

# 「中醫總額支付委員會」101 年第 1 次臨時會會議紀錄

時間：100 年 11 月 28 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	(請假)	吳委員材炫	陳俞沛 <sup>(代)</sup>
巫委員雲光	巫雲光	李委員政賢	李政賢
林委員金龍	(請假)	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	張棟鑾	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	陳瑞瑛 <sup>(代)</sup>	陳委員立德	陳憲法 <sup>(代)</sup>
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
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	
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	馮震華、吳秀惠、王文君
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	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	劉家慧
本局企劃組	吳志倩
本局資訊組	姜義國
本局醫務管理組	林阿明、李純馥、張溫溫、 林淑範、王淑華、李佩純、 鄭正義、李健誠、吳明純、 楊耿如、劉軒秀、林子量、 鄭正義、張桂津

主席：蔡委員淑鈴<sup>代理</sup>

紀錄：林子量

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項：

第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：102年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫(草案)，提請討論。

結論：

一、有共識部分之結論

1. 續以101年試辦計畫架構為基礎，其中「五分區實際收入預算占率」之分配比率，由80%調降至78%，調降之2%預算運用於「偏鄉」，以補足「偏鄉」浮動點值至每點1元為原則。
2. 全年各區預算與去年比較不得負成長，如為負成長則補至零成長，所需預算由其他分區按比例撥補。
3. 以每點1元為基準，各區點值如正負超過10%，須進行檢討。

## 二、未有共識部分之結論

2%預算分配予偏鄉後，如有剩餘款之運用方面未有共識，本案擬就未有共識部分，擬具甲、乙兩案，函送費協會101年12月14日委員會議討論，本局將依費協會決議訂定「102年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫」，報署核定公告。

4. 甲案(本局)：補足偏鄉浮動點值至每點1元為原則，若有結餘則依原指標2「各區去年同期戶籍人口數佔率」分配予各區。
5. 乙案(全聯會)：補足偏鄉浮動點值至每點1元為原則，若有結餘則依「就醫人數及戶籍人口成長率」校正後分配予各區。

### 第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：102年一般服務保障項目及操作型定義，提請討論。

結論：藥品及藥品調劑費採每點固定以1元預先扣除。「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬案件」，採每點1元支付。

### 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、本方案之審查程序，巡迴計畫申請資料由中醫全聯會評估後將彙整資料送保險人分區業務組核定，獎勵開業計畫申請資料由中醫全聯會評估後將評估結果函知保險人分區業務組。
- 二、巡迴計畫之申請資格，明訂中醫師不得以支援方式辦理。

- 三、巡迴計畫之論量計酬費用，修正為「由中醫門診總額一般服務預算支應。以每點1元計算，於一般服務預算分區預算分配前先行結算。」
- 四、獎勵開業計畫開診規定門診服務時數每週至少五天35小時，新增「該特約醫事服務機構之負責醫師之門診服務時數至少三天24小時」之規定，並刪除相關支援規定之內容。
- 五、新增「獎勵開業醫師參與巡迴醫療服務之醫療費用併入保障額度計算，每月申報點數未達保障額度，不予支付當月巡迴醫療服務之論次費用」之規定。
- 六、獎勵開業計畫之每月保障額度一、二、三類地區分別提高為40萬、35萬、30萬；另退場機制不分類別統一修訂為承辦該計畫第4~6個月平均申報點數未達保障額度30%、第7~9個月平均申報點數未達保障額度40%則終止補助。
- 七、確認巡迴計畫之施行地區保留原中醫全聯會欲刪除之地區，惟金門縣金寧鄉已有中醫特約醫事服務機構開業，故仍刪除該鄉鎮。

#### 第四案

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：

- 一、同意新增支付標準第九章特定疾病門診照護支付標準，採包裹式支付，其支付標準項目如下
  1. C01支付點數1500點（含氣霧吸入處置）。
  2. C02支付點數1400點（不含氣霧吸入處置）。
  3. C03支付點數1500點（含藥浴處置）。
  4. C04支付點數1400點（不含藥浴處置）。

二、惟部分內容需再補強，包括訂定更嚴謹之適應症、醫師看診人次上限、標準作業流程及病程穩定之指標等。本案俟中醫師全聯會補齊資料後，將提案至101年12月20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。

