

# 「中醫門診總額研商議事會議」102年第2次會議紀錄

時間：102年5月16日下午2時

地點：中央健康保險局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	彭代表堅陶	彭堅陶
朱代表日僑	朱日僑	黃代表林煌	高文惠(代)
吳代表福枝	吳福枝	黃代表祖源	請假
巫代表雲光	巫雲光	黃代表偉堯	黃偉堯
李代表政賢	傅世靜(代)	黃代表福祥	黃福祥
何代表語	何語	詹代表永兆	詹永兆
林代表啟滄	林啟滄	劉代表德才	陳又新(代)
施代表純全	施純全	潘代表延健	潘延健
孫代表茂峰	孫茂峰	蔡代表三郎	蔡三郎
張代表棟鑾	請假	蔡代表淑鈴	蔡淑鈴
張代表繼憲	張繼憲	蔡代表魯	蔡魯
陳代表志超	陳志超	鄭代表耀明	鄭耀明
陳代表福展	陳福展	錢代表慶文	請假
陳代表憲法	陳憲法	謝代表明輝	莊興堅(代)
曹代表永昌	曹永昌		

列席單位及人員：

行政院衛生署	蘇芸蒂
行政院衛生署健康保險會	林宜靜、黃偉益
中華民國中醫師公會全國聯合會	賴宛而、王逸年、盧怡伶
本局臺北業務組	林照姬、陳德旺、陳淑華
本局北區業務組	倪意梅

本局中區業務組	程千花
本局南區業務組	唐文璇
本局高屏業務組	李金秀
本局東區業務組	張瑋玳
本局醫審及藥材組	曾玫富
本局資訊組	姜義國
本局企劃組	詹孟樵
本局醫務管理組	林阿明、張溫溫、劉立麗、 洪于淇、張桂津、楊耿如、 廖子涵、吳明純、楊秀文、 鄭正義

主席：蔡主席魯

紀錄：楊秀文

壹、主席致詞：(略)

貳、中醫門診總額研商議事會議 102 年第 1 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：本局醫務管理組

案由：中醫門診總額研商議事會議 102 年度第 1 次會議結論事項辦理情形。

決定：修訂討論事項第 1 案之相關單位辦理情形。

案號	案由	結論事項	相關單位辦理情形
討論事項 第 1 案	有關 102 年專款項目中「受刑人之醫療服務費用」本會應如何執行案，續提請討論。	有關中醫師公會全聯會續提案 102 年「受刑人之醫療服務費用」應如何執行乙節，同意由已提出需求之桃園監獄及嘉義看守所兩家矯正機	於 102 年 5 月 15 日收到中醫全聯會提出之建議方案。本案將邀集相關單位討論訂定後，於桃園監獄及嘉義看守所先行試辦。

案號	案由	結論事項	相關單位辦理情形
		關先予試辦，惟請全聯會須先提出具體執行方案，與本局醫管組討論後再公告實施。	

## 第二案

報告單位：本局醫務管理組

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：本局醫務管理組

案由：101 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	101 年第 4 季	
	浮動點值	平均點值
分區		
台北	0.93326623	0.95469995
北區	0.94187016	0.96253284
中區	0.91839155	0.94483442
南區	0.99215326	0.99507279
高屏	0.96853306	0.97992691
東區	1.31134494	1.20000000
全局	0.95000967	0.96703322

二、資源缺乏地區改善方案第 4 季結算如下：

項目	101Q4	101	全年佔率
1.中醫門診巡迴醫療服務試辦計畫	13,023,734	49,005,241	72.88%
*基本承作費用	11,883,700	45,060,700	67.01%
*門診診察費加1成點數	1,140,034	3,944,541	5.87%
2.無中醫鄉獎勵開業服務試辦計畫	0	0	0.00%
3.鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫	4,772,894	18,239,904	27.12%
已支用點數小計A	17,796,628	67,245,145	100.00%
全年預算數B	74,400,000		
執行率=A/B	23.92%	90.38%	

三、中醫照護計畫第4季之暫結每點支付金額：

醫療試辦計畫	101年第4季暫結浮動點值
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 (2)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 (3)小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫 (4)小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫	<b>0.7030</b>
(5)腦血管疾病後遺症門診照護計畫	<b>0.4857</b>

