

「中醫總額支付委員會」100年第4次委員會議紀錄

時間：100年11月10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	吳材炫
巫委員雲光	巫雲光	李委員政賢	徐昌基 ^(代)
林委員金龍	林金龍	施委員純全	施純全
孫委員茂峰	孫茂峰	張委員廷堅	張廷堅
張委員志鴻	黃於芯	張委員景堯	詹益能 ^(代)
張委員棟鑾	柯建新 ^(代)	張委員繼憲	張繼憲
梁委員淑政	梁淑政	郭委員乃文	郭乃文
潘委員延健	潘延健	陳委員立德	邱永標 ^(代)
陳委員志芳	陳志芳	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
鄭委員耀明	鄭耀明	謝委員明輝	莊興堅 ^(代)

列席單位及人員：

行政院衛生署	陳真如
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	陳明晃
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、吳秀惠、陳淑華、王文君

本局北區業務組	呂淑文
本局中區業務組	程千花
本局南區業務組	王世華
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	施志和
本局資訊組	薑義國
本局醫務管理組	林阿明、李純馥、歐舒欣、 張桂津、張作貞、李健誠、 鄭正義、廖子涵

主席：黃召集人三桂

紀錄：孫嘉敏

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：100 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	100 年第 2 季	
	浮動點值	平均點值 (含資源缺乏地區改善方案_ 論量計酬)
臺北	0.97361219	0.98187717
北區	0.97947555	0.98658145
中區	0.93488396	0.95584471
南區	0.99937990	0.99961029
高屏	1.05482826	1.03495785
東區	1.37943715	1.22818020
全局	0.98601515	0.99072868

二、中醫照護計畫之暫結每點支付金額：

- (一)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助試辦計畫：0.78809218。
- (二)腫瘤患者手術化療放射線療法後之西醫住院病患中醫輔助試辦計畫：0.52976882。
- (三)小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫：1.00。
- (四)小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫：0.65585019。
- (五)腦血管疾病後遺症門診照護計畫：1.00。

三、依全民健康保險法第 50 條規定辦理點值公佈、結算事宜。

第四案

報告單位：本局醫務管理組

案由：101 年中醫總額支付委員會議期程建議案

決定：

- 一、原則上每三個月召集開會一次，必要時得召開臨時會議。
- 二、本委員會議進行方式，基於共管原則，報告事項由本局與中華民國中醫師公會全國聯合會共同負責。

三、本委員會 101 年會議時間，擬訂如下表：

次數	1	2	3	4
會議日期	101.02.16	101.05.17	101.08.16	101.11.29
會議名稱	101 年第 1 次 會議	101 年第 2 次 會議	101 年第 3 次 會議	101 年第 4 次 會議

肆、討論事項：

第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：101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以該區前一季點值且不低於每點1元支付，餘按浮動點值計算。

第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：檢送「101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)」案，提請 討論。

結論：原則比照100年，並同意方案第玖點「核算基礎加計」原則之三增列「為鼓勵中醫師提供假日看診服務減少民眾就診不便，醫療機構於週日看診超過30天以上者，依核算基礎加計10%。」(附件1，第33-38頁)。

第三案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：101年腦血管疾病後遺症門診照護計畫(草案)案，提請 討論。

結論：原則比照100年計畫內容，惟修訂本計畫第十一點支付方式(二)為：「本計畫全年預算82百萬元，…。」(100年預算為90百萬)(附

件2，第39-46頁)。

第四案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：101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 100 年計畫內容。
- 二、預算含於四項延續性試辦計畫全年總預算 85 百萬元。
- 三、比照「101 年度腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」增列申請資格限最近 2 年未涉違規情事及停約或終止特約之院所終止本計畫服務等文字(附件 3，第 47-54 頁)。

第五案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：101年小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫（草案）案，提請 討論。

結論：

- 一、原則比照 100 年計畫內容。
- 二、預算含於四項延續性試辦計畫全年總預算 85 百萬元。
- 三、比照「101 年度腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」增列申請資格限最近 2 年未涉違規情事及停約或終止特約之院所終止本計畫服務等文字。
- 四、本計畫自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，惟病患就醫權益仍需保障。(附件 4，第 55-61 頁)。

第六案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：101年度小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫(草案)案，
提請 討論。

結論：

- 一、原則比照 100 年計畫內容。
- 二、預算含於四項延續性試辦計畫全年總預算 85 百萬元。
- 三、比照「101 年度腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」增列申請資格限最近 2 年未涉違規情事及停約或終止特約之院所終
止本計畫服務等文字。
- 四、本計畫自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，惟病患就醫權益
仍需保障(附件 5，第 63-69 頁)。

第七案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：101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 100 年計畫內容。
- 二、預算含於四項延續性試辦計畫全年總預算 85 百萬元。
- 三、比照「101 年度腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」增列申
請資格限最近 2 年未涉違規情事及停約或終止特約之院所終
止本計畫服務等文字(附件 6，第 71-78 頁)。

第八案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：101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、本方案論量計酬費用以一般預算支付，每點以當區前一季點值不低於1點1元支付，餘採浮動點值計算。
- 二、巡迴基本承作費，除偏遠地區金額維持不變外，其餘山地及離島地區各上調10%。
- 三、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」，101年度仍續辦(附件7，第79-109頁)。

第九案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：請修訂中醫支付標準第四章針灸治療中於電針及複雜性針灸中加註(新開立之健保特約院所二個月內除外)，提請討論。

結論：本次不修改支付標準內容，改以發函通知各分區業務組，日後如有未符合「中醫醫療院所針灸標準作業程序」之院所，申報電針治療或複雜性針灸治療時，應改支為「針灸治療處置費」B41或B42，而非整筆核刪其費用。