參、討論事項與會人員發言摘要，附件1(第10-32頁)。

肆、散會：下午5時00分

## 附件1

### 討論事項第一案「102年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫(草案)」與會人員發言摘要

#### 蔡委員淑鈴

1. 首先先討論是否獎勵新開業的必要性，有了必要性，才有接下來的指標6。如果不具必要性，2%需回到戶籍人口數占率。

#### 孫委員茂峰

1. 我們這陣子以來，挑燈夜戰，基本上有共識的部分，請執行長來詳細說明。

#### 張委員繼憲

1. 桌上發放的單張補充資料，是我們中醫全聯會最新的共識。
2. 依照費協會的決議，2%可以用在偏鄉人口調升機制，我們希望在醫療資源比較差的地區，是不是我們用獎勵開業的方式。
3. 萬一獎勵開業的院所終止補助或成效不彰，我們增加了醫療資源不足偏鄉地區所申請的醫療費用去做加成，來達到真正照顧到偏鄉的目的。
4. 也就是在每萬人口中醫師數小於1.5且大於0的鄉鎮，且符合中醫師數小於4人或月平均申報點數小於32萬，去做申請點數的加成，
5. 這樣雙管齊下，一方面能夠實質照顧偏鄉的民眾，二方面也希望能使醫師移動到這些偏鄉，另外也可以使原本就已經開業的院所能夠有意願去聘請執業醫師。
6. 這兩個方法執行後，若有剩餘款項再回到我們一般部門的分配，其分配方式，經內部多次開會討論協商後，考量完全用戶籍人口去做剩餘款分配，可能會與真正利用醫療資源的人口有些落差，所以另外加入了就醫人數乘上戶籍人口成長率的校正，來平衡單純用戶籍人口去做分配所造成的落差。
7. 以上是我們全聯會初步的共識，也感謝健保局給我們初步的意

見，我們也根據健保局的意見會在接下來的討論，做一些變動，例如獎勵保障的金額不應該跟醫缺獎勵開業的保障金額差距太大。至於原本已經在開業的部分，所需費用不管是申請點數加成 5%、診察費加成 10%，或以平均點值 0.95 補至點值一點一元來試算，不會落差太多。

### 陳代理委員憲法

1. 健保局與全聯會(101/11/18 臨時委員會會議的決議)的結餘款分配方式有很大的差異，結餘款如果回不到指標一，尚有其他五個指標可供選擇，新的指標六，反應在費用上、人口分配上有實質意義。
2. 如果以指標 2 分配，會造成戶籍占率與費用佔率比例過低的分區，它的費用缺口會變大，這樣會影響到該區民眾就醫權益、影響就醫公平性，使醫療資源的分配更不平均，中醫的發展在各區並不平均，若以人口占率的絕對指標來分配並不適合，民國 93 年及 94 年就是一個淒慘的例子。
3. 全聯會的版本，也就是剛剛張委員所提的分配案，已經考量利用率及戶籍成長，是人性化的錢跟人走的辦法，這個辦法易於管理，也不影響民眾的就醫權益及就醫公平性，這是我的看法。

### 李委員正賢

我想了解一下，醫缺長期進駐計畫不在辦理的原因，請費協會說明一下，這跟本提案有點關聯。

### 費協會林執行秘書宜靜

1. 中醫長期進駐計畫，這是在專款項目，其他牙醫、西醫在專款並沒有撥錢去給有在地的醫師但是屬於比較偏遠的地方，基於各部門總額平衡性的考量，所以從專款移走了。
2. 第 188 次協議，這 2%預算可用在戶籍人口或偏鄉人口調升機制，但至於 2%如何使用，像是 1%用在戶籍人口，1%用在偏鄉的話，我們費協會的委員並沒有特別決議，希望由全聯會提出來討論。
3. 另外費協會在討論時，執行長有特別提到，都按戶籍人口去分配

的話，是沒辦法解決各分區內的偏鄉，其點值在各分區的差異，也就是因為這個分區點值較低，而使偏鄉點值也低。

4. 鼓勵開業的部分，這個在專款的部分已經有額外的誘因，其實應該還是從醫缺的獎勵開業去思考。
5. 偏鄉申請費用點數加成的部分，請問推估起來需要多少錢？假設佔 2% 大宗的話，會對偏鄉比較有實質的幫助。如果不佔大宗，這樣就失去補助偏鄉的實質意義。

