

「中醫門診總額研商議事會議」104年第1次臨時會 會議紀錄

時間：104年12月17日下午2時

地點：中央健康保險署9樓第1會議室(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	曹代表永昌	曹永昌
朱代表日僑	朱日僑	陳代表志超	陳志超
江代表瑞庭	江瑞庭	陳代表俊明	陳俊明
何代表永成	何永成	陳代表瑞瑛	請假
何代表紹彰	何紹彰	陳代表福展	陳福展
呂代表祐吉	呂祐吉	陳代表憲法	施純全 ^(代)
巫代表雲光	巫雲光	賀代表慕竹	請假
李代表永振	李永振	黃代表怡超	請假
李代表豐裕	李豐裕	黃代表偉堯	請假
李代表政賢	徐昌基 ^(代)	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	趙代表銘圓	趙銘圓
張代表廷堅	張廷堅	羅代表永達	請假
張代表景堯	張景堯	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	黃英傑、胡文龍、呂世明、 凌誌遠、王逸年、賴宛而
本署臺北業務組	馮震華、賴美雪

本署北區業務組	邱希芸
本署中區業務組	林淑惠
本署南區業務組	郭碧雲
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、郎淑琮、薛琬貞、 賴貞穗
本署資訊組	姜義國
本署企劃組	何恭政
本署醫務管理組	李純馥、林淑範、陳真慧 張溫溫、張美玲、劉林義、 楊秀文、吳柏彥、廖敏欣、 吳明純、李宜珊、鄭正義
本署查處小組	請假

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「105 年度全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」(草案)

決議：

一、 不予核發指標「年平均核減率」由「95 百分位」調整為「90 百分位」。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「105 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」及「105 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施行區域一覽表」條文修訂案

第五案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：建請 貴署協助處理中醫保險醫事服務機構及醫事人員於 VPN 登錄產生問題乙案

決議：

- 一、 同意 VPN 收案登錄取消事前勾稽，採事後檢核。
- 二、 檢核結果如確認不符支付標準規範者，將追扣全部費用。

第六案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」修訂案

決議：修正重點如下：

- 一、 新增脊髓損傷評估與支付點數，並將適用範圍從診斷日起 3 個月放寬至 6 個月，並新增評估項目 ASIA score 與巴氏量表，支付點數 1000 點。
- 二、 新增腫瘤住院患者之一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版)，另刪除中醫體質量表及癌症患者生命質量測定量表(EORTC QLQ-C30)。
- 三、 試辦院所需於健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，並填報各項量表，於收案後三日內及出院前各執行一次。
- 四、 計畫涉及支付標準之增修訂，由本署依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理後續事宜。

第七案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：新增「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫(草案)」

決議：計畫重點如下：

- 一、 照護對象：
 - (一) 西醫確診為乳癌、肝癌併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)治療期間之患者。
 - (二) 住院接受手術或放化療個案，若於住院期間，經「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」之收案對象，出院改門診繼續接受放化療(含標靶治療)者。

二、支付方式：

- (一) 「乳癌、肝癌門診加強照護費」內含診察費、口服藥，依藥費給付天數不同分為 700(7 天)、1,050(14 天)、1,400(21 天)、1,750(28 天)點。
- (二) 「疾病管理照護費」內含中醫護理衛教及營養飲食指導，限 3 個月申報 1 次，每次 300 點。
- (三) 「生理評估費」限 3 個月申報 1 次，每次 1,000 點
- (四) 「癌症針灸或傷科治療處置費」每月申報上限為 12 次，每次 400 點，超出部分支付點數以零計。

三、計畫涉及支付標準之增修訂，由本署依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理後續事宜。

第八案 提案單位：中醫師公會全聯會

案由：新增「全民健康保險中醫門診總額學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫(草案)

決議：本案保留，提下次會議討論。

第九案 提案單位：中醫師公會全聯會

案由：「中醫支付標準」修訂案

決議：

一、修訂重點如下：

- (一) 第四部第九章特定疾病門診加強照護通則一、個案適用範圍，小兒氣喘疾病及小兒腦性麻痺疾病門診加強照護之年齡，由「十二歲(含)以下」修訂為「未滿十三歲患者」。
- (二) 每日藥費由 30 元調整為 31 元。
- (三) 修正診察費合理量計算公式(刪除針灸，傷科及脫臼整復同療程第 2 次以後就醫併入每日門診量計算之規定)。
- (四) 中醫醫療院所每位專任中醫師每月看診日平均門診量第一階段人數由 25 人次提高至 30 人次。

二、本案涉及支付標準之增修訂，由本署依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理後續事宜。

臨時報告案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「105年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫」修正草案

決定：計畫內容洽悉，另辦理後續報部及公告事宜。

伍、散會：下午6時10分

陸、與會人員發言摘要詳附件

※附件-與會人員發言摘要

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「105 年度全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」(草案)

主席

品質保證保留款這次修正內容為年份、經費來源以及核減率部分，屬不予核發指標從 95 百分位下修至 90 百分位趨嚴，超過 90 百分位就不核發品保款，也符合健保會的期待，請問代表有無意見？

王代表惠玄

請問第 3 條第 2 項預算來源的部分，為什麼要更改寫法，從 2100 萬元改成 22 百萬元？還有第 9 條「中醫同院所同患者同月就診 8 次以上比例」超過 90 百分位，醫學中心如果再細分為中醫內科、傷科等等，是不是很有可能超過 1 個月 8 次？是否有機會在委員會中作分布報告？

張專委溫溫

這個指標是超過 8 次的 90 百分位，並不是只要有超過 8 次紀錄的院所就不符合資格。

主席

預算來源用原來的寫法表示，另外未必有設中醫的醫院會落到本指標項目中。

龐代表一鳴

醫學中心評鑑項目不包括中醫。

王代表惠玄

我的重點不是醫學中心或評鑑；考量民眾就醫習慣如果是在比較大規模，設有許多中醫次專科的醫療院所就醫，列入這個指標是否相對限制民眾就醫的選擇，間接造成就醫不方便？

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

針傷療程超過 6 次才會計算 1 次就診次數，超過 14 次會列入不予支付指標，這邊的標準是 8 次，也就是監控同月份 8-14 次的申報情形作品質指標；另考量特別情形指標採減計 20% 計算，應該不造成排擠醫院層級；過去核發品保款的經驗也只有台北市立聯合醫院合併 8 家分院申報會受影響，其他的都是中醫基層院所。

李代表永振

確認一下預算來源部分，健保會已經是第二屆了；另外預算來源的兩項寫法看起來怪怪的，是否需要修正？

主席

預算來源內容兩段修正寫法後，本案除修正核減率百分比外，文字、年度修正內容通過。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「105 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」及「105 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施行區域一覽表」條文修訂案

主席

請就議程第 9 頁修正部分提供說明。

詹代表永兆

施行地區因當地中醫師退出新增 3 個無中醫鄉施行地區，因有中醫師進駐開業從施行地區刪除 6 個點。

張科長美玲

補充：澎湖白沙鄉屬二級已有獎勵開業，單獨列入吉貝村尚無開業，單獨列出來。

林代表文德

請問這次新增的無中醫鄉開業院所或是歇業的原開業院所辦理情形如何？無中醫鄉經中醫進駐開業後，是否確實回應當地就醫需求，足以支撐 1 家中醫診所；還是即使醫師進駐開業，居民還是跑到區外就醫，導致醫師進駐後歇業？如果後者常常發生，每年無中醫鄉名單不斷變動，是否需要建立明確的通則，讓資源發揮到最大的效益。

