

「中醫門診總額研商議事會議」105年第2次會議紀錄

時間：105年5月19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	王惠玄	林代表展弘	林展弘
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	陳瑞瑛
何代表紹彰	黃科峯(代)	陳代表福展	陳福展
呂代表祐吉	呂祐吉	陳代表憲法	陳憲法
巫代表雲光	巫雲光	賀代表慕竹	賀慕竹
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	黃偉堯
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	羅永達
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
中醫藥司	陳聘琪
全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、賴宛而、楊啟聖
本署臺北業務組	馮震華
本署北區業務組	楊淑娟
本署中區業務組	林淑惠
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	鄭翠君
本署醫審及藥材組	曾玫富、劉家慧、蘇秋霞
本署資訊組	姜義國
本署企劃組	何恭政
本署財務組	張晃禎
本署醫務管理組	陳玉敏、陳真慧、張溫溫 林淑範、劉林義、谷祖棣、 廖敏欣、洪于淇、李宜珊、 黃曼青、林 蘭、邵子川、 林沁玫、鄭正義
本署查處小組	馬炳義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

壹、主席致詞：(略)

貳、前次中醫門診總額研商議事會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：上次會議有關高屏區審查疑義部分，重新補充說明如附件1，同意解除列管，餘洽悉。

第二案

案由：中醫門診總額執行概況報告案。

決定：請於明年報告滿意度調查結果時，一併說明調查方法及題目之變動以利比較；另內容呈現方式以簡單易懂為原則。

第三案

案由：104年第4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 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.87241133	0.91365342
北區	0.90538209	0.93910350
中區	0.90337434	0.93476836
南區	0.97498654	0.98425007
高屏	0.97683370	0.98515673
東區	1.29826411	1.2
全區	0.92182855	0.94841617

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

案由：中執會高屏區分會行政管理系統報告案。

決定：洽悉。

第五案

案由：全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫合理量原則。

決定：

- 一、同意增列通則九「中醫醫療院所該月份所有專任中醫師因產假期間均未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次」。
- 二、另通則五、六、七及第一章一般門診診察費備註2：依現有合理量邏輯，酌修文字。
- 三、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。

肆、討論案

提案單位：中醫師公會全國聯合

會

案由：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：本案收案及結案條件(含評估量表)、支付方式及品質指標等
均未達共識，請全聯會依委員意見研議後再提案討論。

伍、散會：下午4時30分

陸、與會人員發言摘要詳附件2

中醫門診總額執行概況報告案，請健保署醫審及藥材組與中醫師公會全聯會就高屏分區審查之疑義乙節深入了解後，於下次會議進行報告。醫審及藥材組說明如下：

上開所提疑義係高屏區分會主委表示在104年期間未參與審查醫師會議，經本署高屏業務組表示，該組與中執會高屏區分會醫療服務審查管理係透過多元機制運作，召開審查醫師共識會議僅係其中一項，因104年全年並無審查爭議提案及需開會解決之議題，由該年高屏區之爭審案件僅1件撤銷，可見一斑，故審查共識已達一致，是以並無召開前開會議之必要，高屏分區之審查管理仍依循既有之多元機制運作，該機制為高屏業務組與分會及審查醫師之管理共識，本署高屏業務組與中執會高屏區分會醫療服務審查管理運作如下：

一、每年召開4次(1次/1季)之中醫門診總額共管會：針對醫療服務審查研擬專業抽審指標、指標值設定、檔案分析異常管理及部分審查疑義於共管會提案討論並達成共識。

二、104年度專業審查運作如下：

(一)審查意見箱管理：請審查醫藥專家就審查案件填報輔導單或告知單，每月開箱管理，104年1月至12月共填報3家院所之輔導單、34家院所之告知單，並執行輔導34家院所，輔導結果該分會輔導組皆已分別於歷次共管會議中報告確認。

(二)104年度本區賦予中醫醫藥專家協助審查送審病歷藥品與醫令清單上的藥品、醫令清單上的藥品代碼與線上審查作業系統(IPL 系統)是否符合。最後查證結果不同院所為同一家資訊廠商申報轉檔問題且有系統性傾向，經分會與高屏業務組積極介入了解與輔導院所，並請資訊廠商儘速修正，避免因費用核減引發之爭議。

