

# 「中醫總額支付委員會」101年第4次委員會議紀錄

時間：101年11月15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)

出席委員：(依姓氏筆劃排列)

委員姓名	出席委員	委員姓名	出席委員
白委員裕彬	白裕彬	吳委員材炫	(請假)
巫委員雲光	巫雲光	李委員政賢	李政賢
林委員金龍	林金龍	施委員純全	黃建榮 <sup>(代)</sup>
孫委員茂峰	孫茂峰	黃委員福祥	黃福祥
張委員志鴻	(請假)	劉委員德才	劉德才
張委員棟鑾	(請假)	張委員繼憲	(請假)
梁委員淑政	梁淑政	郭委員乃文	(請假)
潘委員延健	潘延健	陳委員立德	(請假)
陳委員志芳	(請假)	陳委員福展	陳福展
彭委員堅陶	彭堅陶	黃委員林煌	(請假)
黃委員鈺生	黃鈺生	葉委員宗義	(請假)
詹委員永兆	詹永兆	趙委員正安	(請假)
蔡委員三郎	蔡三郎	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
吳委員福枝	吳福枝	謝委員明輝	莊興堅 <sup>(代)</sup>

列席單位及人員：

行政院衛生署	蘇芸蒂
全民健康保險醫療費用協定委員會	林宜靜、邱臻麗
台灣醫院協會	楊智涵
中華民國中醫師公會全國聯合會	賴宛而、王逸年、陳潮宗
本局臺北業務組	馮震華、吳秀惠
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	李德儒
本局高屏業務組	李金秀
本局東區業務組	江春桂
本局醫審及藥材組	王本仁
本局資訊組	姜義國
本局醫務管理組	林阿明、李純馥、張溫溫、 王淑華、林寶鳳、歐舒欣、 鄭正義、廖子涵、吳明純、 楊耿如、劉軒秀、李健誠、 林子量

主席：蔡召集人魯

紀錄：林子量

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會第 3 次委員會會議紀錄，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：本會第 3 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

**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 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	101 年第 2 季	
		浮動點值	平均點值
臺北		<b>0.94181625</b>	<b>0.96071560</b>
北區		<b>0.96572198</b>	<b>0.97798103</b>
中區		<b>0.91431419</b>	<b>0.94240764</b>
南區		<b>0.98392277</b>	<b>0.98998785</b>
高屏		<b>0.99952641</b>	<b>0.99969995</b>
東區		<b>1.32052238</b>	<b>1.20159333</b>
全局		<b>0.95792697</b>	<b>0.97241308</b>

二、中醫照護計畫之暫結每點支付金額：

醫療試辦計畫	101 年第 2 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>0.7501</b>
(5)腦血管疾病後遺症門診照護計畫	<b>0.5310</b>

三、依全民健康保險法第 50 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：二代健保修法重點介紹

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本局醫務管理組

案由：腦血管疾病後遺症門診照護計畫健保利用情形分析報告

決定：洽悉。

## 第六案

報告單位：本局醫務管理組

案由：102年中醫總額支付委員會會議期程建議案

決定：

- 一、本屆「中醫門診總額支付委員會」之委員任期至101年12月底屆滿，自102年起有關研商及推動總額支付制度執行面業務，依「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」規定，至少每三個月開會乙次，必要時得召開臨時會議。
- 二、102年會議時間，擬訂如下表：

次數	1	2	3	4
會議日期	102.02.21	102.05.16	102.08.15	102.11.14
會議名稱	102年第1次會議	102年第2次會議	102年第3次會議	102年第4次會議

次數	5
會議日期	102.11.28
會議名稱	102年第1次臨時會

肆、討論事項：

## 第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：102年中醫門診一般服務之保障項目及操作型定義，提請討論。

結論：一般服務之保障措施為藥品及藥品調劑費採每點固定以1元預先扣除。醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件

保留至臨時會討論。

## 第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：檢送「102年度中醫門診總額品質保證保留款實施方案(草案)」案，提請 討論。

結論：

- 一、原則比照101年。
- 二、同意刪除第柒點之三，因中醫全聯會顧慮輔導異常中醫院所涉及公權力與適法性問題。
- 三、第肆點支用條件之提供資料來源的部分，仍全部由全聯會提供。
- 四、依據上開結論修訂之草案如附件。

## 第三案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：102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)，提請 討論。

結論：

- 一、巡迴計畫以至少執行 80 個巡迴點計畫為目標、預期達成目標修訂為 132,000 人次，服務總天數 4,300 天。
- 二、巡迴計畫每診次服務時間比照其他總額之醫缺方案，修訂為 3 小時。「開診相關規定」並增列「至離島地區執行巡迴醫療服務，若因天候致交通受阻，巡迴醫療服務得增加 1 天(限申報 1 診次)，並檢具證明向各分區業務組核備」之規定。
- 三、巡迴及獎勵開業計畫新增考核辦法，方式包括實地考核、電話抽查、民眾意見調查等，作為各分區業務組下年度審核之參考。