### 張委員繼憲

1. 回應費協會委員代表的問題，假設今天 4 億全部用在偏鄉，獎勵或補助的標準放寬的太多，會變成補助的地方不只是真正的偏鄉，經過仔細考慮我們訂了每萬人口中醫師數 1.5 以下且大於 0 的鄉鎮。
2. 但我們考慮了 1.5 以下的鄉鎮，其實有些是中醫師數夠的地方或是中醫師收入高的地方，所以就已開業的部分訂定大於 4 位中醫師數且平均月收入 32 萬以上的排除條件。
3. 以上如果有更好的意見，希望可以討論。
4. 推估偏鄉所需的經費，以 99 年的預算來看試算，大概 2 千萬左右，但 102 年我們認為最少成長 1 至 2 倍，但我們推測明年點值一定會往下掉，所以偏鄉點值保障一點一元最少要用掉 6 千萬。
5. 另外我們也曾經試算，如果偏鄉用掉 1 億 3 千萬，雖然對偏鄉保障了每點 1 元，但可能會造成該分區除偏鄉以外的鄉鎮區點值更低，與偏鄉保障一點一元的點值有太大的落差。
6. 如果每萬人口中醫師數小於 1.5 的偏鄉迪區保障點值的條件若拿掉 4 位中醫師數且平均月收入 32 萬以上的排除條件，我們推估會用掉 6 千萬。

### 巫委員雲光

1. 補充報告一下屬於我們偏鄉的意見，第一個看到局裡面把無中醫鄉從偏鄉排除，如果因為專款有個無中醫鄉在那邊，就把無中醫鄉從偏鄉排除，這是不公平的，難道無中醫鄉就不叫偏鄉嗎？
2. 另外專款獎勵開業的部分，一直以來成效很差，做了 6 年只有 1



家開業，這次費協會的決議拿 2% 出來我覺得對中醫來講是有非常大的助益，可以用在醫療資源不足的地方。

3. 這個偏鄉人口調升機制的獎勵開業，要考慮到市場機制，這個保障額度實在太低，至少要訂 40 萬點以上才有誘因，因為醫師不光只是他一個人去，而是有老婆、小孩以及生活的品質。所以這個獎勵開業機制的保障額度實在是太低，應該要調高才有誘因。

### **張委員繼憲**

獎勵開業的部分，我們全聯會的保障額度會訂比較高是因為怕成效太低，希望達到較好的成效，但開業家數的部分無法掌握可以有多少家。

### **費協會林執行秘書宜靜**

1. 第一點，這個 2% 有 4 億，如果大部分的錢都分到就醫人數跟戶籍人口成長率去，這變成是一個新的指標了，我們希望這個偏鄉人口調升機制可以反映實質的目標，而不是變成另外一個新指標。
2. 第二點，大家以往抱怨中區點值偏低，覺得是因為醫療資源太豐沛，但是有些中區的偏鄉其實資源不是那麼豐沛，也得一起承受那麼低的點值。

### **莊代理委員興堅**

1. 為什麼勞健保開辦到現在，無中醫鄉仍然一個中醫師都沒有，原因很簡單，全國中醫師平均月收入 32 萬，保障額度定這麼低，誰要去。
2. 基本上要讓無中醫鄉減少，誘因一定要夠，這 2% 是從全國中醫師總額拿出來要補助偏鄉的，如果能用在無中醫鄉及偏鄉，才是照顧偏鄉的人民。今天 4 億在偏鄉不是那麼容易消耗掉，條件放寬一點，很快無中醫鄉就可以減少。
3. 一定要用鼓勵性的方式，且有足夠的誘因，一個好醫師如果沒有足夠的誘因，誰要去偏鄉開業？所以誘因一定要夠。

### **張委員繼憲**

我們整體的考量是，假設全聯會訂定的保障額度是有足夠的誘因，有

10 家來開業會用多少，加上原有已開業點來去估算，最少會用掉 1 億至 2 億。

### 梁委員淑政

1. 本方案的調升機制跟醫缺計畫獎勵開業的概念是一樣的，但就兩者之衡平性來看，醫缺計畫要求比較嚴格，是須要提計畫書審查；而調升機制卻沒有任何的審查機制，會造成不公平的現象。
2. 在一般服務部門預算的運用，就現有的處理方式來看，朝以點值的保障為主，少有保障收入的，再者，因為一般部門預算的運用（如保障點值）每年都會檢討，明年大家如果不想把 2% 拿出來，對那些已受保障的新開業者該如何處理，又是一個問題？因此，這要做長期性的考量。是不是可以朝向與點值保障的概念來設計，會比較單純一點。
3. 點值保障的額度可先從一般服務預算拉出來，無須做事前分配，俟點值結算時，針對點值偏低的偏鄉地區，運用該預算將其點值補足，這樣就不用針對事前分配的方式來討論，比較單純。

