

「中醫門診總額研商議事會議」104年第1次會議紀錄

時間：104年2月26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	請假	張代表景堯	請假
朱代表日僑	朱日僑	曹代表永昌	曹永昌
江代表瑞庭	江瑞庭	陳代表志超	陳志超
何代表永成	何永成	陳代表俊明	陳俊明
何代表紹彰	何紹彰	陳代表福展	陳福展
呂代表佑吉	張瑞麟	陳代表憲法	陳憲法
巫代表雲光	郭朝源	賀代表慕竹	請假
李代表永振	李永振	黃代表怡超	黃怡超
李代表豐裕	李豐裕	黃代表偉堯	請假
李代表政賢	傅世靜	黃代表蘭嫻	黃蘭嫻
林代表文德	林文德	詹代表永兆	詹永兆
柯代表富揚	柯富揚	蔡代表登順	請假
張代表廷堅	張廷堅	羅代表永達	羅永達
張代表育美	請假	龐代表一鳴	龐一鳴

列席單位及人員：

衛生福利部	蘇芸蒂
全民健康保險會	魏璽倫、黃偉益
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、賴宛而
本署臺北業務組	馮震華、陳德旺、陳淑華
本署北區業務組	邱希芸
本署中區業務組	程千花

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	張瑋玳
本署醫審及藥材組	王本仁、朱文玥
本署資訊組	姜義國、陳秀蘭、楊志名
本署企劃組	請假
本署醫務管理組	李純馥、王淑華、陳真慧、 林寶鳳、劉林義、林淑範、 張美玲、彭麗玲、李待弟、 張雅淑、蔡月媚、邵子川 李宜珊、鄭正義、洪于淇 楊秀文
中華電信	巫建興

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：劉立麗

壹、主席致詞：(略)

貳、中醫門診總額研商議事會議 103 年第 4 次會議紀錄，請參閱(不宣讀) 確認 (略)

決定：有關議程資料第二頁確認中醫門診總額研商議事會議 103 年第 2 次會議紀錄，其第“2”次數字有所誤植，請予更正為確認「103 年第 3 次會議紀錄」，並予確認。

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額研商議事會議 103 年度第 4 次會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、對於醫院具「中醫診療科別」之家數、醫師人數與其相關申報統計資料，自下次會議列入常態報告。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：103 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	103 年第 3 季	
	浮動點值	平均點值
臺北	0.87242485	0.91274431
北區	0.89330307	0.93072397
中區	0.87877515	0.91710261
南區	0.92946476	0.95518012
高屏	0.96873618	0.97988928
東區	1.3010286	1.2
全區	0.90550777	0.93702976

- 二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：104 年「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之推動及辦理情形。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、由本署資訊組(含中華電信)、醫務管理組(做為院所端媒介)、

診所代表等，共同商討較符合診所使用需求之合理方案及改善服務品質，並適時修正方案內容。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：鼓勵民眾下載全民健康保險「健康存摺」即時取得最近一年就醫資訊，做好自我健康管理，共同擷節醫療資源。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第12次委員會議附帶決議略以：「對於需保障或鼓勵之醫療服務以支付標準處理，現行之點值等保障方式，久而久之恐將使結構失衡」案，提請討論。

結論：

- 一、考量藥品點值保障係依健保法第62條辦理，及醫療資源不足地區巡迴醫療服務之論量計酬案件，有其政策鼓勵因素，故維持予點值保障(屬中醫一般服務部門之保障項目)。
- 二、中醫藥品調劑費考量各部門總額執行之一致性，建議不納入中醫一般服務部門之保障項目(改以浮動點值計算)，惟其對中醫點值影響，由業務單位試算提下次會議(5月份)報告後確認。

第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請修改針傷科2-6次療程，回歸到原始看診醫師案，提請討論。

結論：本案原則通過(即同意中醫門診療程案件於醫令端須申報執行)