- 四、新增獎勵開業計畫院所可同時申請巡迴醫療服務計畫，但巡迴看診時數不列入上述門診服務時數計算之規定。
- 五、獎勵開業計畫，第十點支付方式原獎勵標準兩類（離島、一般），增加山地地區乙類，每月保障額度 25 萬元。
- 六、本方案第三項「鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫」，依費協會決議，102 年度不續辦。
- 七、另有關本方案獎勵開業之診所可再提供巡迴服務及支援其他地區醫療機構，因現行規範內容不甚明確，有賴雙方進一步溝通討論，本方案留在下次臨時會再討論確認。

#### 第四案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：102年腦血管疾病後遺症門診照護計畫(草案)案，提請 討論。

#### 結論：

- 一、原則比照101年計畫內容。
- 二、第十一點支付方式(二)修訂為：「本計畫全年預算100百萬元，…，年度結算時若全年結算尚有結餘，則進行全年結算。」(101年預算為82百萬)。
- 三、第四點適用範圍修正為「經醫師診斷發生腦血管疾病之診斷日起二年內(年月減年月)…。」(收案對象需登入VPN系統管理)，另本點(四)修訂為「…且不得跨縣市收案，若同醫師同一時段支援多家療護機構，保險人得考量經濟效益及醫療品質等因素，依實際狀況認定是否核准。」
- 四、第六點申請資格修訂為「申請參與本計畫提供服務之醫師及醫療院所…。」
- 五、第十點受理資格審查為簡化行政作業，取消換文程序，明訂執行日期為：「每季季底收齊案件申請後，…，送保險人備查及公告承辦院所名單，執行日以公告日當月1日計。」

- 六、第十二點醫療服務申報與審查將配合XML檔案格式做文字修正，另第十六點成效評估增列病患療效評估。
- 七、附件二支付標準表增列通則六「本項試辦計畫之案件不得另行申報支付標準第四部各章節之診療項目。」，及增列編號P38052生心理評估支付規範之備註：每次需2項評估量表皆完成方可申請給付。
- 八、本案將提案至101年11月29日全民健康保險醫療給付協議會議報告確認，並依程序陳報行政院衛生署公告

### **第五案**

**提案單位：中醫師公會全國聯合會**

**案由：**102年腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫（草案）案，提請 討論。

#### **結論：**

- 一、原則比照 101 年計畫內容。
- 二、本計畫全年總預算 40 百萬元。
- 三、第四點適用範圍修訂為「自診斷日起三個月內…」。第六點申請資格、第十點受理資格及審查、第十一點支付方式、第十二點醫療服務申報與審查、第十六點成效評估、該草案附件二皆比照 102 年腦血管疾病後遺症門診照護計畫之修訂。
- 四、本案將提案至 101 年 11 月 29 日全民健康保險醫療給付協議會議報告確認，並依程序陳報行政院衛生署公告。

### **第六案**

**提案單位：中醫師公會全國聯合會**

**案由：**102年度腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫(草案)案，提請 討論。

#### **結論：**

- 一、原則比照 101 年計畫內容。

二、本計畫全年總預算 14 百萬元。

三、第六點申請資格、第十點受理資格及審查、第十一點支付方式、第十二點醫療服務申報與審查、第十六點成效評估、該草案附件二皆比照 102 年腦血管疾病後遺症門診照護計畫之修訂。

四、本案將提案至 101 年 11 月 29 日全民健康保險醫療給付協議會議報告確認，並依程序陳報行政院衛生署公告。

### **第七案**

**提案單位：中醫師公會全國聯合會**

**案由：**第四部中醫支付標準文字修訂(草案)，提請 討論。

**結論：**

一、因「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」及「中醫醫療院所加強感染控制實施方案」通過不再辦理，中醫支付標準配合刪除該兩方案相關文字。

二、本案將提案至 101 年 11 月 29 日全民健康保險醫療給付協議會議報告確認，並依程序陳報行政院衛生署公告。

### **第八案**

**提案單位：中醫師公會全國聯合會**

**案由：**第四部中醫支付標準第九章特定疾病門診照護(草案)，提請 討論。

**結論：** 保留至101年11月28日第1次臨時會討論。

### **第九案**

**提案單位：中醫師公會全國聯合會**

**案由：**檢送「中醫醫療院所加強感染控制實施方案」(草案)，提請 討論。

**結論：**102年起回歸常態作業，不再繼續辦理，將提案至101年11月

29日全民健康保險醫療給付協議會議報告確認，並依程序陳報行政院衛生署公告廢止。

#### **第十案**

**提案單位：中醫師公會全國聯合會**

**案由：**檢送「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」(草案)，提請 討論。

**結論：**102年起回歸常態作業，不再繼續辦理，將提案至101年11月29日全民健康保險醫療給付協議會議報告確認，並依程序陳報行政院衛生署公告廢止。

#### **伍、臨時討論案**

##### **第一案**

**提案單位：中醫師公會全國聯合會**

**案由：**建請定期提供境外就醫自墊醫療費用申請及給付資訊，提請 討論，提請 討論。

**結論：**

- 一、中醫門診核退資料無醫令資料可呈現，故無法提供境外就醫自墊醫療費用資料。
- 二、有關核退水煎飲片乙節，因境外自墊醫療費用核退案件並未有醫令資料之維護，故本局將責成各分區業務組加強該類案件之審查，如全聯會有發現該類案件，亦請提供本局以追回該核退費用。