詹代表永兆

新開業的 6 個鄉鎮是全聯會輔導開業進駐的，中醫師退出的 3 鄉鎮除了本身為醫療資源缺乏以外，另外原因醫師年紀大想退休或診所經營不善想離開；今年算比較特別，有 3 家中醫院所退出執業點，每年預計無中醫鄉鎮可以穩定減少，每年減少 5 個。

主席

林代表意思是說要鼓勵開業的地區也要是適合開業的地區，不要浮濫地鼓勵，增加執業後歇業失敗的機率。也希望開業地點不要異動太頻繁，有機會成功的地方再鼓勵。

詹代表永兆

經過全聯會輔導進駐開業的 11 家診所已經至少進入第 3 年，目前運作的狀況已經穩定了；另外進駐的幾乎都是年輕醫師，不用擔心退休養老的問題；現在執業醫師歇業的 6 鄉鎮是因為退休歇業，把這些鄉鎮重新開放給年輕人機會。

主席

這部分麻煩全聯會再注意，接下來第 11 頁。

張科長美玲

第 11 頁申請及審查程序部分本來想改成申請文件同時送全聯會與分區業務組以縮短時程，早上牙醫醫療資源缺乏計畫時有討論到決議不修正，這邊也希望不修正，回歸原條文。

詹代表永兆

第 12 頁七、(一)5. 部分，將審查結果通知申請者並副知中醫全聯會與該會知中醫門診醫療服務審查執行會等等，「知」屬「之」的筆誤請修正；另 7. 為將條文修正更完善，補足還本計畫來不及公告前院所可持續執行巡迴醫療服務的文字。

主席

各位代表若無特殊意見，修正內容通過。接下來議程第 21 頁。

張科長美玲

第 21 頁獎勵開業服務計畫獎勵標準部分，與西醫及牙醫醫缺分級一致，一律改成 3 級：導入較容易區保障額度 30 萬、導入一般區保障

35 萬，導入困難區每月額度 40 萬；只有更改等級順序，內容及額度均無變更。第 22 頁調整獎勵開業管理原則，開業滿兩年未達保障額度 50%者核付比例由 70%降為 60%，在會前會中已有共識。備註中考量春節開診天數較低，為保障院所權益，比照牙醫醫不足方案部分調整管控額度之百分比。

主席

管理原則趨嚴，希望執業院所在當地生根，各位代表無意見則以上內容修正通過。

張科長美玲

第 25 頁巡迴論次費用，原本分為一級、二級偏遠；山地、一至三級離島等 6 等級；支付點數幅度從 3000 到 13200 點；這邊比照開業分級原則，三等級從醫療資源導入較容易的 3000 點、一般的 8800 點包含原二級偏遠 5000 點與山地 8800 點，至導入困難的 13200 點(含原一級離島 11000、二級離島 12100、三級離島 13200 點)。

主席

實質上等於提高支付點數誘因，包含相對不艱困地區也雨露均霑了。

詹代表永兆

澎湖湖西鄉從一級離島降級到新制的第二級，因到達該地相對容易；只有這個地區被降級。所有鄉鎮分級情形請參考第 35 頁施行區域一覽表，大致分為 A、B、C 三級，離島除湖西鄉被降級之外其他都在 C 級。

主席

分為 A、B、C 三級，原來屬二級偏遠的地區相對提高給付跟山地一樣。

詹代表永兆

二級偏遠確實很困難，例如屏東縣滿州鄉，單程開車要一個多小時才能到，本來就比較辛苦。

主席

嘉義大埔鄉、屏東滿州鄉、花蓮豐濱鄉與台東大武鄉，巡迴論次費

用等級都提升到山地鄉水準，提高至山地鄉巡迴誘因。

林代表文德

想請問分級部分：各部門總額都統一分三級嗎？

主席

考量醫師分布情形不同，雖然都分三級但是內容不太一樣。

林代表文德

交通聽起來是重要考量因素，如果當地已有醫師執業則交通不是問題；若該鄉鎮無中醫執業，需鄰近鄉鎮中醫師支援，交通變成很重要的考量因素，反而當地人口比不是最重要的因素了。

主席

西醫最大不同是 IDS 鄉鎮不列入醫缺範圍，西醫醫療資源缺乏區域相對距離上比較具可近性；牙醫、中醫的醫療資源缺乏地區就有離島跟山地鄉。

林代表文德

我想表達的是有些鄉鎮看似偏遠，其實有快速道路交通方便；如果支援巡迴點就在快速道路鄰近點，地理距離可能就不是惟一考量；希望未來三個總額考慮用相同原則處理。

主席

業務單位是否有回應？

張科長美玲

明年處理醫療資源不足地區也朝向慢慢形成共識並試行，希望同一駐點同時提供三總額部門的醫療服務。

主席

評核會議上有老師建議同鄉鎮各項醫別服務可以作整合，包括提供巡迴醫療服務地點與時間，避免民眾記錯時間或地點等等；現在林代表提到的區域也列入整合，接近市區的鄉鎮是否列入等。

龐代表一鳴

回應林老師的意見：例如石碇區，靠近國道 5 號休息站或是接近水庫那邊交通方便程度天差地遠，如果我們鼓勵後醫師在下交流道處開

診，對水庫區的民眾來說一樣不方便；當然現在分級方式有點粗略，分級要更細緻就要花更多時間去研究。

王代表惠玄

補充一下：希望健保署可以建立共通原則來認定醫療資源不足地區，面向可以包括交通、人口分布位置、中西牙醫同時適用；供給部分可以跟各總額醫事團體協商，依據供給情形不一，鄉鎮名單可以有個別調整；減少一些行政作業；另外同一鄉鎮內有交通方便區與僻遠區的差別，相信在審核執業點/巡迴點申請時就可以把關，避免偏遠民眾需求未獲滿足之情形。

另外這個方案將鄉鎮分為三級，內容似乎沒有界定分級的原則與標準，直接跳入附件一的重點，是否可以將施行區域的認定原則直接補入方案四、施行區域裡？另外施行區域中每年公告 1 次就不更動還是授權行政機關以行政命令方式處理，也希望一併釐清。

巫代表雲光

施行區域裡澎湖湖西鄉怎麼看都是準離島，被列到 B 級區域似乎說不過去。另外過去 8 年來執行院所都是由屏東縣醫師前往支援，支援巡迴院所要花單程 4 小時以上的時間，可以恢復原本的離島 C 級嗎？

龐代表一鳴

為什麼支援院所不考慮從馬公區前往支援？

吳科員柏彥

湖西鄉在馬公市(澎湖本島)。

主席

醫師從本島過去馬公離島後再過去湖西屬離島中的離島，如果是從屏東過去湖西鄉似乎不降級比較好。請問當時的考量為何？

詹代表永兆

今年健保署把中西牙醫一致化才將 5 分級降為 3 分級，可能湖西鄉看似鄰近才降級，也許是預算控制考量，若單純考量地點還是應該列在同屬離島的 C 等級。

主席

請醫管組說明分級變動原因。另外分級變動比照支付點數較高的分級調整，會花更多錢嗎？

張科長美玲

分級變動真的是希望西中牙醫分級能統一，今年第一次變更；三個總額施行區域除了中牙醫同無 IDS 鄉鎮外，施行區域還是略有不同；新的分級方式我們算過會多支出 148 萬元。把湖西鄉分級降到 B 級是考慮到從馬公過去相對方便之故。

龐代表一鳴

相對台灣湖西是離島，西嶼是離島的離島；馬公面積不見得比石碇區大，因行政區域拆分，也請大家考量；如果制度設計時要把特殊例外因素例如由距離遠的院所支援當成通則，這樣也不妥。

