

# 「中醫門診總額研商議事會議」106年第1次

## 會議紀錄

時間：106年2月16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	施代表純全	施純全
朱代表日僑	蘇芸蒂(代)	陳代表志超	陳志超
江代表瑞庭	江瑞庭	陳代表俊明	陳俊明
陳代表旺全	陳旺全	陳代表瑞瑛	請假
何代表紹彰	何紹彰	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	許怡欣	黃代表怡超	請假
許代表世源	許世源	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	黃蘭嫻	羅代表永達	羅永達
劉代表富村	劉富村	龐代表一鳴	龐一鳴

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	何佳儒、吳洵伶
中華民國中醫師公會全國聯合會	陳俊良、廖奎鈞、王逸年 賴宛而
本署臺北業務組	馮震華、林照姬、許博淇
本署北區業務組	楊淑娟

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	施怡如
本署東區業務組	鄭翠君
本署醫審及藥材組	李待弟、郎淑琮
本署資訊組	姜義國
本署財務組	張晃禎
本署醫務管理組	陳玉敏、張溫溫、陳真慧、 劉林義、谷祖棣、王玲玲、 陳依婕、邵子川、鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

壹、主席致詞(略)

貳、報告案

第一案：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」及預  
訂討論議題

決定：洽悉。

第二案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：除第一項「滿意度調查報告」及第十一項「癌症化療、放射  
線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」案繼續列管外，其  
餘解除列管。

第三案：中醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

第四案：105年第3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	0.87687205	0.91560332
北區	0.88828419	0.92766641
中區	0.87774258	0.91635476
南區	0.94122118	0.96241740
高屏	0.95919133	0.97351795
東區	1.29332949	1.20000000
全區	0.90619194	0.93729891

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：修訂支付標準第四部中醫通則九(草案)

##### 決議：

- 一、同意修訂第四部中醫通則九條文，由「中醫醫療院所該月份所有專任醫師因產假期間均未看診」改為「中醫醫療院所該月份專任醫師因產假期間未看診」。
- 二、將依程序辦理後續行政事宜。

#### 第二案：調升第四部中醫醫院門診診察費支付點數案

##### 決議：

- 一、同意調升中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格醫院第一階段一般門診診察費(支付標準醫令代碼 A82、A83、A84、A85)，支付點數調升 10 點。
- 二、將依程序辦理後續行政事宜。

**第三案：一例一休政策致中醫院所假日開診成本增加，請協助爭取106年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目以支應增加之人員成本費用**

**決議：**請健保署協助向健保會提案。

**第四案：106年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)**

**決議：**

一、 修訂重點如下：

(一) 提撥風險基金4千萬元，按季均分，優先撥補各鄉鎮市區僅有1家中醫服務院所，其一般部門之浮動點值以每點1元支付，剩餘款提撥予就醫率最高之分區。

(二) 風險基金優先撥補院所名單，排除已參加「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫院所」或符合本計畫指標6「偏鄉」定義之院所。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

**肆、臨時報告案：106年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療標示作業**

**決定：**請全聯會協助督促上開院所標示作業，並於106年4月30日前完成核銷。

**伍、散會：17時10分**

**陸、與會人員發言摘要詳附件。**

## 與會人員發言摘要

### 主席

進入議程前先介紹 2 位新任專家代表:北醫醫務管理系的許怡欣教授與中國醫藥學院醫管系的黃光華教授，歡迎。王惠玄老師是續任的專家代表，除了這三位外中醫代表與其他醫界代表都是去年續任，不再一一介紹。祝大家新年快樂，請進入今天的議程。會議紀錄確認部分有無問題?沒問題就確認，進入報告第一案。

### 報告第一案：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」及預訂討論議題

#### 主席

各位代表對報告有無意見?因為有新任代表，說明這個會議會採全程錄音，發言實錄會請代表確認後再發會議紀錄，這邊請大家參考。請問有無問題?沒問題就進入報告第二案。

### 第二案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

#### 主席

除第一案滿意度報告及第十一案要提健保會報告的癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫繼續列管外，其他案建議解除列管，各位代表有無意見?無意見就進入下一案。

### 第三案：中醫門診總額執行概況報告

#### 主席

這次的報告是今年第一次，作了些歷年趨勢資料以及一些參考資料，專家代表第一次來，基礎資料一併提供，沒有一一報告;請問代表對報告內容有無意見?