##### **第二案**

**提案單位：中醫師公會全國聯合會**

**案由：**有關102年專款項目中「受刑人之醫療服務費用」本會應如何配合執行案，提請 討論。

**結論：**請各分區業務組調查現行各矯正機關之中醫門診利用情形及

提供方式後，再由本局研議規劃。

陸、討論事項與會人員發言摘要，附件1(第11-32頁)。

柒、散會：下午5時45分

## 附件1

### 討論事項第一案「101 年中醫門診一般服務之保障項目及操作型定義」與會人員發言摘要

#### 蔡召集人魯

第一案是有關 102 年中醫門診一般服務之保障項目及操作型定義，對於本案醫管組建議是比照 101 年辦理，請各位委員表示意見。

#### 張委員繼憲

之前曾討論過醫缺巡迴醫療點值，該區點值以最低每點不低於 1 元支付，補的部分是把東區超過 1.2 的部分拿來補，如果不夠時，是從東區的一般服務預算還是全區的來補？

#### 張科長溫溫

1. 先說一下目前醫缺的規則，在 101 年時地區預算分配方式，先以預算支付醫缺之論量費用，並以該區點值每點不低於 1 元支付後，剩餘預算東區先保障 2.22%，餘再依分配參數進行五區分配。即未用東區之保留款(超過 1.2 部分)來支付。
2. 至於東區，保留款則有其他分配規則。

#### 孫委員茂峰

這樣子的話大家就會有點疑問，東區點值本來就受保障，我們是不是可以做一點保留，內部再來討論，考慮從東區預算來核扣，再來做計算比較符合公平正義的原則。

#### 蔡委員淑鈴

1. 現在我們有關分區的分配，上次費協會並沒有做出決議，我們準備再加開臨時會來確定，那臨時會之前再來做詳細討論，到底是要在分配分區預算之前就拿來保障醫缺論量，還是要做改變？因為中醫有先保障東區，那東區現在點值又超過 1.2，所以東區的醫缺跟其他分區的醫缺要如何做分離，這議題留待臨時會討論一般

部門預算分配時一起討論

2. 那天費協會決議要拿出 2%，其中 1%用在人口占率，其中 1%放在醫缺、偏鄉)。

### 張委員繼憲

我補充說明一下，費協會那天講的偏鄉的 1%不是補到醫缺巡迴，是補現有六區排除醫缺以外每萬人口醫師數較少的鄉鎮。

### 蔡委員淑玲

這部分可能要再清楚定義，每個分區都有醫缺是對的，每個區分配完預算後，可不可以再重分配給每區的醫缺，請問偏鄉跟醫缺有何不同？應該本來就一樣或是類似的。

### 張委員繼憲

我們中醫總額專款項目醫缺的部分，主要是放在無中醫鄉，1%沒有用在無醫鄉，是用在醫療資源分布較差的地區(每萬人口醫師數較少的鄉鎮區)，亦即是偏鄉。

### 張科長溫溫

補充說明一下，東區超過1.2有另外的辦法(保留款機制)，補的方式是第一優先補東區低於1.0，再來補東區之醫缺論量浮動點值補到1.5。所以東區的保留款主要仍拿來補東區，有剩餘再拿來補東區基本承作費用最高加計二成，還有剩再拿來補其他分區的醫缺論量浮動點值。

### 蔡召集人魯

本案結論為藥品、藥品調劑費保障每點固定1元支付，醫缺論量浮動點值的保障，保留至臨時會議討論。

討論事項第二案「102 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)」與會人員發言摘要

## 蔡召集人魯

直接看 56 頁的條文對照表，一條一條的處理。

## 張科長溫溫

1. 第三點預算來源，因 102 年無預算，故條文直接寫成以 101 年的原預算為基礎，計 0.1994 億元。
2. 另外 57 頁的資料來源，全聯會表示，中醫醫療院所加強感染控制符合院所，健保局各分區現在已有登入，故本局可提供。
3. 醫療費用明細標示、有效學分醫師名單仍請全聯會提供。

## 梁委員淑政

1. 有關中醫醫療院所加強感染控制方案，在後面的討論案有建議刪除該方案，所以未來就沒有新增感控登入名單，都會是舊的名單，這樣會不會造成不公平的情形，或是這部分仍將由全聯會調查做更新，但不在相關的方案訂定。

## 張委員繼憲

1. 補充一下，中醫加強感控、針灸標準作業程序已施行多年，事實上合格率都有 98% 左右，不合格的幾乎都是新特約院所還來不及參加講習，新的院所如參加講習以後其實可以達成 100% 合格率。
2. 如果後面的支付標準要做修正，這邊的品質保證保留款也要同步來做修正。

### **李委員純馥**

1. 如果支付標準因感控、針灸通過不再辦理而刪除，我們的 MHA 系統是不會定期維護的，若要當作分配的依據，還是必須由公會提供，才能分配。
2. 資訊公開的學分數也是由公會提供的。