巫代表雲光

本人不贊成龐組長意見；澎湖在政治、經濟上均屬離島，惟一可變更設定的是如果從馬公前去支援是否可申報 C 級論次費用；今天計畫屬全面性，重新分級成 3 級後並未優於原制度，希望可退回原來的 5 分級制度。

另外在省府時期醫療資源區分級澎湖就是離島了，希望討論重點不要限縮在支援湖西鄉院所是不是從馬公去，中醫醫療資源缺乏方案是本人開始規劃籌辦的，也活用了有限的醫療資源達到還不錯的成果，健保署要精簡行政資源全聯會可配合，但是希望不要把離島地區拉到一般地區去，偏離大原則，以上補充。

龐代表一鳴

是否要特別加強離島的離島？

巫代表雲光

原分級制度將離島分為 3 級已納入這個概念。

龐代表一鳴

那改回來就好了。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

我也建議用原來的分級制度，因為不同總額支援內容也不一；除了西醫有 IDS 鄉鎮排除的問題外，牙醫以巡迴學校駐點提供口腔衛生保

健為主，中醫為提供平常之醫療服務，內容不太一樣；比較的基準已經不一樣了，建議回到原本方案分級方式。

江代表瑞庭

花東區代表發言，重新分級不是每個都調降的，像花蓮豐濱鄉離花蓮市約 2 小時車程，分級從每小時 3300 點調升成 8800 點，比照山地鄉鎮規格；個人非常贊同。

主席

既然變動結果沒有更高明，又徒生爭議，如果回到原訂分級代表有無意見？

江代表瑞庭

豐濱鄉原來分級是留在論次 5000/次，這樣也不合理。豐濱鄉雖然都是原住民，卻不屬於山地鄉，原本的劃分有點奇怪。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

事情單純化的話，豐濱分級還是不動，希望未來能照王老師或林老師的建議，用多項指標計算內容。

龐代表一鳴

金沙鎮也是離島，既然有人開業就不能算入施行區域了。

主席

醫管組所提修訂建議顯然未獲醫界支持，多花 148 萬對方也不領情，多位代表希望回到原條文，這邊就不修訂。

詹代表永兆

第 30 頁部分每診平均 35 人提升至 70 人，因訪查結果醫師反應每診超過 35 人部分當作功德未申報，委員希望能反映實際申報情形，故修訂條文。

張科長美玲

呼應全聯會修訂內容，條文修訂包括平均門診量前 70 人之診察費，適用五階段診察費的編號申報，刪除”第一階段”文字；第 31 頁考核程序修改部分是希望配合行政作業，將費用申報期程統一改至 7 月底及 12 月底。

主席

代表無特殊意見就通過修訂，接下來第 33 頁。

詹代表永兆

第 33 頁部分增加條文是因為獎勵開業院所若在狹長或遼闊之鄉鎮之極南點開業(例如花蓮秀林鄉)，可能會影響極北端民眾就醫權益；因此增加條文是離獎勵開業點 10 公里以上之處可作巡迴醫療，不致修正相對距離遠的同鄉鎮民眾就醫權益。

龐代表一鳴

巡迴點的服務是誰提供？

詹代表永兆

目前規劃為獎勵開業的執業院所優先，該院所不去則開放其他人提供巡迴。

龐代表一鳴

這邊可能有爭議，提醒一下：獎勵開業有保障薪資，沒有跑攤的誘因；理論上應該是由當地開業院所去提供，除非特殊理由才可免除。

詹代表永兆

這邊說明，設計時也擔心偏鄉開業的院所無法達到基本保障成數，鼓勵提供巡迴服務；增加條文也是怕開業院所就守在診所裡等病人，沒有出外提供巡迴服務的動機。

龐代表一鳴

條文的呈現方式變成開業院所要負責提供該鄉巡迴服務，如果不去要敘明理由，這樣會不會比較好？

何代表永成

執行上已經這樣作了。

龐代表一鳴

因前面條文有落款達保障額度 6 成才不用折付，有些醫師會仔細算過一過保障額度的門檻就隨便做了，也不用太積極提供巡迴服務。

詹代表永兆

長官不用度小人之心，以開業診所所在地的幅員廣大，參加獎勵開

業院所如果不提供巡迴，，真的達不到保障額度 6 成。

王代表惠玄

我大概理解中醫師的無奈，有些醫師開業處真的偏安於某一角，有可能覺得申報額度到了就不用太努力；另外訂這個條文開放巡迴醫療，也對獎勵開業的醫師很好的藉口說”那邊有人巡迴我就不去了”，這樣也不好。

詹代表永兆

跟王代表說明：如果沒有增訂的條文，目前在偏鄉開業醫師沒有理由要特別提供離診所較遠的巡迴點醫療服務。如果診所業務繁忙，開業醫師無法分身，其他醫師可以幫忙該鄉的其他巡迴點醫療服務，加這個條文後師出有名。

主席

大家沒有意見的話，希望以後審核巡迴醫療點時能更審慎。

龐代表一鳴

方案第 14 條實施成效不佳的部分，新增條文可以另列一點嗎？

詹代表永兆

第 14 條新增部分是跟新設立特約院所扣連的，若有獎勵開業新設點，原有巡迴醫療就要撤點，寫在一起是有前後呼應的。

張專委溫溫

請問現在獎勵開業診所可以在開業地提供巡迴醫療服務嗎？

詹代表永兆

現在的規則是獎勵開業新設點，原有巡迴醫療就要撤點；對遼闊的偏遠鄉鎮而言，如果開業點新設在前山，原來在後山的巡迴點就要撤除，這樣對後山民眾反而就醫更加不便。

張專委溫溫

我同意全聯會的原則，希望條文文字上可以修得更明確一點。

主席

文字精確修正部分請會後跟全聯會共同確認，請注意只有狹長與幅員廣闊的鄉鎮區才適用本項條件，也請分區業務組與全聯會共同把

關。

第三案 **提案單位：中醫師公會全聯會、本署醫審及藥材組**
案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」
項目。

曾科長玫富

醫審先說明：這次「使用中醫師門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率」指標，建議修訂是為配合 105 年 ICD-9-CM 轉成 ICD-10-CM 申報，修訂癌症診斷碼；另外全聯會同時建議變更為正向指標，本項指標的方向性，二年前就曾在本會議中討論，最後決議為訂定一個監測範圍；另外針對同院所針傷處置次數每月大於 15 次比率部分，中醫全聯會建議排除初級照護急性期，現在指標值為萬分之 4，已經非常低了，如果再排除此類案件，也許分母減少的數值高於分子減少的數值，指標比率反而增加及失真；建議維持原本定義，等之後 ICD-10-CM 申報一段時間資料趨於穩定後再研議是否排除；另外全聯會一直沒正式提供希望排除案件的 ICD-10-CM 操作型定義，另外在門診醫療利用率項下新增各區就醫人數成長率部分無意見，但希望不要列正負向指標，作為參考就好。

主席

全聯會這邊提出 3 個修正，請問對醫審所提意見有無看法？

黃代表蘭嫻

評核會時專家提出中醫指標有鈍化現象，全聯會提議修正指標，希望讓品質更優質；修正每月大於 15 次比率部分，希望從源頭排除初級照護/急性期案件，能聚焦在急性期照護上不受 15 次限制；例如韌帶拉傷在第 1 級時僅見瘀青約能在 2 周內回復正常，如果受傷 1 周內提供密集照護可以更快痊癒，2 級損傷約能在 4 周內回復正常，設定在 2 周內不限針傷次數，受限於每月 15 次限制很多醫師不敢放手去作；所以希望修正。