醫事人員 ID)，惟請中醫師公會全國聯合會再徵詢醫院技術執行面之困難度，若確有執行困難，須於下次會議召開前行文健保署，若無行文，本案即予通過。

伍、與會人員發言摘要，詳如附件。

陸、散會：下午4時30分

※附件-與會人員發言摘要

貳、中醫門診總額研商議事會議 103 年第 4 次會議紀錄

主席

先確認上次會議紀錄，各位代表是否對文字內容有修訂意見？

李代表永振

議程資料第二頁對於確認中醫門診總額研商議事會議 103 年第 2 次會議紀錄，其第"2"次，是否誤植？

醫務管理組

數字確屬誤植，請予更正為確認「103 年第 3 次會議紀錄」！

主席

請業務單位下次對於簡單但重要之事項，務必謹慎以避免文字錯誤；請各位與會代表併同更正。是否還有其他修訂意見？若無其他意見，本案即予確認。

報告事項第一案『中醫門診總額研商議事會議 103 年度第 4 次會議 結論事項辦理情形』

主席

各位代表對於上次會議辦理情形，是否有意見或提問事項？若無意見，本報告案即予確認。

報告事項第二案『中醫門診總額執行概況報告案』

主席

各位代表對於本報告是否有意見？

羅代表永達

因我是本屆醫院協會推派之新代表，尚未全面瞭解中醫之狀況；我想請教目前健保署是否有具「中醫診療科別」醫院之家數、醫師數、申報金額與占率及其成長率等統計資料？建議列為未來常態性之報告？第20張投影片提到中醫慢性病連續處方調劑，該項目是否如同西醫屬鼓勵項目？惟台北區只申報1萬點，全區僅12萬點且為負成長，此與西醫部門之經驗確有不同！另中醫其他專案為何呈現大幅負成長？

主席

另請教議程資料第27頁顯示針灸自103Q3起成長之原因？

李副組長純馥

關於具「中醫診療科別」醫院之相關資料，本次會議資料並未區分，下次會議再列入常態分析與報告。另關於慢性病連續處方調劑部分，因中醫部門尚無醫藥分業，中醫處方多由院所自行處理，且中醫亦無訂定處方箋釋出率之指標，與西醫列入鼓勵項目之情況不同；中醫其他專案呈現負成長，可能源於部分試辦計畫已回歸支付標準申報(申報案件類別改變)之影響。

何代表永成

對於羅代表提問，因為歷來中醫部門並未區分醫院與診所，故未就具中醫診療科別之醫院相關資料進行報告，未來建議依李副組長意見，自下次會議起列入常態報告。另因中、西醫之診療型態不同，中醫對於慢性病患之用藥常須依季節及個人..等情形進行調整，少有以一張處方箋持續使用三個月(通常一個月已是極限，且仍須由醫師診察調整)，故該項目申報點數並不多應屬合理。至於針灸部分，本會將持續關注個別分區情形予以瞭解與輔導。

主席

各分區是否瞭解該轄區具「中醫診療科別」醫院之人力與申報情形？

何代表永成

本會曾就前述醫院之家數進行統計，惟並未統計其申報等相關資料。

龐組長一鳴

第 25 張投影片顯示針灸醫療費用有其特定週期且呈現上揚之趨勢，第 26 張投影片則呈現針灸占率為持平之現象(即單價提高)。(何理事長表示係 103 年針灸之支付點數調整 10 點)。

主席

由於醫院代表欲瞭解具「中醫診療科別」醫院之相關統計資料，請醫管組自下次會議起區分該部分進行常態報告；另由於 103 年針灸支付點數調整致其大幅成長，請中醫全聯會持續關注後續影響。

李副組長純馥

第 42-44 張投影片顯示無中醫師之鄉鎮已有減少，惟整體中醫師人力仍朝向醫療資源充沛區集中之趨勢，建議中醫全聯會就醫療資源分布，宜有適當之調控與管理策略。

何代表永成

中醫醫事人力之分布，向為本會著力重點。104 年將朝向再減少 5 個無中醫師之鄉鎮，而部分新設學士後中醫系將陸續有畢業生進入職場(如：義守大學 104 年有 45 位畢業生、慈濟大學再二年有畢業生..)，可望逐漸改善南、北區中醫師人力需求情形。

主席

如無其他意見，本報告案「洽悉」。

報告事項第三案『103年第3季中醫門診總額點值結算報告案』

主席

本報告案是否有提問事項？

羅代表永達

中醫保障項目為何？東區浮動點值比平均點值高是否受保障項目之影響？

主席

中醫保障項目依健保會附帶決議列入本次會議討論事項第一案進行討論，另中醫部門對於東區給予預算(先提撥一定比例)及點值(平均點值 1.2)之特殊保障，與西醫不同。如無其他提問，即確認 103 年第 3 季點值，並由本署進行後續點值公布等相關事宜。

報告事項第四案『104 年「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之推動及辦理情形。』

主席

請醫務管理組補充說明。

林科長寶鳳

本案於 103 年 11 月 6 日邀集各相關全聯會進行討論，復提案至 103 年 11 月 27 日共同擬訂會議進行報告，104 年 1 月經本署公告實施在案。目前中醫部門僅申辦 49 家，仍待宣導與推廣。

