

# 「中醫門診總額研商議事會議」108 年第 1 次

## 會議紀錄

時間：108 年 2 月 21 日 14 時整

地點：中央健康保險署第 1 會議室(臺北市信義路 3 段 140 號 9 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：邵子川

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             |
|-------|------------------|-------|------------------|
| 朱代表日僑 | 朱日僑              | 陳代表瑞瑛 | 請假               |
| 呂代表世明 | 呂世明              | 陳代表憲法 | 陳憲法              |
| 巫代表雲光 | 巫雲光              | 彭代表德桂 | 彭德桂              |
| 李代表純馥 | 李純馥              | 黃代表怡超 | 黃純英 <sup>代</sup> |
| 施代表純全 | 施純全              | 黃代表俊傑 | 黃俊傑              |
| 柯代表富揚 | 柯富揚              | 黃代表科峯 | 黃科峯              |
| 洪代表啟超 | 洪啟超              | 黃代表頌儼 | 黃頌儼              |
| 胡代表文龍 | 胡文龍              | 黃代表蘭嫻 | 黃蘭嫻              |
| 孫代表茂峰 | 孫茂峰              | 楊代表禾  | 楊禾               |
| 許代表中華 | 葉裕祥 <sup>代</sup> | 詹代表永兆 | 詹永兆              |
| 陳代表仲豪 | 陳仲豪              | 劉代表富村 | 劉富村              |
| 陳代表旺全 | 陳旺全              | 羅代表永達 | 羅永達              |
| 陳代表建霖 | 陳建霖              |       |                  |
| 陳代表博淵 | 陳博淵              |       |                  |

列席單位及人員：

|                |            |
|----------------|------------|
| 全民健康保險會        | 陳燕鈴、劉于鳳    |
| 社會保險司          | 蘇芸蒂        |
| 台灣醫院協會         | 董家琪、洪毓婷    |
| 中華民國中醫師公會全國聯合會 | 王逸年、賴宛而、李敬 |

|          |   |
|----------|---|
| 本署臺北業務組  | 馮震華、葉惠珠、黃寶玉                                 |
| 本署北區業務組  | 林巽音   |
| 本署中區業務組  | 林淑惠   |
| 本署南區業務組  | 洪穰吟   |
| 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 | 曾玫富、連恆榮、陳宛均                                 |
| 本署資訊組    | 李冠毅   |
| 本署企劃組    | 姜晴  |
| 本署醫務管理組  | 劉林義、洪于淇、鍾欣穎、<br>鄧家佩、歐舒欣、黃曼青、<br>張毓芬、邵子川、鄭正義 |
|          |   |

#### 壹、主席致詞(略)

#### 貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

#### 參、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」說明

決定：洽悉。

第二案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：洽悉。

第三案：中醫門診總額執行概況報告

決定：由健保署另擇期召開會議研商「科學中藥納入給付項目及支付標準核實申報之可行性」，並邀請中藥業者參加。

第四案：107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：

| 項目<br>分區 | 浮動點值       | 平均點值       |
|----------|------------|------------|
| 臺北       | 0.85331614 | 0.90153732 |
| 北區       | 0.91146031 | 0.94415921 |
| 中區       | 0.85738393 | 0.90449660 |
| 南區       | 0.96134263 | 0.97491866 |
| 高屏       | 0.90206057 | 0.93696478 |
| 東區       | 1.25769058 | 1.17530134 |
| 全區       | 0.89025748 | 0.92771975 |

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。

#### 肆、討論案

##### 第一案：修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」(草案)

###### 決議：

- 一、「行動支付獎勵指標」原同意列入，惟依據 107 年 12 月 21 日全民健康保險會第 3 屆 107 年第 11 次委員會議紀錄略以，委員不同意將推廣行動支付等與醫療品質無關之項目，納為各總額部門品質保證保留款實施方案之獎勵指標，爰修正刪除本項指標。
- 二、新增基層特約醫事服務機構提供無障礙就醫環境相關指標，依核算基礎加計 5%。有關無障礙就醫環境方式將俟衛生福利部研訂後辦理，並經本會確認後生效。

##### 第二案：修訂 108 年度「中醫急症處置計畫」案(草案)

###### 決議：

- 一、中醫急症處置費申報上限維持為 3 次，並同意支付點數由現行 354 點調整為 500 點，後續將監測費用申報情形。
- 二、將依程序辦理後續行政事宜。

### **第三案：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 (草案)**

**決議：**本案保留款之分配，通過增訂第4階段為「鼓勵該分區執行案件分類22(中醫其他專案)之專款案件，其核定浮動點值最高補助至每點1.5元」。原第4階段(其他地區醫療資源不足地區改善方案之論量計酬案件獎勵，最高補至浮動點值每點1.2元)更為第5階段。

### **第四案：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」 之專業醫療服務品質指標案**

**決議：**通過增訂「兩年內初診患者人數比率」指標及其操作型定義。

分子：同一患者二年內(費用年月相減)未到中醫院所看診人數。

分母：統計期間看診中醫門診總人數。

**伍、散會：16時04分**

**陸、與會人員發言摘要詳附件。**

# 全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」 108年第1次會議與發言重點實錄

## 與會人員發言摘要

### 主席

今天召開今年第一次中醫總額研商會議，有2位代表有異動，彭德桂代表、陳仲豪代表，有3位專家代表，孫茂峰教授，施純全教授，柯富揚代表。請代表看上次會議紀錄第4頁-第9頁，如果沒意見，就進入今天的議程，報告事項有4項，討論事項有4項，就依序進行。

### 報告事項第一案：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」說明

#### 主席

因為今天有新委員，所以第1次會議提出議事要點報告。補充2點，第1點，討論議題除了歷次會議確認事項外，歡迎各位代表提案討論，今天就有全聯會的提案。第2點本會小組有29名代表，有2位付費者代表未出席，因為代表要由健保會推薦，但健保會委員剛組成，所以還沒有推薦代表，下一次會議付費者代表才會參加，這2點補充，請問各位代表有無意見，如無意見，宣讀第2案。

### 報告事項第二案：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

#### 主席

謝謝，有8項解除列管，大家有沒意見。

### 陳憲法代表

主席，各位長官各位代表，看一下序號3與序號5，一個是品質保留款，一個是品質確保方案，上次會議有關於這2個序號有提到A90的初診方案，序號3當時是因為看診初診人數定義未明，當時是說全聯會討論再議，後面有公文來，現在序號5後面有討論，序號3辦理情形列為討論案第一案，看這次討論案第一案反而沒有提到這一塊，是什麼情形？請確認一下。