(三)本分區歷年來全部審查共識皆統一置放於「中醫審查參考手冊」(內有歷年審查共識與案例及各種法規)作為中醫醫藥專家審查依循。至104全年並無審查爭議提案及需開會解決之議題，僅有少數幾件申復案件且為過去曾共識之案例，先以書面資料請轄區審查醫藥專家表示

是否再提供意見共識，最後係以重申共識方式，請醫藥專家配合辦理，並放置於「中醫審查參考手冊」中供後續審查參考。

(四)若有審查流程或審查輔導制度之變更，皆於例行召開之中醫門診總額共管會議中提案確認。是以綜上，104年度本分區專業審查並無無法共識問題。

與會人員發言摘要

中醫門診總額研商議事會議前次會議紀錄確認

主席

各位代表對上次會議紀錄有無疑義?若無問題，會議紀錄確認，進入報告第一案。

第一案：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

主席

序號5的部分醫審及藥材組補充說明在第9頁，請該組補充說明。

劉科長家慧(健保署醫審及藥材組)

各位代表午安，前次會議提到請本組與高屏業務組深入瞭解審查疑義後，相關說明在第9頁，請示主席是否請高屏業務組就審查辦理與共管執行方式提出口頭報告。

施專員怡如(健保署高屏業務組)

在這邊簡短說明:高屏與其他分區一樣，以共管會議型式與委託團體共同管理審查勞務委託業務;在審查異常部分，本轄區設有審查意見箱，若有醫療提供異常或疑義情形則填送輔導單，如果只是行政疏失則填送告知單，104年總共3家院所接到輔導單，開會討論後都未成案。另同年度接到告知單有34家院所，分會已經輔導過也在歷次共管會議中提出報告。另審查醫師在審查及業務上也充分協助業務組，例如不同院所的病歷、醫令與 IPL 系統資料不吻合，查明後是同家資訊廠商轉檔問題，在介入輔導後已修正，也避免核減上的爭議。以上是針對104年度審查異常處理。另外本分區會將審查共識列入中醫審查參考手冊中，104年恰巧無審查爭議提案及需開會解決之議題，少數幾件申復案件也能以之前建立審查共識解決;為爭取時效性，是以書面資料徵詢醫藥專家意見，最後以重申共識方式請院所配合辦理。相關部分也會陸續加入中醫審查參考手冊中，抽審指標、審查流程與輔導程序變更都在例行會議上確認，應該無

共識上的問題。

李代表永振

有兩個建議：第一是序號4「上次會議結論」已個案追蹤，毋須另成案列管；第二是序號5高屏區審查疑義部分，上次熱烈討論很久，這樣寫還要去回想上次的疑義是什麼；附錄1應該要寫清楚上次疑義是什麼，開會完就解除了，現在看起來霧煞煞；辦理情形欄是報告案第4案不是第5案，謝謝！

何代表永成

針對李代表問題說明：議程第65頁也有呈現整個流程；上次陳福展代表質疑的部分是未定期召開審查醫師會議，有審查問題無法解決；本會與高屏業務組討論後，在3/17共管會議中本人、黃執行長、張副主委、巫代表都參與了，經過討論後流程審查意見箱與定期共管會議應該就足夠了。另外從89年以來累積下來的審查書面參考資料訂成一本審查的葵花寶典，作了那麼久也上軌道了，只要更精進就好，能改的部分不多，目前這種方式應該是可行的。

趙代表銘圓

上次開會時高屏代表非常義憤填膺，因為他從來沒參加過審查共識會議，李代表也是在講這個，請問現在是否有邀請高屏代表參與開會？

李代表永振

補充一下，處理的內容與過程沒有意見，這樣留下會議資料不合邏輯。應該是在這邊寫清楚疑義是什麼，怎麼解決了，這樣寫很像是上次開會的人都狀況外，吐槽開會委員也不好。我的意思是處理得很辛苦外，現在放的都是運作方式，上次開會後溝通疑義是什麼，經過討論後已經解決了，有個會議紀錄畫押就更好。