### 何代表紹彰

請問產能的定義是申報點數還是申報金額?

#### 主席

這邊是每位醫師的申報點數，每季介於 100 萬到 120 萬之間。中醫整體趨勢比較重要的是第 10 與第 15 張投影片，每季可能起伏不定，就醫人數與申報件數整體上是下滑的，但是中醫總額預算年年增加；大家有無意見？

### 王代表惠玄

中醫一直有個議題是使用占率(涵蓋率、就醫率)，希望可以把這個資料放在第 10 張投影片之後；以就醫人數來說，台灣地區人口雖緩慢增加，就醫率似乎緩慢下降；民眾需求有多少轉向預防保健或急性醫療照護等結構性改變雖在觀察中，還是希望可以看到就醫涵蓋率的觀察指標，看到醫療供給、戶籍人數需求外，有多少當地民眾的就醫需求是由當地中醫師涵蓋的，想看到各分區就醫人數占率，希望分區間的差異對總額下民眾就醫權益與中醫普及率能產生討論空間。

### 主席

謝謝，請問後面附表中有分區附表，只是沒有到五年區間；您想看到分區的就醫率嗎？

### 王代表惠玄

這次看到表格與之前不同，新增長期趨勢外，之前還會看到費用成長是因為就醫人數、申報件數還是每件支付金額成長；想知道是不是變更觀察標的，也希望對數據解讀與運用之後能建立共識。

### 劉科長林義

這次資料增加趨勢圖，其他參考資料跟以前一樣都沒變動，希望除數字表格外可以看到長期趨勢。就醫人數資料在第 10 張簡報，以 5 年趨勢方式呈現，要細分到分區就沒有。

### 主席

第 10 張投影片有圖無數字，必要時再補充數字資料。王老師想看其他分析可以跟同仁提出，其他代表有無意見？

### 羅代表永達

想確認第 10 張投影片就醫人數是歸戶後的吧?另外我知道中醫界很多申報時短報，如果一直照這個遊戲規則，申報成長率不會高；自己不敢衝，還先畫了界限困住自己，希望中醫師可以承擔，提高涵蓋率，是不是要用別的方法去除界限，否則永遠看到界限內的數字；希望全聯會能去思考這個問題，服務量增加到一定程度後開始自斷手腳，看不出真正點值外也無法說服消費者代表現在的中醫多艱困；希望新年度可以做這樣的思考，如實申報，點值反映，不要與實際情形有太大落差，以上建議。

### **陳代表旺全**

中醫界自我管理一向比較嚴謹，未來會重新思考呈現方式，配合健保署既定政策外希望能爭取到對應的經費，全聯會會重新檢討，謝謝。

### **施代表純全**

第 10 張投影片是沒意義的圖，因為用去年同期算成長率本來就有高有低，這個圖不夠理想，沒有真正數值，除了每季數字外也想看到年歸戶的就醫人數，會比較有意義。

### **張專門委員溫溫**

每年在總額協商時都有按年計算的就醫率數值；監測指標資料中也看出來中醫整體就醫率從 102 年起 28.87%逐年下滑到 104 年的 27.04%，分母以全人口計算，整體就醫人數有下滑趨勢。另外每季保險對象在不同分區就醫時都會被計入，一併說明。

### **何代表紹彰**

就醫率部分手邊剛好有健保會數據：中醫的就醫率逐年下滑，以六區來看台北區、北區、中區就醫率都呈下降趨勢，幅度超過 1%；中南部就醫率的下降幅度較小，東區就醫率則成增加趨勢。

