). 六(二)2. 規定增訂：「女負責中醫師產假期間之門診服務可全數由支援醫師提供，產假天數比照公務人員請假規則辦理。」
- (三). 管理原則修正為承辦本計畫後第七個月起，若當月核定總點數未達保障額度 30% 者，以 80% 核付保障額度；滿一年者，自第十三個月起，若當月核定總點數未達保障額度 40% 者，以 75% 核付保障額度；滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定總點數未達保障額度 45% 者，以 70% 核付保障額度。
- (四). 十(二)5. 規定增訂：「延續辦理計畫者，其起迄日期應依原申請年度計算，給付方式依年度方案規定辦理。」
- (五). 本計畫申報之門診診察費納入門診合理量及針灸傷科脫臼整復合理量計算。

五、「巡迴醫療服務計畫」修訂重點如下：

- (一). 調整 103 年度目標（達成服務人次 145,000 人次，服務總天數 5,700 天）。
- (二). 預算結算方式。
- (三). 原訂提供巡迴醫療服務之日期，若為行政院人事行政總處公布之假期或各縣市政府因重大天然災害公布之停止上班(課)日，則為休診日，不須補診及報備。
- (四). 將偏遠地區依交通時間數，再區分為一級及二級偏遠地區，並給予不同論次費用點數，一級偏遠地區 3,000 點，二級偏遠地區 5,000 點。
- (五). 巡迴醫療服務之案件因非至中醫醫事服務機構就醫，爰不得申報初診門診診察費(A90)。

(六). 增訂管理原則，並將不符該項原則之執行者，由中醫全聯會通知終止計畫，修正為由中醫全聯會評估後轉請保險人分區業務組通知執行者終止計畫，但執行巡迴醫療服務點為離島地區或山地地區者不受此項限制。

六、擬依會議結論，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：「腦血管疾病後遺症門診及顱腦損傷後遺症」新增訂支付標準案。

結論：

- 一、中醫支付標準第九章-特定疾病門診加強照護之通則一、個案適用範圍增列：「(三)腦血管疾病(ICD-9：430~437)及顱腦損傷(ICD-9：801~804 及 850~854)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者」。
- 二、通則六文字修訂為「為避免病患重複收案，醫事人員收治病入後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，已被其他院所收案照護、不符適應症或已達結案條件者，不得收案。另腦血管疾病及顱腦損傷每季至少需於VPN填報巴氏量表總分乙次」。
- 三、通則七增列「(2)腦血管疾病及顱腦損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務」。
- 四、新增附表 4.9.1「腦血管疾病及顱腦損傷門診加強照護標準作業流程」。
- 五、新增支付標準表編號 C05(支付 2200 點)及 C06(支付 3200 點)，每二週限申報一次。有關口服藥部分，由「口服藥(不得少於 7 天)」修訂為「口服藥(以 7-14 天為原則)，並增列備註 2「同院所同個案二週內不得另行申報藥品調劑費及藥費」。
- 六、餘按草案所列修訂內容通過，擬依相關規定辦理後續事宜。

第五案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：擬新增複雜性針灸適應症案，提請 討論。

結論：

- 一、附表 4.4.2 「複雜性針灸適應症」增列 ICD-9-CM 332、334、851、852、950、953、954、955、956 等 9 項，331、333、853、854、951、957 等 6 項，屬「其他」無法明確分類之診斷本次暫不增列。
- 二、配合增列附表 4.4.2 非重大傷病相關適應症，刪除附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付及支付原則二之(3)「病歷記載應依規定書寫，重大傷病應詳述記載重大傷病史及健保 IC 卡序號(十二碼)」文字。
- 七、餘按草案所列修訂內容通過，擬依相關規定辦理後續事宜。

第六案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「103年西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」(草案)，提請 討論。

結論：按草案所列修訂內容通過。本方案係整併102年度「全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」及「全民健康保險腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」，並增列「顱腦損傷」適應症，另為利明確規範，作部分文字修訂。

伍、與會人員發言摘要，詳如附件。

陸、散會：下午5時05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 102 年度第 3 次會議 結論事項辦理情形」

主席

請各代表針對本會 102 年第 3 次會議決議事項辦理情形表示意見。……大家若沒有意見，本案洽悉。

報告事項第二案「中醫門診總額執行概況報告案」

主席

請各代表針對本案表示意見。

何代表語

無中醫鄉鎮數有 102 個，人口數占 4.72%，有何方案提供服務？

王科長淑華

有「中醫門診總額支付制度醫療資源不足地區改善方案」，今天議程會討論 103 年度修正案。

張科長溫溫

在醫療資源缺乏地區皆有辦理「醫療資源不足地區改善方案」會有醫師組成團隊提供服務，並逐年檢討施行情形，我們會盡力將醫療提供至這些地區。

詹代表永兆

目前無中醫鄉巡迴醫療服務執行 80 多個鄉鎮，約有 140 個據點，101 年服務人次約 14 萬，目標是讓無醫鄉減少，都有中醫資源進去，所以服務量逐年會增加。

黃代表偉堯

簡報第 15 頁「中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務」台北區成長率是 139.37%，與其他區比較差異很大，原因為何？