## 主席

如果討論案第一案應該提到或沒有提到，等到第一案再討論，我們先通過報告事項第二案，請問大家有沒意見，沒有，我們就通過了。

## 報告事項第三案：中醫門診總額執行概況報告

### 主席

有關執行概況報告，請大家表示意見。我補充一下，108年中醫總額協定結果，在第3張、第4張投影片，第3張投影片這次協議因為108年中醫代表，希望提高日劑藥費，有一部分費用來自非協商成本指數改變率的成長金額，有一部分來自服務密集度的改變，可以去調日劑藥費。但是附帶的決議是研議將科學中藥納入給付項目支付標準核實申報的可行性，以目前為止中醫藥費是用日劑藥費，有列項沒有分項金額，中醫界一直反映日劑藥費不夠，因為沒有分項費用，以致無法算出日劑藥費是太多還是不夠，如果不夠是不夠多少？純粹是大家主張多少點來協商，完全沒有數據依據，所以這一次有個決議希望科學中藥不但要列項，還要列每一項的點數，這樣以後才能算出日劑藥費到底夠不夠？這要留意，這是協商的結論，當時協商代表都有同意，另外「中醫急症處置計畫」執行率一直很低，這是我們中醫界爭取的專款，是否達到當時大家提出來的效益，要有一個有效醫療指標，目前也沒有，這2項是我們要留意要有點進度，其他部分有關點值跟目前執行概況，大家有沒意見？

### 施純全代表

目前健保資料庫無法看出中醫每日申報劑量，因為欄位沒有定義，關於日劑藥費申報欄位要規定一下，將來比較好作業。

### 陳旺全代表

謝謝主席說明，當時是滕西華委員提出西醫有簡表，中醫提議藥費提升，到底要提升多少？希望健保署與全聯會應該要開相關的會議，對於可行性怎樣來做討論，當時健保署有開過幾次會。

## 連恆榮科長

有關中藥個別核價問題，有行文給中醫師公會全聯會，108年1月19日有收到公會回函，其中提到中藥有個別藥品成本分析問題，沒有辦法做立即性評估，公會建議維持目前狀況。

## 陳旺全代表

對，沒有在實際上、實質上評估，因為中藥品項太多，而且隨著季節及時間變化非常大，所以沒有統一的標準。對於用藥劑量，健保署沒有規定一天用多少克。在日本一天只能使用6克，用什麼品項很容易做出來，現在為了病人好，一定要限定克數，我們會積極來做相關的探討研究，我們也舉辦了多次中藥品質提升計畫，涉及層面太大，因為藥廠在環境因素、汙染、改變機器設備等等，都沒辦法列入相關考量。貴署與健保會說現在藥費要稍微提升，原因是以比較緩和性方式來做。因滕西華代表提出西醫有簡表，中醫提議藥費提升，西藥跟中藥差別非常大，所以我們會密集性做相關的努力，當時主計處也做了相關的調查，全面性比對、統計，以同儕的方式估算一天多少劑量，不能因單項就訂藥價，這樣會有困擾。我們知道主席在當天開會，積極希望馬上完成，但沒那麼容易做，健保會委員是希望能達成目標，我提出實質的問題。

## 羅永達代表

各位先進，大家新年快樂。過敏性鼻炎一直都是中醫強項，有數據有證明，但是醫療費用始終很低，是操作型定義還是SOP的問題。我的醫院有中醫部，希望中西醫有什麼項目可以配合，像PAC項目的針灸，需會診中醫來治療，這與SOP有關係。中醫急症處理第4季執行率1%才21萬，像是實驗性質，中醫要介入急診，目前有相對溝通的問題，目前似乎無解決的方式，所以提出來這2個案子，看醫院方面怎樣幫忙，請中醫界對SOP有無改進。

## 主席

其他代表還有沒意見？有關理事長解釋科學中藥納入申報格式的可行性，附帶建議是請本署會同，所以不能因為中醫全聯會說很困難，就不去面對這困難，我們需要有研議的過程，可能每隔幾年中

醫界就會提出日劑藥費還要再調漲，藥材愈來愈貴要調漲，這時候要如何協商，就落入喊價，這件事今天無法深入討論，請理事長想想，如何深入探討這件事，也一起邀請科學中藥藥廠一起來討論，因為他們才是真正生產中藥者，可否今天做出一個附帶決議，我們如何啟動評估可行性？如果真的最後都不可行，以後就不要再來講這個事情，因為現在健保中藥的給付項目及支付標準，有給付項目沒有支付標準（沒有點數），這個已經存在很久，我們是不是要有研議這個可行性的動作，醫審及藥材組提到有發函給你們，您們說要研議。

**陳旺全代表**

我非常贊同主席的意見，但這非健保署及全聯會，還要找藥廠、行政院相關單位。保護民眾健康是很好的，現在國外都在做生物中藥、生物科技，我們現在南向也都在考察這些項目。

以前韓國都向我們學習，我們現在反而都要跟韓國學，懇請貴署找相關單位，我們會提供名單來共同開會，確實我們有做這方面努力，來滿足這些健保會委員。

**主席**

我們需要先研議再回應。

**陳旺全代表**

對。

**主席**

們另外找時間邀請全聯會、科學中藥製藥業、本署及邀請本會的專家學者參加一起來研議，這樣可以嗎？

**陳旺全代表**

可以。

**主席**

大家還有其他問題嗎？



## 羅永達代表

剛才的問題還沒回答。

## 主席

過敏性鼻炎、中醫急症處置計畫等下有討論提案，中醫急症要討論改變支付點數，但現在要討論為何難以推動。

## 羅永達代表

2 千萬的預算，全年只做 2%。

## 主席

在第 30 張投影片，目前全年執行率只有 2%，剛剛羅院長有提到，我記得上次會議就追蹤過這件事，希望透過醫院內部，記得當時理事長說要回去研議。

## 陳旺全代表

努力還不夠，等一下第二案我們再來探討。

## 主席

好，那併入第二案再來討論，另有關兒童過敏性鼻炎照護，剛剛羅院長的發言，有什麼要回應嗎？

## 陳旺全代表

請我們專家學者表示意見

## 柯富揚代表

中醫執行兒童過敏性鼻炎照護的情形，現在應該是歸於平衡，過去預算 2 千萬，現在因執行率低，健保會調整修正為 1 千萬，現在兒童過敏性鼻炎照護是比較貼近於實際，之前執行率為何不高，是因為收案條件過於嚴格，包括超過 1 個禮拜沒有回診，就不能收案，一旦不能收案，2 年內就不能再收案，我們所收的學齡兒童(5 到 12 歲)，因為他們有上課，很難符合一週內需回診的情況，這個年齡層孩子，收案期間也可能有其他的疾病(例如:感冒或腸胃炎)，中

醫看診不會用過敏性鼻炎專案去執行治療，而是用上呼吸道感染或腸胃道系統，因為這樣的情況去修正收案條件，今年度再去觀察收案情況，預估今年執行率會提高，趨近 100%。

### 陳旺全代表

主席對我們執行率非常關心，我們中區分會張醫師，為了這個案子忙到中風，我們台北區的洪啟超主委，也從學校及各個場合在推動過敏性鼻炎專案，做了很多突破性。我們一定會積極完成，至於急診處置計畫我們等一下再談。

### 主席

過敏性鼻炎專案本來預算 2 千萬，但執行率不高，所以被刪除 1 千萬，現在預算為 1 千萬，當然執行率就會 100%，這是很不好的示範，本來是期待很高，但因執行率不好，被砍半，所以執行率 100%，如果過敏性鼻炎專案是好的，我們應該要好好利用，而且這是專款，所以要強力推動才是正辦，然後再努力把被砍掉的錢拿回來，其他大家還有沒有意見。

### 胡文龍代表

在專案報告投影片 26.27.28，各季執行率相加都超過 100%，第 26 張沒有寫百分比，第 27、28 張四季總計超過 100%，但只寫 100%，請說明。

### 主席

胡醫師的意思是超過多少要寫出來，不要只有寫 100%，將事實呈現，這個以後修正。

### 胡文龍代表

請說明點數結算是全年或每季？

### 洪于淇科長

結算是各季分開算，用全年預算除以 4 攤算。(預算按季均分，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下一季。若全年預算尚有節餘，則進行全年結算，惟

每點支付金額不高於 1 元。)

### 胡代表文龍

那會有大小差異嗎?