第十案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：101年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫案(草案)，提請討論。

結論：

- 一、比照100年計畫5項指標分配5區預算。
- 二、中醫師公會承諾於101年9月份提報本方案102年修訂內容，並提高「人口占率」。
- 三、有關「東區預算繼續獲保障，則應相對提升服務，並設「點值上限」，超出上限值部分，…」乙節，請中醫師公會全國聯合會帶回研擬可行方案(附件8，第111-120頁)。

第十一案

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：

- 一、本方案第七點支付方式(一)修訂為「經「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查認證合格之中醫門診特約醫事服務機構，自審查認證合格生效日當月開始，針灸治療處置按全民健康保險醫療費用中醫部門支付標準規定申報。」
- 二、本方案第七點支付方式(二)修訂為「「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查認證合格之中醫門診特約醫事服務機構，101年起第1次申報醫療費用時，需檢附中醫全聯會「中醫醫療院所針灸標準作業程序」審查認證合格證明書。」
- 三、本方案第九點評核修訂為「…，如經中醫全聯會、健保局或衛生主管機關依「中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫查檢表」評核未合格者，由中醫全聯會函健保局，轉知該等院所於函到之次月起，依規定不得申報「26案件」，…。」
- 四、本方案新增第十三點「本認證有效期限至106年12月31日，期滿需重新認證，必要時得以報備延長。」
- 五、本案修訂結果詳附件9(第121-146頁)，將依行政程序辦理後續事宜。

第十二案

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：

- 一、本方案新增第六點支付方式「本認證有效期限至106年12月31日，期滿需重新認證，必要時得以報備延長。」
- 二、中醫醫療院所感染控制作業參考指引之查檢表「備註」增列4：「含針灸內容之項次，無執行針灸之院所該項視為合格」。
- 三、「中醫醫療院所加強感染控制計畫」具體實施及監控方案：
 - (一)修訂第三點實施期程為「101年1月起受理中醫特約院所申請審查認證。」；另刪除第二點實施期間。
 - (二)修訂第四點之學分認證：「參加「中醫醫療院所加強感染控制」講習會取得至少三學分認證(必要條件)。」
- 四、本案修訂結果詳附件10(第147-157頁)，將依行政程序辦理後續事宜。
- 伍、討論事項與會人員發言摘要，附件11(第10-32頁)。
- 陸、散會：下午4時45分

附件11

伍、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」案與會人員發言摘要

黃召集人三桂

第一案是有關 101 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 100 年辦理，請各位委員表示意見。

蔡委員淑鈴

有一點想請教，目前東區醫療資源不足地區平均點值為 1.2 元，然而東區醫缺仍以每點 1 元，原本要鼓勵醫缺，目前正好相反，雖然要比照 100 年辦理，想提醒大家是否想要有所改變。

張委員繼憲

東區點值部分，之前曾在中保會內部討論過，我們常開玩笑說自己在診所內執業點值為 1.3，認真至醫療資源不足地區支援點值為 1.0，不如在家裡看診，所以不管東區點值是否上限訂定 1.1 或 1.15，超出點值上限部分是否先去補貼東區巡迴醫療。

蔡委員淑鈴

1. 東區預算先保障 2.22%，除非醫師人數增加，否則短期內點值會維持在 1.2，若醫師更少，則點值可能還會更高。
2. 第 36 頁東區醫缺還是 1 點 1 元，因平均點值會高於醫缺點值，會造成大家更不想去東區的醫缺，故未鼓勵至醫療資源不足地區支援醫師，是否有可能東區醫缺至少和東區一般服務點值相同(超過 1.1 元)，因其他分區醫缺之點值比在診所內執業好。建議本點是否做修正？

施委員純全

整體部分需會後再研究及消化(如醫缺之支付標準不同…)，其實蔡組長已經給了一個特殊的想法，可供研究是否有其他方案可以替代。

張委員繼憲

巡迴醫療服務之論量計酬案件有點值保障，若將東區的區塊先拿出來，必需有相關配套措施或支付標準做修正。

蔡委員淑鈴

有關「東區巡迴醫療服務之論量計酬案件點值採每點 1 元保障」暫保留，其他分區無問題，併同東區是否設「點值上限」帶回討論。

詹委員永兆

剛才蔡委員所提建議非常好，花東地區巡迴醫療之論量計酬案件比照該區一般服務之點值是非常可行，是一種鼓勵。東區所有中醫醫療點值皆相同，並不影響整體中醫總額預算。

張科長溫溫

1. 目前 100 年先行結算醫療資源不足之巡迴醫療論量計酬案件以 1 點 1 元計後，剩餘預算按東區預算占率 2.22% 及其餘五分區預算占率 97.78% 進行分配。
2. 建議：
 - (1) 先將預算按東區占率 2.22% 及其五分區占率 97.78% 進行分配。
 - (2) 東區計算浮動點值應包括「巡迴醫療論量計酬案件」。
 - (3) 其他五分區預算分配：先扣除醫療資源不足之巡迴醫療論量計酬案件以 1 點 1 元計後，再依 5 項指標進行 5 分區預算分配。

施委員純全

明年東區慈濟大學設立學士後中醫學系，不知東區醫療利用是否會有新的變化產生，故本案有三部分需涵蓋：

1. 東區占率 2.22%。
2. 東區浮動點值大於 1 元，巡迴論量計酬案件以大於 1 元點值支付。
3. 東區浮動點值小於 1 元，保障巡迴論量計酬案件以 1 點 1 元支付。