主席

現在進行到序號5的應辦事項，高屏業務組與中醫全聯會都提出作

業流程與系統執行報告，付費者李代表希望釐清當時疑義與是否已解決；請陳代表再次說明上次高屏區審查的問題，與問題是否解決。

陳代表福展

問題的確有解決，只是審查面會員偶而會覺得審查不公；最近健保署行文高屏審查分會蒐集審查相關疑義，我也轉知會員了，將彙整會員的意見後建議審查組，問題應該都有處理到。

黃代表蘭嫻

這邊簡單就中執會作簡單說明：總額秉承專業自主精神委託給醫事團體，也要尊重審查醫師的專業自主；審查專家會議在高屏區主委以列席身分表達會員意見，系統內包括內部溝通與健保局溝通，審查專家需要承接理事長期許與會員不同意見後形成共識，呈現專業自主的精神。陳代表質疑未開專家會議部分，主要是高屏審查召集人認為審查共識足夠，現在主委意見可以反映專家處理，不用特別召開會議造成行政負擔，訪查後專家也認為彼此間共識也足夠，會員意見已經能在中執會中呈現。

趙代表銘圓

陳理事長反映的部分是不知道共管會議也從未參與，請問現在有參與了嗎？

陳代表福展

沒有開會所以沒參與。

李代表永振

謝謝秘書長的詳細說明，附件一的內容還是文不對題，事情解決後還是要留下紀錄，說明沒列出疑義也沒切題說明，一般的寫法是先寫疑義，然後說明解決方式、作業程序，解決後建議解除追蹤，不要講得很不清楚，希望能清楚交代後留下紀錄。

主席

謝謝李代表，請醫審同仁針對第5項附件1辦理情形修正後現場發給

代表確認。說明當時疑義、處理情形及後續建議後再解除列管。

第二案：中醫門診總額執行概況報告案。

主席

報告內容請林義科長補充說明。

劉科長林義

請翻到補充資料中專款執行率，105年協商時導入一般預算因執行率差被扣款，106年協定事項中也提到106年上半年執行率未達8成需按比例扣款，請全聯會注意一下各項專案導入支付標準後的執行率，尤其是腦血管及顱腦損傷部分，以上提醒。

主席

快要協商了，不管是導入一般或專款預算現在都還沒達到；考量每年預算爭取不易，有預算後如果執行率差，病人沒被照顧到還會有扣錢的疑慮；這邊提醒大家。

陳代表瑞瑛

想知道105年第1季點值推估投影片：東區浮動、平均點值都遠超過1，請問有沒有點值上限？像牙科有分區點值1.15的上限，這邊浮動點值可以到1.42，醫院部門相當羨慕。

柯代表富揚

東區點值上限結到1.2，超過部分會回歸獎勵偏鄉巡迴醫療；東區面臨的問題是慈濟大學明年起會有學士後中醫系的畢業生，東區執業的中醫師才幾十位，明年50位畢業生預估2成就在東區開業，加上接受PGY訓練的中醫師也留在花蓮慈濟，申報量會衝出，預計點值會大幅滑落。

陳代表瑞瑛

現在申報的服務量東區也是負成長，如果點值上限1.2，剩下的錢獎勵偏鄉醫療我就覺得還不錯。

羅代表永達

針對小兒氣喘、腦麻的執行情形詢問：小兒氣喘在中醫的證據醫學發展得很早，但是在醫院的執行件數、點數都逐年減少，顱腦損傷要找出證據相對困難，小兒氣喘這種有實證的專案反而一直減少，不知道怎麼解釋？

另外西醫住院中醫輔助醫療計畫的執行情形，醫院有很多化療，應該可以在住院部門大量推廣；中醫界說在症狀治療效果很好，但是介入的成長率不高，相對於化療的比例非常低，請問怎麼解釋。

黃代表蘭嫻

回應羅代表提問：小兒腦麻與氣喘在 ICD-10 診斷上服務量有達到 60%，只是執行專案上有很多醫院或診所認為報這些特定支付碼要填很多表格，行政事項繁瑣等等，平常門診也有在診治這些病人，這也是中執會目前努力的方向，希望鼓勵會員排除萬難加入這些計畫。

羅代表永達

另外補充資料小兒腦麻、氣喘 105Q1 申報點數才 300 多萬，這個數字協商時消費者代表追問起來，這樣的說詞恐怕無法接受，需要好好說服他們。

主席

預算爭取不容易，爭取後執行不力這樣又可惜了，不管是化放療、孕產照護品質計畫都一樣。

何代表永成

全聯會在各區也都辦了說明會請大家多多參與及海報張貼，6 月份也請高雄長庚針對 VPN 填報問題特別加強上課；成果可能過一段時間會慢慢顯現出來。

趙代表銘圓

請問點值預估假設中醫分區預算分配六項指標部分，請問會再針對

第六項指標偏鄉人口調升機制檢討後調整嗎?還是中醫界決定維持?參考4月21日會議上吳肖琪老師等專家都希望能作調整。另外針對第14頁中醫具診療科別醫院家數好幾個分區都沒成長，全區申報件數、點數都是下滑，是否反映中醫還有很大的醫療成長空間?