### **蔡委員淑鈴**

1. 將來要分配品保款時，感控合格名單的部分都有 98%，這樣其實大家都達標，已經分不出品質的好壞，變成大家來分這筆錢，這後面會來檢討。
2. 衛生署網站並無公告有效學分名單，另外醫療費用明細標示如果公會可以提供當然是好，要不然的話必須要有人提供才行。

### **彭委員陶堅**

1. 關於醫療費用明細標示，因為全聯會這邊會請各縣市公會回報院所的明細標示是否確實，那最近有發生一些案例，就是部分院所沒有收到各縣市公會、分區發出的函件，又重新跑一次流程，包括一些署立醫院或院所代碼改了，導致寄發地址跑掉了，導致院所沒有申請成功。
2. 若局裡面沒辦法提供，那我們還是由公會請各分區提供健保局的維護檔，先報備一下。

### **張科長溫溫**

建議這部分，資料還是都由全聯會來提供，維持 101 年的條款，關於這些資料本來就是原來的要求，還是由公會提供。

### **蔡召集人魯**

所以資料提供的部分，還是仍維持 101 年的條款。

### **白委員裕彬**

請教一下，既然這個計畫已經進行 10 年，公會也做了很多審查和宣導，請問這個成效有沒有怎樣的方式可以比較，或是有東西可以呈

現？

### 張科長溫溫

目前透過這個品保，可以提升去參加感染感控的意願，目前未達的話，也不核發，我想還是有一定的效果。

### 李委員純馥

請看到第 150 頁，實際上這個重點是感控的自評檢核表 (checklist)，是要提醒他們說要照這個指引來保護病人和醫護人員，之後也有實地訪查，對於不合格的會輔導，若沒有改善，不予核發品保款，主要是透過這樣的方式來達到大家水平的提升。

### 蔡淑鈴

補充一下，這個計畫推動十年了，這個 checklist 應該是變成常規，變成一個門檻，大家應該都要達到了，全聯會這邊是不是要告訴各委員，這應該是基本門檻，大家都做得到，這才是計畫做了十年後要 ending 的重點。

### 張委員繼憲

1. 回應組長提的，加強感控是從十年前 SARS 開始的，所有的院所都必須注意感控，除了達到防疫的目的外更可以提升醫療品質及病人安全。因此加強感控放進品質保證保留款的指標，當初這樣設計是正面的鼓勵性質，若有參加講習得到學分就可拿到品保款，沒有達到或曾被扣點就不能分配。
2. 委員說有沒有指標可以看到成效，有些東西我不知道可不可以算是成效，如果每個診所都能達到 checklist 的要求，感控應該是有成效的。。

### 林金龍

1. 假如中醫的預算下來之後，是以一般地區為優先或是離島？如果以偏鄉、無醫鄉、離島為優先分配，則人次的部分，可能 13000 萬人次還不太夠，這主要是要看資源如何使用。因此，假如目標要定低一點，全聯會可能要再有更詳細的計算想法或思考。

### **蔡召集人魯**

謝謝委員提供的意見給全聯會去思考，也就是說品保除了過程面的東西，是不是也要有結果面的績效呈現，這樣在費協會討論時才容易讓大家知道有成效。所以資料提供的部分，還是仍維持 101 年的條款。

### **張科長溫溫**

1. 60 頁的第柒點之二輔導同意刪除，仍請全聯會提出刪除原因。
2. 第柒點之四特管辦法條次會配合新的特管辦法條次做修正。

### **張委員繼憲**

基本上，我們可以去輔導，但以輔導次數來當作不核發品質保證保留款的依據，擔心適法性上有問題或是院所會反彈，所以建議刪除。

### **蔡委員淑鈴**

感控除了過程面的東西，是不是也要有結果面的績效呈現，全聯會要好好地做思考。

### **張科長溫溫**

62 頁第玖點繼續教育，排除領照未滿一年醫師資料仍需全聯會提供。本局的資料只有執業起訖，沒有領照的時間點。

### **梁委員淑政**

補充一下，剛有提到 60 頁輔導要刪除，全聯會提到審查業務委託辦法未來沒有輔導的機制，但就二代健保審查業務委託辦法第 14 條，規定受委託的專業機構或團體應訂定保險醫事服務機構輔導方案，經保險人核定後辦理輔導業務，所以仍然有輔導的必要和結果，在刪除時應該要考慮一下。

### 張委員繼憲

我再補充一下，過去的輔導的機制是由各區中執會輔導組的委員來執行，可是這個部分我們去輔導，要求改善提升醫療品質是沒有問題，但是這個輔導兩次也改善兩次，卻因輔導了兩次而不符核發品保款，這個會不會有問題，在法律上會不會有爭議，才建議刪除。

### 張科長溫溫

個人覺得輔導以後有一些違規情形，可用特管辦法來處理並不予核發，那至於輔導則依據目前專業審查的辦法，他們是依據委託的合約書去做輔導，那他們是覺得輔導兩次對全聯會來說是行政裁量上的困擾，應該是可以拿掉的。