四、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：本局醫務管理組

案由：101年中醫門診總額點值保留款機制作業報告案。

決定：

一、東區保留款分配：

	101Q1	101Q2	101Q3	101Q4	小計
1. 結算平均點值小於1元時，最高補助至平均點值1.0元。	0	0	0	0	0
2. 「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之論量計酬案件獎勵，最高獎勵至浮動點值每點1.5元。	331,310	809,251	622,275	716,143	2,478,979
3. 「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之基本承作費用(論次費用)之獎勵，加計兩成支付	436,560	473,760	484,720	497,600	1,892,640
總計	767,870	1,283,011	1,106,995	1,213,743	4,371,619

二、其他區之「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之論量計酬案件獎勵，各區分配如下表：

	第一季	第二季	第三季	第四季	小計
台北	114,268	142,960	155,584	157,156	569,968
北區	184,000	216,730	214,561	262,033	877,324
中區	149,604	160,782	147,011	164,918	622,315
南區	122,995	151,230	169,719	214,351	658,295
高屏	265,302	373,776	368,800	420,027	1,427,905
總計	836,169	1,045,478	1,055,675	1,218,485	4,155,807

肆、討論事項：

第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請修定「全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案」，提請 討論。

結論：

一、為使計算方式更加合理，同意修訂方案第陸點之一、二、四，將「結算點數」修訂為「補助金額」；第陸點之三，將「加

成點數」修訂為「補助金額」。

- 二、為敘明點值保留款獎勵目標為醫缺方案之巡迴醫療服務，同意將方案第陸點之一、二、三之文字修訂為「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案中之巡迴醫療服務」。
- 三、修正方案第柒點之全民健康保險醫療費用協定委員會為全民健康保險會。
- 四、依據上開結論修訂之方案，如附件1。

## 第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請修訂中醫支付標準通則七治療處置費合併開藥不打折人數給付每月上限30人次調高至45人次乙案，提請 討論。

結論：放寬中醫支付標準通則規定，平均每位專任醫師每月申報針、傷科等治療處置費合併開藥之上限人數，同意由原30人次調高至45人次，超出45人次部分者五折支付，至其增加之相關費用由中醫門診總額醫療給付費用非協商因素成長率內支應。

## 第三案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：有關中醫支付標準「電針項目」建請修訂不限用「26案件」申報乙案，提請 討論。

結論：配合自102年3月起，「針灸標準作業程序」及「加強感染控制實施方案」回歸常態作業，原26、27案件代碼將予調整，調整後中醫門診各案件類別之申報內涵、規則及修改施行日期，將另函送各分區，以利輔導院所配合辦理。

伍、討論事項與會人員發言摘要，附件2(第7-13頁)。

陸、散會：下午3時30分

## 附件2

### 報告事項第一案「中醫門診總額研商議事會議 102 年度第 1 次會議 結論事項辦理情形」與會人員發言摘要

#### 蔡主席魯

請各代表針對報告案第一案，102 年第 1 次會議決議事項辦理情形，有否補充說明。

#### 彭代表堅陶

針對討論事項第一案的執行狀況，中醫師公會全聯會已將受刑人的醫療服務辦法送至健保局醫管組，在此補充說明報告。

#### 蔡主席魯

第一案相關單位辦理情形修正為「中醫師公會全聯會已將試辦方案行文健保局」。

### 討論事項第一案「修訂全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制 作業方案」與會人員發言摘要

#### 蔡主席魯

本局同意中醫師公會提出之說明二，再請中醫師公會針對說明三為何加註巡迴醫療服務，補充說明理由。

#### 彭代表堅陶

針對點值保留款的作業方案，原先是因為東區有保障點值的部分，那保障點值超過每點 1.2 元時，會有保留款的產生，而保留款的運用分配，規畫全額運用於巡迴醫療服務之獎勵，註明巡迴醫療服務是為敘明我們的補助目標。