主席

請說明各區就醫人數成長率部分：可以先列觀察指標不列正負向嗎？癌症診斷碼配合 ICD-10 修正部分，以及僅用參考值監測不列正負向部分是否同意修正？

黃代表蘭嫻

同意主席裁示。

曾科長玫富

傷科處置大於 15 次比率部分，排除初級照護的所有 ICD-10-CM 操作型定義希望全聯會能提供明確可計算的定義內容。另外這些診斷碼是只認主診斷或是任一主次診斷符合都要明確才有辦法修訂。我們希望可以界定明確範圍外，本身這個指標值就很低了，也算是穩定，還是建議等導入 ICD-10-CM 穩定後再考慮排除。

黃代表蘭嫻

說明一下萬分之 4 的指標值也是考慮中醫多在急性照護時提供處置，如果訂在這邊常有綁手綁腳之感；希望排除後減少失真的狀況，讓指標更清楚；如果要提出更明確的 ICD-10 碼我們可以請會務同仁再提出。

主席

如果有更明確操作型定義的話醫審可以執行嗎？

主席

請全聯會補充詳細操作型定義後同意修正，如果沒辦法清楚定義的話就回到原條文；基本上本案就修正通過。

第四案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：政府大力鼓勵國人多懷孕生子，建請貴署研議女性醫師在生產後坐月子休養時，該執業院所應有合理量的保障案

主席

請全聯會說明提案。

陳代表福展

請問健保屬單人執業院所如果去生產，支援醫師可以申報多少錢？全部都不能申報，對附近習慣就醫民眾是很大的傷害。這樣跟政府鼓勵生產的原則也不一致；基本上我們不要求保障院所收入，而是保障院所服務品質跟患者就醫權益，雖然各總額都沒有本項條文，還是希望能作第一個。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

補充一下:原來支付標準支援醫師按照第三階段申報時沒有問題,後來支付標準有修正,支援醫師用原執業醫師剩下的合理量去申報,可能會高報,但是醫師請假期間既無合理量,支援醫師也無法申報;現在有女醫師主張本項提案,我們希望可以參照過去方式,比照第三階段方式來申報。雖屬特定狀況,還是希望可以研究修訂。

主席

請支付標準科幫忙回答單一執業女醫師請產假期間的支援醫師申報規範。

林專委淑範

先解釋一下:支付標準以專任醫師看診天數計算合理量;本案真的很特殊,中醫診所只有一位專任的女醫師產假期間就沒有合理量,如果是西醫的話可以用最後1級申報,對照中醫支付標準,每件可申報50點診察費。

中醫現在是用專任醫師數來計算合理量,專任醫師請假就不能計算合理量。

陳代表福展

不只診察費,診療費等全部都是以0計算,非常不合理。

何代表永成

現在的支付方式不鼓勵女醫師找支援醫師代診或是生產。

陳代表福展

大家都沒有特別重視這個狀況,才會產生這個現象;我認為應該修正,而不是就這樣算了。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

過去真的可能就算了,如果能朝制度化的方向努力,支援醫師從第幾階段開始申報就不會涉及合理量的問題。

主席

中醫診察費分為5階段,第三階段傷科用第二階段申報理由為何?

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

傷科合理量第三階段為0,傷科還是只有第一階段與第二階段,現

在希望比照第三階段處理，雖有打折但是不要打到骨折。

龐代表一鳴

這不只是懷孕產假的問題，廣義來看有兩個面向：合理量計算上只跟著主責醫師是否合理，以及支援醫師支援的看診量是否要算回原執業診所以及計算細節；這個問題很複雜，今天是否讓健保署全面性檢討，是否要比照西醫基層合理量認定，還是從 0 或從 1 開始補足合理量，支援醫師合理量是否要回算等等讓我們攜回，下次會議再作處理，今天就不深入討論。

主席

也許其他總額有相似問題，本案今天就先錄案不作決議，下次再作討論。

第五案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：請健保署協助處理中醫保險醫事服務機構及醫事人員於 VPN 登錄產生問題乙案

主席

全聯會提案，對取消事前勾稽，事後檢核不符規定則全數扣減可以接受嗎？大家有共識嗎？

黃代表蘭嫻

謝謝署裡的幫忙，VPN 真的是很好的媒介，只是會員端需要點時間接受；全聯會也會積極宣導 VPN 上傳的部分，對會員再教育；至於風險部分也會正確傳達給會員知道。

主席

內容主軸還是中風的專案，如果會員沒留意到收案期限的問題導致事後被追扣可能作白工，這也要先講在前頭提醒；如果都同意修正方向，就採醫管組建議採事後檢核方式，若未通過事後檢核則追扣全部費用。接下來進入第六案。

黃代表蘭嫻

想提出程序問題：可以把較具有爭議的過敏性鼻炎方案移到最後順位，將原本第 9 案支付標準修訂提到現在討論？

主席

有其他代表附議嗎？

張專委溫溫

可以建議把臨時提案一般服務預算分配順位也往前提嗎？

主席

一般服務預算分配是報告案還是討論案？如果屬報告案就不用討論。

何代表永成

分配方式在健保會已經通過了，提到會上來確認。

主席

如果要移到現在報告，有代表附議嗎？

何代表紹彰

本案如果不經討論只有報告通過，北區有意見，不贊成，全聯會內部沒有共識，希望能以討論案形式溝通意見。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

本案是根據健保會決議作的共識內容提出具體內容討論。

主席

既然無共識則列入臨時討論案，還是放在最後一案討論。順序上需要放在過敏性鼻炎之前嗎？

何代表紹彰

爭議可能比過敏性鼻炎更大。

主席

這樣就留在第十案，可能晚上才會討論到，請進入第六案。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」修訂案

主席

全聯會哪一位可以簡單說明修正部分？

黃代表蘭嫻

方案目的部分是依健保會決議將適用對象加入脊髓損傷患者，修正適用期間年份，以及配合施行期間修改原適用對象的 ICD-9-CM 碼改為 ICD-10-CM。

主席

醫管組如果檢查過對應的 ICD-10-CM 碼無誤，以上修正通過。

黃代表蘭嫻

第六點申請資格部分，配合不再發放繼續教育證明，之前是發紙本證書，現在不用紙本證書，作這樣的修正。

張專委溫溫

這邊第一段已經寫到申請參加計畫的中醫師需執業滿 3 年並接受繼續教育，這邊只是把領有繼續教育證明的文字拿掉，實質上沒有變動。

主席

實質無變動就同意修正。

黃代表蘭嫻

再來計畫書規範療效評估的部分，除了把 NIHSS 的英文修正成正確版本，新增脊髓損傷項目的評估量表包括 ASIA score 與巴式量表兩種。另外把原本腫瘤住院患者評估量表從癌症患者生命質量測定量表(EORTC)因商業用途疑慮，更換為腫瘤住院患者生理評估量表(FACT-G)(第四版)，也獲得西北大學授權免費使用；另外我們也會針對量表的使用上辦教育訓練，讓中醫師學會使用。

主席

醫管組對修正內容有無意見？

李副組長純馥

醫管組與全聯會會前會中已取得共識，我們沒有意見。

黃代表蘭嫻

申請資格部分，我們簡化申請日數規範，內容不變，另外執行方式新增 VPN 登錄以及成效評估。

李副組長純馥

健保署建議能具體敘明上傳量表時間會比較清楚，健保署建議在第 10 條文字在 VPN 登錄並填報量表新增入院後 3 日內及出院前各執行一次評估量表，方便作成效評估外，並配合申請評估給付，會比較妥適。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