詹代表永兆

無中醫鄉召集人詹永兆第 2 次報告。台北區成長率原因，早期無中醫鄉是從最困難的先做，鼓勵山地、離島地區，最艱難的做完了，目前是鼓勵至偏遠地區提供醫療服務，去年是增加宜蘭與台北市偏遠，所以成長了這一部分。花蓮與高屏是較困難的，我們早期已布局，目前是執行較好做的偏遠地區。

何代表語

102年「醫療資源不足地區改善方案」預算7440萬，102Q1~Q2支用數超過分配預算。其中高屏區無中醫鄉鎮數最高，有28個，為何該區102Q2「中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務」成長率-6.22%？

詹代表永兆

早期高屏區比較困難，資源大部分放在那邊，所以目前它的無中醫鄉鎮還很多。近年台北區、北區、南區偏遠地區增加，但高屏區沒有增加，雖然成長率-6.22%，但他的資源還是增加。

巫代表雲光

我在屏東縣服務，提出說明。巡迴醫療在95年開辦時經費不是很充裕，中醫界選定圍繞著中央山脈與離島為主要執行地點，像屏東縣竹田、萬巒、新埤其實是圍繞著潮州的次區域，就醫可近性蠻足夠的，等於跨過一條街就可以到醫療豐富區域。我們希望把錢用在醫療更缺乏的區域，有8個山地鄉，1個離島鄉長期都有醫師提供巡迴服務。比較靠近屏東市與潮州鎮週圍的鄉鎮，我們會慎重考慮是否提供巡迴醫療服務。

報告事項第三案「102年第2季點值結算結果報告」

黃代表偉堯

不知受刑人之中醫醫療服務費用後來有執行嗎？

王科長淑華

從102年8月開始，已有3家醫院參與試辦。

黃代表偉堯

102Q2點值最低是中區，其次是台北、北區，102Q3台北與北區申報件數及費用成長中，造成點值下降，高屏申報件數下降，但平均每件醫療費用點數成長最高，這反應一些行為在裡面，也許是因為各區管理行為不一樣。但就整體而言，利用率占目前總額分配方式中不少比例，如此可能造成預算分配版圖移動，例如台北區與北區點數大量增加，總額公式會逐年將總額移到台北區與北區；再來可能換中區、南區、高屏區努力移回來。最原始的總額目的是希望錢跟著人走，但現在則可能陷入衝量造成各區總額移動，這個顧慮提出供參。

主席

黃代表是專家學者，從各區總額分配看出醫療行為型態改變，提出供全聯會參考。

何代表語

中醫醫療照護試辦計畫暫結浮動點值這麼低，不知中醫夠不夠成本？像是貼本先做，等到年底才知道結算浮動點值多少，好像買賣行為不大公平的樣子。

何代表永成

感謝何委員對中醫的關心與照顧。中醫最悲慘的是做志工不能申報的部分，例如我們一個月超過 6 次以上的診察費我們並未申報，或採內部管控直接行政核減掉；針灸傷科超過 12 次以上自行吸收，這些都是不夠成本的部分。中醫是最支持健保事務，雖然有所犧牲但就因為內部管控有效，所以點值才能維持在 0.9 以上。

主席

還有其他代表有意見嗎？若沒有將依全民健康保險法第 62 條規定辦理 102Q2 點值公布、結算事宜。

報告事項第四案「103 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

附表為「103 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表」，請各位代表預留時間，如有異動會另行通知。

報告事項第五案「103 年「中醫門診總額預算四季重分配」案」

何代表永成

第 1 季點值較第 2、3 季低，檢討原因可能是第 1 季春節開診天數較少，調整後預算占率變成四季中最低的(22.8%)，雖然春節患者沒有來看病，但仍持續吃藥，會有診察費減少但藥費增加情形，這是電腦所沒設想到的，所以 103Q1 預算若以產能分配僅 22.8%可能會用不夠，到時後點值又會偏低，是否局部再調整一下。

張科長溫溫

當時會做此調整是考量假日與上班日產能不同，希望各季間點值浮動不要那麼大，所以在 98 年做假日調整決議。西醫基層考量流感因素從今年起就沒有調整預算。本署分析若預算未做調整，第 1 季點值會偏高，若調整後各季點值較平穩。