#### 張科長溫溫

方案修訂後可執行，在會議後會將修改本方案，而 101 年度點值保留款結算會比照會議結論辦理。

### 蔡代表淑鈴

不要用括弧表示，因醫缺方案共有三種執行項目，若只補助巡迴醫療服務，應修訂為「改善方案中的巡迴醫療服務」之論量計酬案件。

### 蔡主席魯

針對方案之修訂文字為「...改善方案中之巡迴醫療服務之論量計酬案件」，若各代表無異議，本案照修正方案通過。

### 討論事項第二案「中醫支付標準通則七治療處置費合併開藥不打折人數給付每月上限 30 人次調高至 45 人次乙案」與會人員發言摘要

### 蔡主席魯

請各代表針對提案二，有否意見表示，或照健保局意見即依全聯會意見通過，各代表無異議的話，照案通過。

### 討論事項第三案「中醫支付標準『電針項目』建請修訂不限用「26 案件」申報乙案」與會人員發言摘要

### 蔡主席魯

針對提案三，有關中醫支付標準電針項目建議修訂不限用 26 案件，請問全聯會是否接受本局意見？

### 鄭代表耀明

請問本局意見一的說明，是否往後就不用 26 案件了，全部用 29 案件去做針灸、傷科及脫臼整復，那以後若有傷科的案件類，我們是否可從電腦篩選出純針灸、純傷科等案件。

### 張科長溫溫

如沒有案件分類，也可用醫令代碼處理。

### 黃代表偉堯

本局意見第一點中，「針灸標準作業程序」及「加強感染控制實施方案」回歸常態作業，請問其往後的執行方式為何？

### **張科長溫溫**

在上次會議中有討論針灸標準作業程序及加強感染控制實施方案，在 93 年實施時，為加強感染控制而訂定此兩項方案，在上次決議中，此兩項方案應屬於例行性作業，故不再特別訂定於支付標準之規範要求，而事實上中醫界會自行要求針灸的標準作業程序，且也要執行加強感染控制的作業。

### **高屏業務組**

有關建議刪除 26、27 案件類別一案，分區意見為不宜刪除兩項案件類別，建議可否 26-純針(及併開藥)案件申報、27-純傷(及併開藥)案件申報、29-針傷合併(及併開藥)案件申報，22-僅試辦計畫案件申報，如此則有利於分區以案件類別統計歸類，亦無損於總局抓醫令代碼分析，亦可減少分析時皆要擷取到醫令。

### **施代表純全**

回應黃教授的意見，現將此兩項方案列為必要措施，早期為鼓勵措施，也就是有申請案件類別後，有加成給付，而後變為必要條件就沒有再分成兩類。針對高屏業務組的建議，有執行困難，因為很容易變成不同療程，也就是會被拆成不同療程而後申報同一療程會有三種不同案件類別，會不會衍伸出再申報一次診療費的問題，反而在制度上會比較困難。

而本局意見第二點中，是非常理想的狀態，但可能需要再說明更清楚一點，若涉及針灸、傷科脫臼整復案件，還是申報 29 案件，但有些醫院不是很清楚，在申報上認為還是申報中醫其他專案，通通將 26、29 案件報到 22 案件，所以造成統計歸納上的困擾，也就是我們要將醫院回歸與一般院所一致，都是用 21、29 案件申報，其他專案才申報 22 案件，不然醫院都認為他們都是其他專案，有申報混淆的情況，發文時應一次說明清楚。

### **張科長溫溫**

內科若是醫院有作中醫針灸、傷科脫臼整復還是應申報 29 案件，等於醫院申報應比照診所，此部分會另詳加說明，以利分區加強輔導。

### **台北業務組**

補充報告供參，有關本局意見第二點中，僅試辦計畫案件始申報 22 案件，因在醫院或診所除申報藥費外，還有申報檢查、檢驗，那過去是申報 22 案件，若 22 僅申報試辦計畫，恐有困難，故 22 案件請勿限制僅試辦計畫案件始可申報。

### 張科長溫溫

若為院所檢查、檢驗應申報在 22 案件較為恰當，故第二點應再說明清楚，若不能歸類在前述的案件類別(21、29 案件)，則應歸類在 22 案件，故 22 案件除試辦計畫案件外，還可申報中醫院所的檢查、檢驗案件。