### 洪于淇科長

依計畫內容每季預算均分，當預算不足時，不能因每季申報點數不同，點值會不同。

### 主席

大家還有其他意見嗎?沒有，就進入下一案。

### 報告案第 4 案：107 年第 3 季點值結算結果報告

### 主席

有關第 3 季點值結算，有幾個預算是負值，所以是超過本來的預算，就像胡醫師剛所提到，有幾個計畫預算是超過，大家有沒有意見，沒有意見就下一案。

### 討論事項第 1 案：修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」(草案)

### 主席

請醫管組補充說明。

### 李純馥代表

剛剛陳憲法醫師所提初診照護，原本你們是兩邊都提，後來上次討論品保款，因為很多定義不是很清楚，先當作指標性做管控，所以就沒有納入品保款。這次討論是因為，上次我們沒有提到無障礙就醫環境，但部長有指示對於提供無礙環境的基層院所給予鼓勵，有利於推動分級醫療，所以這次我們把它增修進來。上次有提到行動支付的部分，因為健保會委員有反映和服務品質比較沒有相關，希望不要強制放入品保款，當然我們有說明這是加分題，不是必要項目，因為健保會有決議不要把行動支付壓在基層院所身上。

## 主席

品保款已經討論過，行動支付是依據行政院國發會的指示，既然健保會有做出決議，我們就取消，無障礙環境是衛福部指示，上次會議來不及放到議程，這次把他加進來，請問大家有沒有意見。

## 陳憲法代表

所以在頁次討論 1-7 之七、基層特約醫事服務機構於當年度結束前向分區業務組提出至少 1 筆保險對象使用行動支付證明，加計 5%(註 7)，是要拿掉嗎？

## 主席

是，要拿掉。

## 陳憲法代表

初診的部分沒有放進去，品質確保方案有講。

## 主席

是，大家還有其他意見嗎。有關無障礙就醫環境的操作型定義在頁次討 1-7，因為其他總額別都有討論，基本上是遵照衛福部的指示，大家總是會提到何謂無礙就醫環境？這要等到衛福部定義，我們在操作型定義文字(依衛生福利部研訂後辦理，並經本署及中華民國中醫師公會全國聯合會雙方(確認後生效)，這個文字我們把他修正為，並經本會確認後生效。這樣修正大家有沒有意見，沒有意見這個案子就通過，接下來第 2 案。

## 討論事項第 2 案：修訂 108 年度「中醫急症處置計畫」案(草案)

## 主席

這個案子全聯會有補充報告。

## 陳旺全代表

補充說明，因為當時我們沒有很熟悉，所以考量不是非常周延，我們希望讓中醫急症處置做得更好，讓民眾在急診的死亡率能降低，

既然爭取這這預算就要把它做好，如果沒有做好，我們也會沒有面子，等一下我們請專家來說明。

## 彰基黃頌儼主任簡報

急診醫師會針對符合我們收案條件的病患開立會診單，個案管理師或住院醫師會去查詢會診系統，或由簡訊得知急診部開立會診單，住院醫師會先到急診留觀區向病患說明中醫急症處置試辦計畫，病患同意之後會先請其簽署同意書，接著建立病患基本資料及進行量表評估，再來主治醫師及住院醫師會在急診留觀區對病人進行診察及治療，治療完後需要觀察及留針一段時間，然後再取針及進行相關量表評估，後續再追蹤病患動態。

請看下一張，其實這個急診處置不是單一主治醫師去而已，事實上是一個團隊，包含主治醫師、住院醫師及個案管理師，因為急症處置針灸治療是要去急診部留觀區操作，故必須額外準備相關針具用品及評估工具等，這和在門診治療室進行針灸治療完全是兩碼子事。

下一張，這是我們操作的情形，我們和西醫主治醫師一起了解病患的情形，再來進行診察及治療的部分，當然還有醫囑的開立等，這些事實上都需要時間。

下一張，急症患者的中醫處置和中醫門診是二碼子的事情，操作地點一個在留觀，一個在中醫治療室；人力的部分，剛剛提到主治醫師、住院醫師及個案管理師，如果在門診區，就是主治醫師、住院醫師及門診護理師。

病患來源在急診當然是急診留觀區病患，在門診是門診的病患；照護模式在急症處置是屬值班性質(ON CALL)，有接到會診單就必須去急診部看病患，在門診是常規門診，病患依掛號順序就診；在時效部份，基本上急症會診是有時效性的，我們醫院急診部開出會診單，我們就必須在一個小時內完成回覆，連同治療時間大概在 1.5 小時內就必須完成，在門診看病患當然沒有如此急迫性，只要在當診時間把掛號的病人看好就好；在治療人數方面，我這邊是寫 0-3 人，針對中醫急症處置計畫每個時段我們都排了一位主治醫師 ON CALL，但並不是每個時段都會有急症會診病患，即使沒有會診病人來，醫師還是必須 STAND BY 在那邊，如果是在中醫門診，就是掛幾個病患就看幾個病患，不會有看診卻沒病患的問題。

下一張，急診會診中醫的模式和住院會診中醫是類似的，中醫會診就是在各類病房(ICU、RCC 和一般病房)，那配置的醫療人力就是跟急症處置一樣，會診對象就是住院病患，照護模式是常規性的，一天會有固定時段去看病人，時效性就是接獲會診單時在 24 小時內完成回覆，接下來治療就排在常規會診時段；在治療人數方面，中醫會診是常規性的，會有一定人數的住院病患可以治療，急症會診就不一樣，就如同我剛剛說的，這個時段即使沒有會診病人，醫師還是必須在那邊 STAND BY。

下一張，修訂治療次數上限為二次的理由，是去年第一次研商議事會議時中醫參與急症處置規劃小組提出治療次數上限三次，副署長曾詢問為何上限訂定三次？希望我們再去考量及調整，再來我去瞭解急診的評鑑指標之一是急診留觀區病患 48 小時滯留率，故原則上如果一天給予病患一次針灸治療，二天就是二次；另外在今年一月份全聯會中醫參與急症處置規劃小組會議中也跟孫茂峰院長報告及建議把急症處置治療次數上限下修到 2 次。

下一張，這是我有次進行中醫急症處置臨床操作情形，那天我看完門診 6 點多，和總醫師討論完事情快 7 點，我的住院醫師跑來跟我講，有一個急症會診病人，晚上門診的主治醫師們都在忙，主任您可不可以一起去治療病人，我就答應我的住院醫師一起去急診留觀區。