### 謝委員明輝

基本上現在來說，現在中醫審查執行委會，講輔導兩個字有點敏感，講溝通比較適當，輔導感覺一定有重大瑕疵，對他們來說比較敏感，會讓人有違法的認知，比較不好，輔導的動作還是來由健保局來處理。

### 蔡召集人魯

輔導的動作涉及到公權力的行使，還是由公權力單位來執行，回到剛剛 62 頁領照未滿一年的問題，排除領照未滿一年的條文如果沒意見就照健保局的版本通過，亦即不去排除。

## 討論事項第三案「102 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」與會人員發言摘要

### 王科長淑華

有一點問題要請教全聯會，施行區域的範圍原則是無中醫鄉，為何又要分巡迴鄉（37 頁）、開業鄉（47 頁）？

### 詹委員永兆

關於這點補充說明一下，中醫跟西醫最大的不同，西醫走到無醫村，中醫走到無醫鄉，但其實有些無醫鄉的隔壁，醫療非常方便，例如

苗栗縣的頭屋鄉，可以不算醫缺，但是政策上還是讓人家去開業，所以鼓勵你去開業，但巡迴醫療的部分來說，其實可近性已經很方便了，所以暫時拿掉。

### 蔡委員淑鈴

舉例來研究一下，47 頁是獎勵開業，以新北市來看就有 8 個鄉鎮，37 頁的新北市也是 8 個鄉鎮，但是劃掉石碇、雙溪不去巡迴，還是要鼓勵開業，事實上鼓勵開業到現在沒有一家去開業，又不讓他去巡迴醫療？

### 張委員繼憲

因為去年之前，鼓勵開業的部分比較狹隘，例如開業的醫師不能去支援，變成很多醫師考慮到這點，所以醫師不願意去。

我再說明清楚一點，第一個原因說明白一點就是達成率的問題，我們預計明年這些開出來的點，都會鼓勵同業去開業，第二個原因，例如苗栗頭屋鄉、台中大安附近的醫療可近性其實滿高的，所以根據這個原則先劃掉巡迴鄉鎮。

### 白委員裕彬

其實關於偏鄉這些東西的定義，我建議說中西醫應該要一起去算個醫師地區的密度是多少，來去定義甚麼叫做醫療資源缺乏，否則一個地區缺水電，你送一個裁縫去沒有太大意義。

### 孫委員茂峰

我想跟各委員報告一下，剛剛長官們提出 37 頁及 47 頁的問題，確實我們的思考上跟委員們是有差距的，所以原則上我們全聯會 37 頁及 47 頁不做任何刪除，但是我們實質上會去做鼓勵。另外早期中醫巡迴醫療，基於人都是有惰性的，大家都會柿子挑軟的吃，才會去做刪除的動作。

第二個預期目標，用去年的數字對於我們來說有點沉重，是不是預期人次 12 萬人次，服務總天數 4000 天？

## **林委員金龍**

假如中醫的預算下來之後，是以一般地區為優先或是離島？偏鄉、無醫鄉、離島也一樣，回過頭來這個人次的部分，可能 13000 萬還不太夠，主要是看你資源如何使用。假如今天這個目標要定低一點，全聯會可能要再有更詳細的計算想法或思考。

## **張委員繼憲**

再報告一下，基本上無中醫鄉的部分，中西醫都很努力去做，林委員提到的這個事情，雖然我們中醫預算有持續成長，但是我們醫缺點值之前有掉到 0.8 多，所以才修改了醫缺支付標準的方法。我們不是不想做，但需要考慮到一個合理的人次，真正能做到的，如果目標值訂很高，醫缺點值又保障，是不是又會吃到一般服務的預算。

## **費協會林執行秘書宜靜**

今年再談 102 年時，針對中醫醫療資源不足地區方案的部分，取消了中醫師進駐，但有附帶條件是說，希望大家多做巡迴，少了個計算，但是預算沒有減，所以這個巡迴的目標數應該是要提升的，這是協定時有討論到的。另外計畫巡迴點往上調的時候，計畫人次跟天數應該也要往上升，過去 60 點都能達到 100%的目標時，80 點應該也能達到。

## **蔡召集人魯**

所以這樣的話，本局訂定的目標值應該是沒問題，沒問題的話就照案通過。

## **王科長淑華**

再來是第 4 頁開診相關規定，特殊地區希望由全聯會初審後將結果送分區業務組核定。另外離島地區因為天候狀況受阻，本局希望修正為巡迴醫療服務得增加 1 天（限申報 1 診次）。第六頁如果要變更巡迴醫療服務的部分，則是報請轄區分區業務組核定，並副知全聯會，俟核定後使得變更。第 8 頁申請程序則是直接向各分區申請。

## **蔡召集人魯**

沒問題的話就照本局的版本通過。

### **張委員繼憲**

我們比較關心的是，費用跟我們任務目標價值觀的問題，局裡面會不會基於說，想要無中醫鄉趕快消滅掉，一下子核定了90個點或更多，超出我們可以負荷的情形，如果直接由各分區逕行核定的話，會有問題，是不是應該要有考量的空間在，不能因為有人挑戰，就去修訂，這樣我們沒辦法承作，局裡面是不是應該考慮一下。