陳代表憲法

說明105年第1季申報情況:可能受到寒流影響，各分區醫療利用下降很多，醫院部分影響比較小，診所部份因民眾出門就醫的意願降低，尤其是針灸、傷科的民眾要拉開衣服就會受天氣冷影響就醫意願。另外中區下降幅度較其他分區大的部分，我這邊的數據是中區申報104Q1-Q3職災 B6案件成長1.63%，其他分區成長在0.18%-0.57%之間，這些案件是職傷代辦案件，一正一負差距達1%，以費用來看中區每季影響可能介於1,250-1,500萬間，其他分區約在3、4百萬點左右，建議費用分項分析時可以把職災案件另外呈現。

另外想問第16頁數據:每萬人口中醫師數與全國比例，中區與全國比例這邊與我所算的數據不符，是不是可以再確認正確性!?

李代表永振

這邊的報告只是資料，沒有進一步的分析;以下幾點請教:去年 Q1平均點值0.9519，今年1.0060，除了申請量減少2.1%外還有什麼原因造成點值成長4%嗎?另外想請問預估點值是屬於預算嗎?又是怎麼調整?

還有第19頁數據，醫療費用點數成長率與前面數字相關嗎?有沒有寫錯?跟病人數有沒有差別?

主席

病人數是件數歸戶後的數字，跟件數不一樣。

李代表永振

為什麼圖表這邊跳來跳去?那請教第31頁調查項目為假日休診造成就醫不便現在改為病情嚴重，表頭卻沒有改;問法改變造成結果改

變但是基礎已經不一樣了，放在一起作跨年比較就算加備註也是橘子比柳丁，要怎麼比？另外回到第28頁歷年資料是不是基礎改變卻沒有備註說明？整體醫療服務品質部分包括已經列出的3項？有沒有其他未列出的部分？如果是部分與全體的關係，數字在邏輯上怪怪的。

王代表惠玄

補充一下：這些題目是獨立題項，並不是各項加總的呈現。

主席

這些題目調查時都是獨立題項，最後問整體醫療品質，李代表可能有些誤解，特別澄清一下。

黃代表偉堯

資料中顯示包括就醫人數、件數、費用都下降，除了天氣冷針灸意願下降的原因外；對比西醫這段期間因流感疫情忙碌不堪的狀況，也好奇這段期間是否中醫的醫療服務包含流感病人，是否能單純以天氣冷來解釋可能要再深思。

第二點請參考中醫師數的成長，剛剛也提到明年東區就有中醫畢業生了，是不是該地區有相關醫學院培植中醫師後，該區醫師成長就變得很快；若是，要留意醫師增加與供給配置的關係。另外，醫院部門申報量的上升與中醫整體趨勢不同，特約數在中區跟高屏相對高，不知道這個效應會維持多久，如果一直往上增加，對於醫院/基層間版圖分布的改變，應該會是長期影響而非短期效應。上次中醫提到 PGY 1可能是其中的因素之一，所以醫院的中醫醫療費用會往上揚；但資深醫術好的中醫師應該還是會帶動費用增加才對。最後治療效果的部分，100年問卷的問法有改變，104年也有影響，不確定這是不是有顯著性，在解釋上希望能有說明；跟其他的題項相比，治療效果跟服務品質應該比診療環境或服務態度要更受重視。

主席

公會對生態改變部分是否有回應？

柯代表富揚

黃代表提到 PGY 部分，中醫全聯會從去年開始作媒合計畫，希望目前容額不足部分由全聯會媒合，讓每位中醫應屆畢業生都能到主訓醫院訓練，中區的問題是中國醫藥大學因地處中區不希望招收太多 PGY1 學生，學生去年抗議見報後，學校才開出 50 名訓練容額增收醫師，未來的態勢也不太變，醫學中心若開出容額，醫師就會在該區增加，以中區為例，全區增加 33 位中醫師中有 14 位在醫院執業，可見往醫院執業趨勢明顯，也與醫院申報中醫費用增加高度相關。另醫院申報給付方式與基層診所不同，醫院所有住院醫師容額都可算到主治醫師身上，每多招收主治醫師就多合理門診量費用申報額度。另外再簡報 28 頁中提到治療效果滿意度下降，100 年到 104 年下降趨勢可看出參數或題目可能有變更，才會 100-101 年時四項滿意度驟降，若僅比較 101 與 104 年比較，中醫滿意度與治療效果應該是有進步的。