下一張，這是我們彰基急診觀察室，我們有貼海報進行中醫急症處置試辦計畫宣導。

下一張，這就是跟我們密切合作的急診部主治醫師，會診單是由他開立，治療完病患離開急診留觀區已經快 8 點，我的住院醫師完成後續所有的處置也將近 9 點，這個基本上是沒有值班費，晚上中醫師 ON CALL 就是沒有值班費，但我們就是這樣投入在執行這個計畫，所以剛剛提到中醫急症處置治療支付點數，建議比照現行住院試辦計畫治療為 500 點，原則上，因為萬事起頭難，也希望能給執行醫師一些鼓勵，其實我也很感謝我們部門的主治醫師們，大家都能配合本計畫排班 ON CALL，也感謝全聯會陳理事長的期勉，中醫急症處置試辦計畫爭取不易，希望我們能好好地執行此計畫，以上簡短的報告。

## 孫茂峰代表

主席還有各位代表，剛剛羅院長的指示，非常謝謝大家對於這個計畫的關切，事實上我們中醫在提出某些試辦計畫，中間經常討論再討論的時候，真正上路的時間可能就很晚，我們這個旗艦計畫從 106 年年底通過知道之後，到整個公告其實已經過去半年，所以實際上執行的時間並不像羅院長講的是一整年，實際上執行的時間是半年，但是即便如此，我們在 106 年的下半年就已經召開第一次全國的各大醫院的會議，就是針對設有急診的這些醫院發出通知，請他們來共襄盛舉，我想提出這個背景中間其實是在很興奮的情況下提出這一個試辦計畫，原因是因為在美國有相當多的醫學中心，包括安德森治癌醫院、克利夫蘭醫院 等等這些醫學中心，他們的急診已經讓 acupuncture(針灸)進去了，當然它不一樣的地方在哪裡，因為醫療這一個法規的關係，他們的執行者是 acupuncturist，它是 by order，也就是說它是類似一個技術師的性質，我們今天不一樣的地方在什麼地方呢？是我們今天的急診是完全是在一個封閉的 SOP 的情況之下，是由西醫主導這個 SOP 的流程，這個流程裡面完全就沒有考慮中醫的處置在裡面，我們今天要從中醫師的立場要進到這個急診去的時候呢，第一個行政的部份就碰到這樣的困難點，並不是每一家醫院都像羅院長這樣的 open，他願意鼓勵，甚至於願意讓中醫進到這個封閉的一個處置的體系裡面，這是第一點。

第二點，98 家醫院有這個急診的醫院裡面設有中醫部門，但是我想健保的這個長官最清楚，大部分都是 2 到 3 位所組成的中醫科，它的目的是為了來執行中醫門診，所以它的人力的分配就是每個醫師一個禮拜看 8 診、9 診的門診，它並不可能有多餘人力來執行這一個 risk 高、西醫不接受，再加上相對來講一定是賠錢的這樣子的一個業務，會去鼓勵中醫界來做，所以 under 在這樣的情況之下，當然就只有比較大型的醫院設的中醫部門，它有住院醫師，甚至有的醫院願意給個管師，那麼才開始投入，所以類似像彰基、中國這樣的情形那麼才能夠投進來，這也是為什麼我們才逐步累積到 11 家開始去申報急診的原因。

第三點，我們發現到說這 11 家醫院裡面，事實上雖然 SOP 我們中醫全聯會，大家經過討論後設計得很好，但人為因素是沒有辦法克服的，什麼樣叫做人為的因素呢，第一個，西醫急診醫師的態度非常重要，所以我大體上來講，這 10 幾家醫院願意接受中醫的會診

大概有幾種模式，第一種，既然這個健保有這樣的錢，你自己去處理，所以中醫部門或中醫科，就要用個管師自己去撈符合這個 criteria 的這種，我們討論好的 9 種或者是 6 種這些疾病的種類，同時病人來了之後，我們趕快去跟急診的醫師說，這個我們可不可以進來；另外一種是像彰基，這是非常好的，因為他們的西醫的主治醫師非常非常的友善，他也認可說中醫可以進來；那第三種最麻煩，根本急診醫師是一個排斥的心態，但是可能類似羅院長這樣會說：「不行喔，這個是有健保給付，為什麼不幫忙中醫呢？」所以他就不甘不願的：「好吧，你就來試試看」大概有這三樣情形，怎麼能用同一個 SOP 來涵蓋這三種不同的情形呢？每一種都必須要中醫的醫師自己一個一個去努力去跟西醫的醫師溝通，我不是在強調這個困難，只是讓所有在座的長官跟代表了解說我們在執行這一件事時，半年來我們是用這樣的模式一點一滴地讓它再往前進，所以 2%我非常非常驕傲地告訴大家，中醫界已經很困難地達到了，而且我絕對有信心說它會往上再走，我舉個例子來講，有些醫院的中醫部門，我們委屈到急診科的醫師他不甘不願地同意了之後呢，他挑了很多 case 告訴我們：「這個你可以啦」所以量才能急速增加，去年 107 年的後面幾個月的時候，事實上中國醫藥大學附設醫院這個處置量是達到最多的，那後來為什麼停掉呢？因為出了一件事情，有一個眩暈留觀的病人經過針灸之後出了一些事情，急診的主任趁這個機會馬上全部 block 掉，他說沒有討論完成、甚至沒有完成這個檢討之前他不會再接受，這些都不是中醫界能夠去 handle 的，或是能夠去改變 SOP 的，所以 under 這樣的一個情況之下，那非常謝謝像羅院長這麼樣的 open mind 的西醫的一個代表，願意在這個地方支持我，我們會再更加地來改善這個模式，但如同剛剛黃主任所提到的，我們的個管師、我們的住院醫師、我們整個 team，去看個病拿 300 多塊錢，這個會讓原來那 11 家，恐怕會有人開始要打退堂鼓，不是往上增加，所以在這樣的況下呢，今天我們提出這樣的一個改變的、真的是非常非常誠懇的一個請求，如果沒有讓這個提升的時候呢，要讓這個量能夠再增加、要服務更多民眾事實上是有它的困難存在，所以請主席跟各位長官都能慎重考慮，謝謝。

### 黃蘭嫻代表

黃主任跟孫院長都提到「中醫急症處置計畫」執行上的困難，



也體會到他們真是相當盡心，希望署裡面還是能夠同意我們把費用提高，確實，在人力的配備上，跟一般急診配置是不一樣的，也與中醫門診配置不一樣，中醫急症處置除了我們自己主動撈案子之外，事實上，還需要主治醫師、個管師、護理師這些人力去配合，是一個工作團隊的運作，所以我是認為如果沒有辦法給予更好的費用的話，對我們的執行上的困難是雪上加霜的，這個部分我想還是希望署裡面能夠同意召集人所提支付費用的增加，以利計畫的執行；第二件事情，剛剛有提到說為什麼要訂上限2次的理由，在一般的品質規範裡面，急診超過2次的治療是屬於品質不佳，所以希望能夠符合這樣的一個規範訂上限2次，使中醫在這個執行業務能夠表現得更好，所以還是請署裡能同意這兩個修正，謝謝。