### **蔡召集人魯**

這個只是程序上的問題，並沒有讓全聯會有決定權，這個將來或許各分區業務組在受理後，由各分區和公會組成審查小組，不至於有張委員剛剛提到的問題。

### **王科長淑華**

第7頁第7點的申請資格，建議拿掉公會及醫療團並修訂為：須為健保特約中醫醫事服務機構，並由實際參與計畫之機構辦理申請及費用申報事宜。

### **張委員繼憲**

我們的醫療團回來是病例分享，所以我們覺得拿掉與不拿掉對現在實施架構影響不大，建議保留。

### **王科長淑華**

前面公會的部分要保留我們沒意見，後面並由實際參與服務計畫之機構來辦理計畫申請和費用申報，這個部分是只有一家診所來申請，還是參與計劃都有來申請？另外各自作巡迴服務的時候，是各自報還是統一由一家來報？

### **張委員繼憲**

現在問題是出在說，申報支援的部分及申報費用的兩個層次，基本上會由全聯會來告訴診所報支援的時候應該是要報備支援點，而不

是報備支援的診所（參與巡迴醫療）。

### 蔡召集人魯

我們是擔心這個團會讓人家誤解，而持續讓院所有支援地點報備錯誤的問題發生，你們要加上也可以，這個解讀只有討論時才知道，院所是不會知道的。

### 李專委純馥

建議在後面加上，其他醫療機構不得以支援方式辦理，會比較清楚。但寫在申請資格裡面又怪怪的。

### 林副組長阿明

費用申報的部分，建議就修在後面的費用申報。申請資格這邊提到的團隊，那團隊以外，在實務上是有個別的中醫診所來申請，還是建議拿掉團隊的文字。

### 王科長淑華

所以申請資格最後修訂的版本：須為全民健保中醫特約醫事服務機構，由實際參與計畫之中醫特約服務機構辦理申請及費用申報事宜，其他機構不得以支援方式辦理。

### 蔡召集人魯

沒有意見的話就照這樣通過。

### 王科長淑華

另申請資格（二）修正特約醫事服務機構及醫事人員近 2 年未涉停約一個月以上處分，並明訂違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日計算。另外特管辦法修正為第 38 條停約 1 個月以上才不能申請巡迴，扣減 10 倍仍可以申請。

### 張委員繼憲

我們過去的作業在醫缺這個部分，會先請各分區作初審，再由全聯

會請保險人核定。我們是贊成最後審查權回歸到局裡頭。

### **梁委員淑政**

可不可以按照局所訂的申請流程，窗口係以保險人各分區業務組來處理，但會同專業審查委託單位，這也算是專業審查的項目，審查同意後再回覆給當事人，這樣窗口前後才會統一。

### **蔡召集人魯**

所以申請程序改為直接向各分區業務組提出申請，並會同中醫師公會全聯會審查同意後執行。

### **王科長淑華**

第11頁的受理審查部分做文字修正，第12頁第十點的支付方式(三)修正部分文字為由中醫門診總額一般服務預算於分區預算分配前優先以每點1元支應。(四)基本承作費用一詞，修正為論次費用。

### **王科長淑華**

增列第13頁的註(4)若為離島院所至同一離島地區執行巡迴服務，則其論次費用以偏遠地區計算。因為如大金去小金，船程僅15-20分鐘，小金屬三級，支付三級離島的13200論次費用，似乎不太合理。

### **張委員繼憲**

其實這是金門的個案而已，像我們去年輔導大金去小金，實際上一個月收入才申報20幾萬，我們保障是30萬，在承作的時候是給他一種補貼，因為要從台灣請醫師去金門常駐已經不容易了(比花東還少)，我們是建議不要增列註(4)這一點。

### **蔡召集人魯**

科長如沒意見的話就照張委員的提議通過。

### **高屏業務組**

西醫牙醫在醫缺的考核都有，中醫比較缺乏，所以參考他們的做法提出考核辦法。

### 蔡召集人魯

如沒意見的話就新增考核辦法，接下來進行獎勵開業計畫的修訂。

### 王科長淑華

第5頁第四點施行區域作一些文字修正(三)，其他部分就照中醫公會的修正。

### 張委員繼憲

第24頁的第6小點，希望拿掉支援總天數不得多於開診天數的1/5，因為這對執行上會有所限制，我們是希望資源整個過去。

### 蔡召集人魯

如沒意見的話就通過。

## 討論事項第四案「102年腦血管疾病後遺症門診照護計畫」與會人員發言摘要

### 李專委純馥

1. 99頁，原來條文第四點將病人自述改成經醫師診斷，你們有收案的對象也要上去VPN上作登入。
2. 100頁，本局修訂意見為若同醫師同一時段支援多家療護機構，保險人得考量醫療品質來核准。
3. 另外申請資格考量到醫師將違規記點的診所關閉，另開新診所，所以修訂為參與本計畫之醫師及醫療院所，須2年內未涉及…。
4. 受理資格審查的部分改成每季，保險人備查。
5. 103頁則新增一個病患療效評估。