本方案主要係擴大與提高現行本署與院所間傳送資料之 VPN 網路頻寬與速度，目前醫事服務機構與健保署間須透過 VPN 網路傳送健保資料(如：IC 卡資料上傳、醫療費用申報、健保 IC 卡片更新、重大傷病申請、各種專案計畫資料收載及上傳)極多且資料量亦大，故本署希望擴大該網路頻寬，俾提升雙方資料傳遞速度與效率。

巫經理建興(中華電信)

如同林科長所言，健保署考量未來網路頻寬之應用與負荷極為繁重，故由中華電信配合規劃提供企業型與專業型二種方案，其與現行一般診所使用家用型方案服務內容有所差異，本方案規劃提供企業等級電路(企業型方案另提供安全管控後方能上網之優規上網服務)、頻寬較大、速率優規(有利雙向傳輸與查詢效率)、亦具點對點(診所至健保署)加密保護功能、提供 24 小時客服與及時之維修服務…等，故其費用較家用型為高。目前有部分診所反映申請企業型之後，原使用網路進行影像監控、遠端連線..等功能即無法使用情形，係因企業型方案基於資安考量，提供安全管控措施(可以由內連至外網，但不能由外網連進來)，相對提升網路內健保個別資料之安全性！此外，個別院所如考量自身網際網路已相當複雜，不希望變動時，可申請專業型方案(一條換一條)，該方案亦具加密設備之保護措施。

陳代表憲法

議程資料第 65 頁說明二.(一).2 對於 104 年補助基本月租費 50%(逐年遞減，至 107 年不再補助)，其中「107 年不再補助」，再對照議程資料第 67 頁該方案五支付標準之相關規定，是否表示 107 年網路月租費已無基本費之補助，全數回歸採指標獎勵(由保險人依指標達成項目最高二項)進行計算與補助？即當院所指標達成率為 100%時，則其網路月租費由健保署全額補助！若

是如此，院所裝設意願可能比較高。

另以本診所申請企業型方案之經驗來說，中華電信委由兩個不同單位分別施工佈線(一路資料加密 VPN FTTH 光纖，一路安全上網 FTTH 光纖)，第三次中華電信公司裝設安全上網及資料加密等設備，原先我們是擔心若 IP 改變，會影響院所現有作業模式，即使 IP 沒有變，仍需要電腦公司及中華電信配合設定，惟其整合及教育訓練不足致裝設人員毫無經驗(需要來多次且一團亂)，造成診所執行面很多困擾；此外，企業型方案確實如巫經理所言，裝置後原透過手機監視、分享…等功能無法執行，故實務上診所仍須要一般網路，在費用部分除原先家庭型月租費之外，又要多負擔企業型之月租費(7000 多元)，去年是由院所先付錢至年底才補助，今年健保署已修正為按季補助，對院所較為合理。

林科長寶鳳

103 年本方案是 100%視績效指標達成比例提供獎勵，但院所參與並不高，為提高參與意願，104 年修訂方案內容，增列基本費之補助(惟採年度遞減方式處理)，如議程資料第 67 頁第五點內容，即 104 年基本費補助 50%，另 50%按指標獎勵達成比例計算；105 年基本費補助 30%，另 70%按指標獎勵達成比例計算；106 年基本費補助 20%，另 80%按指標獎勵達成比例計算；107 年則無基本補助金額，100%按指標獎勵達成比例計算。因此，愈早參與本方案，基本費之補助比例愈高！

在診所適用指標獎勵(議程資料第 74 頁)計四項指標，各指標權重為 50%(總權重 200%)，其中保險人會依個別院所指標達成項目最高二項計算，支付權重最高為 100%。

主席

林科長說明部分與陳代表是一致的！

陳代表福展

記得前一、二年趙天麟委員邀請衛福部部長來高雄座談，我提到診所為健保相關業務須設置二條網路(一條 VPN 上傳健保資料、另一條為上網做醫事人力異動..)，建議可將二者合而為一，當時與會官員回應「試試看」，故我看到本案十分敬佩長官的積極態度，但看到費用卻非常驚訝！現行一般用網路 300M 約 1200 元，使用個人手機便可以聯接至診所的監視系統，診所與外界(網際網路)亦可互通，十分方便；而新方案雖可加辦連至外界的網路但

為了防止機密外露...等功能，而無法從外界連入診所內。但醫師看診時很少會有上網及其它需求，故整體實用性偏低，而且費用非常高，高十數倍，並不值得推廣亦十分浪費，另現行 VPN 的價格也因新方案而同步漲了將近十倍，雖然健保署有補助但亦需為民眾省錢，將錢用在刀口上，所以建議將現有 VPN（屬健保專屬網路，資料非常安全）之頻寬擴大，並將全球資訊網之相關業務納入 VPN 一起整合，比較務實！健保費既屬全民共同繳納，應支用至其他更需要的地方，才有意義。