### **主席**

長期來看總額預算與醫師正成長，中醫就診人數下降，每位醫師申報件數必定下滑，希望大家持續關心這個趨勢。

## 陳代表憲法

請看一下第 21 張簡報兒童過敏性鼻炎試辦計畫，從第 4 季才開始執行，申報上有些問題；例如醫學中心尚未開始執行，考量計畫目前以週申報，醫學中心就診病患有些遠道而來，開藥天數較長，逐週申報 4 次會比一次申報 4 週費用低，可能會影響意願；另外結案日期署裡與電腦公司計算有差異性，勾稽後結果不同；另外結案週數較長，月中收案月底申報時可能會拖到隔月月中，這方面會了解問題後一併跟署裡反映，看怎麼因應。

## 主席

謝謝陳代表補充，其他代表有無意見？進入報告第 4 案。

## 第四案：105 年第 3 季點值結算結果報告

## 主席

第 3 季點值結算報告，各位代表有沒有意見？整體趨勢還是台北、中區點值偏低。

## 何代表紹彰

應該是濁水溪以北點值都偏低，濁水溪以南點值都較高。

## 主席

加上北區也是點值偏低，這個趨勢很久了；沒有意見就確認去年第 3 季點值，請接討論第一案。

## 柒、討論案

### 第一案：修訂支付標準第四部中醫通則九(草案)

## 陳代表憲法

全聯會先說明：上次調整後單一院所女性負責醫師適用，中區有兩位女醫師以為屬於適用條件(結果不適用)，考量這次修正後符合條件的女醫師也不多，希望大家能支持，也對現在很低的生育率有幫助。

## 主席



健保署有女性中醫師人數嗎?現在看來每年生小孩的女中醫師是40-50人之間，希望通過後鼓勵女性中醫師增產報國，但不要影響經濟及民眾看病權益。

另外今年總額非協商因素接近4億，上次調診察費影響4.14億，增加支出會稀釋點值，這部分希望大家先有共識;請問各位代表有無意見?無意見就通過，謝謝，請接第2案。

## **第二案：調升第四部中醫醫院門診診察費支付點數案**

**主席**

請全聯會先說明緣由:這是上次調整支付標準時漏提案嗎?

**巫代表雲光**

各位好，正如主席所言，去年底調整支付標準時沒有同步，後來發現應該以基層院所診察費調高的百分比計算醫院中醫部門診診察費調高幅度，這次補提案。

**主席**

基層當時調高15點，這次提議醫院中醫部調高10點

**巫代表雲光**

因人次與級距不一樣，全聯會是以基層院所診察費調高的百分比去換算醫院中醫部門的診察費調高點數;基層第一階段是1-30人次，醫院中醫部第一階段是1-50人次，以影響費用幅度換算百分比後再推估。

**主席**

好，現場醫院代表有意見嗎?

**胡代表文龍**

樂觀其成。

**主席**

好，其他代表有無意見？這項調整約增加 960 萬，也會稀釋點值。各代表無異議就進入下一案。

**第三案：一例一休政策致中醫院所假日開診成本增加，請協助爭取 106 年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目以支應增加之人員成本費用**

**主席**

全聯會提案一例一休影響中醫院所成本，請全聯會補充說明影響情形。

**柯代表富揚**

全聯會資料顯示：區分為例假日與休息日後，用醫令檔擷取 104 年假日開診天數是 27 萬 8888 天，天數去乘上最低薪資標準加班費 1,900 元與 2 位跟診人員，約需 10 億 5,977 萬餘元；若以 3 個工作人員計，需要 15 億 8,968 萬餘元；這是中醫計算一例一休後增加之成本；當然理事長希望院所可以共體時艱，一例一休通過後還是願意假日開診；實施後還可以計算一例一休後假日開診情形是否減少，以上補充報告。

**陳代表旺全**

其實這不只是中醫的問題，去年 12 月健保會時西醫基層就有提案，因時間緊迫而未討論；所有醫療團體都會遇到相同困境；院所不會圖這項金額去刻意開假日門診，只希望現在有假日開診的院所增加成本能如實反映。