何代表永成

原調整方式導致第 1 季點值偏低，建議預算占率提高一點。我剛上任在第一線背負壓力，希望第 1 季點值能平均一點。

何代表語

建議 Q4 的 26.38% 拿 1% 到 Q1，2~4 季 25 點多較平均，第 1 季不要落差那麼大至少有 23.8%，我統計看看是否較適當。

張科長溫溫

去年 Q1 點值最低，可能是 Q1 預算分太多出去，建議做微調較好，若不調整 Q1 點值會最高，Q2~Q4 則較平穩。

巫代表雲光

金額分配要有實務性，建議以前 5 年預算各季實際分配占率的平均值做調整。

張科長溫溫

可以做看看，但占率還是有調整前與調整後。就本署而言，不調整是最好做的，若調整報表會變複雜。如不是那麼急，是否於下次會議報告確認 97~101 年各季核定點數占率平均，做為 103 年預算重分配之占率。

主席

本報告案請醫管組以「最近 5 年各季核定點數占率的平均值」做微調，於下次研商會議提出報告做確認。

討論事項第一案「103 年中醫門診一般服務保障項目及操作型定義」

主席

有沒有代表有疑義，…若沒有照案通過。

討論事項第二案「103 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)」

傅代表世靜(李代表政賢代理人)

「未依規定修滿繼續教育點數每年 24 點之中醫師，其申請醫療點數應予減計」指的是品質保證保留款減計還是所有申請醫療費用都會被減計？

張科長溫溫

只有減計品質保證保留款核算基礎。

另方案柒之五：「未符合保險人公布之中醫總額部門醫療資訊公開醫療費用明細標示院所」之「醫療費用明細標示」已非屬「醫療品質資訊公開辦法」項目，是否保留請全聯會表示意見。

何代表語

只有提案內這 5 項修訂報健保會，還是全部草案？

「醫療機構當年度於週日看診超過 30 天以上者，依核算基礎加計

10%；超過 45 天以上者，依核算基礎加計 20%。」有含 30 天嗎？還是被刪除了？

張科長溫溫

草案全部報健保會。原本已有超過 30 天以上者，依核算基礎加計 10%。為鼓勵假日提供看診服務，103 年增列超過 45 天以上者，依核算基礎加計 20%，即開診天數越多，加計成數越多。

朱代表明添

「未依規定修滿繼續教育點數每年 24 點之中醫師」，是指每 6 年換照時之平均值還是每年固定都要修滿 24 點？

何代表永成

6 年 180 點是換照的規定，與本方案無涉。品質保證保留款是要求每一年要修 24 點，若沒修滿就不能分這個錢。

潘代表延健

草案刪除原將預算先區分 6 分區預算分配方式，改以全區分配，採 6 分區分配其實是同區同性質去做競爭，例如年平均核減率是否會因為每個區審查尺度不同？各鄉鎮市區每萬人口 3.0 以上中醫師數，因每個區醫師數結構不一樣，若用這樣指標放大全國去評比，會不會某些區會特別吃虧？請委員們再考慮一下。

張科長溫溫

這次修改原因是因為上一次評核會有委員建議品質保證保留款不應區內自己競爭，應改以全國競爭，中醫師公會也採納意見配合修訂，這是可以討論的。

主席

今年總額執行成果評核會議，委員建議品質保證保留款應該全區全國競爭，本署為執行單位，將此意見納進來，全聯會也表同意，大家可以再表示意見。

巫代表雲光

基於品質一致性，全聯會同意評核會專家學者意見以全區作為統一的標準跟基礎。

潘代表延健

如果是品質一致性，那計算品質的量化標準應該一樣。醫療品質指標定義出來，各區做評比就沒問題。若全國做評比，我認為部分指標應該拉出來，做區域別比較然後分數再做加總，才不會因區域、尺度、人數多寡等因素造成不公。

主席

請亦是評核委員的黃代表表示意見。

黃代表偉堯

很高興品質保證保留款草案能把 6 區合為 1 區，而不是把預算分為 6 區，再用自己的準則去分配。既然是品質保證保留款，應以品質為依歸來獎勵。剛才有委員提到地區間因指標選用可能造成差異性的問題要納入考慮，若僅把 6 區合為 1 區，沒有把區之間的差異排除掉，會造成困擾。本方案多為負向指標，我們期望針對品質較好的部分給予較多獎勵，這樣品質才會不斷提升。