會診中醫有時候比較晚，入院後三日內評估可能沒辦法。建議修改為收案後三日內以及出院前比較可行。

龐代表一鳴

同意修訂，要先評估再收案還是相反？

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

也怕病人就出院了來不及作評估，沒辦法看到實質療效也不能申請結案評估費用。

主席

還是希望能看到中醫輔助的療效，太多筆沒有結案資料的話也不妥。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

本方案屬會診性質，出院那次評估強制力可能不夠。

主席

這些量表西醫也會用，評核會中有委員提到是否要重複作相同評估，以及療效算西醫還是中醫的功勞等等，有辦法區分嗎？

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

成效判定上當然不能直接看分數進步，可能要用事後配對來補強，我最近的 paper 有，但是出院評估有遺漏的問題還是在。

主席

至少先確認加入收案後三日內及出院前要各執行 1 次評估的文字，執行後如果出院時無評估資料就要作檢討，希望全聯會能充分週知會員，善盡院內溝通之責，要辦出院前要先通知中醫，才能落實。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

同意加入這段文字，將來可以訂監測指標，出院評估遺漏超過一定

比例該怎麼處理。

胡醫師文龍

如果沒完成前後側的話可以考慮各醫院的管控機制，也希望 VPN 能有補報機制。

主席

同意落入以下文字「需於收案後三日內及出院前各執行一次，每次需各項量表皆完成方可提出申請給付」。另外我們半年內要評估，上傳率太低就要檢討。

黃代表蘭嫻

接下來醫療費用申報與審查部分新增申報代碼、第十五項中止執行計畫部分刪除多餘文字以及附件之評估量表配合計畫文字內容修正。

主席

以上同意修正。

李副組長純馥

為呼應登錄量表部分，在第 16 點處希望配合增加含利用 VPN 登錄量表之資料分析；因過去院所都把評估資料提給公會作分析，健保署請院所上傳資料給我們後為不使院所重複作業，由我們提供量表資料供公會分析。

黃代表蘭嫻

同意加入文字，年初時我們也會函文給健保署，請定期提供我們評估資料。

林代表文德

請問第八點計畫書規範中寫到(四)評估預期效益，預期達成之效益指標為何？公會本身有本計畫具體的效益指標嗎？

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

院所送計畫書時會先提將來要做哪些評估，院所之間狀況不太一樣，有些會用到另外的評估方式或是作到院內配對；這樣在評核報告時也可以特別呈現。

林代表文德

請問有計劃本身特別的效益指標嗎？

主席

沒有計畫整體的效益指標，只有院所送計畫書時所提各別院所不同的效益指標。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

補充說明:整個計畫的評估是用量表來看，每年我們也會在評核會上報告結果。

主席

好，沒有其他問題本案就討論通過，進入第七案。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：新增全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫(草案)

主席

請全聯會補充說明。

黃代表蘭嫻

全聯會希望中醫可以輔助肝癌、乳癌接受西醫治療1年內減低不適感，今天也特別請計畫召集人台中市中醫師公會呂世明理事長列席說明。

呂理事長世明

各位代表好，今天跟各位報告乳癌病人在診斷期數2B以上需術前化療約3-4個月，在開刀手術後須再化療約6個月，再加上放射線治療，治療期間會超過1年，希望適用範圍是西醫確診為乳癌、肝癌併有重大傷病證明者，並自接受西醫治療期間1年內患者，這樣會比較符合實際需求，也較順利收案。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

釐清一下:原來精神是要做治療併發症或後遺症的輔助療法，還在治療期間就該被納進來;健保署希望槓掉”並自接受西醫治療期間”文字，但是病人接受治療時間可能超過1年，所以呂醫師的修訂變

成” 西醫確診為乳癌、肝癌併有重大傷病證明者” ，於接受手術、化放療(含標靶治療)文字後移，這樣會比較接近健保署需求。

李副組長純馥

這邊我們希望能寫清楚，因為分區執行上會跟醫師的認定起點不一致；原來健保署希望從西醫治療起算1年，照施醫師的講法變成只要重啟療程就要重新起算1年，這樣永無休止，分區也無法執行。

呂理事長世明

實務上如果復發後再接受西醫治療，(病人在1年或2~3年甚至5年才復發)，這些病人我們也希望納入，這樣會比較有全面的照顧。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

確診癌症後超過1年的病人我們也希望能納入。

呂理事長世明

其實健保卡可以看出來重大傷病註記，這就可明確其身份，希望這邊不要限定的那麼嚴格；罹癌較久的復發病人也可以接受照護，這樣比較好。

李副組長純馥

本案屬專款且只有1490萬，希望可以加上限制條件，如果目的是要緩解化放療期間不適，可以併同治療期間接受中醫治療就好了。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

可以修正為自”自門診接受前開治療期間”嗎？

呂理事長世明

中醫可以從雲端藥歷或回診記錄鎖定西醫門診治療期間。

主席

重大傷病證明或回診紀錄都無法知道治療期間，用化放療或術後來界定會比較準。

呂理事長世明

這邊我們會提到標靶治療部分，因肝癌末期病人幾乎是吃雷沙瓦，副作用跟一般化療相當，甚至更嚴重，有效就要吃好幾年，副作用很不舒服，故標靶用藥應也納入；健保署資料庫應該可以查到。

李副組長純馥

文字修訂為「自門診接受前開治療期間內」會不會比較好？

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

同意上述文字修訂。

李副組長純馥

適用範圍第二點增列部分是希望釐清住院一段時間變成門診，可能分由不同院所收案照護，希望能登錄 VPN，比較能釐清西醫住院病患中醫特定疾病輔助治療計畫與本計畫同時收案的問題。

主席

剛剛修訂的內容還是要界定”治療期間”會比較好。

呂理事長世明

還是建議可以在病歷補充使用的西藥藥物，佐證病人還在治療期間。

主席

請全聯會要清楚界定治療期間，另外術後要怎麼認定期間？

呂理事長世明

單純手術後建議限定在 1 年內，例如乳癌淋巴水腫，可能經過推拿、穴位放血後會緩解，療程視嚴重程度而定不一定只有一年，考量避免浮濫，先訂在一年可能比較妥當。

主席

條文可以修得更清楚：自手術後一年內或化放療(含標靶治療)門診

治療期間。

王代表惠玄

條文爭論的重點應該是治療起點跟終點，起點建議訂在接受西醫第一天治療起算，終點為西醫治療結束期間或結束後一年，這樣可以從 VPN 抓得到，剛剛舉例淋巴水腫部分反而沒落在治療期間；考量計畫標題是為減低不適感的減緩，中醫會希望西醫治療結束後中醫還可以介入幫忙，健保署同仁想訂在西醫結束治療當日，希望可以符合計畫的宗旨。

呂理事長世明

乳癌期別在 2B 以上，治療期幾乎都超過 1 年，術後放射線治療療效約持續半年左右，如果限定在 1 年內可能難以掌握。

王代表惠玄

如果從接受前開西醫療程首日起算，療程結束後 1 年內當作終點當作收案期間，會不會比較好？也不用在西醫療程到底可以持續多久的議題上反覆討論。

主席

現在問題在西醫治療結束時間難以認定，中醫介入的期間希望能減緩病人不舒服的情形，收案時間的終點還是難以認定。

呂理事長世明

可以加註西醫目前的治療是光子刀、栓塞治療或放射線治療，佐證目前治療的狀況，也可以考慮加註目前使用的化學藥物或標靶藥物或其他治療藥物如 Temoxifen 或雷沙瓦等以及使用期間，這部分全聯會也要好好把關讓健保署放心。

林代表文德

已經在這個議題耽擱很久了，既然計畫在 105 年還會評估，是不是就先寫 1 年內，不太適合的話明年再回過頭來修條文？不然真的會討論不完。

王代表惠玄

如果接受治療 1 年內，那 3 年前接受化療或開刀的病人就無法被收案。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

文字建議修正:因不確定治療結束日，就寫最近一次西醫治療 1 年內，治療日期由中醫院所在病歷審查時舉證，審查的問題無法寫在規範裡。

張專委溫溫

回到討論原點:收案期間可以寫成手術後 1 年內，化放療(含標靶治療)期間?這樣就把大家的意見都納進來了。

李副組長純馥

王老師，考量經費只有 1,490 萬真的不多，我們先決定術後 1 年內，化放療治療期間，未來有經費再向後延伸可以嗎?