**主席**

「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」一年預算只有 10 億，現在中醫直接要 10~15 億，西醫影響幅度想必更大；這種估算方法是否精確，想知道老師認為一例一休應該如何估計成本較適當。

**許代表怡欣**

每家醫院都遇到同樣的問題，例如北醫來說，第一年可能增加 4 億，之後可能更多；如果用風險基金來支應，就算全數使用恐怕也只能按

比例分配;問題是風險基金是否能全數用於一例一休增加之成本?理論上要補貼院所配合政策所增加之成本，全額補貼恐怕很難。而且各部門總額只要有一個提案，其他部門一定會跟進，以上。

### 黃代表光華

想知道健保署有權決定最後的版本嗎?此一議題是好幾個總額部門共通的問題，最後到健保會作決議，研商議事會議上可以提出建議版本再到健保會協商嗎?最後想必不會是個別總額分別處理，而是有通盤考量後再依比例分配，想確認一下程序上怎麼作比較妥當。

### 主席

研商議事會議可以討論，明天就開健保會了，西醫基層已經有提案放在議程中，中醫也想加入一起討論;但是這筆預算是用在「非預期政策改變」項目上，例如八仙塵爆、地震等等;921地震時還沒有這筆預算，這次大家都提要用這一項經費;一例一休確屬政府政策，但是每年預算只有10億，經過一定程序才能動支;這次影響金額幅度遠超過10億，這才是困難所在。

### 王代表惠玄

一例一休政策希望保障員工能有合理休息時間，不是強迫員工假日上班加薪;有沒有可能政策實施後因為員工只能上5天班，以增聘人員代替增發加班費?如果增聘員工從星期二工作到星期六，固定休週日及週一，這樣不用付加班費，不會涉及薪資結構改變及診察成本改變，增加的是正職或兼職員工薪資、退休金、勞健保成本;這些增加成本可能反映在診察費結構，不是反映在加班費。配合這樣的班表，院所可能要增聘0.8或0.5個人力，班表變複雜，但是不會有加班費的問題;如果只以現在人力加班來看，10億元預算絕對不夠用，醫院成本差額一定更大，希望請大家朝這個角度思考，是否增聘0.5個人力，同時增聘的成本涵蓋在診察費中，請大家再試算一下。

### 張代表瑞麟

因應一例一休假日開診，院所增加兩天的人力而已，增聘人力一次要加至少5天的工資，成本更高，不可能為了假日門診多聘人力。

另外診所聘僱的是專業人力，1次聘1個，現實上沒有聘0.5個。

### 巫代表雲光

以基層院所來說首先衝擊是院所在假日開診，約6成以上院所沒能力多聘人力，只能用加班費代替；要提供充足醫療服務時不可能缺乏假日門診，中醫基層院所週六大部分還是在開診，至少會有一天要用加班費處理；在維持現行診療時段與服務能力不變狀況下，政府法令變動這些都是額外增加的成本；另外假期挪動的部分，院所可能為節省加班費不給報加班，可能會變成「想多賺錢的賺不到，不想多給的多給錢」。

### 主席

現在看似成本增加，其實也反映了利潤減少；這方面也沒探討過利潤減少的衝擊。請健保會說明一下。

### 健保會陳燕鈴組長

明天委員會議西醫基層已提出類似的提案，建議待健保會委員會議討論出處理原則後再作決定。

### 主席

全聯會主張本案併明天案子討論，可以這樣嗎？

### 健保會陳燕鈴組長

健保會明天議程已經非常滿了。

### 主席

以臨時提案方式併入明天西醫基層提案討論，討論西醫基層提案時，如果西醫基層提議未被接受，中醫的臨時提案也一樣會被拒絕吧？

### 龐代表一鳴

各總額狀況不一樣；西醫基層與牙醫持續監控每個月的假日開診率，中醫還沒有；西醫基層提案背景是分級醫療配套措施，希望診所假日開診，請醫師公會全聯會配合因應；中醫在分級醫療上沒有被要求多