何代表永成

感謝 2 位委員指教。本方案也有正項指標，例如週日看診超過 45 天以上者給予加計、每年修滿學分 24 點者可參與分配。我們追求鼓勵品質，但不要太複雜化，以前光用電腦跑這些資料會浪費很多人力物力，已缺少其意義，方案每年可做局部調整，訂立每年品質指標，追求卓越目標達成，代表們可以提出，但希望盡量簡單不要太複雜，因為預算只有 21 百萬元，跑資料的人事成本就要花好幾百萬元。

張科長溫溫

方案柒之五：「未符合保險人公布之中醫總額部門醫療資訊公開醫療費用明細標示院所」之「醫療費用明細標示合格院所」，目前本項已非「醫療品質資訊公開辦法」項目，目前公開之合格率達 91%，若指標要留著就要修改文字，建議修改為「未符合中醫全聯會提供之醫療費用明細標示院所」，本項要刪掉還是改由全聯會提供？

黃代表蘭嫻

合格院所名單由全聯會提供給健保署。

主席

本案修訂部分按說明三及方案柒之第五項修改為「未符合中醫全聯會提供之醫療費用明細標示院所」，修正草案送健保會備查。請大家思考有何正向品質指標可以列入 104 年方案，共同追求品質提升。若無異議本案就照案通過。

討論事項第三案「103 年度中醫門診總額支付制度醫療資源不足地區改善方案(草案)」

主席

全聯會與本署各有七點意見，請各位代表表示意見。

詹代表永兆

因有 5 個無中醫鄉鎮有中醫師開業，故 103 年刪除 5 個無中醫鄉，另新增 3 個無中醫鄉鎮分別是澎湖縣湖西鄉因原開業醫師往生，屏東縣瑪家鄉原醫師休業，雲林縣四湖鄉是因為非健保院所。偏遠地區再區分為一級及二級，因這些地區去看診單車程時間來回要 3 小時，故予卓加。

另有關「獎勵開業服務計畫」之管控原則，健保署意見與全聯會有很大落差。第四個月至第六個月，實際申報點數月平均值未達保障額 30% 者保障 8 折，承辦本計畫後第七個月至第九個月，實際申報點數月平均值未達保障額 40% 者，保障 8 折，因考量開業設備投入成本。評核方式可按照健保署意見從第 7 個月開始，但保障 7 折誘因太少，滿一年保障 5 折等於 15 萬，扣除人事費用後醫師所得是 0，根本沒有誘因，建議滿一、二年保障 7 折。

主席

地區篩選本署無意見，用對照表逐項討論較清楚。

王科長淑華

103 年主要修正內容如下：

- 一、為減少無中醫鄉鼓勵開業，所以把獎勵開業計畫改為第一項。
- 二、計畫目標修正為年度獎勵 5 個開業服務計畫。
- 三、「獎勵開業服務計畫」六(二)2. 規定增訂：女負責中醫師產假期間之門診服務可全數由支援醫師提供。其產假期間建議比照比照公務人員請假規則所訂之產假天數。
- 四、原退場機制改成管控原則，本署為鼓勵醫師開業，第 1~6 個月都給予全額保障額度，第 7 個月起希望能做到 50%，好好經營把根基打穩，以 3 類地區為例，做到 10 萬 5 千點就可以拿到 21 萬。102 年無中醫鄉 2 家接受鼓勵開業診所，申報點數已超過保障額度，醫界應不用太擔心給付太少。且本計畫已優於牙醫計畫，若經營 1-2 年仍無法達到管理目標，就要考慮是否繼續在那裡開業。

主席

前面修訂處大家都沒有意見，王淑華科長提供的意見供大家參考，請大家共同表示意見，鼓勵開業在地化，讓偏鄉民眾得到醫療照護。

張代表廷堅

「獎勵開業服務計畫」前提應有心動方案，偏鄉先天不足的地方就是人很少。越是偏鄉、離島給的金額越多，但是當地人又少，設限

要做到 50%更困難，我們中醫師很願意把醫療服務送到偏鄉但方案需可行，要讓醫師心動有意願去開業才可。

朱代表明添

「獎勵開業服務計畫」目標要明確，是鼓勵多一點人來看病，還是要照顧偏遠弱勢地區居民，比如尖石山地地方，做不到保障額度時 1 個月可能剩 15 萬，醫師開業投入開銷很大，根本沒有誘因，可能做 5 年、10 年後這個案子還是停滯在這邊，還是用支援方式，鼓勵開業是有困難的。

張代表景堯

有關「獎勵開業服務計畫」用做很好或過保障的思維來看，要完全消弭無中醫鄉是不太可能的，是否要用跟平地開診所不同思維，跟平地醫師收入不要差太遠的思維，或是要用犧牲或奉獻來看待無中醫鄉這件事情。完全用數據來管控第一類的地區，健保署要的目標，大概永遠都做不到，第一類地區每月保障額度 40 萬元，換算一天大概要看 28 個病患，在平地的部分診所一天都不一定有 28 個病患，所以要一個醫師犧牲住家，或用很長的交通時間去開業，應該不容易達到獎勵開業的目的，建議包括全聯會的版本都要放寬。