資訊組張齡芝

據我瞭解院所對本方案之最大疑慮為「費用太高」！以一般 Internet 之 ADSL 與 VPN 之 ADSL，同樣 Mega 數(含上、下行)，在價格上就有很大差異，因為 VPN 之 ADSL 屬於私有網域，在資訊安全保護層面會大幅提升！實際上本方案如同陳代表的建議，是在 VPN 之 ADSL 上加大頻寬，並考慮院所對頻寬有不同層次之需求，進而規劃企業型或專業型及不同 Mega 數，以提供院所多種選擇；本組評估中醫院所未來雖需要查詢藥歷檔，但較少傳送大檔案之審查資料(如：X 光片..)，若申請專業型光纖之方案(月租費 2178 元)，應已足夠；惟如申請企業型光纖方案，依目前中華電信規劃已包含一般 Internet 上網費用。整體來說，除中華電信提供優惠與特殊服務，本方案具多元之速率選擇及月租費之補助，建議院所多予參與。

主席

院所若申請專業型方案，其月租費可以取代原申請之一般 Internate 之 ADSL 費用？或須予外加？支援報備是向衛生局(非本 VPN 系統)，院所也須要申請一般 Internet 的網路系統？

巫經理建興(中華電信)

目前院所若申請專業型，其 VPN 並未包含 internet 之功能，現行診所應用 internet 所做的事情五花八門，十分複雜，實務上 VPN 增加頻寬後，尚無法取代現行 internet 之需求。

陳代表福展

我個人診所亦申請了兩條線網路線一條 Internet 2M (每月約 200 元)，及一條健保 VPN 網路 2M (每月亦約 200 元)，頻寬再升級只需花個一、二百元就真的很夠用啦！實在不需要再花這種錢，太浪費了，我個人十分反對。

巫經理建興(中華電信)

陳代表是以一般家用上網電路之費用做為例子，剛剛資訊組已說明，由於本方案一下提升至企業等級使用之電路，價格差異較大，若將二者費用或僅以速率進行比較，實有失公平；現行院所常用 4M/128K-ADSL 每月約也需數百元。雖然大家都統稱「電路」，但因應個別因素之設計(收容量、QoS 管理..等)會產生很大差異，否則，如何因應國內大型企業機構之個別需求呢？若大家只是單純將 Mega 數除以單價進行二者比較，實非合理！

羅代表永達

醫院部門也如同陳代表一樣對「價格」有所疑問！家庭用 4M 不過 200-300 元，本方案確實高出太多，剛剛巫經理已說明係因專業設計(如：柏油路、石子路、專業跑道..)故須較高費用，或許我們不懂這些專業，但健保署基於政策推動單位，應該派專人確實瞭解每一細節(包括價格合理性、僅單一廠商可以做?)；此外，陳代表也提到，中華電信承接這個市場，其人員教育訓練是否確實(到院所須執行很多次)?目前中華電信有專門之窗口但並無專門之團隊，致每個工程人員都不懂醫療系統，而且材料之管理又分屬不同單位，造成 A 單位出了問題(如：缺少某些材料)就說是 B 單位負責...，診所要面對中華電信的多頭單位，實在不勝其擾，更何況醫院的作業更為複雜，配合的過程(就算一條電路)常需要全院停工啊！因此，我在此慎重拜託巫經理成立專責整合團隊(不是成立單一窗口而已)，充分瞭解醫界資訊系統及提供工作人員完整的教育訓練，整體協調人員與物料，才能儘速解決業務面配合的問題。

主席

目前醫界反映除「價格」外還有「服務品質與效率」等二項，請本署資訊組攜回再與中華電信討論與研究，並朝向價格合理及好的服務品質努力。

李代表永振

本案是健保會極為關注的議題(干委員亦常常提起)！目前聽起來在規劃者、執行者與使用者三方之認知都不同，我認為本方案討論時三方均應參與，且應先找出關鍵問題及困難優先解決，方利未來推動與宣導。另健保會同意編列此筆預算，不料陳代表卻認為「不合適」，如果本案確屬未來所需，仍宜先解決關鍵問題，否則有預算卻無人想使用，也是十分不妥！

資訊組陳秀蘭

目前代表質疑價格的問題，我從下列因素跟大家再次說明。首先，因為 VPN 為私有網域(侷限於醫療院所與 HIS 廠商，並具備一定程度之保護措施)