### 張委員繼憲

我們當時也有考量到用點值保障的方式，這樣的話預算就要事前分配出來，分成四季，每季結算。如果用加成的概念也可以事前分配，事後結算。

### 莊代理委員興堅

1. 以健保局這個建議，不管補助多少錢，但是每季去檢討，今天你補助他每月 50 萬，幾個月後就要來檢討，萬一沒達到業績就不補助，這也會讓想來開業的中醫師有很大的疑慮，這是要考量的地方

### 蔡委員淑鈴

1. 謝謝，我想大家都表達了意見，費協會跟署裡面也都已經表達意見，我想用一般的預算去分配到偏鄉地區，這點沒有人質疑，但在過去對於保障額度這件事情都是在專款實施，任何一個總額在

一般預算反而比較沒有這樣的作法。

2. 我們肯定全聯會去提高保障開業的額度，但這可以在中醫獎勵開業計畫的專款去做，否則有重複獎勵。如果在專款去獎勵開業，才名正言順，直接在專款的獎勵開業計畫去提高保障額度就可以，不需要兩邊都保障額度。
3. 所以第一點，你們混淆了這兩個款項的使用方向。
4. 第二點大家肯定 2%去鼓勵一般區裡面的偏鄉，但依全聯會設計的申請點數加成 5%，會與藥品保障每點 1 元的原則有很大的違背。
5. 另外如果開業保障的部分從專款去處理，按健保小組提議的點值補足至每點 1 元，依全聯會在偏鄉已開業定義，大概一年僅需要 2 千萬，所以 4 億中只用掉 2 千萬，目前小於 1.5 大於 0 的偏鄉院所，全國有 445 家院所，平均每家每月申報 36 萬（最少 12-最高 57 萬），
6. 所以全國中醫診所有 3150 家，有 445 家落在 136 個偏鄉（每萬人口中醫師數小於 1.5 大於 0），其中台北市內湖區、新北市林口也包含在裡面，其實並不是大家所想像的偏鄉，只是中醫師執業少而已。
7. 這 445 家，大概有 1/3 以上月申報數在 30 萬以下，也有 50、60 萬的，如果全照全聯會的申請點數加成 5%，這樣似乎不公平。如加上每月 32 萬的限制，大概只有 100 家可以獲得申報點數加成。
8. 所以粗估的話，4 億裡面最多只用掉 2 千萬（用在小於 1.5），那麼剩下的 3 億 5 千萬，回到全聯會的就醫人數、戶籍人數上，但這些指標在原來的指標就有，這樣指標之間會有實質上的重複分配。
9. 另外全聯會剩餘款分配的指標（就醫人數+戶籍人口）是與費協會決議有差異的，費協會並沒有同意用在就醫人數多的地方，因為就醫人數多的地方就是中醫師數多的地方，這樣就又回到原點。

### 費協會林執行秘書宜靜

1. 剛剛有跟執行長詢問，如果偏鄉佔 4 億裡面太低，就跟費協會的決議有實質上的差異。假設這個偏鄉人口調升機制沒有用到那麼多，建議 1%回到戶籍人口，1%用在偏鄉人口調升機制。

### 張委員繼憲

1. 我補充一下，剛剛可能沒有說明很清楚，申請醫療費用點數加成 5%或診察費加成 10%、或補足助至點值每點 1 元，三種方式其所需金額沒有落差很大，如果與藥品每點 1 元的原則有違背，我們可以調整為診察費加成 10%。
2. 另外要報告的是，我們在剩餘款的分配指標，其實是考慮到要修正就醫人數與戶籍人口的落差，如果新增的指標可以跟原來的指標有些互補或修正，這是我們當初設計的考量點。

### 蔡委員淑鈴

1. 因為已經討論了 2 個小時，為使會議其他提案順利進行，我提出兩點建議，第一點，開業保障的部分回到專款去處理。第二點，偏鄉的部分現在用到的錢不多，建議 1%回到戶籍人口，1%給偏鄉其中偏鄉定義可再研究，建議用補足至每點 1 元的方式，也就是越到中醫師院所數較少的地方，點值會補得比較好，不會跟著浮動。請問大家覺得如何？