蔡委員淑鈴

慈濟學士後中醫學系由招生到醫師養成、及留在當地開業還需要一段

長時間，另教職人員先進入慈濟醫院應該影響不大。

詹委員永兆

是否可先執行一年看看，明年度再討論，建議「東區點值皆相同」是非常好的，且超出點值上限部分之東區預算保留不多。

柯委員建新(張委員棟鑾代理人)

1. 贊同蔡組長意見，如果按照 100 年計算方式，做醫缺醫師較倒楣，東區做巡迴醫療的醫師已經非常辛苦，應予以適當的鼓勵。
2. 另明年招生學士後中醫學系之相關影響應列入考慮，在醫院部分不斷擴充場地，容納未來的師資，目前平均每年有 2 位 R 進入，目前針對東區醫師人力缺乏一直在努力。

白委員裕彬

1. 對健保局在醫缺的想法或定義想要瞭解，因為醫缺可以想像是一個空間分佈的問題，但是現代社會的交通能力比過去強大很多的情況下，也可能可以被想像是一個服務輸送能力的問題，特別是緊急醫療的輸送。
2. 偏遠地區民眾所需的醫療照護是什麼？若只以醫師訪視數或是提供服務次數來定義，只是粉飾太平的表面工夫，並無法真正解決問題，例如當地民眾可能需要的是緊急照護，而中醫無論是否提供巡迴醫療，都不能滿足這方面的醫療需求問題。而談到巡迴醫療這類蜻蜓點水的醫療服務，花那麼多錢，中醫的訪視對偏遠地區民眾是否可以提供民眾真正所需的醫療照護？是有很大的斟酌空間。

梁委員淑政

1. 有關醫療資源不足之巡迴論量計酬案件支付方式，若其涉及較複雜的計算方式(點值大於一元的處理)，建議不在本案明列。查「醫療資源缺乏地區改善方案第十點支付方式」，亦有相關的說明，是否明訂於該方案即可。
2. 另外有關點值大於一元的地區，除東區外，高屏區 100 年第 2 季也大於每點 1 元，因此巡迴論量計酬案件也會遇到相同情形。

蔡委員淑鈴

100 年醫療資源不足之巡迴論量計酬案件已置於一般服務部門，故本案是討論「一般服務之保障項目及操作型定義」。

黃召集人三桂

另外白委員的意見，是否有其他委員可以回應？

施委員純全

回應白委員的意見：

1. 該問題自無醫鄉或醫缺開辦以來都一直有討論過，其實在醫療資源不足地區有流傳一句話：「中醫不到，西醫不到，就等著慈濟來報到」，該區民眾繳交相同保費，但是沒有相同就醫機會，對該區提供醫療服務之任何措施應該都是被鼓勵的，不能認為當地民眾只需要緊急醫療，而沒有其他醫療需求，是錯誤的。
2. 過去曾經做過滿意度調查，發現原擁有西醫服務的偏遠地區，民眾滿意度反而低，顯示對現有的醫療資源並不滿意，若有新的醫療服務提供，提高全民健保繳費之公平性，同時亦可提升民眾就醫之可近性。
3. 緊急醫療部分在健保局有 IDS 其他計畫可相輔相成。

巫委員雲光

本案說明三部分，中醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之預算不足採浮動點值計算，惟論次採固定點值，去年 99 年費用超出預算，以浮動點值計算，建議東區點值可訂下限，不低於每點 1 元。

蔡委員淑鈴

1. 醫缺費用包括論次及論量費用，前者屬專款專用（以每點 1 元支付），後者已撥入一般部門預算（採浮動點值計算）。
2. 本案在討論一般服務有那些需保障 1 點 1 元，有藥品、藥品調劑費及醫缺論量採每點固定以 1 元。但是另外發現部分地區點值高於 1 元，反而對醫缺未受到鼓勵，是否可思考當區點值低於 1 元，以 1 元支付，若當區點值高於 1 元，則以該區點值給予，較公平。

剛才健保小組有提到高屏區曾經點值超過 1 元，也應比照辦理。

張科長溫溫

建議可考慮巡迴之論量計酬案件以該區前一季點值支付且不低於每點 1 元。

巫委員雲光

回應白教授剛才所提問題，實際高屏區巡迴醫療，像七美鄉、望安鄉等離島地區，中醫醫缺在該區有相當重要地位，該區只有衛生室，醫師並未進駐，中醫醫缺大多至深山離島運作，像離島的民眾要到澎湖或高雄就醫，每診次必需花上萬元交通費及時間，特別另外報告中醫巡迴醫療在小漁村及小鄉鎮已達到不錯的醫療服務功能。

白委員裕彬

目前不是醫師人力不夠，而是有點過剩，不需特別考慮醫缺巡迴醫療服務，一個月可給醫師固定費用，若有 primary care 能力的醫師，將可解決某些民眾對西醫巡迴醫療不滿意之情形。

黃召集人三桂

本案做這樣處理，101 年之保障項目，擬比照 100 年辦理，其藥品及藥品調劑費採每點固定 1 元。醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以該區前一季點值且不低於每點 1 元支付，餘按浮動點值計算。

林執行秘書宜靜

1. 剛剛局裡提到地區預算計算方式為一般服務先扣醫缺論量案件，再做地區預算方式分配，建議是否可以先做地區預算分配，再扣醫缺論量案件，論量以該區浮動點值較高點值處理，擔心有逆向鼓勵，大家會擔心一般部門分的預算少，做醫缺論量會有所保留。
2. 醫缺召集人剛所提，為解決東區點值偏高，有一筆費用可保留下來，建議是否可作為醫缺論量及一點一元的落差，不知點值結算是否較複雜？