與 Internet 網路(大家使用，保護度較低)在 User 端及服務層面並不相同；其次，據我瞭解之前約 90%的醫療院所多申請最低頻寬 ADSL 之線路(每月約 200 多元)，惟本方案係提供光纖之線路，二者並不相同；此外，本方案在價格上，係以中華電信原價再打四四折洽定價格外，再由中華電信額外提供許多優惠措施(如：加密設備..)。目前醫療院所使用 VPN 上 Internet 之線路是由健保署提供，惟礙於本署經費有限頻寬不大，致多數醫療院所同時上線，常造成作業緩慢，故中華電信對於企業級光纖線路外，額外提供一條 Internate 的線路來解決上網的問題，但該條線路考量資安問題，只能由院所端出去，但不能由外面連線進來。至於診所原已習慣使用之 Internet 線路，因應個別診所有許多五花八門須由外面連線進來之功能(如：監視...)，故提出專業型方案(不額外提供一條 Internet 的線路)，由前述欲使用原 Internet 線路之診所申請。

主席

本署資訊組與中華電信已說明方案內容與差異，但與會代表仍反映價格與服務品質與效率不佳等問題，方才李代表亦提出三方參與及找出關鍵問題之重要性。本署責由資訊組(含中華電信)、醫務管理組(做為院所端媒介)、診所代表等，共同研究與討論較符合診所需求之合理線路方案(頻寬很寬但診所使用不多則屬浪費)，再予適時修正。本案討論至此，各位代表意見，由本署相關業務單位攜回仔細研議，日後若有相關修正，再回本會議報告。

報告事項第五案『鼓勵民眾下載全民健康保險「健康存摺」即時取得最近一年就醫資訊，做好自我健康管理，共同擲節醫療資源』。

主席

請業務單位補充說明。

龐代表一鳴

本報告事項為宣導案。本署前已與許多企業、機構、單位等共同合作，今日會議特別拜託中醫代表向會員宣導，目前保險對象可透過健康存摺取得就醫資訊，未來該存摺除健保資料外，亦將結合 CDC 之防疫資料、預防保健、健康檢查..等個人健康資料之彙總，請大家幫忙推廣！

黃代表蘭瑛

本案可否請健保署提供 DM 單張予院所？

李代表永振

本案建議鎖定目標市場，即今年以自然人憑證報稅者優先進行宣導！考量健康存摺有工具限制(電腦)，而許多需要此功能的長者，須過子女協助處理，中間還是存在一些差距，建議健保署再思考如何協助這些長者多加利用。

龐代表一鳴

我們係採多元管道來進行，因為今日是醫界的會議，特別請醫界幫忙。

黃代表怡超

我是中醫藥司司長，因衛福部部務會議時間常與本會撞期，無法常常出席，特致歉意。另之前羅代表詢及醫院具中醫診療科別之家數，98年-102年約80家，102年有97家，其中中醫師人數達十人以者約20家。

主席

黃司長是補充羅代表之問題，下次本署還是要提出報告！本案建議各位醫師也能以自然人憑證下載自身健康存摺資料，未來可鼓勵有需要之就醫病人下載個人醫療資訊。若無其他提問，則本案洽悉。

討論事項第一案『衛生福利部全民健康保險會第 1 屆 103 年第 12 次委員會議附帶決議略以：「對於需保障或鼓勵之醫療服務以支付標準處理，現行之點值等保障方式，久而久之恐將使結構失衡」案』

主席

本討論案為健保會之附帶決議，希望各總額部門在今年六月底前就一般服務之保障項目進行討論，以免長期以保障點值之方式恐將使結構失衡。目前中醫總額一般服務有藥品、藥品調劑費、醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件等三項採每點一元支付，其中藥品調劑費僅醫院、中醫及透析部門列為一點一元，西醫基層及牙醫並未列入保障。請大家表達意見！

劉科長林義

我以投影片再補充說明，103 年中醫申報約 228 億點，保障項目約有 77.45 億點(佔 33.83%)，其中藥品約 76 億點(佔 32.76%)，藥品調劑費約 1.5 億點(佔 0.67%)、醫缺論量計酬約 1 億點(佔 0.4%)。

何代表永成

中醫對於醫師親自調劑者支付藥品調劑費 10 點，若為藥師調劑則為 20 點，實不敷成本，未來若不予保障，則該診療項目之支付點數勢將調整。另考量近年來中藥飆漲，中藥每日支付 30 元，早已不敷成本，若未予保障，恐使中醫院所經營更加困難，故建議維持上次會議之結論。