### 吳委員福枝

1. 有關如果把 1%回到戶籍人口，會對中區雪上加霜，建議 1%不要用戶籍人口佔率來分配。
2. 我主張偏鄉用剩下來的結餘款，應該用就醫人數+戶籍人口數來分配。

### 陳代理委員憲法

費協會第 188 次會議決議重點就是在照顧偏鄉，今天的主題應該放在照顧偏鄉，如果今天偏鄉做得好，就沒有剩餘款要回歸的問題。

### 郭委員乃文

我覺得中醫師公會主要目的就是減少無中醫師的偏鄉，這 2%既然不是另外給的，建議不仿按照全聯會的做法做做看。

### **費協會林執行秘書宜靜**

如果 4 億要立即投入偏鄉，照全聯會的作法，可能會造成點值差異太大，為了避免這樣的差異，不仿就採漸進的方式，採主席的建議，剛開始先把 1% 用在戶籍人口上。

### **梁委員淑政**

1. 就目前推估，2% 的預算並不會使用很多，建議偏鄉使用 1%，另外 1% 回到指標 2 戶籍人口佔率。
2. 如果偏鄉 1% 沒有用完，可依大家的意見求其平衡，看是否回到指標 3 就醫次數來分，也就是就醫人口的概念。

### **蔡委員淑鈴**

健保小組建議回到指標 3 會不會與費協會的決議有衝突。

### **費協會林執行秘書宜靜**

回到指標 3，這部分變成委員沒有討論過，沒辦法表達意見。

### **蔡委員淑鈴**

1. 討論到這裡，大家都支持偏鄉，今天討論出一個大方向，如果有不同意見再回到費協會討論。
2. 大方向就是鼓勵偏鄉，如何鼓勵就是最多補至每點 1 元，暫且先不設定 2% 偏鄉會用多少，這我們不知道，如有剩餘就回到戶籍人口，也不違背費協會決議。至於如何定義偏鄉的範圍，如何補足至每點 1 元，請會後全聯會再去思考。
3. 至於 2% 用剩下的結餘款，就是用在去年同期戶籍人口佔率，不再考慮其他因素，否則會與費協會決議違背。假定委員認為要有新的結餘款分配方式，有別於這個 factor，那我們再兩案併陳至費協會討論。

### **陳委員憲法**

1. 補充一下，如果結餘款回到戶籍人口分配，會造成中區預算負成長。

2. 按照費協會 187 次會議，裡面的各界意見(衛生署)有提到，如要調整人口佔率，應考慮到需求面與利用面，因為在過去 95 及 98 年那次有考慮到整體的利用面，而中醫的戶籍人口並不是真正的利用人口。裡面也提到如果要調整人口佔率，不得造成各區預算負成長。
3. 每年費用約增加 2%左右，如果調整人口，而使某區預算減少，是不是能請委員重視一下我這個意見。
4. 梁委員也提到偏鄉保障開業的部分，某費協會委員提到：『我們那裡沒有中醫開業，照顧不到』。譬如很多地方是狹長形，例如台東太麻里鄉、大武鄉，台中市和平區、梨山，清境農場(南投仁愛鄉)等，皆缺乏中醫開業；
5. 今天中醫有這個誠意，費協會也重視偏鄉須要中醫醫療，偏鄉的中醫醫療之前或沒做或沒做好，所以我們為什麼要著重在這裡，因為偏鄉須要照顧。
6. 費用以人口佔率的移動，其實也搬不走利用中醫的人，中區的高利用率，不是中區故意創造的，中醫在各區的使用本來就不平衡，利用率的不等不是中醫的錯。戶籍人口的分佈也在改變，所以它的利用率也在增加；礙於錢就這麼多，那麼應該讓中醫的總額增加更多一點來做分配，不要強制用人口佔率的移動來分配，這樣的分配實務上無法移動醫師人口及利用中醫的人口，如果錢撥走了，那利用中醫的人怎麼辦？他們也是人！請就費協會所擬的照顧偏鄉為重點，分級分配並管理，補助開業及已開業的保障點值，加強管理，比較符合費協會的要求。。

### 蔡委員淑鈴

1. 請問一下費協會這邊，過去的決議是否有同意不可以有負成長。

### 費協會林執行秘書宜靜

1. 衛生署有檢討過調整人口佔率的部分，各區預算不能負成長。
2. 請公會回去試算看看，如 2%全部用在戶籍人口，各區預算不會有負成長？如果沒有這個問題存在，就不要再討論這個事情。

### 蔡委員淑鈴

因為偏鄉調升機制，有結餘款重分配回去人口占率，是不是真的有負成長，可以再精算看看。

### 吳委員福枝

不僅是只有負成長，假設點值變動正負超過 10%，這不是又要檢討了嗎？中區建議 1%不要回到戶籍人口佔率，如果回到戶籍人口，這樣中區一定倒，我看還是回到就醫人數＋戶籍人口的指標。

### 蔡委員淑鈴

好，那我們就兩案併陳至費協會討論。

### 孫委員茂峰

1. 我們在這麼短的時間內，好不容易達成共識，剛剛試算是 2 千萬，但實際上我們真的不知道會用多少，懇求大家支持。就算 2%真的沒有用到那麼多，也只是試辦一年而已，你讓數字真實的去反映。
2. 那就算真的沒有用那麼多，費協會也可以在明年討論更好的方式。