### 羅永達代表

我想中醫界的前輩急著為中醫擴展我們原來很多中醫的相關的業務，這是非常值得鼓勵的事情，而且中醫一直以來做急症本來就是一個很大的一種行為，因為它前後不管怎麼設，它的時間其實都不太夠，你要在這麼短的時間內取得一個非常好的效果，如果是這樣的話，如果這樣的效果很明顯的話，它的檢傷分類一定是3、4、5級，恐怕還是4級或5級以後，這個東西在很多的醫學中心或區域醫院裡面事實上它也並沒有被提到這樣，所以它的相對於它的篩選病人本來就很困難，我非常了解，我只是提醒剛那個醫師是說，我們面對這樣的問題裡面，有沒有辦法去嘗試用具體、多一點溝通，因為我今天代表醫院協會，代表醫院協會來，我們原則上很多的會議裡面我們一再的告訴各位先進說：有沒有什麼東西是我們可以幫得上忙的？我們一直在問這個問題，我們並有沒有在質疑：這個過程當中為什麼做這麼少，其實我們是想我們可以幫上什麼忙，譬如說，它篩選的這個對象裡面，你如果問我們這個收19家的醫學中心，如果有設中醫部的院長，你問他有幾件這樣的事情，它篩選的對象是那些？我相信絕對沒有幾個院長講得出來，那你要他們開始，沒有受過這樣的訓練，然後開始有信心，我想這是一番很長的溝通的過程，可是如果說假設這樣的事情我們把它帶回醫院協會，醫院協會行文到中央主管機關這樣的事情的話，會不會有事半功倍的情形我們不知道，但是從來沒有試過，我們說實在話，我們會覺得跟醫院協會講，我都不知道可以跟他們講些什麼，我們的秘書處也有派

人來，我說那個紀錄不曉得要怎麼跟大家講，那因為醫院所在那個供應的地方我們也提到說，事實上有很多醫院裡面，有將近 100 家醫院有中醫部的設立，我想說 90 幾家裡面至少有一半都有急診室，那這樣的情況下似乎我們讓中國醫藥學院、彰基兩個承擔這麼大的壓力，那其他的還很多啊，萬芳也有，很多醫院都有啊，那為什麼不讓他們也進來做，那我們只是想說有沒有什麼東西我們可以幫得上忙這樣而已，那對於兩件事情，事實上我們也拜託了，第一個，篩選的那個對象裡面，這個我等一下再考慮看看，讓真的適合急診，就像剛剛講的那兩個，我都覺得可能報告 3 次了，為什麼？因為那個留觀，那個 48 小時是留置率，不是可以留到 48 小時，那個留置率本身是被管控的，是不希望他留到 48 小時，不是說每個人都可以留到 48 小時，那為什麼你在 12 小時之內，他本來就應該上去，那你怎麼可能會用到 2 次呢，如果說你可以申報到兩次以上，那那個病人或那家醫院有問題，所以這個兩次我想應該是一個比較合理的一件事情，我也是支持說這個金額真的是很低，你單次如果是真的有效的話，這個還有我剛剛講的第二個問題是說，那你的那個前後測的結果，有沒有辦法有一個 evidence-base，包括我們的急診室，跟急診室溝通，或在急診醫學會，或者在其他的其他地方裡面讓人家相信它是有效的、是對病人有利的，不只是只有一個問題就是說它本身是那個健保的費用，事實上這個費用對一個醫院來講真的是很少很少很少，300 多點，即使是說十幾萬點對我們都不是很大的錢，不要說只有 3 萬點，全國加起來才 42 萬點，這個錢不是開玩笑嘛，就像我們在做 PAC，當時為什麼我們讓針灸進入 PAC？因為它有效啊，它進來的時候西醫的不管做復健，這麼多次的 volume time 的時候，你讓針灸是不是出來，它的確是有幫助，它的問題是對病人有幫助，而不是說那個 300 多點，然後好幾天才做 acupuncture，我覺得問題不在這裡，而是它真的有效，那我覺得中醫界要努力，要讓人家知道它真的有效，然後把這件事情去告訴人，同樣你在急診室在處理的情況下，你如果讓它介入的時候是真的對病人很好，我想這個是良心的問題，要讓大家知道這個才是重點，那當然那個點數真的是一個誘因，但是我告訴你，那個對醫院裡面它不是誘因，為什麼你知道嗎？因為每個醫院裡面都超過總額，全部都超過，說實在它也沒有專案，那個其他有專案的部份，可是對整個醫院來講，他在談的那個比例是真的很低。所以我還是拜託 2 件事情，第一件事情就是說，你們的那個篩選對象的時候真的要明確，而且是真的

要比較是有 evidence 的東西，然後把這個東西來跟醫界溝通，也可以透過醫院協會；第二件事情，你們前後測的最後的那個結果，一定要讓大家知道，否則我說實在的我從來沒有看到很多，我參加這個會議已經這麼久，我每次都在追你們的前後測的那個結果到底是什麼，那這些東西一定要讓大家知道，這是以上我對大家的一個建議，以上，謝謝。

### 孫茂峰代表

謝謝羅院長，我也說明一下剛剛特別 concern 的 2 點，第 1 個是雞生蛋或蛋生雞的問題，我們剛開始要爭取的時候其實是由彰化基督教醫院跟安南醫院及北港媽祖醫院幾個研究計畫，彰化基督教醫院是研究腸阻塞有一些其他的病種，在 106 年時爭取到預算，106 年年底時開第一次會議，針對到底那些疾病或症狀或病種，我們只有選出 6 種最後增加到 9 種，後來真正上路之後有幾個問題，大家認為的胸痛、胸悶，這個在急診常常出現的，可是沒有一家醫院的急診醫師願意放手，即便做了心電圖，症狀尚未緩解，還在留觀，急診醫師不願意放手，他怕有 risk，所以我們搜集這樣的 case，後來我們統計最多的是暈眩，我們中間訂出想法，快速累積案例，讓西醫可以接受，幫忙醫院急診周轉率加快，現在臺灣的急診檢傷分類第一、二級占 20%，我們現在是很卑微的呈現數據，既然暈眩收的最多，前後測那就縮短暈眩在急診留觀的時間，算是一項有效指標，暈眩的病人讓中醫做針灸，再來，中醫師裡面已經有好幾位具有神經內科專科醫師，也就是說他取得神經內科或神經外科專科醫師，重新再回到中醫界來執行中醫，有 2 位在長庚醫院，有 1 位在其他醫院，當他用這個計劃去跟急診醫師溝通，急診醫師說不用講，我們如何收集？有一些是長期以來醫療法規跟醫療政策以及天平的問題，也非常謝謝羅院長代表醫院協會，願意接納傾聽我們的聲音，也拜託羅院長轉達醫院協會，急診有暈眩的病人請給中醫來處置，不會有問題的啦，一定可以縮短留觀的時間，增加醫院的急診周轉率，謝謝羅院長。

### 羅永達代表

簡單的問題，不是有簡單的答案，那就有複雜的答案，眩暈不是器質性的問題，沒有那麼簡單。訊息我會帶回，中醫要努力，大家

都要努力，不是今天告訴我醫界就要同意，眩暈是不是要請中醫來看，有很多情況是要排除，我想大家很清楚，梅尼爾氏症、耳石崩落等效果是否有效。篩選對象裡面，剛剛孫教授有提到眩暈要排除那些東西以後，還是眩暈先讓中醫看，還是眩暈病人要怎樣納入 SOP，我覺得這是我們中醫應該努力的 SOP，當把這些事情告訴沒有中醫訓練的醫師，或許比較容易溝通。