黃召集人三桂

不知是否有其他意見？

陳委員福展

本案有點複雜，建議先拿回去研議後，再進行討論。

黃召集人三桂

尊重理事長的意見。

孫委員茂峰

尊重主席裁示。

黃召集人三桂

1. 說明三的部分再說一遍，藥品及藥品調劑費採每點固定 1 元。醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以該區前一季點值且不低於每點 1 元支付，餘按浮動點值計算。
2. 至於施委員所提東區點值超過上限應如何處理，請全聯會研議達到共識再處理。謝謝！

伍、討論事項第二案「101 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)」案與會人員發言摘要

詹委員永兆

1. 37-1 頁預算來源：「…，預算來自 101 年度全民健康保險中醫醫療給付費用總額中「品質保證保留款」預算 0.030%...。」更正為 0.1%。
2. 餘尊重健保局意見。

黃召集人三桂

其他委員無意見，依健保局說明二及三意見通過。

伍、討論事項第三案「101 年腦血管疾病後遺症門診照護計畫(草案)案」案與會人員發言摘要

黃召集人三桂

無意見，則通過。

伍、討論事項第四案「101 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」案與會人員發言摘要

詹委員永兆

醫管組意見第一點說明建議增加「2 年內」文字，修正為「101 年度腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫增列申請資格限 2 年內未涉違規情事及停約或終止特約之院所終止本計畫服務等文字。」

黃召集人三桂

本案若無意見，考量各試辦計畫規範一致性，按醫管組意見，申請資格修正為「限 2 年內未涉違規情事及停約或終止特約之院所終止本計畫服務」等文字。

伍、討論事項第五案「101 年小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫(草案)案」案與會人員發言摘要

張委員繼憲

1. 第一點部分建議增加「2 年內」文字。
2. 有關第二點：「依總額協商結論，本計畫自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，不另給予特別的支付項目及點數，…」，請問原本計畫專款專用金額是否回歸一般部門預算內？是否有特別另訂支付標準項目？

蔡委員淑鈴

102 年取消該計畫，金額併專款專用之腦中風及腫瘤試辦計畫預算內。

孫委員茂峰

關於「不另給予特別的支付項目及點數」之意義是什麼？在整體醫療概念下所提供醫療服務項目是可以一起申報？或是取消申報？或回歸一般部門，其支付標準是否沿用原有項目？

李專門委員純馥

1. 依照費協會決議為既然預算不回歸一般，故沒有額外支付。
2. 目前現行支付標準沒有「生、心理評估或氣霧吸入處置」等項目，取消計畫後，該病患沒有這些項目可以申報，所以按照費協會決議，該計畫支付標準不能另列於現行支付標準項目。

孫委員茂峰

按該說法，請問「惟病患權益仍需保障」應如何保障？

李專門委員純馥

原未參加該計畫的氣喘病患仍有看病，也不一定至試辦計畫院所看病，或不一定會做這些處置項目。

孫委員茂峰

給予病患之處置項目，只能回歸一般部門原有的處置項目申報，故建議文字必需說明清楚，若是病患向院所抱怨過去有做之項目，現在沒有做，該部分將如何保障？是否可以做以下建議：

1. 「回歸一般部門，惟病患就醫權益仍需保障」，刪除「不另給予特別的支付項目及點數」。
2. 「回歸一般部門，不另給予特別的支付項目及點數」，刪除「惟病患就醫權益仍需保障」。
3. 以上即可保障一般服務之民眾就醫權益。

李專門委員純馥

計畫未寫至細項，在本方案第十七點僅敘述「…，回歸一般服務。」，希望中醫界面對病患，能儘量說明清楚。

孫委員茂峰

原本擴充服務項目不可再申報，回歸一般部門，把後面這些文字刪除，釐清該問題後，中醫界對病患將有所交待。

蔡委員淑鈴

說明「病患就醫權益仍需保障」，計畫結束後，小兒氣喘緩解期病患仍然可以看中醫，不能說無該計畫後就要自費看中醫，這樣是不好的，過去有部分病患進入計畫得到較好的身心評估及完整照護，以後額外做的評估就沒有了，但是不代表小兒氣喘病患看中醫不予給付，看大家討論如何修訂文字，較易瞭解或不易弄錯。

孫委員茂峰

中醫界聽懂及瞭解該意思，建議回歸一般部門，把後面文字刪除。

李專門委員純馥

若未加入「不另給予特別的支付項目及點數」，可能大家誤以為試辦計畫之支付項目，可移列至現行中醫支付標準項目。

張委員繼憲

1. 試辦計畫原是專款專用之支付項目，整體 package 費用是較高。
2. 102 年回歸一般服務預算如同時執行針灸及傷科處置，按支付標準規定需擇一申報，原計畫之整體療效較好，若按一般支付標準雖然可以維持小兒氣喘病患之醫療品質，但服務熱忱逐漸會遞減，請問不另給予特別的支付項目之涵意是什麼？
3. 中醫師仍會維護病患之就醫權益，但是整體醫療會縮減。在未來可以討論修改或新增支付標準項目，不須在這裡明列「不另給予特別的支付項目及點數」。

施委員純全

1. 我的理解好像不是這樣，在協商過程中，黃偉堯教授有提到相關試辦計畫在近年來服務量已穩定，應回歸一般部門，不需另列專案試辦計畫，該試辦計畫穩定成熟，應移至一般部門，是否沿用原有支付項目或支付標準是否需做特別處理，可以透過支付標準做修訂。
2. 如果本案納入一般部門後，如何支付？和試辦計畫有所不同，可以另外訂定，而不是「不另給予特別的支付項目及點數」，不認同當時協商有達成該部分協議。
3. 我認為應刪除「不另給予特別的支付項目及點數」的文字，而「病患就醫權益仍需保障」的文字保留。