何代表語

健保精神是社會保險，有錢人照顧沒錢的人，沒生病的人照顧有生病的人，我很重視偏鄉就醫可近性與人權性，健保就是在照顧就醫人權，醫療資源不足地區應放寬而不是限制，應該由國家來設中醫診所，既然設立衛生所為何不能設立中醫診所，設立開銷就不只 30 萬，中醫診所醫師薪水應比照衛生所主任，符合國家就醫人權。

有關醫療資源不足地區，我有幾點建議希望中醫師全聯會能做到，第一點就是宣傳很重要，第二點就是通知里幹事及村長載選民來看病，第三點是若到原住民區部落，中醫師全聯會應先發函給原住民委員會的科長請其提供協助。另可請山地青年志工隊開車載山地人來看病，如此才能得到很高效果，若沒做宣傳只是默默到那裏看病沒有人知道，看病的人可能不到 10 個，所以宣傳很重要。

王科長淑華

我們是想把錢花在刀口上，若當地人數無法達到開業之經濟規模，可否用巡迴醫療方式處理，因為開業成本很大，所以我們訂門檻，若無法達成目標，我們應考慮以巡迴方式提供醫療服務，所產生之交通成本可給予論次的費用。

巫代表雲光

巡迴醫療開業計劃自開辦至今達成率不高，給付沒有達到一般地區中醫師平均值，我們在去年才大幅調整，去年很高興有新增開業地區，按支付標準獎勵保障額度就有誘因。但開業第一年花費成本絕對超過 2 百萬，第一年給的保障實際上只是建構成本，希望中醫師到偏鄉能扎根穩定下來。若以貴署支付方式比較嚴厲，達不到我們要的目標就很可惜。全聯會有一腹案，就是「承辦本計畫後第 7 個月至第 12 個月，實際申報點數月平均值未達保障額 30%者，以 80%核付保障額度」，8 成約 24 萬，因第一年建構成本非常沉重，醫師會評估是否進駐，建議第一年充分給他資源。承辦本計畫第二年後，實際申報點數月平均值未達保障額 40%者，以 70%核付保障額度，假如沒有達到會拿到 22.5 萬，為全國中醫師收入平均值 3 分之 2。承辦本計畫第三年後，實際申報點數月平均值未達保障額 45%者，以 70%核付保障額度。以上幾點需求門檻請各位代表贊同全聯會，有更好誘因引導中醫師到偏鄉去。本專案已做 10 年，服務對象大多是山地離島居民，年紀都超過 65 歲，去年已破 100 萬人次。

朱代表明添

第一、二類山地離島地區獎勵措施建議不應打折減付，反而應該與開業者簽約保障做 3 年才能離開該地區，到那服務除了要有愛心還要淡定，因為山地離島地區各項條件不好，誰願意去啊！40 萬占總額比例很少，最重要是要照顧弱勢地區而非鼓勵衝量做多少，風險設定那麼高沒有醫師願意做。

主席

請全聯會表示意見。另同仁實際執行時發現一些問題，希望錢花在刀口上，資源花在需要的地方，如此設訂門檻是為了避免不做事光領錢的情形，對大部分努力的中醫師也不公平。

何代表永成

無中醫鄉自 97 年 108 個下降到 102 年 102 個，我感到不滿意，目標是希望一年能減少 5 個。另對願意至偏鄉開業的中醫師，我們中醫團隊會團結支持他經營起來，希望能多方面開發中醫的利用率，讓醫師有興趣與誘因進駐。

何代表語

建議邱部長成立「偏遠地區醫療創業保障基金」3 年補助計畫以輔導醫師願意去開業，建議本方案也能有 3 年輔導期。

主席

向何委員說明，衛福部有醫療發展基金可申請補助，該基金用途之一即為辦理山地離島、偏遠地區及其他醫療資源缺乏地區之獎勵。

潘代表延健

贊同全聯會各委員意見。若擔心醫師沒有量做不下去就設定退場機制恐會引起抱怨，努力經營但沒有病人不是醫師所能控制的，建議管控項目是醫師可以自主掌控的，例如開診天數。強力輔導措施非常重要，尤其是第1、2年初期階段，而非直接砍錢。