承擔，恐怕不能用公平性一概解釋。供給面成本增加，但是中醫需求面是減少的，希望更用在刀口上，討論的結果是為了尊嚴還是公平面留待專家討論；另外理事長在健保會是出席代表，健保署只是列席單位，理事長有權直接提案。

## 主席

非預期專款項目動支程序是要健保署提嗎？如果要動用專款，需要經過健保署評估後確屬專款動用條件再至健保會提案討論；政策部分是健保署希望西醫基層假日可以開診，減輕醫院急診壅塞；當時沒特別要求中醫配合，請問中醫有急診病人嗎？

## 陳代表旺全

也有喔！當然分級醫療規劃過程中雖認為急診較多，流感類病人可以在診所處理就好；分級醫療如果直接排除中醫可能也不妥當，在偏鄉地區可能中醫診所也可以作不適症狀的優先處理，大家目的都是為病人好，希望今天在這邊提案可以讓健保會知道這件事，署裡不提明天全聯會也會提臨時動議。

## 主席

醫院部門可能也會提，但是算法上直接用 27 萬天，沒有考慮到例假日就是工作日的人員，健保署也沒有資料；直接算到 27 萬天是否適當，另外例假日只看半天的情形也未考慮，現在算法是把周六周日直接計為上班日，這種算法會高估吧？

## 柯代表富揚

一例一休要經過勞資會議確認例假日是哪一天，還未施行前聘請護理人力可能就先講好了要星期六上班，一例一休後上班日 5+1 天，多出的 1 天前兩小時薪資 1.33 倍，第 3 小時起薪資 1.66 倍，現在重啟勞資會議時，大部分員工不想把例假日換到家人都在上班的週一到週五，週末願意出來上班的主要是為了錢，重談合約時員工願意更動上班日其實成功率不高，也不太容易。如果員工去投訴反而麻煩，最好的狀態是不改變目前班表，將星期六或日訂為休息日，再來談加薪的部分。

**主席**

目前全聯會以現況估計行為不變所增加費用極大值，之後會有哪些調整還不知道。想請問健保會組長，提案程序上要怎麼進行？

**健保會陳燕鈴組長**

依照現行 103 年 11 月訂定的動支程序，是由健保署依適用範圍提經健保會同意後報請衛福部核定。但是適用範圍是「其他預期政策改變」，這一項是非預期政策改變，適用辦法明天委員會將討論。西醫基層雖然已經提案，也是有類似的疑慮。

**主席**

中醫有權限提案嗎？

**健保會陳燕鈴組長**

若屬政策部分是由健保署依適用範圍提案，但是適用範圍中不包括「非預期政策改變」。

**主席**

一例一休的適用範圍可能不吻合現行規定，是這樣子嗎？

**健保會陳燕鈴組長**

明天提會的修正草案中，有將非預期政策改變部分納入適用範圍。建議等明天討論後才會比較明朗。

**龐代表一鳴**

公會擔心西醫基層把錢分完後，再有理也分不到錢。

**健保會陳燕鈴組長**

委員會討論相關議案時，理事長可以發言表示意見。依照會議規範，臨時動議案需要有委員附議，且以當次會議亟待解決的急迫性事項為限。

**施代表純全**

一例一休到底是不是非預期其實很難認定，另外非預期是指協商時尚未發生事實，可以用非預期理由去檢討協商時尚未考慮部分，所有委員也都可以提，個人覺得不屬於健保署權責，在這邊提案主要是希望健保署可以協助爭取，這個應該相對容易達成。

## 主席

這個議題會變成討論的焦點，除了屬非預期政策還是預期政策外，另外非協商因素中成本指數改變率涵蓋內容可能重複，雖是落後反映，需要現在額外撥補嗎？第三才是如果現在要用到這項經費的認定方式、包括哪些總額部門、優先順序等；本來編列 10 億元涵蓋範圍是否要包括現在的狀況等，這些就留到明天去討論，全聯會希望健保署協助提案，健保會幕僚認為以現在條文健保署也不適合提案，是不是等明天開會再決定？或是請中醫師公會逕提臨時動議案就好。