主席

文字再精簡:經西醫確診為乳癌、肝癌並領有重大傷病證明者，手術後 1 年內或化放療(含標靶治療)期間之患者，這樣可以嗎?不用來回重複確認了。化放療期間定義跟手術期間都很清楚，也列為審查重點。

李副組長純馥

請看第九點(五)，希望在 VPN 登錄基本資料以及每三個月登錄量表，並且在第十五點加上成效評估、年度執行報告已級報告內容需含 VPN 登錄量表之成效分析，這個部分可以嗎?

主席

以上修正部分各位代表若無異議就同意修訂，其他部分照全聯會草案通過。

第八案(原討論第 9 案)

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「中醫支付標準」修訂案

主席

105 年非協商支付標準調整總共非協商成本 5.8 億加上服務密集度改變 8 千萬，合計 6.6 億，在這個額度下請說明。

黃代表蘭嫻

支付標準第四部第九章對小兒氣喘及腦性麻痺部分為文字精簡作修訂文字，實質意義不變；再來配合 105 年協商會議決議事項，修正每日藥費從 30 元調升變成 31 元，約增加 2.53 億；刪除第一章註 2 針灸、傷科及脫臼整復同療程第二次以後併入每日門診量計算約增加 5 億。

主席

105 年服務密集度改變只有 8 千萬元預算，調整後增加 5 億點？

何代表永成

104 年同項目有 1.2 億，加上今年額度共 2 億元，健保會有承諾 106 年給我們 2.5 億元。

主席

修訂通過後 106 年 1 月 1 日生效，會多用 2.5 億，點值一定會稀釋，這部分要好好討論，先往下說明。

黃代表蘭嫻

另外也建議修訂門診診察費之付點數，希望比照西醫基層、牙醫診察費支付標準，第一階段從 25 人次提高至 30 人次，預估增加點數為 193 百萬點，這樣才有總額間的恆平；第二階段希望每件提高 20 點，另外每件提高 10 點，這樣加強門診的照護。

另外第四、五、六章與第八章的針灸、傷科、脫臼整復與針灸合併傷科想調高每項支付點數 20 點，1 年會增加 4.26 億點。

最後想調高支付標準通則，將看診日平均處置 46 人次以零計算部分，

變成 46-60 人次 5 折支付，60 人次以上 3 折支付，預估費用為 4 百多萬，健保署預估費用為 1 千 5 百多萬。

主席

全聯會提出想調整部分，合計約為 12 億；但是目前只有 6.6 億預算，非協商成本指數改變項目的確是要反映單價，但是現在條動的範圍太大，會稀釋點值。請問醫管組的看法？

陳專委真慧

補充一下：非協商因素 5.8 億用來調整支付標準，建議調整每日藥費影響 2.53 億、診察費第一階段 2.26 億合計 4.79 億，這樣還在額度內；另外提醒密集度改變的 0.8 億預算要用在調整診察費合理量計算公式，跟非協商因素今年拿到的預算不能合併計算。去年已經給的 1.2 億預算雖然跟今年會拿到的併計為 4.5 億，但是去年的 1.2 億元其實額度已經在今年墊入基期，也反映在點值上了，併在這邊看可能失真；如果算今年預算額度 3.3 億，103 年中醫平均點值會從每點 0.9373 元降低至 0.9311 元，約降 0.0066 元。

這邊建議：是不是調整門診診察費第一階段 25-30 人次就好，之後的支付標準項目先暫緩。

李副組長純馥

如果調每日藥費跟第一階段診察費拉到 30 人次，大概就要 4.79 億，跟今年調整支付標準預算的 5.8 億已經接近了；如果再去調針傷科或後面折付的部分都會超過很多錢；比較建議這次先調診察費第一階段跟藥費調整 1 元的部分，依協商去調門診合理量部分健保署原則同意，我們要試算對點值的影響後給代表參考，代表覺得衝擊點值的程度可以接受後我們也同意一次調足，技術上會比分階段調整來得容易。

何代表永成

全聯會內部有共識，這次提很多項目出來是因為中醫給付相對不合理已久，如果門診合理量部分一次調足內部也願意承擔點值下降的結果。

主席

每日藥費 2 億 5 千 3 百萬，第一階段調整 2 億 2 千 6 百萬已經 4.79 億了，與預算 5.8 億差距約有 1 億多 1 點；第 3 項調整之潛在預算包括今年的 1.2 億與明年的 8 千萬，一次調足需要 4.83 億，會有 1.83 億超用，其他暫時不考慮；等明年 2.5 億協定結果進來就可以調今年未調的項目。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

整理一下這次調整的部分：每日藥費、第三項合理量與門診診察費第一階段點數，費協會協議項目這次都有調整？

主席

這些項目都會調整，超用 1.8 億，其他部分用 107 年度預定新增的 2.5 億預算去處理。大家都接受的話，我們進入過敏性鼻炎草案。

第 9 案(原討論第 8 案)

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：新增「全民健康保險中醫門診總額學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫(草案)」

李副組長純馥

本案是付費者代表強力建議新增的，附帶條件包括要用論質或論病歷計酬方案；公會提供的草案是論項訂之付點數，如果論病歷計酬是要用包裹給付方式，三個月為一支付單位，一樣要有評估量表及上傳 VPN；另外公會設計原來每半年可以給 14 天水煎藥劑飲片部分，健保署拆成每 3 個月 7 天的方式給，另外增訂不得收自費部分，方案的支付標準項目包括診察、藥費、針灸或傷科處置、疾病照護與生理評估費用；生理評估量表與營養照護費要求項目也詳細敘明，基本上要有前後測，三個月申報 1 次，照護不足 3 個月等比例扣除，未滿一週者不計等等，計算點數部分請幕僚說明。

陳專委真慧

診察費是用公會提出的 320 點×4 週×3 個月計算，藥費原來寫法是半年內申報合計不得超過 14 天水煎藥，加上科學中藥部分去粗估每天

250 點×12 天共 3000 點，針灸及傷科治療處置費部分，以中醫支付標準複雜傷科治療 290 點估算，治療期間提供 2 次共 580 點，另外疾病管理照護費與生理評估費比照公會提出版本分別是 300 與 1000 點，總共 8,720 點。

主席

請再說明藥費 3000 點計算方式。

李副組長純馥

每天 250 點×12 天

黃代表蘭嫻

我們希望是半年內不得超過 14 天，是不是要改用 14 天計算？

陳專委真慧

用 3000 點估算藥費包括科學中藥以及不得與民眾收自費的附帶條件，實際上有寬估。

黃代表蘭嫻

中醫公會基本上同意包裹給付，只是希望加上限制診療需於 3 個月內完成，未全數完成則需分項依比例折付。

李副組長純馥

目前適用週數的概念作折付，照護不足 1 週就不計，不足 3 個月依比例計算。

張專委溫溫

請問療程一定要包裹三個月嗎？我們也可以按月申報。

黃代表蘭嫻

配合量表的實施，3 個月申報 1 次，所以希望 3 個月包裹給付裡可以完成所有項目。

張專委溫溫

如果規範在第3個月一定要作量表呢?三個月時間拉很久，病人易流失，這樣在申報上會不會一直在作折付?