### 蔡召集人魯

如沒意見的話就照專委的提議通過。

### 李專委純馥

104 頁新增第六點，我們經常有遇到某些院所，他報了這個計畫，又報了現行的支付標準，兩邊都申請費用，會造成執行上的紛爭，所以希望寫清楚。

另外最後一個是 p38052 支付標準裡面提到要做評估，沒有寫清楚要兩個評估表做完才能申請費用，我們希望兩項評估都要作，所以提出修正。

### 蔡召集人魯

如沒意見的話就照專委的提議通過。

### 林科長寶鳳

今天很多的方案或計畫，申報及審查需配合 XML 的格式來作修改。

## 討論事項第五案「102 年腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」與會人員發言摘要

### 李專委純馥

第四點適用範圍修訂為「自診斷日起三個月內...」。第六點申請資格、第十點受理資格及審查、第十一點支付方式、第十二點醫療服務申報與審查、第十六點成效評估、附件二皆比照 102 年腦血管疾病後遺症門診照護計畫之修訂。

### 蔡召集人魯

如沒意見的話就照專委的提議通過。

## 討論事項第六案「102 年腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」與會人員發言摘要

### 李專委純馥

第六點申請資格、第十點受理資格及審查、第十一點支付方式、第十二點醫療服務申報與審查、第十六點成效評估、附件二皆比照 102 年腦血管疾病後遺症門診照護計畫之修訂。

### 蔡召集人魯

如沒意見的話就照專委的提議通過。

### 白委員裕彬

這邊提出一點疑慮，從事化療時，免疫力比較低落，之後如果又併同中醫療法，是否有一些 interaction 的情況？

### 孫委員茂峰

1. 這個部分大概是臨床證據最強的部份，在文獻裡面，經過放療而免疫力下降時，這時經由中醫輔助來提升免疫力或讓症狀改善，是有很多研究證實，英格蘭雜誌也有，當初提計畫就已經有報告過。
2. 白委員您的意思是有化療之後再口服中藥地的 interaction 嗎？

### 蔡召集人魯

專委可否將教授的意思，說得再更清楚一點。

### 李專委純馥

1. 其實目前健保並沒有給付中醫住院，所以住院的病人如果要輔助中醫的療法目前需自費，可是實證顯示，這些作放化療的病人有此醫療之需求，他們很渴望這些中醫療法的進入，所以才有這個計畫。
2. 但是我們中醫要進入輔助療法，都是必須先經過西醫主治醫師同意才能提供，也就是有原來的西醫癌症照護醫師及中醫團隊共同來提供輔助療法。
3. 病人如果住院以後再去門診，就不是併同治療的情況

### 白委員裕彬

這樣話可能跟專委你剛才講的有點落差，如果還在醫院裡面，仍算在住院治療的療程。

### 李專委純馥

1. 可是這個前提是說，因為你做的這些 treatment 而產生的 side-effect，透過中醫輔助療法來舒緩這些 effect，所以當然是在治療後，只是那個”治療後”，還是在住院(in-patient)的階段。
2. 甚至是在下一次作化放療的時候，先給它提升一點免疫力，讓他能夠去承受下一次的化放療。

### 白委員裕彬

1. 抱歉，有幾點我還是有疑慮，您剛剛提到的這些 side-effect 跟免疫力是沒有甚麼相關的，也就是你要去解決這些口乾舌燥（症狀或是副作用），其實是跟剛才理事長提到的提高免疫力的中醫能量是沒有甚麼關係的，這是我比較質疑的地方。
2. 第二個就是如果病患有這個中醫需求，可能是不是要主治醫師同意。

### 蔡召集人魯

這個跟教授報告，病人有需要時提出申請，經由西醫師治療團隊跟中醫師去評估後，再去介入，這些是要兩個團隊密切合作去討論的。不是說一定會去介入。

## 討論事項第七案「第四部中醫支付標準文字修訂」案與會人員發言摘要

### 李專委純馥

接下來為第七案公會提出的支付標準修訂，我們是同意的，可是後面有關感控、針灸若回歸一般服務後，我們有作一些修正意見，這樣可以嗎？

## 蔡召集人魯

如沒意見的話就照專委的提議通過。

### 討論事項第八案「第四部中醫支付標準第九張特定疾病門診照護」

#### 與會人員發言摘要

#### 李專委純馥

1. 接下來是針對費協會決議要導入支付標準的討論，公會提出的草案在 145 頁，那我們有提出一個比較表 146 頁，最左邊是現行的支付標準，中間是現行的試辦計畫。
2. 有些東西原本試辦計畫是有的，可是在導入支付標準的時候卻刪除了，那刪掉後在對病患的照顧上，希望公會可以做更多的考量。
3. 關於可以報支付標準的醫師，它的審查標準是由你們核定，我們不知道你們的標準是如何，希望公會可以提出更進一步的說明。
4. 在試辦計畫時，多半是醫院的醫師在執行，那改成支付標準，因問中醫大部分都在基層診所，基層可不可以修進來？
5. 如果公會沒辦法一時討論清楚，我們建議保留至臨時會議討論，或是在臨時會之前開個會前會。