## 黃代表光華

全聯會這邊是不是可以考慮在健保會討論時，提出西醫基層比照其他總額部門辦理？剩下的就是分配細節的問題了，這也是一種方式，請全聯會考慮。

## 主席

這也是一種方法，請明天健保會委員掌握發言權。

## 陳代表旺全

上次健保會時只有提西醫基層適用，明天在健保會時其他總額要求比照辦理，可能討論時倉促通過就漏掉中醫與牙醫了；希望健保署能幫忙提案，相似議案共同討論。

## 主席

健保會代表也在這邊，那就依今天決議由健保署提明天的臨時提案討論，最後結果就各自努力。

## 第四案：106 年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)

## 劉科長林義

請翻到補充資料第 4 頁開始:健保署只有修正文字,精神上沒有變動,全聯會希望增設風險基金提撥 5 千萬元按季均分,另外撥補對象是鄉鎮市區內只有 1 間中醫服務院所,撥補金額是申報一般部門浮動點數以該區前季浮動點值撥補 0.03,健保署加了上限不得高於每點 1 元的條件,金額如果不夠則照各區提撥比率分配,撥補後剩餘款全數歸於當季就醫率最高之分區;另外排除條件除了醫不足地區獎勵開業院所外,希望也把指標 6 偏鄉地區院所排除,其他就是年度修正。

提撥 5 千萬後可以參考現在手邊的資料:R 值進 3%後,各分區預算成長率介於 2.85%至 4.61%之間,對分區影響來看,中醫會短少 5 千 1 百萬,健保署試算全年撥補風險基金約 541 萬,剩下 4 千 5 百萬會撥給中區,結果提供各位代表參考。

## 主席

原來進 R 值是因為人口,不是醫療利用多,經過大家提分配計畫校正後全聯會送出這個版本,是否符合健保會討論地區預算分配時的目的及分區間是否公平合理,可以再討論看看。

## 何代表紹彰

北區中執會的意見是:長期以來北區人口年年成長卻無得到合理的 R 值分配,106 年全聯會歷次召開之地區預算分配會議上北區持續反映 R 值應合理前進並未得到多數支持,另外 105 年 R 值前進 1%,106 年 R 值前進 3%北區認為屬合理範圍,106 年總額有大幅成長,初估各分區也是正成長,全聯會版本將 R 值前進的錢又補回去了,這樣是合理的嗎?不如直接 R 值進到 100%,再補回去,分區間也不用再吵架。

另外撥補時又補在特定地區,北區是認為不太合理,在表決時北區是反對的,台北區在表決時是棄權的,其他四區是同意的;另外就醫率如何計算,全聯會僅用戶籍人口來試算是否合理?有沒有考慮到投保人口或其他人口,我們還是要反映北區從 94 年以來的不滿,也希望學者專家可以給我們很好的建議;北區也想比照東區一樣先獨



立出來，先給我們足夠的預算，若是現行制度不變，每萬人口中醫師數的趨勢也不會改變，中區與北區點值及預算爭議都不會變。

### 許代表世源

中醫總額預算分配，可參考的指標很多，R值只是其中之一，用地區人口數來代表中醫服務的人口數，進行地區預算的分配是有點奇怪，地區人口數與中醫服務的人口數不一定成正比，從各區中醫利用率就可看出；評核會要求提高中醫使用率，在中醫總額分配上又希望就醫率高的分區不要拿到較多的預算，這樣的邏輯很弔詭，也因此導致多年來中醫總額分配會議上的紛紛擾擾；R值高並不代表該區中醫醫療院所服務的人口數也多，中區中醫使用率高符合評核委員要求，但是地區預算卻未依照中醫使用人數的比率分配，只想反映這個問題，希望可以錢跟著使用中醫的人走；預算差距為什麼有負值，那是因為該區中醫使用人口增加，預算分配卻跟不上，因而呈現負值；中醫要提高使用率，另一方面又強調用R值綁住中醫總額分配，兩者是互相矛盾的，這兩個項目是無法同時滿足的，醫療點值過低，勢必影響合理的醫療成本支出，用超低的醫療成本，創造超高的醫療品質，無異是緣木求魚。