林執行秘書宜靜

1. 針對小兒氣喘及腦性麻痺二項試辦計畫，評核委員連續看了好幾年，認為二項試辦計畫執行多年效果未受肯定，評核結果建議不再續辦。
2. 評核委員覺得中醫界認為該計畫不錯的話，建議是否可發展為標準作業模式，讓醫師照顧這些民眾儘可能提供好的醫療服務內容。至於是否需再另外編列預算是有一定的，大部分評核委員認為預算不需回歸一般部門。
3. 黃偉堯教授協商時把評核會概念帶入，大家都知協商進行速度相當緊湊，協商並未討論 102 年是否將預算列入，

黃召集人三桂

尊重施委員意見，醫管組意見說明二修正為「本計畫自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，惟病患就醫權益仍需保障。」。

陳委員福展

102 年後併入一般總額，其申報項目、支付點數是否一樣，診所是否可以申報，還是另外訂項目申報。

林委員金龍

綜合起來說，回歸一般服務，並適用現行醫療費用支付標準，及保障民眾就醫權益。

施委員純全

如果取消試辦計畫，如林前經理說法回歸一般部門，當時未做完整決議，回歸一般服務之認定有許多種方式，若按原有支付標準支付是有爭議的，本案預算部分為明年協商之議題，預算部分不是本委員會議可以解決的問題。

黃召集人三桂

本案在 101 年是 ok，102 年將再依費協會協定結果辦理。

伍、討論事項第六案「101 年度小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫(草案)案」案與會人員發言摘要

黃召集人三桂

本案與第五案是相同，本試辦計畫自 102 年起不再試辦，回歸一般服務，惟病患就醫權益仍需保障。至於 102 年預算部分將請示費協會做說明。

伍、討論事項第七案「101 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」案與會人員發言摘要

黃召集人三桂

本案申請資格增列「限兩年內」文字。

伍、討論事項第八案「101 年度中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案（草案）案」案與會人員發言摘要

詹委員永兆

本次基本承作費用各區別皆提升 1500 點，補充說明如下：

1. 98 年醫缺 103 執行點，執行率 95%；99 年 101 執行點，執行率 109%；目前 100 年執行 105 點，推估 100 年全年執行率只有 82%。
2. 去年將 100 年度之論次及論量費用拉開，97 年山地鄉基本承作點由 8000 點，折 3000 至 5000 點，去年(100) 恢復至 8000 點。
3. 99 年診察費加 2 成，100 年修正為加 1 成，所以是有落差，本次增加 1500 點，將醫缺支付恢復至 97 年支付標準，避免 100 年實際執行點數有增加，反而執行率只有 82%。故 100 年度設計之金額有落差，希望可以補足。

蔡委員淑鈴

1. 醫缺執行率雖然有 105 個執行點，有去不代表頻率是夠的，應該是有更多人願意去鄉下服務，若以調整金額方式提升執行率，等於病患未得到醫療服務，即可達到執行率。
2. 用調整金額達到執行率提高，與原本希望更多醫師去醫缺服務是兩件不同的事情，我們預留這些費用，是希望有更多醫師去，使更多民眾得到醫療照護，不是將單價調高，衝高執行率，剛剛詹委員提到希望調高費用，以達到執行率，與本計畫之目的不太一樣。

詹委員永兆

去年將醫缺論量計酬改為一般服務，給付方式的改變將影響醫療資源不足地區的服務，試算資料後，偏遠地區調得不多，反而在山地離島地區費用調得較高，實際上，至山地鄉每個點距離是非常遙遠，有時遇到土石流，會停 2-3 天，在山地鄉或離島地區巡迴醫療是非常困難的，醫師冒著風險較高，應該有誘因讓醫師願意付出，且可落實該區民眾醫療照護。

巫委員雲光

本案調整幅度不高，要考量物價上漲、交通油價、使用的支援多樣化（包含人力、物力及交通），尤其在離島地區需動用航空、輪船等，全聯會提調整案，是有根本依據。

蔡委員淑鈴

將 3000 調整至 4500，調幅是否大一些？

藉由調高基本承作費，提升執行率是不好的。若要增加一些誘因，建議保守微調即可。

詹委員永兆

贊成蔡組長的說法，個人意見為偏遠地區維持 3000，山地 8000 變 9000，有少部分偏遠還不是真正偏遠。

孫委員茂峰

某種程度是認同的，強調不是為單一因素考量調高金額，我們接受蔡組長意見微調 10%，可以反映物價上漲。

黃召集人三桂

偏遠地區不調，其他地區調高 10%。另外建議將七美改為三級離島。

巫委員雲光

1. 非常贊成主席的意見。
2. 100 年長期進駐執行成效不錯，有 60 家中醫院所參與。建議維持 100 年方案。

詹委員永兆

因有一位醫師在今年 10 月 1 日遷移鄉鎮執業，建議醫缺巡迴部分之附件一將苗栗縣銅鑼鄉修訂為三義鄉，另外長期進駐部分將苗栗縣三義鄉修訂為銅鑼鄉。

黃召集人三桂

其他部分是否有意見？如無意見則依前述說明通過。

伍、討論事項第九案「請修訂中醫支付標準第四章針灸治療中於電針及複雜性針灸中加註」案與會人員發言摘要

蔡委員淑鈴

本案應是考慮新開業特約院所 2 個月來不及符合「針灸標準作業程式」之院所。

詹委員永兆

有診所遷移至另一條街或行政區域改變，造成機構代號變更，原是有資格，因該原因造成無資格申報，建議是否有兩個月緩衝期。

施委員純全

未符合「針灸標準作業程序」資格院所，可改以一般費用支付；實務上有院所反映，因程式未及修改完成，而整筆費用遭核刪，是不合理的。未完成認證程序，即認定符合資格，也是有問題的。