### 蔡委員淑鈴

1. 好，目前大家支持偏鄉，也同意點值保障 1 點 1 元，只不過偏鄉範圍是不是要定義為每萬人口中醫師數小於 1.5，我們再仔細研究。
2. 那剩餘款有兩種分配方式，一個就是全聯會的就醫人數＋戶籍人口，一個就是本局遵循費協會的決議，單純用戶籍人口來分配結餘款。

### 陳委員憲法

如果兩案併陳，第一個為全聯會版，第二個如果只用戶籍人口分配，是不是加入各區預算不得負成長。

### 蔡委員淑鈴

各區預算不得負成長這也是費協會過去的決議，我們也會加進去。接下來進行第二案的討論。

## 討論事項第二案「102 年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫(草案)」與會人員發言摘要

蔡委員淑鈴

保障每點 1 元的部分加上醫缺論量的部分，如沒問題就照案通過。

## 討論事項第三案「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)」與會人員發言摘要

蔡委員淑鈴

是不是針對有爭議的部分來討論即可？

黃委員福祥

因為剛剛在一般預算有提到偏鄉，很清楚的獎勵開業計畫，保障開業 25 萬並沒有誘因，至今都沒成效，是不是可以提升到 40 萬。

巫委員雲光

1. 補充一下，離島建議 45 萬，一般 40 萬，其他 35 萬。
2. 另外一個就是受理單位，巡迴計畫是由全聯會收件，各分區審核，獎勵開業卻變成全聯會初審，再由各分區審核，兩個計畫受理單位不一致，是不是應該要一致？建議改為全聯會收件初審，再由各分區業務組複審。

蔡委員淑鈴

這個部分，請行政科表示意見。

王科長淑華

獎勵開業部分會有不同做法，係因為診所還沒開業需先向全聯會申請審查通過才能開業。

孫委員茂峰



1. 這個部分上次討論過，怕涉及公權力，所以建議是由全聯會收件評估及彙整，再將其結果給各分區業務組審核通過。

### **蔡委員淑鈴**

其他委員有沒有其他意見？

### **梁委員淑政**

提高獎勵開業的保障額度，可能還要請大家思考一下，因為限制條件裡面有未滿保障額 30% 及 50% 就終止補助，當提高保障額度時，代表終止補助的標準也更高，做不到這麼多會被終止補助。

### **蔡委員淑鈴**

剛剛巫委員建議的調高保障額度，行政科是不是表示一下意見。

### **王科長淑華**

在牙醫改善方案之保障額度分四級，分別為 19 萬、22 萬、24 萬及 28 萬，中醫建議調高，兩者差距甚大。

### **林副組長阿明**

1. 調高保障額度是不是再酌以考量，向梁委員講的一樣，終止補助的標準也會跟著提高。
2. 另外 69 頁的阿拉伯數字 3，建議拿掉第二季、第三季字眼，因為會與承辦本計畫第 4 個月至第 6 個月有衝突。
3. 結算後次月起終止補助，拿掉結算兩個字，因為結算要等到半年。

### **巫委員雲光**

1. 那保障額度就各再降 5 萬，離島建議 40 萬，一般 35 萬，其他 30 萬。
2. 另外還有一點，第一類、第二類與第三類的終止補助百分比建議改成一致，未達 30%（第 4 個月至第 6 個月）及 40%（第 7 個月至第 9 個月）

### 蔡委員淑鈴

1. 所以現在改成承辦本計畫第 4 個月至第 6 個月未達 30%及第 7 個月至第 9 個月未達 40%，第一、二、三類皆一致。
2. 所以離島改為 40 萬，一般 35 萬，其他 30 萬。
3. 其他委員有無意見？

### 梁委員淑政

請問一下，獎勵開業現在有幾家申請？

### 蔡委員淑鈴

1. 現在只有金門縣金寧鄉有一家申請。
2. 另外剛剛有委員提到，現在將保障額度提高，如果以後有很多人去，也可以把保障額度慢慢降下來，也就是保障額度在初期為了提高誘因而增加，以後隨著開業人數增加再調降，這點特別列入會議記錄。
3. 如沒其他意見就照案通過。