### 陳旺全代表

中醫對民眾的照顧，當然希望急診顯現中醫的作用，剛剛孫院長特別提到，因為有開始著墨，顯現中醫的療效，對民眾是有療效，這樣聽懂我的意思啦，一步一腳印來把他做出來，謝謝，我努力還不夠，宣傳還不夠，還要想更好的方法來跟醫界溝通，謝謝。

### 主席

謝謝，大家還有沒有其他意見，不過現在資料除了 354 點要提到 500 點，要把 3 次改為 2 次，但實際申報 3 次占件數 45%，這個又是怎麼發生的，申報 1 次占 46%，申報 3 次是怎麼回事？

### 孫茂峰代表

我想第一個因為總件數不多，所以 BIOS 一定存在，用這樣百分比來看全部恐怕還是有誤差。第二點我絕對不排除，如果療效不明顯時候，因為再沒有比較好的證據支持情況，也就是說等 3 小時再針灸一次，或等 10 小時再針灸一次，再沒有一個很好的情況之下，很坦白承認費用因素，會讓執行者積極的去執行，但是總量不夠，用這樣的數據去看，可能會有誤差，我希望回歸到原來的等值面，用 2 次來考量，謝謝。

### 主席

因為這個題目講了很久，剛剛討論了很多，都是希望突顯中醫在急症處置的價值，希望藉由這個計畫去突顯，究竟針灸要幾次才可以突顯價值這是很專業的問題，所以不是我們回答，改成 2 次或 3 次我們沒有特別的意見，究竟是幾次才能彰顯針灸在急症處置的價值，這是專業應該要考慮的，而不是要把它壓下來，因為現在預算是夠的，如果說點數要調高，是在表達你們投入的成本其實很高，

所以現在點數是不夠這是一種說法，幾次這件事情，這是專業，到底要幾次才能彰顯中醫在急症處置的價值，我是不太理解，這個地方為什麼要降下來，對病人有利的，可以做3次，因為現在申報3次占45%，到底要如何看這專業？

### 陳旺全代表

請問主席，如果我也照樣3次，那價錢可以照這樣調嗎？孫院長剛剛提到中醫是很老實的，不會給政府增加負擔，所以改成2次。

### 主席

因為這個計畫是彰顯中醫的價值，不要本末倒置。依需要、依專業來訂定會比較好。

### 黃頌儼代表

會修訂治療上限為2次，事實上，我們部門在臨床操作上基本是治療1次，我們很少會用到2次或3次，因為急診病患的動態太快。另外一點在投影片第30張，107年照護人數327人，照顧總人次323人，其實這樣算起來差不多是治療1次，不曉得跟下面統計次數是差異在那邊？

### 施純全代表

目前為止，個案算滿少的，談論次數的問題，我覺得有需要才會3次或2次，我建議接地氣的做法是調整點數，我尊重副署長的建議。

### 主席

不過剛剛黃醫師在質疑前後數字，我也跟你一樣，我也覺得怪怪的，是不是可以釐清一下，有沒有造成誤解，說明一下。

### 李組長純馥

這個可能跟你們目前申報的方式，不是只有診察費還有處置費，所以在這個項目裡面就會有好幾次的申報，你們提到說處置費是申報3次為上限，而且這邊也有夜間加成，不能只有看354點，你們500點如果調上來，以後又要再做一次加成，另外我可能要衡平，

在西醫急診診察費 4 級約 449 點，到時會被急診醫師罵死，你們去一次 500 點，不只 500 點，還有診察費，只是診察跟處置要擇一報，我知道有限定，針灸就報針灸，沒有針灸，內服藥就報診察費，我沒有預設立場只是說衡平，可能要再考慮一下西醫那邊的支付標準。

### 孫茂峰代表

謝謝組長，中醫要衡平總額只有 30%，剛剛黃醫師做了說明，這是試辦計畫，這是一個 TEAM，不是一個主治醫師做單一次的診察，這是急診的診察費，可是我們是一個 TEAM，包括動員的人力 包括主治醫師，住院醫師，而且急診醫師是 FIX 在急診那個地方，那我們是千里迢迢，從 ONCALL 去那個地方，性質不一樣時要擔心西醫急診醫師會跳腳，天平上不是這樣衡量，特別說明一下，請長官給予考量。

### 主席

黃主任還要再說明，沒關係。

### 黃頌儼代表

感謝主席。事實上其實我要表達剛剛都已講了，基本上其實為了這個急診試辦計畫，我們真的投注了很多人力，如同剛剛孫茂峰院長提到的，因為中醫的治療處置有他的特殊性，比如說取針這件事情，西醫醫師到哪一個病房進去做任何處置，接下來就是病房的護理師接手去做後續處理，但是中醫針灸治療結束，還是要中醫自己的人員去取針，無法由西醫護理師來執行，雖然針刺治療有點類似抽血或打針，針進去血管或肌肉，抽好血或打好針然後把針拔出來，針灸治療後取針也是類似這樣動作，但這並非西醫護理師的專業，所以基本上在病房進行中醫會診治療所有臨床事務我們都自己來，我們是真的投入很多人力、時間在這上面。剛剛的建議，就尊重主席的裁示。

### 主席

不是，我尊重你們，我的意思只是說，因為從頭到尾大家都在爭取中醫在急症處置的價值，這個價值背後的專業，次數應該是專

業吧，這個地方我們沒有辦法幫你主張，所以你們原來是建議改成兩次，我只是在想說，現在就升到三次就這麼多人了，那我們改成兩次，到底是合理還不合理我不知道，我們尊重你們最後想要怎麼樣的修正，如果你們要維持原來的，那我們也是尊重你們。

### 孫茂峰代表

我剛才強調是說，因為案件不多，所以看這個百分比，他所呈現的其實還是有一點差異，如果說是要做比較保守一點的作法的話，我們是希望次數先不要調整，等到我們累積到比較大的數量再重新來看看這個數據，如果到時候再做第 2 次針對次數的調整，同時我們也蒐集比較多的，因為事實上大家都在講 evidence-base，實際上我們遇到比較麻煩的問題就是，物理治療的間距到底是多少才是最好的，事實上這個部分真的沒有數據，我相信這不是只有中醫，西醫也是一樣。

### 主席

針灸的次數？

### 孫茂峰代表

對，間隔時間到底是多少，更何況急診的數量不多的情況之下，急診的間距是多少，這個真的沒數據，在沒有這樣的數據的情況之下，我們只能依過往經驗暫時定出來，先前既然定了 3 次，我們想是不是先暫時先維持 3 次？但是診察費的部分，真的請考量，謝謝。