主席

謝謝說明，剛剛有代表提到就醫人次與人數下降與流感的關係，有其他代表要補充說明嗎？

何代表永成

第一季流感期間中醫就醫人數反而下降，如果中醫內科門診量會上升，中醫傷科門診量會下降；考量針傷科就醫對象多為長者，出門意願比較受天氣等影響，內科就診可能 1-2 星期 1 次，針傷 1 星期 3 次，相形之下內科增加部分無法彌補針傷科下滑的人次，整體呈現下滑。另外李代表提到預估點值部分，預估點值明顯高於去年結算點值部分，因支付標準調升從 4 月開始生效，第 1 季一定會偏高，第 2 季才會正常化。

主席

跟李代表補充說明：中醫今年成長率 3.92% 大部分落在非協商因素，

用於調升支付標準，第1季的費用沒有調單價，單價調整將從第二季反映出來，加上利用率下滑，導致預估點值超過1，看起來也合理；另外過去報告有針對針傷、推拿作細部分析，是否這兩項就醫人數驟降影響整體點值，我們會後再求證。

張專委溫溫

說明滿意度調查的部分：肯定態度是非常滿意+滿意+普通併計，101年若回答普通會再追問是偏向滿意還是不滿意，造成普通比例減少，挪移至滿意與不滿意傾向，題目或問法改變部分以後簡報時會呈現更清楚。另外提到六項指標分配一般服務預算部分，每年依據公告結果辦理分配，次年是否變動也要依據健保會決議辦理。另外有提到職災部分，因職災不屬於總額給付範圍，職災費用不影響總額，未來也不會作呈現，以上說明。

主席

滿意度調查在7月評核會議上會呈現，如果因歷年題目中更動導致結果驟升或驟降的部分請在備註充分說明；另外表格呈現方式請作區隔以免閱讀上產生不必要的誤解。

趙代表銘圓

請問我詢問的部分：健保會議時吳老師希望預算分配時偏鄉部分可以作調整，請問中醫師公會是否要維持現在的分配方式？這樣之後開會還是會有問題！

主席

分區預算分配今年照公告內容，明年分配方式已經有落下相關決議了，需要改變要提早提出，也請全聯會及早提出分配方式來作模擬，全聯會是否要說明？

何代表永成

報告一下：全聯會新版本的地區預算分配已請健保會代表到全聯會並對其報告我們的新構想，謝謝王代表與吳肖琪老師的指導，我們

會繼續與大家溝通報告。

主席

健保會同仁是否要補充說明？

陳組長燕鈴(健保會)

105年度決議公告是說戶籍人口占率以5年調升10%為目標，請全聯會與健保署討論106年分配時研提符合前開原則之分配草案，若無提出則106年度R值比例需調升3%。

主席

今年度分配無變更，因討論時間很倉促，僅留下未來地區預算分配的但書，詳細方式健保署與全聯會再作研議。如果沒其他提問就進入第三案。

第三案：104年第4季點值結算結果報告。

主席

請問第4季點值結算代表有無意見？

黃代表偉堯

請問第36頁有關執行率：醫缺地區執行率合計支用金額超過分項合計數字？數字有點兜不攏，麻煩說明；另外，中醫照護計畫的執行率已經確定是104年整年的執行率了嗎？

主席

醫缺執行率是序號1、2巡迴與獎勵開業部分合計，另外專款執行率還需要再提升，已納入一般項目，如果執行不佳還是可能被扣回。

羅代表永達

想請問中醫化放療照護計畫部分，不知道醫院可以幫忙什麼或增加合作機會？計畫聽起來很不錯，執行情形不太夠。

主席

中醫表達方式可能不太好：兩項計畫合計全年預算執行率已經是88%，

還有進步空間;以後在表達上請同仁再精進，減少讓代表們錯誤解讀的可能性。

林代表文德

想請問無中醫鄉獎勵開業這段花費4,300萬，無中醫鄉僅減少1個，請問預算使用細節?有包括其他的獎勵開業點金額嗎?