林代表文德

西醫基層與牙醫之藥品調劑費多屬藥局之收入，對西醫與牙醫診所之收入，較無影響，但中醫雖由診所自行調劑，但申報很少，因此即便未予保障，對中醫整體影響亦不大！

羅代表永達

中藥占中醫保障項目點數約 99%，何理事長也提到中藥其實已不敷成本(利潤很低)，而藥品依據健保法規定，較無討論空間！因為保障項目是使用一般服務部門的預算，會造成其他項目之排擠效應。昨日透析會議已決議藥品調劑費將不列入保障項目，由於中醫藥品調劑費申報極少，影響並不大。

何代表永成

藥品調劑費部分，雖然影響不大，但為周全起見，建議由中醫全聯會交付中執會再詳細討論，再提下次會議報告。

李代表永振

本案前於 103 年 11 月經本會決議提送健保會，經 103 年 12 月份受各部門總額對於保障事項之決議，除非如何代表所言之特殊理由，否則原內容再提送健保會，可能還是有些疑義！

何代表永成

我個人有參與上次健保會之討論，故我十分瞭解。目前藥品及醫療資源不足地區之論量計酬有其特殊背景，建議仍列入保障項目，至於藥品調劑費部分，對中醫診所影響極微，但對中醫醫院等聘有藥師調劑(支付 20 點)則影響較大，因此，我認為宜由中醫全聯會再次討論，以凝聚內部共識。

主席

昨日透析部門已決議將藥品調劑費排除保障項目，即以浮動點值計算。惟醫院之透析代表亦提出，醫院內跨部門預算之藥師服務，如僅就部分(如：透析案件..)服務之藥品調劑費不予保障，並不合理，故就藥品調劑費部分，建議宜有一致之規定。若以中醫調劑費來看，申報占率極小(0.67%)，即使不予保障，對點值影響可能在 0.000 以下，影響極小。由於本案有時間壓力，藥品及醫療資源不足地區之論量計酬項目，有其法規限制與政策鼓勵因素，維持上次會議之決議(屬保障項目)，惟藥品調劑費考量各部門之一致性，建議改以浮動點值計算(不納入保障項目)，惟其對點值影響，由業務單位試算提下次會議(5 月份)報告後確認；同時間，中醫全聯會亦可召開會議進行溝通與討論。

討論事項第二案『建請修改針傷科 2-6 次療程，回歸到原始看診醫師案』

主席

本案請中醫師公會再進一步說明。

何代表永成

本案雖曾於 103 年 5 月提案討論並決議，惟部分分會認為仍應基於核實申報之理念，即便療程服務，亦應回歸登載個別執行醫師之身分證字號，若醫院有其困難，是否可由中醫診所執行之可行性？請高屏區陳代表福展再做說明。

陳代表福展

我們強調針傷科 2-6 次療程應回歸原看診醫師而非第一次看診醫師，是基於健保歷來均強調如實申報之重要性，非甲醫師做而申報甲醫師者為虛報或浮報，目前我們常會聽到中醫師反映前述治療者與申報端不符的事情，健保現行的規定，對我們造成很多困擾！另外，每日上傳 IC 卡的健保資料、病歷資料，與月底申報資料不同(依健保規定再透過電腦與資訊廠商彙總處理申報)，這種不是如實申報的事情，是否會涉及違法的問題？健保規定使我們在不知不覺之中就已違法了！對於申報費用正確性而言，如 A 醫師看診某患者第一次，B 醫師看診 2-6 次，但申報面是 A 醫師看診 6 次，A 醫師申報治療費用 1260 點(210×6 次)，B 醫師 0 點，尚未談到診察費、藥費..等費用計算之複雜度，如果再加上合理門診量(針傷科療程須要列入門診量之計算)的影響，申報資料與實際執行間費用點數之差異，可想而知！個別診所僅多寡不同而已；此外，對於醫師聲譽之影響也非同小可(醫師出國期間，依舊以該醫師名字申報，不清楚健保規定者會認為該醫師在虛報)。綜上，我誠心的建議，希望回歸真實狀況來申報比較合理！

主席

本案曾於去年 5 月份提會討論，當時係醫院代表有意見，今日醫院代表是否有意見？

羅代表永達

不曉得全聯會這兒是否有醫院中醫科主任的聯絡方式？我目前對於醫院中醫科之申報方式還在瞭解之中，前任潘代表(任職長庚醫院)提到醫院若要配合修改電腦流程、人力設備..等，十分繁雜且花費頗大，建議暫緩！中醫