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

溫溫講得有道理，病人症狀緩解可能就不來了，很難穩定就醫到3個月。

陳專委真慧

這樣的個案是不是長期治療才有療效?

黃代表蘭嫻

這個專案的宗旨是在過敏性鼻炎急性發作期給予水藥治療才有療效。

主席

主要對象是學齡兒童，要靠父母才能前來就醫;這樣的算法理論上是給最多錢的，中醫的SOP要訂出來，到什麼程度叫做有效?

李副組長純馥

可能在通則就要寫清楚至少含多少天的飲片。

黃代表蘭嫻

需要再加上限制1年只能申報2次嗎?還是申報次數不限?

李副組長純馥

包裹是含14天水藥在急性期時提供，應該在前3個月急性發作時先給了，後三個月緩解後應該走一般預算申報，這樣才合理。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

請問GMP、CGMP藥廠中藥的部分是否漏列?

李副組長純馥

那一段已經被包裹起來了，我們不寫。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

大原則部分已有共識，細節跟文字部分我們跟健保署再細細研議。

李副組長純馥

同意健保署意見所提原則，我們明訂再給公會確認後再簽給部裡核定。

陳專委真慧

再補充一點：前後測時間可以寫明收案三日內與3個月後完成前後測嗎？

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

大致上沒有問題，請問後測量表沒作的話怎麼給費用？

黃代表蘭嫻

生理評估費扣除不給，其實折付費用時還是有分項的概念在。

李副組長純馥

支付標準不會寫計算方式，但是會寫內含哪些項目。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

希望哪些項目沒作的折付方式可以寫清楚。

主席

雖然總包成1個支付代碼，細節還是不夠清楚也沒有標準化，健保署又給很多錢，全聯會提到的支付標準表碰觸到目前不給付的傳統中藥材，另外這邊也看不到論質計酬的概念進來。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

主席，這個案子雖然雙方有初步共識，但是離架構完整還有很多欠缺之處；既然健保會沒要求我們在12月底以前完成草案，建議我們帶回繼續加強內容後，再提到健保會報告。

主席

根據健保會決議，我們還有半年的討論時間。

黃代表蘭嫻

全聯會草擬的各專案申請表中，新增院所自評項目包括院所、醫師是否兩年內未違反健保相關法規部分，是不是可以全部更動？

主席

與會代表沒有意見的話，我們同意照改。本案今天就先討論到這邊，雙方就細節部分請更加周延規劃，希望還是能看到論病例與論質計酬的概念在裡面，比較吻合健保會決議。

臨時報告案

案由：「105 年度中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫」修正草案

主席

今年一般部門預算分配就只有更改指標 1、2 的占率分別進退 1%，其他部分維持不變，請問大家有無意見？

曹代表永昌

對裡面一些參數的定義希望可以逐年修訂，例如 105 年的預算分配還用 95-98 年的費用占率會不會太久遠了？這邊牽涉的金額太大了，希望可以好好討論。

主席

還有別的部分嗎？

徐昌基醫師(李政賢代表代理人)

今天所提的臨時報告案，想知道健保會 105 年決議中鄭守夏主委有提到 5 年內 R 值要進 10%，若無法與健保署達成協議則明年預算 R 值要進 3%，相信大家都很清楚；另外也希望 R 值進可以對六區不造成太大的衝擊。六區都會配合署跟全聯會議定的內容辦理。

主席

請健保會說明決議。

魏組長璽倫(健保會代表)

我念一下有關本案在健保會的相關決議內容：「為提升民眾就醫公平性及促進各地區醫療資源均衡發展，中醫門診總額一般服務之地區預算，自 105 年度起，分配參數中之『各區戶籍人口數占率』，以 5 年調升 10% 為目標。討論 106 年度地區預算分配方式前若未能提出，則該年地區預算之分配參數『各區戶籍人口數占率』應調升 3%。」以上決議內容也已經於網站上公布。

主席

5 年 10% 是分配原則，現在第 1 年 1% 第 2 年 3%，其實 5 年時間很快就到了，之後每年 R 值各要前進 2%，這個決議也不能再翻盤了；這也是當時大家都同意的；

另外 72% 占率費用的費用基期也維持很久，跟現在的申報情形也有很大的更動；請問有用最新的資料試算過嗎？

張專委溫溫

如果只有動基期占率 72% 的 S 值計算方式，其實也連動到 8% 的戶籍人口占率了；光用最新資料計算 S 值對中區來講，分配的地區預算就少了好幾千萬。

主席

這就是剛才發言代表的訴求；如果用近期的實際預算占率來估計，已經離現狀很遠了。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

這個問題爭議很多年了，我曾經寫過信給署長與副署長關於地區預算分配的問題，當然今年有個版本，跟各界溝通上也不太成功；健保會交付了兩個任務：R 值前進 1% 及 106 年若沒有很好的決議則前進 3%；另外基期的部分，以我的理解基期就不應該動了，而且應該是用總額未開辦前數據才對，更不應該隨著時間不斷變動；假如基期變動

了更偏向費用為準而非人口為準，更違反 R 值、S 值的概念；我不認為在健保會決議精神下去變動費用基期，今天要達到基期共識也很困難，我不認為應該更動基期。

另外也要澄清：中醫界曾經進到 R 值占 30% 之後轉換不同的計算方式，我們分配六區預算的方式也跟其他總額不一樣，這邊要特別說明。

張專委溫溫

補充說明：S 值應該是各總額固定的，如果 S 值的計算方式要換成最近資料，等於 R 值前進不只 1% 了，個人認為基期還是不宜變動。

何代表永成

補充三點說明：西醫的基期也是用一樣的方式，一直未作改變；另外訂基期時我也有參與，當時六區也有共識日後不再改變；第三是開健保會前六區內部會議是說全聯會努力推動施代表的草案，如果草案不被接受就用 104 年的草案來推，以上補充。

曹代表永昌

去年 R 值前進 1%，台北區當時認為 1% 太少，但是為了在研商議事會議通過請我們玉成，當時也有但書說要好好討論基期的問題，理事長也答應了；當然台北區還是認為 R 值要進多一點，基期變動當然影響很大，還是希望能檢討基期是否要固定在那邊，是否合理等等，希望能用最近 3 年或 5 年情況來分配，以上補充。

呂代表祐吉

中區代表發言：我認為基期計算方式不應該動，既然健保會提供這個機會，希望明年可以好好討論一般預算試辦計畫，可能比較有公平性，也符合一般的需求。

王代表惠玄

基期其實有技術計算跟政治問題，分區會提出來應該是感受到不公平性，既然現在已經 12 月中，是否先暫緩，請健保署幫忙把分配不公的部分釐清跟計算，以超然的立場幫忙全聯會，不要每年一次口水戰，還傷了中醫界的和氣，今天先不改基期，也照健保會決議的

百分比分配。

李代表永振

健保會我參加3年，這個問題其實從費協會時期就存在了；每次總額協商都會討論R值，這次決議10%是因為考量中醫界的為難，以5年為期讓全聯會內部好好達成共識；現在還要丟回健保會，結果健保署被罵，連專家也不想講了還被點名，建議依王代表意見，全聯會內部好好去喬，考量以前的歷史背景充份分析，各位都代表地方中醫師的期望在這裡發言，但是這件事不解決不行。