### 施代表純全

想修正代表的陳述內容：全聯會擔心有預算無利用的狀況，也擔心有需求無醫療供給，一定會考慮人口；整個地區預算公式太簡單了，一目瞭然，總是有分區自認為受害；我們一直在思考有沒有更好的分配方式，能兼顧人口與利用率，以上說明。

### 陳代表憲法

從數字上來看科長提到分配到500多萬，之前了解補0.03約需800萬，可能是撥補條件不同，各區是否會拿出那麼多希望可以釐清外，另外全聯會內部一直在角力，包括中醫為了控制點值在申報時短報造成呈現數據有偏差；中區點值沒落到0.9以下，以這種算法，高屏區跟南區看起來會吐出很多錢，中區也不樂見；中醫將來有很多成長空間，就醫率可能要先改善，希望偏鄉能有更精確的算法。

另外想補充每萬人口中醫師數最高是原來的台中市，彰化跟南投是很低的，那邊請醫師也不容易，希望調動後可以共同思考與解決。

### 主席

請問三位專家有無高見？

### 許代表怡欣

我大概8年前在中醫支委會，那時候就在吵這個事情，現在還在吵；全聯會也委託過研究計畫，地區預算計算方法不管簡單或難，定案

後總是有相對吃虧的分區，要喬到大家都滿意真的很難；現在確定的是 R 值要持續前進，中醫在各總額部門中已經是 R 值前進速度最慢的，北區其實未來可期；另外相信過去已經有很多漂亮的預算分配方法，可能試算完拿到檯面上就沒有後續了，要大家同意難度很高；建議要不要往其他方向再思考，寄望今年中醫總額分配能不一樣。

### **龐代表一鳴**

現在 2 月了，地區預算分配要作個決定；健保會決議是要授權健保署與中醫團體議定，再報健保署核備，時效上希望今天能有決定；另外每年都在討論地區預算分配，健保會希望錢跟著人走，不要 R 值往前進一大步又退好幾步；修改方法上包括撥補每點 0.03 要不要增加，全年提撥 5 千萬元是否太多，有彈性空間下修；建議主席比照健保會休息 10 分鐘，看會不會更有共識。

### **主席**

同意休息 10 分鐘，第 1 季快結束了，地區預算分配卡著沒辦法結算，希望今天能達共識。在等待數據時，先進入臨時報告案。

### **臨時報告案：106 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療標示作業**

#### **林專門委員淑範**

簡單敘述：105 年以前中醫資源不足巡迴計畫就有規範要有明確標示以及標示內容等，健保會委員也認同各總額部門巡迴計畫都應該有標示；之後健保署在 106 年的提升保險服務成效計畫編了這一筆預算，標示內容包括計畫名、健保標誌、院所名稱、巡迴地點及時間等，字體規格及大小都有規定；另外中醫有 88 家院所申請巡迴醫療服務，請院所跟分區業務組核銷製作標示的金額，目前還沒有院所提出申請，希望全聯會這邊能協助推動。

### **主席**

謝謝說明。健保署公文已經出去了，想再次提醒資源不足巡迴點標示都有標準規格，希望 88 家院所都照規定標示，健保署願意付製作標示的成本，全聯會請幫忙推動，協助院所儘快核銷嗎？

#### **柯代表富揚**

代表醫缺召集人發言：因為計畫從 2 月 1 日開始實施，健保署希望 1 個月內完成核銷時間上有點趕，只有中區勉強可配合；其他區希望能額外爭取 2-3 個月時間。

### **主席**

4 月底以前完成核銷，巡迴點每次都要有明確標示，這樣可以嗎？也麻煩分區業務組幫忙追蹤一下。

## 王代表惠玄

不知道可以請全聯會統一委外製作，標示內容除了巡迴院所、時間、地點外其他內容都一致，有一定數量後議價比較有空間，管控成品品質也相對容易。

## 龐代表一鳴

補充一下：當時健保署有考慮到這個問題，因為各巡迴點空間不一，標示要統一規格製作有難度；另外不太明白的是：為什麼中區可以統一製作標示，其他分區不行？

## 陳代表憲法

中區因為巡迴點分散，中執會統一製作發包，包括設計費及運費都含在內，同時考量了院所巡迴點的規格不一；設計完後很快就拿到估價單，整個過程很快，中區很快就可以發給各院所，提供參考。