詹委員永兆

提出本案係因診所遷移地址而機構代號改變，某分局將整筆費用核刪；希望給予診所緩衝期，在緩衝期 2 個月有疑問時，不應整筆費用核刪，建議支付標準不需修訂，也不需加註「新開立之健保特約院所二個月內除外」文字，所以對於未認證院所，應該以一般針灸治療處置費支付。而不是整筆費用刪除。

蔡委員淑鈴

有關所提「新開立之健保特約院所二個月內除外」建議，給予兩個月緩衝期，施委員說怪怪的，不一定是像你所說的情形，未開業院所，又做得不好，又同意以該項目申報。看如何修正，你們若今天未達共識，建議如果不急，可於下次會議討論。

陳委員福展

有許多會員反映新開業以為可以申報該項費用，遭分局整筆核刪，院所反彈非常大。建議新開業院所未認證合格，改以一般給付，加成部分不給予。

李專門委員純馥

1. 符合「針灸標準作業程序」者，在支付標準以加成方式支付，前幾年 貴會修正應全部符合「針灸標準作業程序」才支付，不符合者打 9 折；另電針治療及複雜性針灸治療一定要通過認證，才可以申報。
2. 目前爭議點為不符合者，不小心申報「電針治療及複雜性針灸治療」，被分局以整筆核刪，多核扣 100 點，若委員會同意「未符合者，以 9 折支付，不要以電針治療及複雜性針灸治療之項目申請」，本局將藉此函釋分局，請分局以該方式核扣，支付標準不作修訂，原則本局資訊系統必需監測診所是否為兩個月內的特約診所，目前診所異動相當頻繁(因遷址而更換機構代號，或換負責醫師而更換機構代號)，作業程序將繁瑣複雜。

蔡委員淑鈴

建議公會應加強宣導，不符合「針灸標準作業程式」資格，院所不要申報該項費用。

黃召集人三桂

本案討論到此，進行下一案。

伍、討論事項第十案「101 年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫案」案與會人員發言摘要

孫委員茂峰

在不違反費協會決議情況下，針對該問題，中醫各分區之間已進行多次溝通，因各區預算互相排擠；另外有 99 年度研究計畫為「99 年度

中醫門診總額地區預算分配模式對醫療資源及民眾就醫權益之影響評析研究計畫」，該研究計畫對地區預算分配有許多建議及分配模式，因此，中醫公會傾向比照 100 年原方案。這一部分我們請鄭委員作較詳細的報告。

鄭委員耀明

主席，如果你允許我想發一份補充資料給各委員，另外我還作了 ppt 做報告。

林執行秘書宜靜

1. 補充鄭委員所提 99 年委託研究，該研究為費協會於 99 年至 100 年委託的，當時委託該計畫之目的為當時 95 至 98 年試辦計畫之地區分配方式有許多問題，請專家學者協助進行評估，該報告並未針對 99 年新架構做評核，可能會有問題，建議純為研究，請勿將該研究報告做為討論本案地區預算分配使用，且 100 年部分也尚未審核。
2. 新的預算分配方式自 99 年開始，已執行兩年，中醫按人口占率的比例，相較於其他總額部門實在偏低太多，依衛生署政策希望「錢隨著人走」，大政策方向「人口占率」逐漸往前提升，對於每個地區民眾就醫受益才是公平的，建議應適度調整人口占率。

鄭委員耀明

主席 各位委員好

1. 在第二個 ppt 中是費協會楊銘清主委來中醫團體會員大會的講稿，呈現的是「錢跟著人走」的指導原則有修正為：錢跟著人走仍為基本精神，鼓勵各部門朝 100% 之目標邁進，但不硬性規定。
2. 在第三個 ppt 就是 10 月 14 日費協會的 176 次會議記錄，決議續以 100 年試辦計畫為架構繼續試辦，惟人口占率不得低於 5%。
3. 在第四個 ppt 就是全聯會我們自己的決議，另戶籍人口預算固定為 5% 不予變動。
4. 在第五個 ppt 就是費協會的委託研究計畫，委託中臺科技大學洪

錦墩教授所作的「99 年度中醫門診總額地區預算分配模式對醫療資源及民眾就醫權益之影響評析研究計畫」就是各位手上的補充資料、剛才我們有長官說明說這份資料是針對 98 年的分配制度而不是 99 年新的分配制度，但是我們要呈現的是經由這份研究報告提供了關於分配方案的許多新的思考方向值得我們注意。