### 蔡主席魯

若各代表無其他意見，則原則同意修訂申報案件分類，惟請補充說明修訂之申報規則及內涵，以利分區輔導院所正確申報。

### 臨時動議

#### 何代表語

在此有幾點意見提出，第一點，在 101 年評核會中，針對中醫第 100 年的評核結果為「可」，而非「良」，故無任何獎勵，當時期望中醫界應該改善，提升醫療品質，還有整體醫療作業服務及滿意度的提升。而去年在費協會中審核中醫照護計畫中，會中有多人反對，腦血管西醫住院及腦血管疾病後遺症門診照護，還有其他專案計畫，都希望刪減，可是我還是很支持中醫能持續發展中醫醫療體系的建立，但是本次會議報告的醫療品質及可近性民意調查中，結果大多顯示為 101 年較 100 年下降，包含不滿意度、就醫的可近度、服務品質的肯定態度、治療效果都在下降，而中醫的點值並不比西醫基層或醫院來得低，所以我們認為中醫還有很大成長改善空間，來提升醫療照護品質，給予病患優良的醫療照護，否則不利於今年的總額協商，恐有許多專案項目會遭刪減，故期望中醫界能整合各地區的中醫師公會及中醫師，研商如何提高服務品質及民眾的滿意度及專案計畫的執行成果，以利在總額協商爭取預算。第二點，中醫的認證及醫療科學驗證希望能持續推動，讓民眾在中醫就醫上能有更大的信心還有支持。

### 張代表繼憲

在剛才中醫門診總額執行概況報告，有關醫療品質及可近性民意調查中，會議資料第 28 頁第 34 張投影片指出中醫整體服務品質及民眾對中醫門診治療效果之肯定態度兩項目與 100 年相較，皆出現下降的現象。可是仔細察看後，在會議資料第 29 頁第 35 張投影片中，在 101 年滿意度調查結果中，整體中醫服務品質滿意度、診療環境滿意度、醫護人員服務態度滿意度及治療效果滿意度，與 100 年相較，滿意度應該是上升，而第 30 頁中第 37 張投影片，預約或就診的容易度、對醫師診療過程仔細程度的滿意度及對醫生花費診療時間滿意度，與 100 年相較，滿意度應該都比 100 年好，不應該有第 34 張投影片肯定態度比例下降的說法。

### 張科長溫溫

補充說明一下，101 年度的滿意度調查方式有些微改變，今年若問到普通時，會再多問一下是滿意多一點或是不滿意多一點，以致普通比例變少，滿意+非常滿意的比例會變高，由第 35 頁來看，滿意+非常滿意是呈現上升沒錯，可是因不滿意的比例也會多少上升了，那整體來說，大多的肯定態度比例(包含非常滿意、滿意和普通)會較去年略低。

### 張代表繼憲

就會議資料看來，若沒有仔細察看數據，只看文字說明的話，看到「對治療效果的肯定態度比例是下降的」的結論，恐造成誤解，認為中醫醫療服務品質真的變差，但實際上是因為調查方式的差異所造成的。若加入普通比例偏向滿意或不滿意的結果，滿意比例上升 12.6% 也較不滿意上升比例 1.2% 高。若結論直接陳述為肯定態度下降時，恐造成中醫醫療品質不好的誤解，故在此釐清。

### 陳代表福展

事實上我們中醫一直努力提昇服務患者品質，讓滿意度提升，那我們所有滿意度結果都是提升，但結語卻是下降，真的是天差地差，推論是因為將以往的普通比例加入，但結語卻是民眾對中醫治療效果的肯

定態度下降，那這樣的話，原本我們是進步的，但因這個結論卻變退步，我認為此處應該修正，不然中醫全年努力的結果讓品質提昇不但白費，還變成不利協商的因素，如此會讓中醫蒙受不白之冤。在此也感謝何代表提出的意見，我們中醫真的有在努力。