### 主席

您說的是急診處置費吧？是急症處置費吧？不是診察費吧。好，請問大家有沒有意見？但是如果去做針灸的話應該只申報急症處置費吧，還會申報診察費嗎？

### 孫茂峰代表

我們當初是個案一次。

### 主席

那您怎麼申報？是申報診察費加急症處置費嗎？

**孫茂峰代表**

有處置才申報處置費。

**主席**

如果只有去做針灸的話，那是加診察費、加處置費，兩個都報是嗎？那如果沒有做針灸，那就只有急症診察費，是這樣嗎？

**孫茂峰代表**

對，所以這邊才會有數字 333 件裡面，332 件有處置費，1 件的大概就是沒有處置。

**主席**

所以如果有處置，就是有做針灸的話，那一次全部加起來，現在應該是 875 多點，現在是 800 多點，如果現在提到 500 點，那就是 1,000 多點，意思是這樣嗎？1,500 多點剛剛組長講的是說西醫急診的診察費依照檢傷分類第三級是 600 點診察費，但是不含藥費，就是診察費，但是處置費。

**孫茂峰代表**

西醫的處置是每一項都分項，另外再加的？

**主席**

對，外加。

**孫茂峰代表**

所以他的基準點根本就不一樣，沒辦法對應，不要用西醫的標準來衡量。

**主席**

大家還有沒有意見？因為這是一個試辦計畫，一個專款的計畫，目前的狀況也是陷入困難執行的一個局面，我們也希望既然提出來了，應該讓他能夠成功地彰顯，中醫在急症處置的價值，但是我們這一次的調高就是尊重你們，但是並不代表以後如果做得很好，全



面推廣的話，那時候的點數就再調整，可以嗎？就留下這一個但書，因為現在是鼓勵期，還是要 repeat，如果以後真的做了很多很多的時候，我們這個點數就是要重新調整，這樣可以嗎？這句話我們就留下來做會議紀錄，這一次就先比照大家的建議來做，期待我們這個計畫能夠越做越好，包括孫院長、黃主任這邊提的，總總的困難還是要靠你們自行去評估，至於說羅院長剛剛提的，可不可以藉由醫院協會的力量幫忙，羅院長這邊可不可以回去在醫院協會這邊，或者是你希望全聯會這邊給你什麼樣的公文，醫院協會有什麼樣公文你們可以幫忙協助。

### 羅永達代表

我剛剛有提到，第 1 個是當有一個適應症要有一些操作型定義，因為醫療的東西從 vital sign 包括 function，他是有分層級，比照 symptom 的方式來看 vital sign 的東西，像我剛剛講的去說服這些人，到底是什麼樣的情況之下，可以讓我們沒有受過中醫訓練的人，現在在彰基跟中國醫藥學院都有很多的醫師，包括急診醫師都受過中醫訓練，或者是他有透過管道，可是如果你把他推廣到急診室去的時候，你會遇到一些完全沒有受過中醫訓練的人，所以我們希望操作型定義盡量明確，否則的話，我連要去跟他講這些事情都不知道怎麼說，這是我要求的第一件事情，第二件事情是說，其實這些東西前後測的部分在裡面，我想一個專案的實施一定要有所根據，而不是說我們大家當白老鼠，我想中醫師也不是這個意思，但是這個 evidence，比如說你從大部分的資料裡面認為在某一些東西為什麼當時挑 6 種，後來挑 9 種，有些東西在操作型定義情況之下，把這個，應該是別人有效果很好，那我們就用我們 repeat 的方式，而不是我們用粗糙式的實驗，我想在現在臺灣的醫界，西醫與中醫溝通的情況之下，會比較容易接受，我想這些，尤其是中國醫藥大學受過西醫訓練的很多中醫師責無旁貸，我真的覺得他們是責無旁貸，第 3，剛剛主席看了我 3 次，暗示我中平的原則，我其實想說，後來主席也裁示，這既然是一個試辦計畫，那我們就先做了再說，所以我就一句話都沒有說，但是我很了解，這個案子還要送到支付委員會，支付委員會看到說急診要 1,000 多點，我相信還有很多人有其他疑問、很多的意見，不是我們這裡通過了就算，還要到支付委員會去，支付委員會裡面，剛剛舉的例子，在很多醫院他分級醫療到第三級、

第四級的時候，醫院才 300 多點，你知道那個診察費才 300 多點，各位講說可是我們會診才 250 點，而且才申報一次，在醫院有急診室的地方，除了醫學中心以外，地區醫院只能申報一次，一次 250 多點，剛才孫院長提到的，有些是有外加，有時候我們在醫院骨科、急診室的時候，我們很多東西 blood gas 我們要自己做，很難比類，還有我呼應剛才主席講的，既然是一個試辦計畫，你就從寬嘛，做了再說，之後主席剛剛也提到，之後數量變大，大家再來討論，只是這樣而已，否則的話，這真的是，我相信很多人都很擔心，送到支付委員會，中平的時候要怎麼去解釋，我想他是有他的困難。

**主席**

好，經濟要有規模，在經濟規模很小的時候要考慮到它的實際情況，我們就先做這樣的決定。好，這個案子就討論到這裡，接下來下一案。

**討論第三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(草案)**

**主席**

好，謝謝。有關這個結算，討 3-3 有沒有補充說明？醫管組這邊補充說明。

**洪于淇科長**

基本上我們尊重全聯會的建議。請大家看到平板第 3 頁，對照表(如後附件)，我們只有做一些文字的修正，例如說 93 頁的最後一條二、「鼓勵該分區執行『專款專用項目(22(中醫其他專案)案件)』之獎勵款。」，因為申報規定是用案件分類這個名詞，所以我們是建議名詞把他改成「鼓勵該分區執行『案件分類 22(中醫其他專案)之專款案件』。」，都只有文字，其他部分的條文也都是建議做文字上的修正。另外請大家參閱平板 97 頁，我們有對全聯會建議方案，依新方案做一些估算，第 1 點是 106 年專款本身運用的情形，依新方案第二階段案件 4 階段(該分區醫療資源不足地區改善方案之基本承作(論次)費用之獎勵，加計兩成支付。)的錢就會不夠，從第 4 階段開始就會變成浮動，第 4 必須折付，請看表格最後一行「因保留

款不足，第四階段補助金額之折付比例=0.81510550」，第5階段(其他地區醫療資源不足地區改善方案之論量計酬案件獎勵，最高補至浮動點值每點1.2元。)是鼓勵其他分區依不足部分，那就無法分配。

## 主席

這個案子是全聯會這邊提出來的，當然就是多了第2階段(鼓勵該分區執行案件分類22之專款案件，其核定浮動點值最高補助至每點1.5元。)，第2階段是想要去先分配給專款的案件，讓他的點值可以好一點，這個部分是這樣，當然這樣的話，第5階段就沒有預算可以分配，其實如果去模擬106年的話，第四階段、第5階段都沒了，第4階段就只有能夠補助一部分，沒有辦法全部補助，第5階段也就沒有預算去補助醫不足地區的論量計酬案件的獎勵，這是不是你們要的？所以沒有問題？

## 黃俊傑代表

東區主委黃俊傑第1次發言。當初全聯會是要鼓勵分區執行專案醫療案件，東區業務組有跑一個表出來，執行案件的診所似乎並不多，大部分都是在醫院，但是為了基於鼓勵，就是我看了健保署這個修正事項的結果，我建議應該是把他列在第四階段，因為鼓勵東區的偏鄉巡迴，如果把這個部分拿掉的話，會造成東區的院所執行偏鄉巡迴醫療的意願降低。