全聯會是打算要分開處理？若能分開處理，醫院就無意見。若仍須一起處理，以我新任尚未瞭解整體醫院情況及共識之下，實無法代替醫院(長庚醫院)回答！

陳代表福展

多數醫院的中醫部大都使用中醫看診軟體系統，與一般西醫申報系統可能不太相同，至於長庚醫院是否有自行開發，我並不確定。

羅代表永達

醫院資訊室以「申報」為中心，即依據健保規定進行申報作業，以避免若申報錯誤時之權責無法劃分！西醫復健科也有相同療程之問題，而中醫科醫師門診時間不似診所密集，病人就醫時段又非原看診醫師，此時看診醫師是提供針灸服務後之申報問題，其實是一樣的(可能更加嚴重)，但本案對醫院資訊面的影響層度為何？以前屆潘代表的敘述看起來醫院「有很大的問題」，因此我建議中醫全聯會可以同步徵詢醫院中醫科的意見，由全聯會內部自己討論共識即可！

主席

如實申報是非常重要的事情，西醫復健療程第一次由醫師看診，但 2-6 次由治療師執行(療程中亦允許由不同治療師處理)，治療人員 ID 如何申報，請業務單位再補充說明。

林科長淑範

西醫復健治療不論物理、職能或語言治療，其醫令申報須帶出執行人員之 ID(如：療程中有 3 個治療人員各做二次，則醫令端之前述 ID 應出現三筆，各為 2 次)。

主席

現行西醫復健醫令的申報方式，與陳代表之訴求是一致的。

羅代表永達

我充分瞭解剛剛各位先進及主席說明的情況，我個人的醫院確實是如此申報，我個人雖不反對，但無法代表醫院都沒問題(如：長庚)，何況以長庚如此優秀的資訊單位，潘代表都有一些質疑，為慎重起見，還是建議中醫全聯會再徵詢具中醫科醫院之意見與共識，若中醫內部已達成執行面之共識，我們都會予以尊重！

主席

請問何理事長與陳代表今日提案應已徵得公會會員(含醫院與診所服務)

之同意？上次會議潘代表持反對意見，全聯會是否曾瞭解問題並進行溝通？

何代表永成

潘代表講的應該是指西醫申報的問題，中醫為獨立系統。

主席

西醫療程申報醫令登載執行醫事人員 ID 問題，剛剛林科長已澄清，與貴會主張是一致的！

羅代表永達

即便長庚中醫部也是全聯會之會員，由中醫全聯會去溝通解釋較為合適！

主席

健保署的立場認為如實申報(醫令端登載該執行者之 ID)之方向是正確的，也支持該修正事項。各位代表有無其他意見？

程視察千花(中區)

聽起來高屏陳主委，好像對於現行療程病人以一筆明細清單申報，建議改依執行醫師分別申報費用(如:當筆醫令包含六次針傷項目，由 4 位診治醫師處置，則申報為 4 筆明細清單)，因現行醫令清單欄位，已有各執行醫事人員之代號，所以陳主委訴求重點應是在明細清單，而不是醫令。另若於明細資料拆分，可能會導致就醫次數大幅增加？我以目前中醫之申報方式舉例，明細資料一筆，但該明細之醫令端(P16)清楚申報不同執行者之 ID，並沒有問題。中區在申報執行面(明細資料)也遇到醫師出國的問題，此時，我們就會看醫令端或院所病歷來還原！與主席講的是一致的。如果要自明細拆分，確實會有醫院潘代表擔心的問題。

林科長淑範

我再次請教全聯會本提案於執行面之建議為何？我們從實際作業面來看，中醫一次療程服務雖由不同醫師執行，但明細清單是申報一筆案件，醫令則可按不同執行醫師之 ID 拆開申報，故並無就醫次數(明細清單)大幅膨脹的問題，未來門診合理量之計算，將由現行自明細清單擷取計算之邏輯，改由醫令端執行醫師申報次數來計算合理量。

主席

健保署的建議在清單部分還是一筆，所以診次是不會增加的！

程視察千花(中區)

我們原擔心就醫診次膨脹的問題應該不會發生。但之前潘代表提到醫院

整體性的問題及是否會造成醫院因申報改變，而致人事成本的大幅增加，可能還須深入瞭解！

羅代表永達

我誠心建議本案暫緩或由中醫全聯會行文至具中醫科醫院徵詢，同時間，醫院協會可再透過自己管道問問醫院的意見，雙管齊下再來討論。另醫院中醫科申報點數占整體中醫點數占率應有一定程度，而本會之中醫代表，居然少有醫院中醫部門參與，令我十分不解。因此，在未全面瞭解醫院中醫科意見下，實不宜逕予決定，反正本案自去年 5 月迄今，也快滿一年，建議本案由中醫全聯會詢問醫院中醫科會員意見，在下次會議(屆滿一年)再來討論！