### **孫代表茂峰**

真的很感謝何代表，給中醫界提供非常多的機會和寶貴的建言。我們在做研究時都非常清楚，調查方法不同時，將其結果拿來比較，其比較結果一定有問題，看第 28 頁，將普通的比例下降 14.4 個百分點，分別分到滿意和不滿意裡，而滿意增加 12.6 個百分點，不滿意才增加 1.2 個百分點，怎麼看都是滿意增加，但結論卻是不滿意增加，所以我覺得就研究的態度來看，他本來就不能比，調查方法不同拿來做比較就很奇怪，若真的要比，怎麼看也都是滿意增加，數據來看都是滿意增加，謝謝何代表給我們機會在這裡做澄清，也拜託健保局可否接納我們的意見，也向何代表報告，我們是在努力是在進步的。

### **施代表純全**

非常感謝各代表的指教，特別是何代表的鞭策，其實剛提到的中醫照護計畫，結算後點值都剩下 0.5、0.6，所以事實上是民眾的需求遠大於預算的編列，真的期望能有更多預算來鼓勵。那至於滿意度調查，可能要請健保局呈現時，能考量統計上的問題，畢竟調查方式不同，使普通比例往滿意或不滿意，而滿意及不滿意比例皆會上升，是否真的比較滿意或不滿意還需要做進一步的確定。至於治療效果肯定態度比例下降幅度較高的問題，我們發現治療效果調查結果中，沒意見及不知道的比例也較 100 年高，因為問得更細了，滿意和不滿意的比例會上升，而沒意見及不知道的比例也些微上升，故須找出更具比較性的比較方式，故此結論是存有爭議的。

### **黃代表偉堯**

承何代表之意見，提供兩點供各代表參考。第一是可近性的部分，在會議資料第 25 頁，102 年 2 月與 101 年 2 月的鄉鎮市區數增減情形，每萬人口醫師數在 0 以上，未滿 1.0 的鄉鎮市區數，有增加的趨勢，應關注其增加的因素，雖無法確定是否有變壞的趨勢，但單

看數字會被提出討論。第二是專案裡的腦血管疾病後遺症門診照護，其點值為 0.4857，執行率為 187.2%，當初提出此專案時，就很擔心會不會有量爆衝的情況，那執行後也實際出現量爆衝的現象，所以應注意該議題的發展與如何合理解釋？另外，中醫代表剛說明腦血管疾病後遺症門診照護之需求量很高，可能當時預估偏低；不過當中應注意的是，當時大家對這一部分仍存有質疑，原先提出此專案，是用於住院期間的黃金期；而後將黃金期延長，認為病患至門診仍有效。我想說此專案由住院擴大到門診去操作，其效果應可先進行評估，評估現階段已執行此專案的病患的效果。若是需求量大增而效果不變或不佳，則此議題將容易被提出來討論。

### 施代表純全

第一個，關於第 29 張投影片的表示方法，在過去會議中也表示非常多次，此種表示方法是有問題的，因為此種表示方法會讓數字的解讀是有問題的，組距共分為  $0 < X < 1$ 、 $1 \leq X < 2$ 、 $2 \leq X < 3$ 、 $3 \leq X$ ，現在中醫師數增加，所以  $0 < X < 1$  有中醫師進去，他會變成到  $1 \leq X < 2$ ，所以  $0 < X < 1$  組距的中醫師數會漸少，而中醫師會在各階段流動，如表所示， $0 < X < 1$  的醫師少了，事實上沒有少，因為醫師數增加使該地區變成不是  $0 < X < 1$  的地區，若用最近的數字表示，可得到最少人的地方，醫師數越來越少，那最多人的地方醫師越來越多，所以是比例的關係或是流動的關係，所以如果不是用流動去看他的變化，那解讀就會變得困難，且此數字不能去解讀可近性或是醫師人力的流動情形，所以這個表的呈現是有問題的。而腦血管疾病的專案，在去年也提出預算需求，可是協商中很遺憾的預算不但沒能增加反而減少，那被減少的理由是因為中醫還有很多障礙未排除，我們中醫會盡力爭取預算。

### 蔡主席魯

承黃代表偉堯所提出的意見，請中醫師公會全聯會對腦血管疾病門診照護計畫進行成效評估，若有明顯成效，請全聯會提出具體數據，有利於說服消費者代表、雇主代表及專家學者。