## 龐代表一鳴

還是要提醒一下：健保資源有限，標示的製作費每年只給 1 次，懸掛標示讓民眾知道可以去哪邊就醫很重要，實務執行上希望院所能留意。

## 主席

會提供新承作院所一次製作費，第二年在同一巡迴點繼續執行計畫者就不用重新製作，最晚 4 月底前完成核銷，可能的話儘量提前，可以嗎？這邊麻煩全聯會協助幫忙。

接下來回到地區預算分配，請各位看一下手邊新算出來的補充資料，請業務單位說明。

## 劉科長林義

請參考風險基金部分，這次分為風險基金 4 千萬與 5 千萬版本，東區之外 5 分區按預算占率提撥，提撥 4 千萬的話，台北預算成長率由 4.13% 變為 3.97%，預算成長金額分別為 2700 萬與 1700 萬，差距 1000 萬。

## 主席

費用預估前提是風險基金提撥院所都補到每點 1 元？

## 劉科長林義

風險基金提撥院所都補到每點 1 元需要 8 百多萬，剩餘款都撥補回就醫率最高的中區，風險基金 4000 萬版本，補中區約 3100 萬；風險基金 5000 萬版本，中區補約 4100 萬。

## 主席

全聯會定義的風險基金撥補條件不會花太多錢，大部分還是回補到中區院所，這樣的重新分配大家有無意見？健保會代表有意見嗎？

既然補到每點1元不用花很多錢，太多剩餘款又扭曲了R值進3%的意義，希望可以補到每點1元；風險基金提撥4千萬，牽連高屏、南區分區的影響也比較小，這樣可以嗎？高屏區代表楊醫師，這樣的分配可以嗎？

### 楊代表啟聖

可以含淚接受。這個議題在全聯會已經討論過，讓中區醫師活不下去也不好，那就接受。

### 王代表惠玄

希望健保資源分配可以有領導的效果，而不是作完後再來分錢的lagging effect，不管是預防保健或是更多主動服務推廣中醫效能，不知道可不可以透過就醫率來鼓勵？

另外中區就醫率遙遙領先，不知道可以作個cap，例如就醫率超過40%上限可能有濫用之嫌就不補助，以就醫率計算分階段補助，例如分區就醫率36-40%補助額度高於31-35%，又高於26-30%，這樣也許可以讓中區外的其他分區有提高就醫率動機，另外就醫率上限值也許可參考牙醫或西醫基層，提供一個想法參考。

### 龐代表一鳴

現在討論年度預算時間已經比較遲了，加上地區預算是年度協商的，R值明年怎麼進還不知道，以每萬人口中醫師數長期趨勢來看，東區與高屏可以看到中醫師數緩步上揚，預算分配可以看出效果；今年R值進到11%對中區衝擊很大，現在的分配版本有緩衝的效果，建議先這樣作。如果長期總額分配原則是就醫率持續提升，王老師建議是個好方法，但是R值持續前進也是總額協商的既定原則，卻卡住那麼多年，這是政治上的議題，請大家參考。

### 王代表惠玄

到討論明年地區預算分配還有很多時間，大家可以再想一下，基本上希望總額分配可以是leading effect。

### 陳代表旺全

謝謝王老師的指教，全聯會會再努力想有沒有更好的方式，也謝謝各位專家學者的費心，全聯會決定採用健保署建議，風險基金4千萬，補到每點1元。

### 主席

106年度地區預算分配我們還是會提到健保會備查後公告，今天會

議結束，謝謝大家！