詹代表永兆

跟大家報告:無醫鄉獎勵開業保障收入3年，也是最近3年才比較多院所加入;現在4千多萬相當於11家院所承作的保障金額，原則上希望每年保障5家為目標，今年剛好一些院所都是保障第3年，以上說明。

主席

大家還有其他意見嗎?無意見就點值確認，接下來報告第四案已經討論過了，這邊就先略過，進入第5案。

第五案：全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫合理量原則。

主席

全聯會上次提出有關女性專任醫師或負責醫師生產期間收入銳減，同仁仔細研究後，因應少子化，生產造成之損失應該彌補，接受全聯會提議補專任醫師產假時的門診量，也可以申報針傷脫臼整復的治療，這樣大家有沒有其他意見?

陳代表福展

非常感謝健保署的體諒，補充一下:很多院所不是在意費用減少，重點是要提供這區民眾的服務，院所請支援醫師根本就是賠本;另外45人次的部分像針灸只需要3-5分鐘，要醫師陪在旁邊12分鐘好像也不太對，如果以針灸量大的部分其實服務人次可以更多，超過45人次不計費好像算得不太對。45人次以上是否需要計費我沒有特別的意見，謝謝。

主席

現在台灣醫療滿意度比較差就是看診時間太短，民眾最大的願望可能是針灸完可以接收到簡單的衛教，畢竟這不是生產線，希望能維持比較好的品質，每次診察完整也避免後續不斷回診，請代表參考。

陳代表福展

另外想提高屏共管會議時提到護理人員如實申報，各區都是一位醫師配護理人員，開診次數不一致部分有點麻煩。

主席

這可能是設置標準，主管機關是醫事司。

黃代表蘭嫻

陳代表提到問題在中執會討論時已經發函給署裡，請署裡函釋。

主席

這部分就另外處理，今天的內容不多討論，大家若無其他建議，增加費用就從總額內吸收，本案通過。請接下一案。

討論案：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)

主席

這邊有蠻多代表有意見，有些代表不在現場，請業務單位綜整說明，請谷科長。

谷科長祖棣

各位好，這邊是中醫過敏性鼻炎計畫，105年新增專款預算2000萬，請先看補充資料第16頁：全聯會所提草案我們有徵詢代表意見，列在右邊欄位；左欄是健保署跟中醫全聯會討論過有共識的部分；重點在第27頁的評量表，評量分數會決定收案、結案條件，我們調查耳鼻喉科意見，這個量表可能要逐項討論；另外第25頁支付標準項註的中間第5點講到申報前兩周要開給中藥飲片，然而飲片並未列入目前藥物給付項目及支付標準裡，本案如果在這邊達成共識，飲片給付的部分希望也保留，報到健保會認定後執行。

主席

大家應該有印象本案是健保會干委員爭取，中醫全聯會試擬的試辦計畫，從第4點適用對象是6-14歲過敏性鼻炎發作的兒童，需要討論的是第27頁量表中六症狀6等級區分及可收案與結案的條件；22個項目一一詢問後滿30分則可收案，每位個案照顧3個月後兩次評量進步未達3分或失聯則結案；請科長說明一下第27頁量表的源由、關心部分及外界對草案意見。

谷科長祖棟

因為全聯會考量後續成效評估及收案條件界定提出這個量表，我們查到的資料是這個量表適用18歲以上大人，效益評估跟文獻都是針對大人以外，項目文字例如嗅覺及味覺減退、耳脹感、鼻涕倒流等項目兒童不易了解或表達，希望評量文字可簡化；另外評量6等級認定要兒童區分嚴重困擾與極度嚴重困擾也不太容易；建議等級也可以簡化；另外簡化後配分方式與收案、結案條件認定也請一併考量；最後是耳鼻喉科醫師意見提到這個量表多用於研究，臨床上仍以症狀判定為多，另外是差距3分認定為有改善部分似乎不恰當，以整體症狀認定比較適宜，有一篇使用這個量表的文獻平均年齡也43歲，建議這個量表要有其他信效度評估才能確定小孩是否適用。

主席

全聯會希望用西醫鼻及鼻竇炎評估量表作為收案門檻及評估改善的依據，但是這麼多的問題問6-14歲的孩子，加上6個程度題項，恐怕不易精確評估；耳鼻喉科學會的意見我們也寫在這裡，全聯會需要補充說明嗎？

黃代表蘭嫻

量表是台中榮總梁凱莉主任同意我們使用的，代表提到研究部份大多針對大人，我們也問過梁主任是否可以用在兒童，信度到0.936，大人也是專業醫護人員受訓後協助填答的，中醫全聯會作好專業訓練應該就不用擔心信效度的問題。