另外本人建議本案既屬報告案就不用討論，報告案提意見只是列為參考，沒有約束力。

黃英傑醫師(列席)

今天天氣寒冷，何代表臨時被患者call回去，故請我代表發言：實務上以北區的桃園市來說，人口已經從170多萬增加到205萬，成長率超過10%但是R值只進1%，每萬人口醫師數約0.8，中區約1.4，基層就找不到醫師，點值北區跟台北、中區輪流墊底，沒有醫師要來，學者專家提的R值前進10%甚至有點慢了，這樣資源在配置上真的不妥。另外想提程序瑕疵問題：11月20日在全聯會開會地區預算分配的草案時六區都贊成施理事長的提案，可惜沒通過，何代表也建議是否有機會讓中醫內部在開會研議一次預算分配方式，不知道大家同意嗎？

曹代表永昌

預算分配很多細節需要好好討論，今天用臨時報告案真的很有技巧，不知台北中醫師公會的意見何時能讓代表聽到？請問這麼重要的提案，為什麼在議程裡卻放在臨時動議？是不是在技術閃躲或是規避？另外議程60頁的三、(一)5提到東區以外五區點值變動範圍超過10%即進行檢討，健保會原來的條文不是這樣的，如果隨便報告就過去了，既然牽涉到這麼多錢的分配，怎麼可以不一字一句的好好討論一番？

主席

105年協商時進退1%何理事長就很難交代了，現在今天看到的方法與西醫、牙醫的方法，不能一起比較；但是5個指標互為糾結影響，如果就健保會的決議是以此方式5年進10%，換了方法5年進10%意義又不同了；如果健保會決議是有效的，換了方法也要維持相同效果才有意義；最終目的應該是預算跟著人走而非錢跟著醫師走，當初因分配不均迫於現實，但是過渡時間也太久了，理事長面臨會員醫師的壓力真的難為，但是健保署站在民眾的立場拉鋸會一直在，李代表也提到專家講到無力，今天用臨時報告案也就是不想討論了，大家寄望明年再討論；如果明年再用22縣市的方案去推翻今年5年10%的決議也就是重新分配，今年既有健保會決議在前，要更動預算分配有技術上困難，請北區與高屏代表同意明年依健保會決議辦理，明年要落實錢跟著人走而不是一直換遊戲規則而實質達不到效果，有違健保會決議初衷。

今年提出來的方案是在健保會上才提出的，健保署事先也不知道，無法事先評估是否可行，寄望明年一定要提前處理。

曹代表永昌

這件是已經從去年延宕至今，顯然要拖到明年，為什麼健保署會接受這個舊方法？

主席

健保署沒有接受新方法，願意就舊方法往前進。

曹代表永昌

跟主席報告內部爭議：去年逼我簽字的講法是10月30日前要送健保會核定才來得及，現在12月中了還不需要急，有點以拖待變的感覺，當然理事長的位置不好作，中區會員真的很多，還是希望R值可以前進多一點，希望健保署支持一下餅作大一點，爭取多一點預算，讓理事長回去好交代。

主席

明年是非協商成長率最高的1年都只願意R值前進1%，大家寄望哪一年預算會更高？下次要有這麼高的成長率要看經濟跟薪資成長狀

況了，這麼好的成長率下都只進1%，後年成長率比較差還要進3%，理事長真的更難為。換不換公式到明年都還有時間討論，真的沒共識就依原公式明年進3%。

徐昌基醫師(李政賢代表代理人)

感謝主席裁示，請署裡幫忙明年讓R值調整，真的能解決六區問題。北區兄弟會全力支持何理事長的。

趙代表銘圓

我25號才第一次參加健保會，所有的委員針對中醫幾乎原封不動近10年的預算分配有意見，本來健保會主席都決議R值進2%了，是理事長強力要求才退回進1%的；明年的部分希望中醫內部及早達成共識提早進行，不要都丟到健保會決定，健保會也覺得中醫內部和諧不能去影響消費者權益，也希望今年先照健保會決議，明年的部分要讓說服健保會委員，不然健保會也很難幫忙。

主席

謝謝各位代表的意見，本案還是遵循健保會決議辦理。

黃英傑醫師(列席)

北區主委跟何代表都有交代，希望細節可以召集6區主委一起坐下來詳細談清楚，否則會有程序上的瑕疵，也會影響中醫的團結；今年提臨時案時北區主委並不知情，希望能遵從程序正義，今天不要決定明年的預算分配。

主席

請中醫界明年好好談，程序不符是全聯會內部的問題，請全聯會回去好好溝通，這邊無法處理。

何代表永成

要澄清一下：變成臨時報告案不是技術上的閃避，因健保會定案的東西已經沒有討論空間了，到健保會前的共識會議六區主委都在場，決議是先提純全代表的案子，未獲通過就維持104年分配，11月15日當天六區是有共識的，特別說明。

施純全醫師(陳憲法代表代理人)

如果會員對內部運作有意見可以回去提，當天出席委員如果談不成也要回去跟大家報告，但是15日當天的決議真的是如理事長所說，如果按健保會決議內容每個百分比都訂了，如果今天改變指標定義也會有許多爭議，以後我們會把遊戲規則訂清楚，健保會的決議如果跟我們提出的不同會回去報告，今天送出的文字能討論的權限只能修改年度的內容。至於我提到健保會的案子其實比較實質，只是沒有試行的機會，希望將來有機會可以請健保署充分支持試算的部分。

李副組長純馥

今天案子真的來得太晚，開會時間很早就決定了，議程都發了才收到公文，列入臨時報告案健保署也是被迫的；請公會下次提早發文，不要讓代表在會上才知道有臨時提案。

主席

全聯會一直說施醫師的預算分配很好，其實也是在健保會當場才提出來，真的沒辦法討論，健保會代表也不知道怎麼討論，更不用說試算。

曹代表永昌

去年就通過的部分，為什麼沒有及早送過去呢？

主席

這才是全聯會應該好好處理的部分，對所有健保會與會同仁都是當天收到，如果真有誠意推施醫師方案，應該及早提出，讓大家可以好好比較跟試算，現場光看密密麻麻的兩頁文字真的沒辦法，也不能討論。至於全聯會內部程序我們真的不知道，請回去自行討論。希望其他分區能理解所有人面對的局面，健保署不是沒有誠意，是沒有給時間去評估。

徐昌基醫師(李政賢代表代理人)

署裡知道健保會要談地區預算分配應該有責任催促全聯會才對！相

信主委跟北區應該在送出共識前真正達到共識，希望屬裡能協助。

主席

每年 10 月討論地區預算分配的期程是每年既定的，如果要改變公式，討論時間就要提前。

何代表永成

很多檯面下的理由我回去會跟大家報告，這邊希望不討論，其實真的是考慮很多了，回去會好好檢討未來改進。

主席

全聯會內部事情健保署就不干預，報告案內容洽悉，相關意見收錄。

王代表惠玄

這時候真的只能洽悉，建議有附帶決議：請全聯會 5 月底前提出具體方案函送健保署好好試算，另外照各委員的發言，如果對程序正義或代表性有質疑，希望下次開會各區主委都列席或是各自提出主張，而不是今天健保署尊重專業團體的自治精神，若有困難請健保署提供技術資源或直接幫全聯會計算。現在談改佔率暨無試算也違反健保會決議，附帶決議就把期程往前拉，明年 R 值前進 3% 達不到就用行政暴力的方式解決，一次調到 10%。

主席

本案是報告案洽悉，全聯會想改變希望能更主動。今天就開到這裡，謝謝！