## 主席

對啊，這個就是取捨的問題，究竟你們要把他放在第2階段還是那一個階段，因為你就會捨棄，多了第2階段就捨棄第5階段跟部分的第4階段，這個是不是你們要的？重要是這樣，因為也許你們一開始不知道模擬的結果是這樣，但是現在就是模擬，這裡也會有變數，就是說如果108年22專款案件執行的結果跟106年不一樣，也許第2階段的影響就沒那麼大，但是現在模擬106年是這樣，所以如果這是你們要的，因為這是你們提案的，如果你們要的，我們就尊重，但這是不是你們要的？

## 黃俊傑代表

就是我們那個階段的第 1 階段不變，就是「鼓勵該分區執行『案件分類 22 之專款案件』。」移到第 4 階段，就是第 1 階段是目前這個不變，第 2 階段就是我們現在目前的第 3 階段，就是修正順序，把目前的第 2 階段挪到第 4 階段，3 就往上變成 2，4 就往上變成 3。

主席

這樣子的話，就是其他地區的醫不足就沒有錢了。

## 黃俊傑代表

對，因為這本來就是我們東區的費用，我們希望能夠留在東區，去鼓勵東區做其他專案的部分。

## 陳旺全代表

因為東區他是保障 1.2，所以他現在機動性，在中執會，我跟他講說不改變，中執會也做了決議，就是他希望依實質性改變。

主席

好，這個的概念，他要把第 2 階段改成第 4 階段。

## 李純馥代表

因為你是上面的表，你是用上面的表講還是下面的表講？

## 陳旺全代表

下面的表講。

## 黃俊傑代表

下面修正過的方案。

主席

不是啦，就是把現在他插進來的鼓勵搬到第 4 階段就對了啦，他就是要修正成這樣，這個的精神應該是說東區多出來的錢還是東區所用，他要放棄原來的第 5 階段，是不是？但是也要把東區的醫

不足放的次序在後面，對不對？最後有剩錢再給專案的案件。大家有沒有意見？好啦，東區一定要特殊看待，東區就是我們最照顧的、最後一個、最重要的要保護的地方，好，那我們通過了，接下來第四案，第四案是不是醫審及藥材組說明一下好了。

## 討論第四案修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案

### 曾玫富專門委員

這個案子是中醫品質確保方案的專業醫療品質指標增修，本次已經是第三次討論了，第二次討論的時候還剩下一項沒有解決，就是中醫全聯會建議新增「兩年內初診患者人數比率」這項指標，上次會議決議本項指標之操作型定義，請中醫全聯會再參考與會代表的意見修正提報，全聯會有提報過來，請大家看會議資料第100頁，討4-3頁這裡，用附表來講比較清楚，中醫全聯會提供的操作型定義，是用院所別的概念在提，分母是用在某家中醫院所看診的總人數，分子就是要同院所同病患往前勾稽兩年內沒有到那一家中醫院所看病的才當分子，是用院所別的概念計算，但是品質確保方案是整體性的監測，所以兩年內有沒有看診，應該是要以有無到所有中醫院所看診來看，就是以病人為中心，跨院所的概念來看，所以我們建議在品質確保方案這個方案的指標操作型定義，分母就是統計期間內，看診中醫門診總人數，就是用分區及全國的概念來看，分子就是分母的病人往前勾稽兩年內沒有到任何中醫院所看門診的人數，至於中醫全聯會原來所提以院所別概念的操作型定義，可能是也有考慮要同時列入品質保證保留款方案中，但該品質保證方案中是院所別指標，而品質確保方案中則是整體性監測指標。

### 主席

這個想要彰顯的是說，中醫是不是兩年內沒有看中醫的病人又可以回流，那是一個好事，想要彰顯這個，既然是整體監測，我們就是全國看，也不要個別院所，這樣減少複雜化，就是整個，同一個病人兩年內都沒有看中醫，然後突然又回來看中醫的就當作分子，下面就是所有門診的人次，這樣子就比較不要做到院所端的問題是不是比較容易去看診，先看整體來監測，有沒有意見？沒有意見，好，各位代表還有沒有對這個案子有意見的？好，如果沒有意見，

我們這個品質確保方案就新增這個指標，叫做「兩年內初診患者人數比率」，這樣好嗎？那我們這個案子就通過了，今天討論事項就是4項，請問各位有沒有臨時動議？

### **劉林義專門委員**

依照我們會議規定，每位代表都要填利益揭露聲明書，還有代表沒繳，待會麻煩統一交給工作人員。

### **主席**

所以並不是臨時動議，這就是最後的提醒，大家如果沒有臨時動議，我們今天，有嗎？誰？誰有臨時動議？有臨時動議嗎？好，請黃醫師。

### **黃科峯代表**

執行長所提的說明，但是這個部分還有品質保證保留款 A90 初診方案。

### **主席**

沒有，剛剛品質保證保留款沒有這個指標，先放在整體監測這裡，沒有搬到那裡去，好不好？已經有講過了，好，大家還有沒有臨時動議或是問題要提出來的？好，如果沒有，我們今天的會議就到這裡，謝謝大家。

## 中醫總額點值保留款機制作業方案修正案之試算

### 1. 106年點值保留款機制作業方案之結算

| 序號 | 分配階段 | 項目  | 106年<br>東區保留款<br>A | 補助金額<br>B  | 剩餘金額<br>C  |
|----|------|---|--------------------|------------|------------|
| 1  | 第1階段 | 該分區平均點值最高補助至1.0元。                         | 19,706,454         | 0          | 19,706,454 |
| 2  | 第2階段 | 該分區醫療資源不足地區改善方案之論量計酬案件獎勵，浮動點值補至每點1.5元。    |                    | 11,417,514 | 8,288,940  |
| 3  | 第3階段 | 該分區醫療資源不足地區改善方案之基本承作(論次)費用之獎勵，加計兩成支付。     |                    | 3,404,044  | 4,884,896  |
| 4  | 第4階段 | 其他地區醫療資源不足地區改善方案之論量計酬案件獎勵，最高補至浮動點值每點1.2元。 |                    | 4,884,881  | 15         |

### 2. 修正方案之試算結果

| 序號 | 分配階段 | 項目  | 106年<br>東區保留款<br>A | 補助金額<br>B  | 剩餘金額<br>C  |
|----|------|---|--------------------|------------|------------|
| 1  | 第1階段 | 該分區平均點值最高補助至1.0元。                         | 19,706,454         | 0          | 19,706,454 |
| 2  | 第2階段 | 鼓勵該分區執行案件分類22之專款案件，其核定浮動點值最高補助至每點1.5元。    |                    | 5,514,285  | 14,192,169 |
| 3  | 第3階段 | 該分區醫療資源不足地區改善方案之論量計酬案件獎勵，浮動點值補至每點1.5元。    |                    | 11,417,514 | 2,774,655  |
| 4  | 第4階段 | 該分區醫療資源不足地區改善方案之基本承作(論次)費用之獎勵，加計兩成支付。     |                    | 3,404,044  | -629,389   |
| 5  | 第5階段 | 其他地區醫療資源不足地區改善方案之論量計酬案件獎勵，最高補至浮動點值每點1.2元。 |                    | 4,884,881  | 無法分配       |

※因保留款不足，第4階段補助金額之折付比例=2774655/3404044=0.81510550