羅代表永達

以中醫的基本概念，很多症狀是主觀判定的，例如脈象、舌苔觀察等，在健保的給付架構中需要客觀證據如滿意度、費用減少等等來支持，與中醫概念上有扞格；但是如果以費用來整合，希望中醫思

考是否要主動提出與西醫整合，目前西醫有作門診及住院整合，過程中很多中醫師有受西醫訓練，但是更多西醫師未受中醫訓練，兩種專業溝通上希望中醫師能更主動，包括費用當中提出中西醫的整合費用作為誘因，主動跟西醫各相關科提出整合，否則在過程中包括量表使用或是小兒腦麻氣喘照護，感覺跟西醫都是一刀相隔，西醫也不會把病人主動轉給中醫，變成互相搶病人；這個草案中感覺上中醫想另起爐灶以西醫模式照護病人，難度很高，整個思維與出發點希望是跟西醫合作達到西醫無法完成的事情，例如西醫用類固醇治療鼻竇炎，如果中醫介入減少用藥又能達相同的療效也是件好事；計畫中希望可以加入合作空間，不要用中醫理論又用西醫評估，除非重新作一次信效度評估不然無解，希望可以往整合的方向再努力。

黃代表蘭嫻

全聯會不是想另立爐灶，中西醫整合我們也很期待，執行上就算困難也希望可以達到；使用量表的原因是很難提出一個評估的實證，量表也經過中醫界專家包括長庚、中國醫藥大學與彰基中醫耳鼻喉科專家看過覺得可行才採用，如果用在小兒有困難，教育訓練部分可以多作一點，請家長協助填答，專業人員全程陪同，希望量表能更如實呈現結果。在量表一致性夠的前提希望修改文字以括弧表示不要刪除，這樣才更真實。

黃代表偉堯

分享一下我的看法：對中醫的期望是希望中醫可以走自己的典範或特色，中醫界對這疾病的診斷標準是什麼，可以依據中醫發展的現代化診察方法寫出診斷標準。中醫的精神應存在方案中，但目前這方案看不到；希望中醫能發揚自己的醫學精神與特色，疾病名不一定沿用西醫的疾病名，可以中醫獨有的學理脈絡來處理；不然，使用中醫治療卻用西醫評估與判別療效，同時使用兩套醫學邏輯，看起來有衝突且缺乏一致性，在未來評估結果的解讀上也容易產生歧異。

主席

耳鼻喉科專家給我們的意見是量表只有研究用途，西醫不用該量表來診斷；另外增加3分就表示有改善他們也存疑，中老年人適用的量

表現在用在6-14歲信效度可能要重來。另外細想起來，要分輕微困擾、中度困擾等大人都不容易分清楚，只要進步3分就表示改善似乎太容易；收案、結案條件希望暫保留，請全聯會再研究。

黃代表蘭嫻

過敏性鼻炎診斷不論中西醫都是症狀觀察為主，量表是用來訂收案條件而不是診斷標準要先釐清；另外梁主任建議健康人量表參考分數為8分，有過敏性鼻炎36分，鼻竇炎32分，我們認為30分作為收案條件不至於太嚴苛還算合理；另外藥物介入2個月後希望後側能改善6分，每次月評估時可以進步3分，量表是用來篩出比較嚴重的急性期病人，不是主要診斷方式，先說明。

主席

量表總題項22題，考慮輕微困擾幾題加上非常輕微困擾就超過30分了，不太清楚這個的邏輯；另外可以看一下第16頁吳美環代表建議參考傳統醫學定義作為收案條件，另外也有建議症狀描述，希望全聯會參考專家意見再研究。我們可以看一下第25頁的費用，希望可以審慎認定。

全聯會提出來的包裹第一個月6,520元，全年2次3個月的包裹加起來就要20000元其實很貴，預算只有2000萬，只能治療1000多人，要看出中醫是否對過敏性鼻炎是否有療效，標榜包裹給付含飲片，每天早晚服用共兩次的水藥，飲片是否合法還要經過健保會討論，現在請同仁先說明包裹算法的修正內容。