## 討論事項第四案「第四部中醫支付標準第九章特定疾病門診照護(草案)」與會人員發言摘要

### 林視察淑範

1. 本章通則按照章節逐條，請委員表示意見
2. 首先，第九章特定疾病門診加強照護的章名我們沒有意見。

### 蔡委員淑鈴

如沒意見請接續討論。

### 林視察淑範

適用範圍我們有增加一些文字修正。

### 蔡委員淑鈴

如沒意見請接續討論。

### 林視察淑範

1. 參與資格我們有一些意見。
2. 增列更明確的文字規範：醫事服務機構及醫事人員均須符合下列條件始得申報本章費用。
3. 相關課程，我們的意見是修改成小兒麻痺、小兒氣喘課程各 8 小時，每季季底函送符合教育時數之中醫師名單給保險人。

### 蔡委員淑鈴

如沒意見請接續討論。

### 林副組長阿明

1. 關於本局提出最近兩年內須未涉及特管辦法違規 37 至 40 條之修正意見，新的特管辦法 37 條為扣罰 10 倍，似乎沒有停約日起算的依據，建議還是照全聯會的版本 38 至 40 條。

### 林視察淑範

為了統一，中醫所有的試辦計畫都會建議修為 37 至 40 條，但是 37 條為扣罰 10 倍，或是要比照醫缺為 38 至 40 條？

### 蔡委員淑鈴

如沒意見全部就改成 38 至 40 條，請接續討論。

### 林視察淑範

1. 執行方式的部分，因為每一院所規模及醫師數差異大，建議修正為規範每位醫師每月申報上限。至於合理申報上限人次請全聯會評估後提出。另標準作業流程，請提出具提流程當作附表。
2. 醫師提供本章服務與中醫其他章節服務，時間上各自獨立不會重疊，故建議列入合理量計算。
3. 另請全聯會說明登入監測目的、內容、標準。

### 孫委員茂峰

1. 改成每位醫師沒問題，人次的部分我們會再去評估後給健保局。

### 張委員繼憲

列入合理量計算的部分，診察費、處置費有不同級距，現在是包裹式支付，要如何算點值？一定要列入合理量計算嗎？

### 林視察淑範

其實列入合理量，如果是合理應該要做的，那再來討論應該是算在哪一段的人次才是正確的（放在合理量的哪一段、處置費的哪一段技術上是可以做的）。

### 張委員繼憲

如果規定列入合理門診量計算，我們覺得萬一申報案件量太多，怕排擠到其他一般疾病的量，會有失公平。

### 孫委員茂峰

1. 這個實質上也有困難，既然之前局裡面建議用包裹式給付，也就沒有診察費或處置費，如果要算診察的合理量，基本上是有問題的。
2. 是不是不要列入合理量，但在特定疾病就醫人次的方面我們會做嚴格的監控。

### 蔡委員淑鈴

好，那就取消列入合理門診量。

### 林視察淑範

補充一下，為了方便後面醫審或是各分區計算，建議明確寫出不列入合理量計算。

### 蔡委員淑鈴

那就增加一條不列入合理量計算，沒意見的話請接續討論。

### 林視察淑範

補充一下，理事長您這一點是不是要登錄在 VPN 上面，因為登入 VPN 是一個很大的作業，資訊系統的配合等，是不是要有更明確的目的、內容。

### 孫委員茂峰

我們希望登入內容包括病患的基本資料、收案日期、針灸按摩部位、處置的部位和內容。

### 蔡委員淑鈴

1. 這個登入的目的是不是怕重複收案？譬如氣喘病患會很容易被醫院重複收案。
2. 那還有沒有其他目的跟收案有關的？

### 林視察淑範

如果目的只是避免重複收案，其實在申報資料就可以檢核。

### 蔡委員淑鈴

申報資料都已經做完處置了，怎麼避免重複收案。

### 孫委員茂峰

雖然我們內容很簡單，但實質上會有很大的幫助。

### 蔡委員淑鈴

好，那我們還是會去克服，所以會登入 VPN，但須把避免重複收案的精神寫進去修訂。請支付科修正待會再提出來宣讀。沒意見的話接續討論

### 林視察淑範

建議增列病患經加強照護病程穩定後，應教育病患自我照護，改按一般服務提供。病程穩定之指標由全聯會提供。

### 孫委員茂峰

1. 說明一下，以疾病特性來講，氣喘或許可以，例如發作頻率的減少。但腦性麻痺本來就是先天性的缺陷，類似復健的療程，我們已經用年紀來限制，怎樣才算穩定？腦麻會有困難度。
2. 氣喘的部分我們會參考文獻來做一個穩定指標的設計。