謝代表明輝

建議用醫療品質來代替服務量，可用滿意度調查，對偏鄉健保患者才是實際受惠，服務量與醫療品質都應考量。

詹代表永兆

新的獎勵制度今年是第一年執行，因為有誘因所以有2家進駐開業，也經營得非常好，剛踏入的第二年門檻又設的太嚴格可能勇士又會縮手，建議剛開始門檻設低一點，等到做得不錯之後再提高門檻，希望健保署支持巫代表所建議方案，誘因雖差一點但勉強還可接受，若誘因太差大家就不想去做。

張代表棟鑾

東區的偏鄉是全最具代表性，我參與東區巡迴醫療已經10年了，貴署的方案坦白說不會成功，因為花東10%醫師要照顧分佈非常零落的40%人口，交通不便利，社會資源分布非常不均，如能按照全聯會的方案，再放寬鬆一點，對想到偏鄉的醫師才會有誘因。

黃代表偉堯

這個問題很難解，我以學者的身分建議幾點：

- 一、全民健保是社會保險不是社會福利，因收入有限所以無法無限制的給付，把錢花在刀口上是健保很必要的考慮點。目標值應設定進駐無中醫鄉的條件，到什麼條件才進駐，多少人口數養得起一位中醫師是很重要的關鍵點，如此中醫師才會留下來繼續執業，若人口數不夠即使提供再好的獎勵條件都沒有用，人口數少的地區健保只能搭配用巡迴醫療補足。開業成本不可能一年補足回來，或許可以設定約5年或更久。健保署考量是應該的，只是雙方折衷點該設多少。
- 二、何語代表的建議很睿智，但不能完全依靠健保來處理。在完全養不起醫師的地方，如果政策上認定一定要有醫師在那裏，那就政府來做，可以設立公立醫院及衛生所，資源可以共用並降

低成本。在這裡西醫師、牙醫師與中醫師由政府支付薪水，經費來源可整合目前多個政府單位都編有偏鄉的經費，當然包括一部分健保的經費，而硬體設施設備可以共有共用；除了定點醫療外，另可利用衛生室或排定點巡迴醫療把這地區民眾照顧好，經費來源部分由健保提撥，部分由政府編列才能長久建構偏遠地區醫療資源。要靠醫師自己看門診來養活自己在偏鄉那是有極限的，應由政府處理，至少固定薪水較能長久做。養得起醫師的地方傾向用市場機制，政府不需太介入，讓大家自由去發揮，市場機制無法運作的地方就需要由政府介入。

主席

請主辦科王科長報告大家較能執行的管理原則草案。

王科長淑華

「獎勵開業服務計畫」管理原則修正為第一~六個月全額支付保障額度，承辦本計畫後第七個月起，若當月核定總點數未達保障額度 30% 者，以 80% 核付保障額度；滿一年者，自第十三個月起，若當月核定總點數未達保障額度 40% 者，以 75% 核付保障額度；滿二年者，自第二十五個月起，若當月核定總點數未達保障額度 45% 者，以 70% 核付保障額度。

主席

先照這樣執行，本計畫有 3 年可以申請補助。專家學者宏觀的建議，未來請全聯會思考哪一些無中醫鄉人口數是符合進駐的條件，用何方式讓醫師進駐，人數少的地區是否由衛福部去整合，又是另外的議題。

黃代表蘭嫻

謝謝各代表對全聯會提供寶貴意見。全聯會很有信心毅力要把無中醫鄉醫療做好，會負責做開業把關及輔導醫師做好服務。另中醫師公費制也是全聯會要去努力的部分，有 3 個方向願意去執行，一是除獎勵開業與巡迴醫療以外，全聯會也想成立長期進駐服務站，在衛生署 PGY 2 能有一部分歸到無中醫鄉服務，由主治醫師帶著新進住院醫師瞭解偏鄉服務型態，進而願意深耕偏鄉，目前全聯會正積極朝相關規劃努力中。

王科長淑華

支付方式/醫療費用計算-4 修正為「自辦理本計畫之年度開始起算，第三年年底終止計畫補助(延續辦理期間不須另提出申請)，且不再接受同一申請人申請本計畫；又延續辦理計畫者，其起迄日期應依

原申請年度計算，給付方式依年度方案規定辦理。」

主席

全聯會認為可以嗎?... (大家回應「可以」。)

王科長淑華

「巡迴醫療服務計畫」之「管控辦法」，社保司提醒「辦法」依法需要公告，故依主席指示修正為「管理原則」，另公權力應由保險人執行，爰將不符該項原則之執行者，「由中醫全聯會通知終止計畫」，文字修正為「轉請保險人終止該醫事機構執行本計畫」。

主席

曾有行政訴訟指出，本署公權力授權要明確，否則會接受到挑戰，故修改為「由中醫全聯會評估後轉請保險人分區業務組通知執行者終止計畫」。本署將依上述決議內容修訂草案報部核定後執行。