5. 在第六個 ppt 在研究計畫的第 2 頁呈現的是有些學者認為施行總額制度可促進醫療資源重分配及增進就醫可近性，但是有些學者則指出總額制度並無促進醫療資源重分配及增進就醫可近性之效果。
6. 在第七個 ppt 在研究計畫的第 76 頁第陸章結論與建議，也是補充資料第 2 頁呈現的是「除中醫總額點值策略外，政府應該提出其他策略來改善中醫師人力地理分布不平均的問題。特別是針對偏遠及離島地區的中醫師人力，可能無法以市場機制等經濟學方式解決，運用公立醫療資源直接投入可能是較直接有效，且能迅速解決民眾中醫就診公平與權益保障」。
7. 在第八個 ppt 呈現的是「為顧及民眾中醫醫療的需要，有必要重新審視中醫總額分配公式中是否考量承認現有中醫醫療資源分配現狀基準線或納入區域居民中醫門診使用率因素，以減少中醫界之反對與確保於高利用率地區民眾之權益」。
8. 在第九個 ppt 呈現的是「總額分配以健保局的六個分區為基礎的條件，企圖以點值的差異造成經濟誘因引導中醫醫療資源與中醫師人力進入資源較少的分區，在效果上相當有限且緩慢。另以目前六個分區總額分配也可能因為劃分區域過大，依然造成分區內亦有資源分配不均的問題，建議可考慮以較小範圍如縣市來劃分區域並分配總額，可能會有較佳的資源分配改善效果」。
9. 在第十個 ppt 呈現的是「影響中醫師執業地點之因素甚多，以總額點值影響中醫師地理分布效果有限下，除增加中醫師選擇執業之相關影響因素研究外，建議應與中醫相關團體進一步協商討論分配公式與增加總額下投入改善中醫醫療資源不足區域的資源，可能可以更快速改善資源分配」。
10. 在第十一個 ppt 呈現的是「解決中醫人力與資源地理分配不均問

題，以行政介入資源分配雖然可以立杆見影，但往往陷入干預市場機制的批評，政治上的阻礙也較多。但是行政介入策略並非全然放棄，如於新投入中醫師部份是否可考慮採以限制健保特約行政措施方式，如增列於中醫醫療資源豐富地區申請特約需有開業滿 6 個月等規定，引導中醫師人力趨於地理分布均衡」。

11. 最後，我們想請總局慎重考慮的是從一開始的錢跟著人走已不硬性規定進展時程，跟著費協會的決議是人口占率不得低於 5%，而且全聯會的決議也是戶籍人口預算固定為 5% 不予變動，最後加上費協會的委託研究計畫專家意見還有許多可供大家參考，我補充提醒各位這是一個三年的延續型計畫而且這還是第一年報告。所以維持與去年一樣的分配的方式都不違反各個會議的決議而且專家們也正在計畫的半途，我們為什麼不能暫緩幾年讓更好的分配計畫與制度上路呢！綜上所述，我們真的認為應該把分配的方式維持與去年一樣就是維持 80%、5%、5%、5%、5% 的分配方式。謝謝大家！

黃召集人三桂

宜靜執秘是否說明 5% 最後的決定。

林執行秘書宜靜

目前中醫試辦已和西醫不同，費協會專家學者認為「人口占率」應往前進，中醫試辦計畫已使用特殊模式處理，要考慮民眾就醫權益，當地民眾人口數多應特別考慮預算分配。

黃召集人三桂

本局接受指示，限於該範圍人口占率不低於 5%，若超出範圍，本局將無法處理。

林執行秘書宜靜

本案授權支付委員會處理，人口占率不低於 5%，目標是期望人口占率能提升。

施委員純全

1. 「人口占率不得低於 5%」意思是包括可以維持原案，維持原案並未違反費協會當天決議，當時該決議是有考量到各種情形的。
2. 提醒之前分配方式是錯誤的，但在健保局努力下，回歸人口占率是對的，地區預算分配應考量就醫公平性及就醫權益。
3. 費協會的研究計畫一定要告訴我們，是否有其他新方案可以突破原有的分配方式，這是非常重要的，否則費協會委託三年的研究計畫就無意義。費協會委託研究計畫必需和大家討論是否有新方案，新方案一定要用鼓勵方式，勿使用懲罰方式，讓歷史重演。
4. 建議 101 年地區預算分配仍維持 100 年方案。

鄭委員耀明

我想再補充一下，我想設計一套制度不會一定都完全通用全部的模式，市場機制的確是一個想法，我們也不反對市場機制是一個好的想法，可是市場機制不會運用在各種醫種、各種機制都可以解決。所以市場機制只能負擔一部份的功能。就因為這樣，我們必需去弄清楚那些是盲點？那些須要配套？所以我們才需要作研究計劃，設計出研究計劃不就是我們希望去搞清楚制度與實際情形的落差嗎？去研究出那些部分是市場機制的功能？那些需要公資源的介入？或是法令卡住了？或是分配方式的改善或改變，再來還有就是需要溝通。所以應該是讓研究計劃完成，拿這些計劃當基準我們來討論，我們也很意討論呀，而不是去讓戶籍人口進然後市場機制就會自動解決問題，否則又會落入以前爭吵的模式，所以也請先暫緩前進，我們來討論嘛！

張委員繼憲

1. 預算分配納入人口占率之目的是促進保險對象享有同等就醫權益，這是我們的目標及理想。假設「人口占率」是惟一達到各分區民眾就醫公平性之方法，我們應該積極推動該事情。
2. 但我個人認為預算分配方式中「人口占率」絕對不是唯一使各分區民眾就醫公平性更落實的方法，它只是其中的一個項目。目前六分區業務組的行政區域劃分有當時考量，事實上以中區為例，

臺中市和南投縣信義鄉、臺中縣和平鄉之點值相同，但這三個地區有許多條件與資源是不相同的，目前採用的預算分配方式，將5%人口占率列入，100年第2季點值有兩區相差12%，如果人口佔率調升實際上可預知會使各區點值差異增大，建議維持原本的5%戶籍人口占率。