林代表文德

復健療程須在同一院所或可跨院所執行？若在同一診所執行，申報一次案件自無就醫次數膨脹問題；中醫療程是否限制在同一院所？

張代表瑞麟

我是代理呂祐吉代表，本身任職於中醫醫院(大同醫院)。中醫服務如要回歸個別醫師申報勢將增加醫療費用(不同醫師看診應支付診察費)，現行中醫提供針傷科之醫療服務，均須由中醫師親自執行，因為親自執行即便療程亦應支付診察費。與西醫復健療程支付診察費醫師第一次診察費，但第 2-6 次由治療人員(非醫師)執行，二者具很大差異。建議中醫療程內若由不同中醫師執行，前述醫師均應個別支付診察費，不能只支付第 1 次診察費醫師之診察費，第 2-6 次要院所自行吸收。醫院在醫令申報前，均要求個別執行醫師之印章要蓋的清清楚楚，無偽造的問題！因此我認為原案並沒有不好，但要改也可以，惟前提須支付診察費，才符公平正義之原則，否則就是把我們當成廉價勞工。如果病患之前看 A 醫師做針灸傷科，今日換 B 醫師做，B 醫師可以拒絕做「廉價勞工」，但健保也規定我們不能拒絕患者！

主席

張代表與陳代表訴求是二件事！陳代表訴求的是同一療程，雖由 A 醫師換至 B 醫師，但未重新診察(循原方式或部位繼續處理)；但張代表訴求的是，前醫師之療程未結束，第二位醫師要重啟療程。二位代表講的都對，但確為二件不同的事情，故我請教何代表，今日 貴會提案要講那件事情？

何代表永成

主席講的「前醫師之療程未結束，第二位醫師要重啟療程」之情形，在

中醫管控之下較難發生。

張代表瑞麟

何理事長講的是「理」，即大家達成共識不這麼做；但我講的是「法」。我認為中醫原療程之申報本就無問題，上傳醫令與執行醫師也清清楚楚，只不過合併申請一次診察費，故無偽造文書之疑問！目前是中醫內部大家各自解釋不同。

主席

請教何理事長，今日 貴會到底要不要提案？如要提案，是以那一案為主？

何代表永成

以議程資料為主。

主席

張代表瑞麟訴求的情況，今日暫不討論。回到原議程內容，原則上大家都不反對如實申報是正確的方向，但目前醫院可能有技術困難，本會醫院代表傾向保留，希望中醫全聯會能徵詢醫院中醫科之意見，瞭解其執行面之困難點與可行方案。

何代表永成

就我目前瞭解中醫診所是沒有問題！我本來請張代表答復醫院有無問題，沒想到張代表又提出另一個問題。

龐代表一鳴

許多醫院之中醫師只有一位，而一家中醫診所可能有多位中醫師，故我認為本問題不能以醫院或診所加以區分，而應以多醫師或單一醫師及醫院診所流程問題來看。本案為妥善起見，建議依主席剛剛之說明，即健保署原則同意中醫療程案件須於醫令端申報執行醫事人員 ID，惟請中醫師公會全國聯合會徵詢中醫數較多之醫院，其申報流程是否有所困難，確定無執行困難，則發文予健保署辦理後續資訊修改事宜，若有困難再行開會討論。

主席

如龐代表所講，健保署原則同意，如醫院技術執行面沒有問題，本案即算通過；若技術執行面有問題，再來討論。

羅代表永達

我強調本案為「原則通過」，接下來仍須評估技術執行面困難度，不能以此次結論，就強迫醫院接受與改變！故拜託何理事再多加瞭解醫院面的困難

度，若確有難以執行的問題，應提到本會再行討論；若無執行面問題，就不須再討論！

林科長淑範

我要再強調一次，現行申報規定對於醫令之執行醫事人員代號屬非必要欄位(表示院所可以選擇是否申報執行醫事人員 ID)，本案中醫如獲共識，未來中醫門診療程案件之醫令均須申報執行醫事人員 ID。

主席

本案原則通過(中醫門診療程案件於醫令端申報執行醫事人員 ID)，惟請中醫師公會全國聯合會再徵詢醫院技術執行面之困難度，若有執行困難，須於下次會議召開前行文健保署，否則本案即予通過。有無臨時動議，若無臨時動議，即散會。