討論事項第四案「腦血管疾病後遺症門診及顱腦損傷後遺症」新增訂支付標準案（草案）

主席

請大家參照修訂對照表逐項交換意見，讓大家看得更清楚，以做成最後決議。

林科長淑範

同意全聯會修正通則六。另本署建議增列「或不符適應症或已達結案條件者，不得收案」之補充說明，另增列「腦血管疾病及顱腦損傷每季至少需於VPN填報巴氏量表總分乙次」，是為了評量病人有無進步，當成是評量指標，以後就可以從VPN得到資料來評估。

主席

全聯會針對本修訂同意嗎？

黃代表蘭嫻

同意

林科長淑範

- 一、全聯會「C05 特定疾病門診加強照護處置費-腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置一至三次)」支付點數 2200、C06 特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置四次(含)以上)支付點數 3200，建議按不同處置頻率分列兩項診療項目，建議分別研訂個案之臨床適用條件。
- 二、兩項診療項目每次支付點數明顯高於量論支付點數之合計，宜請中醫全聯會說明支付點數訂定之緣由。
- 三、兩項診療項目限每二週申報一次，建議增訂同院所同個案二週

內不得再另行申報藥品調劑費及藥費之規範，並思考訂定口服藥開立 7 天下限之適當性。另若口服藥非為全數個案所需，建議評估口服藥拆離給付包裹，改採核實申報。

主席

針對本署之修訂建議，全聯會可以接受嗎？

黃代表蘭嫻

支付點數設定 2200 及 3200 點是依據研究報告指出，腦血管疾病一週治療 3 次是最適當的，但實務面上因病患無法自主，有 30% 病患因接送問題一週無法來治療 3 次，若一次給 6 次費用變成錢沒有花在刀口上，所以設了 2 個標準。全聯會統計 102 年 1~6 月治療 1~3 次者約占 30%，大部分治療 6 次以上，符合實務操作避免浪費醫療費用。腦血管疾病及顱腦損傷都是重病無法由疾病嚴重度來區分，希望能了解醫師執業上的實務狀況。

署裡預算規範是從 101 年開始，事實上已不符合實際，從今年 5 月已上 VPN 登錄，全聯會有統計今年 5~8 月總醫療次數是 9280 元，用 3200 點計算最高費用是 178 百萬，有上 VPN 與沒上 VPN 登陸的人數是有差異的，應該是不會超過預算。

另署裡質疑估算費用偏高，事實上我們計算 102 年 1~6 月平均每件費用是 812.18 元，一個月所需 9744 元，但全聯會建議支付點數申報一個月只花 6400 元事實上估算已屬偏低的。

開藥天數設下限主要是我們統計 102 年 1~6 月執行資料平均開藥天數是 7.4 天，每月平均次數 6 次以上，我認為這樣的估算相當合理。

林科長淑範

全聯會的解釋原則上可以接受。另用藥天數建議註明至少 7 天，並增列備註 2「同院所同個案二週內不得另行申報藥品調劑費及藥費」。

黃代表蘭嫻

口服藥天數修正為「口服藥(以 7-14 天為原則)」。

何代表語

如何計算 C05 及 C06 每次支付點數？另健保會對腦血管疾病後遺症照護計劃之費用很有意見，認為都是文字敘述，一直沒有提供很好的成果報告，我相信是有成果只是沒有提供案例，建議能呈現案例效果圖片，我很支持讓腦血管疾病及顱腦損傷患者能繼續得到更好的服務，尤其是針灸、穴位按摩、推拿，希望全聯會明年能提供案例成果表資料。

黃代表蘭嫻

謝謝何代表指導，全聯會也一直想把實證醫療的相關資料作完整的呈現，已有多報告指出針灸對腦損傷或中風患者有療效，明年評核會會準備更多案例資料。醫師執行的實務狀況下，因為有些病患有不同因素無法遵照醫囑一週回診 3 次，所以才訂定另 2 週之內治療處置一至三次支付較低點數 2200。

黃代表偉堯

每季至少需於 VPN 填報巴氏量表」初次治療時會上傳嗎？是依據收案病人狀況每 3 個月上傳一次嗎？

主席

是的

潘代表延健

巴氏量表一季做一次，如病患只接受 2 個月治療但巴氏量表費用含在包裹給付內，頻率上似不對等該如何處理？另結案條件“腦血管疾病及顱腦損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者又超過 2 年之患者”，2 季跟 2 年的關聯為何？