白委員裕彬

目前費協會被保人代表比例不高，所以本案還有自由討論的空間；接下來被保人代表席次變多時，各分區之間醫療資源分配差異大，被保人代表將會有強烈意見，希望中醫能及早因應，不要等到被保人代表採取嚴厲手段時才想動作。

潘委員延健

1. 總額預算由規劃至執行，無論西醫基層、牙醫及醫院等部門，「錢跟著人走」為總額支付制度之核心價值，推動上在不同總額部門不應有差異。
2. 五項指標：最大百分比80%係按過去費用比例分配，其他四項指標互相分配。A方案及B方案之人口占率提高後，醫師數占率也相對提高，A及B方案皆考慮人口數及醫師人數，也做相互制衡。
3. 由醫療市場看，若以過去醫療總費用當基期，是以供給面考量；若以民眾醫療需求看，有多少人口即需要多少中醫服務，故必需將「人口占率」列入考量。對於人口占率應增加多少，我無特別意見。但「人口占率」之調整是必需要走的道路。
4. 另外有委員提到「人口占率」將影響點值偏離愈來愈嚴重，我認為點值偏離還有其他影響因素存在，若只因為這個原因而不調整人口占率，除今年會擱置外，逐年仍無法得到解決。建議A方案及B方案應多做一些考慮。

孫委員茂峰

99年修正分配方式，代表中醫界有共識將「人口占率」因素納入，再次聲明認同該政策之推動，只是希望在穩健中求取平衡點，好不容易六分區皆有相同見解，連施純全委員也不反對，是非常困難的。

郭委員乃文

1. 本人亦擔任施前理事長所提到費協會委託中臺科大該研究計畫 delphi 的專家委員，施前理事長意見非常好，delphi 是非常主觀的，應該要做一些試算模擬。我不知道該計畫第三年未來方向如何，如果沒有使用健保資料庫或其他過去數據做試算，建議費協會是否可見意研究者做一些方向上的變更，否則研究結果之實用性不高。
2. 建議暫時維持現況，再試辦一年，因為費協會決議是人口占率要達 5% 以上，就法律文義解釋，「5% 以上」應已包含 5%。一年後再透過前述研究計畫結果、或者是費協會、健保局或中醫師公會自己做一些試算，將意見做彙整，有更多數據呈現後再做討論較有意義。

蔡委員淑鈴

1. 現有點值差距不能認為是分配的問題。預先決定總額和日後的申報、提供服務、審查及管理等和最後的點值有關，所以不能說將「人口占率」增加即會拉大點值，不能以該理由說不將「人口占率」往前進。目前各分區點值差距就有，點值是多重因素影響，與後續運作及管理有關。
2. 99 年開始採用本方案，將過去事後決定總額，拉回事前決定總額，過去曾經點值一路下滑 10% 及全輸局面，目前點值可以維持 0.95 以上或接近 1 點 1 元，有將事前決定總額再做管理納入考慮，資源達到較公平分配。
3. 剛才聽到施委員說是否有更好的分配方式，請全聯會提出更好的方法，你們目前沒提出好的方法，但又接受現在的方法，又認為原方案不好，顯有矛盾。該方案已實施兩年，如果有更好的方法請提出來，我們可以共同來模擬。
4. 參加費協會的人應該不斷聽到「人口占率」要提高，錢跟著病人走才是總額預算實施之主要目的，不是醫師在那裡錢就分配在那裡，終究要往前進，2 年的指標分配百分比均是相同的，目前進入第 3 年，和費協會期待是違背的，我建議公會有高見，今天有困

難，將資料帶回去，本案是重要的，大家可以再討論。

5. 如郭委員所提該研究預設非常多的指標，是否有資料庫模擬，我也是不清楚的，中醫師公會可諮詢專家學者，本案和費協會許多委員之歷年來之訴求是違背，如潘委員所說需求在那裡，供給就在那裡。今天試著提出 A 及 B 方案不是最好的，是否再思考是否有更好的方法。

孫委員茂峰

這兩年人口占率已由 0 提升至 5%；東區慈濟大學設立學士後中醫系對中醫師移動影響非常大，參考學者方案建議將人口占率暫時再維持一年。

黃召集人三桂

宜靜執秘是否有意見？

林執行秘書宜靜

費協會委託之研究，100 年底即到期，研究者來不及取得 99 年度健保數據資料做分析，所以研究者是把現有的參數詢問各界專家。地區預算分配模式修正，許多總額部門是主動提出，中醫部門 101 年度如果無法調高人口占率，明年討論時，請全聯會務必調高，或提出更適當的分配架構，才可對社會大眾做交待。

施委員純全

方向對了，路就不遠，目前方向是對的就 ok，過去的經驗，欲速反而不達，地區預算分配方式的研議，不能只靠中醫師公會，要有創意。地區預算分配是費協會之權責，丟給六分區，讓我們自己吵六次，不能解決問題，地區預算分配是政策問題，費協會要解決政策的問題，要有配套措施、要有創意、要以鼓勵措施代替現有方式，才能順利推動，目前已將地區預算分配方式拉回到事前分配並納入人口占率，方向是對了，已有大進步了。

黃召集人三桂

為讓本案更為周延圓滿，建議：

1. 尊重全聯會意見，維持原方案。
2. 講話要算話，並請全聯會承諾，明年會往前走不要在原步踏步踏。
3. 有關東區其他服務計畫請全聯會研議妥適的方案。

鄭委員耀明

我想先謝謝主席的裁決，不過我也想補充一點就是明年我們一定會想出一些新的方案來討論而不是戶籍人口往前進，謝謝。

孫委員茂峰

101年9月底前將提報中醫預算分配102年修訂內容。

詹委員永兆

預算第三項配合做修正。