### **蔡委員淑鈴**

這有一個爭議，既然是加強照護，就會有一般照護，如果腦麻 12 年都在加強照護，似乎不符合醫療倫理。

### **孫委員茂峰**

中醫比較特別的是，我們沒有分項給付，對腦麻來說，事實上針灸跟推拿一樣重要，但在一般處置只能擇一申報。腦麻的人不是很多，費用不是很高，是不是就不要訂應穩定指標。

### **蔡委員淑鈴**

1. 所以病程穩定指標就請全聯會會後提供。
2. 腦麻形式上還是要訂一個指標，基本上不可能無限用，不是不照護，只是回到一般照護，我覺得還是要有一個階段性。請全聯會再仔細研究。

### **林視察淑範**

第八項脈診儀及舌診儀並沒有在包裹式支付裡面，建議得另行申報。

### **蔡委員淑鈴**

沒意見的話就通過，請接續討論。

### **林視察淑範**

第九項也是 VPN 登入，請公會說明。

### **蔡委員淑鈴**

這邊是品質資訊的登入和監測，如果要做，是不是請公會說明登入內容、監測項目，品質如何判定。還是這一項先暫保留，如果前面重複，這邊是不是就不要寫，因為這是支付標準。

### 林視察淑範

1. 接下來是支付標準對照表，建議口服藥至少要 7 天以上。
2. 參考原本的小兒起喘的生活量表，每三個月都有去做，建議增列每治療 3 個月，須執行 SF-36 生活品質量表等。

### 孫委員茂峰

1. 口服藥的部分能不能有點彈性，因為氣喘的小朋友基本上免疫力是比較低的，可能會因為腸胃炎、感冒而去調整用藥，很可能會重疊，建議改成至少 5 天。
2. 另外在原本的試辦計畫，氣霧吸入是選項，不是一定要執行，建議分成兩個支付標準，包含氣霧吸入的為 1500 點，沒有包含氣霧吸入為 1400 點。
3. 量表的部分，原先專案是想要去評估我們這些處置是有意義的，那現在證明是有意義的，為了便於院所處置的執行，所以拿掉這些量表。建議不要做這些量表。

### 蔡委員淑鈴

1. 那就分成兩個支付標準，包含氣霧吸入的為 1500 點，沒有包含氣霧吸入為 1400 點。
2. 如果量表不做，那公會對於病程穩定指標是不是要好好的來訂定。

### 孫委員茂峰

好的，量表刪除，病程穩定指標我們會好好的來訂定。

### 林視察淑範

1. 腦麻的部分，也是比照氣喘的修訂，口服藥改成至少 5 天。

### 孫委員茂峰

在原本的試辦計畫，藥浴處置也是選項，建議分成兩個支付標準，包含藥浴處置的為 1500 點，沒有包含藥浴處置為 1400 點。

**蔡委員淑鈴**

最慢請全聯會把這些修訂在 12 月中的給付協議會議提出。

**林視察淑範**

剛剛第 23 頁收案的文字，宣讀修正後文字，為避免重複收案，醫療人員收案後應於本局健保資訊系統，登入收案個案基本資料，若已被其他院所收案者，不得重複收案。

**孫委員茂峰**

不得重複收案，如果病人宣示說我不想在 A 診所，要去 B 診所，這部分是？

**蔡委員淑鈴**

這部分是由病人向 A 診所宣示，A 診所去做結案動作，B 診所才能收案。

**孫委員茂峰**

報告一下，上次主席比較關心小兒氣喘的診斷過於浮濫，我們已經找了具中西醫資格的免疫學家，把這部分列出來，所以在病歷及診斷上會有更明確的規範。

**蔡委員淑鈴**

這邊支付標準的收案是以 ICD9:493，那其實有些人會過度診斷，不到 493 得程度也診斷氣喘。

**孫委員茂峰**

這部分我們會再補上。

**蔡委員淑鈴**

好，那就請公會再補上。今天討論案到這邊討論完畢，請問有無臨時動議？



### 吳委員福枝

1. 我以中區主委的立場，關於一般預算分配，堅決反對 2%預算的結餘款回到戶籍人口占率。
2. 也就是中區只支持全聯會的分配指標，不同意用戶籍人口往上調。
3. 還有主席裁示的兩案併陳，請健保局試算看看，不管是 1%或是 2%回到戶籍人口占率，各區點值落差有多大？
4. 還有試算結果一定不能負成長的情況，各區點值如果正負落差 10%一定要啟動檢討機制。

### 蔡委員淑鈴

1. 吳委員的建議會列入會議記錄。
2. 好，我們會把試算結果報費協會委員當作參考資料。
3. 今天就開到這邊，謝謝大家。