黃代表蘭嫻

2 年指初始發生疾病登錄 VPN 開始的 2 年內。

林科長淑範

建議結案條件增列“自診斷日起超過 2 年的患者”會比較清楚。上述巴氏量表每季執行一次問題，已跟執行長討論過因這類情形很少，且照護對象為慢性病患需長期照護，屬少數個案就先 PASS 過，執行一段時間後再來統計這類病患有多少，1、2 年後再來檢討支付點數。

主席

如無意見就照這樣的修訂案來執行。

討論事項第五案「擬新增複雜性針灸適應症」案

林科長淑範

原診斷碼多屬中樞神經相關病名，從 953 以下是週邊神經，是否須增列請全聯會考慮。本次建議新增 331、333、853、854 等有「其他」2 字之診斷碼其範圍很大，內含多項很特殊、非主要的診斷碼，如列入當成複雜性針灸適應症，恐日後費用不好控制，本署以處置、診斷碼估算約增加 300 萬，但增列後費用可能不只增加 300 萬，請參考。

主席

新增或開放適應症要很小心謹慎。醫院總額有個開放新增項目案例，原醫界推估會增加 500 萬預算，結果經過 11 個月後費用已增加到 6 億，最後決議以低於 0.01 折付，我們知道中醫想提供更深度的服務，為避免產生後續困擾，所以提供意見給各代表參考。

黃代表蘭嫻

ICD-9 在中醫使用上確實是比較困難，會建議增列這些診斷碼是因為腦中風、腦損傷的患者易廣泛性的發生這些疾病，建議這些診斷碼先新增，我們觀察一年再來評估，我認為費用應不會超出。

林科長淑範

建議有「其他」2 字之診斷碼先不要增列，包含 331、333、853、854、951、957。另 953 以下屬週邊神經診斷碼，請教全聯會，這些診斷有需要做複雜性針灸嗎？與一般針灸有不一樣嗎？

黃代表蘭嫻

公會贊同有「其他」2 字之診斷碼先拿掉，包含 331、333、853、854、951、957。週邊神經針灸複雜度較高，很多神經損傷確實很難評估，建議 953~956 還是放進去。另有些新增碼不屬重大傷病，建議刪除費用申報與審查相關規定文字。

另我們想將服務做得更好，特定疾病門診加強照護之通則一、個案適用範圍，當次住院之主次診斷碼 VPN 能否一起勾稽？

林科長淑範

中風病人住院時通常醫院會申報主診斷不會列在次診斷，會列在次診斷是因其它原因住院，之前曾中風過，建議還是勾稽主診斷才正確，會再與執行長討論。

主席

本次修訂內容請科長確認。

林科長淑範

- 一、刪除中醫支付標準【附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付及支付原則】一、內「重大傷病及癲癇」四字。
- 二、刪除二、(3)「病歷記載應依規定書寫，重大傷病應詳述記載重大傷病史及健保 IC 卡序號(十二碼)」等文字。
- 三、附表 4.4.2「複雜性針灸適應症」增列 ICD-9-CM 332、334、851、852、950、953、954、955、956 等 9 項，331、333、853、854、951、957 等 6 項，屬「其他」無法明確分類之診斷本次暫不增列。

主席

就按科長宣讀內容做成決議，一年後再評估。VPN 上執行問題再請全聯會跟科長討論。

討論事項第六案「103 年西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」(草案)案

黃代表偉堯

「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」，從醫學哲學上來講，我希望長久能將「輔助」2 字拿掉，中醫介入讓神經功能恢復應屬主要療效已非輔助，在中醫領域內、中醫總額之下，應訴求能慢慢成為主特色，不是用輔助角色這才是長久之計。

其次，本計畫對癌症患者是屬輔助角色。有個問題要請大家集思廣義想辦法解決，是中醫與西醫醫學上不一樣的地方，中醫有部分治療非針對疾病本身，是整個人的狀況調整好後疾病就自然痊癒，這與西醫直接針對疾病治療的思維並不同。若定義此方案為輔助角色，讓副作用有所改善，在定位上不合適放在「目的」。如何調整我也無解，這與西醫直接針對病兆或疾病原因是不一樣的地方，這也是中醫基本哲學之一，計畫目的第二點文字該如何敘述才能變成常態性大家所能接受的，大家一起努力。目的第一點應已是主要療效而非輔助。

何代表語

本計劃已編列專款預算，過去在討論時大家都有很多意見。中醫是國醫，不要屈就在西醫下，應創造中醫臨床論證與研究計畫成果紀錄，讓人感覺是有效有成果的，如果都配合西醫做，最後你的成果都沒有顯現出來，人家都看不到，希望全聯會提供更多文獻報告。我也在想黃教授所提「輔助」2 字不適宜乙事，應該是西醫與中醫配合醫療試辦計畫。

主席

如無臨時提案，今天會議到此，謝謝大家辛苦了！