#### 蔡召集人魯

如沒意見的話就照專委的提議通過，保留至臨時會再討論。

### 討論事項第九案「中醫醫療院所加強感染控制實施方案」與會人員

#### 發言摘要

#### 李專委純馥

第九案的部分，組長剛剛有提到，整個合格率非常的高，將近 99%，這個部分計畫就不要再試辦，回歸一般常態服務來執行。

#### 蔡召集人魯

如沒意見的話就照專委的提議通過。

## 討論事項第十案「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案」與會人員發言摘要

### 李專委純馥

第十案的部分，跟第九案一樣。不過還是希望你們能針對這些不合格的家數來輔導。

### 孫委員茂峰

不合格的部分，我們還是會繼續去輔導。

### 蔡召集人魯

如沒意見的話就照專委的提議通過。

### 白裕彬委員

不好意思，我對於剛剛的化療、放療還是有點疑慮，剛剛理事長提到的國外報告，應該是在化療或是放療療程之後的情況，如果在台灣要在中西醫一起處理，這恐怕是一種實驗喔，必須提醒一下。

### 孫委員茂峰

1. 我說明一下，這個沒有實驗的問題，不可能是實驗，實驗要通過人體試驗委員會，我們所有的醫療處置行為，一定原本就是核可的醫療行為。
2. 我們在申請這樣的計畫時，會經過一連串的評估，還有學者專家的討論後才會定案，那麼剛剛白委員提到的免疫力提升，文獻裡面比較有的是相關的副作用或是衍生出來的症狀。我們強調中醫的介入是在住院的期間，那這個放化療有好幾個期程，這個後呢，是著重在第一次經過放化療後，接著經過第三次、第四次，在住院期間，為了緩解這些不舒服的症狀，是 under 在文獻裡面有的處置模式以及藥物，而且住院期間的主治醫師全都是西醫師，而且這些病患的需求必須通過西醫師的核可，中醫才會動作，。
3. 目前這個專案只能在大型醫院的住院病患使用，所以一般門診是不會有中醫逕自介入，除非病人私下自己找其他的醫師，不會有

人體試驗的問題。

### 白裕彬委員

稍微有解惑一點。

### 林副組長阿明

這邊提一下，剛剛討論第三案，巡迴的部分，有兩點，第一點是巡迴核定後到底甚麼時候生效，第二點是執業的部分，剛剛提到執業的醫師還可以額外參加巡迴，這可能會涉及到就是說，現在獎勵開業已經固定給他 30 萬或 25 萬，那巡迴的部分是不是要設一個門檻，我想臨時會要進一步討論。

### 蔡召集人魯

這在會前會一併討論。

### 林副組長阿明

因為剛剛又講到 1/5 的限制，如果不去規範的話，自己本身執業的點不去顧好，又往外去跑，到底要保障多少，可能會超過 30 萬以上，這變成會有一些問題。

## 臨時討論事項第一案「建請定期提供境外就醫自墊醫療費用申請及給付資訊」與會人員發言摘要

### 張科長溫溫

1. 請委員翻至 53 頁，大概提一下重點，公會來文質疑境外核退的部分好像有住院及水煎飲片，目前只辦中醫門診，支付標準給付也沒有包含水煎飲片，查了 99 年跟 100 年住院的部分，只有 6 件，這些經分區查證後，是中西醫合併的院所誤報，以後會去檢核，避免類似狀況發生。
2. 水煎飲片的部分，目前自墊核退的部分並沒有全部均有醫令可查，會責成分區業務組去加強審查，公會如發現有類似的情形，也可以通知本局來作追查。

**蔡召集人魯**

沒意見的話，進行下一案。

## 臨時討論事項第二案「受刑人之醫療服務費用」與會人員發言摘要

**張科長溫溫**

說明一下，現在受刑人醫療需求的情形以西醫為主，所以這次矯正團隊的公開徵求還是以西醫為主，這部分建議等開辦以後，在衡酌受刑人對中醫的需求，再來討論中醫進入提供的方式。

**孫委員茂峰**

1. 這部分在今年費協會的核定，是從非協商因素把錢移撥到各個總額，目前受刑人是委託醫院來提供服務，不會覺只有西牙醫，中醫一定也有。
2. 我們中醫有這樣的能力和熱忱，願意去提供這樣的服務，您說受刑人沒有需求，連自費都有在做了，怎麼會沒有呢，我們建議是說在辦法裡面先不要把中醫排除，之前是連牙醫都沒有，現在牙醫都進來了，一開始就把我們排除，那明年在評核會說我們有預算沒成績，說我們辦得不好，情何以堪呢。

**王科長淑華**

1. 當初我們考慮的是，不是沒有需求，是他們以自費延醫的方式，在公費治療時，以西醫提供為主，中醫的部分是依他們的需求自己自費進來看。
2. 如果中西牙一下子都進入，會不會去誘發一些需求？

**蔡召集人魯**

目前有請各分區去矯正機關收集受刑人的需求，彙整後就目前那些矯正機關有請中醫師進去的或自費進去的，這個我們會再來想辦法，會再跟公會交換意見。

**孫委員茂峰**

最起碼希望明年就要開始。

**蔡召集人魯**

我們會盡快收集各分區需求，跟公會交換意見，  
，5:45 分會議結束，散會，謝謝大家!