谷科長祖棣

第26頁支付計算方式：診察費按照支付標準算4次跟全聯會一樣，藥費部分藥材指的是飲片，每次開7天共2週，原本建議是否比照新北市中醫醫療機構收費標準水煎藥每劑30-300元，全聯會表示中醫成本較高，暫維持全聯會計算；科學中藥部分按支付標準調整科學中藥每天31元，生理評估跟著3個月4次前後測每次250元，疾病管理衛教次數等同生理評估每次75元；經穴按摩指導費內含針灸推拿穴位按壓等比照針灸支付標準210點列計，以上說明細項及次數，校正後第一個月6136點，第2、3個月2745點；若未完成完整治療則按治療周數折付，健保署按全聯會所提折數計算不同支付點數。

主席

考量每個個案狀況不一，需要有合適代碼支付，並未改變每包1萬3千多點的邏輯；請問大家有意見嗎？

林代表文德

想說明一下我的意見：現有過敏性鼻炎兒童有7萬多人看中醫，應該經驗豐富；是否有可能不用量表先建立收案條件？或是量表是否足以反映他們的症狀來決定收案條件？另外現在給付過敏性鼻炎的費用包括科學中藥，專案多出來飲片與評估費用，評估是否有這麼大的需求？專案比現有支付標準多出來的部分是哪些，這樣設計支付標準可能比較合理；第三是計畫的目標，署裡提出品質監控指標，我比較在意的是過敏性鼻炎小朋友得到什麼照護，可以得到哪些效益，後續評估與協商時比較有依據，以上。

黃代表蘭嫻

謝謝林老師指導。我要強調這個專案是用在過敏性鼻炎的急性期，1年只會給付2次，其他非急性期就用科學中藥了。干代表的期望是用水藥，事實上水藥在鼻炎急性期治療效果也真的比較好。再來是鼻炎的診斷是一般症狀評估與西醫一樣，量表是用來判定病人是否處於可收案的急性期，屬急性期才收案，每次結案後也要間隔3個月才能再次收案。

主席

這個量表本身是研究用途，能不能用來判定鼻過敏急性期。需要討論的是收案條件、支付方式以及健保署所提兩項品質監控指標，請科長說明，林代表提到釐清多出來部分而非包裹內容也麻煩回應一下。

谷科長祖棣

監控指標是與全聯會討論時有提到後續評估療效的指標，這是全聯會所提的概念：最多完整治療3個月後結案，結案1年內因過敏性鼻炎再次就醫的中西醫次數應該要減少，以減少比例作為評估項目；另外結案後再使用治過敏性鼻炎科學中藥或西醫抗組織胺藥物的次數與費用上比未治療前減少的比例也列作評估項目，以上。

主席

請問各位對第17項品質監控指標部分有無意見？

王代表惠玄

秘書長有提到計畫是針對急性期過敏性鼻炎，這邊的量表針對的是 Outcome，22項只要每項輕微困擾的1分加上8分就達標了；如果把量表當成評估工具，現在有這麼多小朋友因為鼻炎接受治療了，是不是先用量表建立小朋友的合理信效度與收案閾值？再來是針對品質監控指標：過敏性鼻炎小朋友治療結案後是否可以保固1年？這部分也希望能可以看到常模，結案後預期減少用藥真的可以看到嗎？既然強調急性期，品質指標也需要考慮到預期的成果，也要請中醫界前輩衡量在經費面與臨床照護成果面預期能看到的成果，飲片的導入雖然重要，但是大家好像落入技術上的細節了，包括急性期的鼻炎照護真的需要3個月嗎？以非醫療人員的觀點，感覺上已經不急性的了。希望能回過頭來重新界定鼻炎急性期，中醫如何介入以及合理治療期間，不要這樣包裹3到6個月去研擬，大家在模糊地段討論繁瑣的技術細節，永遠討論不完。請中醫界將想要達成的目標對象界定清楚後再來討論。

黃代表蘭嫻

回應王老師的意見：飲片僅在急性期使用2星期，一般中醫體質照護認定需要3個月，所以作3個月的包裹給付；後續就用科學中藥了，希望提供飲片可以有效緩解急性期的不適。除了量表評估與飲片費用外其他都比照目前給付項目，也期待小朋友經過照護後學習能力增加，使用西醫抗過敏及類固醇藥物減少，也減少門診照護的頻率。

王代表惠玄

謝謝秘書長說明，這樣是不是把急性期治療單純劃分出來就好？因為支付標準這邊依不同週數給予不同支付碼，行政繁瑣外審查上也很麻煩；真的能確定付了這麼高點數後，對於其他西醫治療過敏性鼻炎或現行用科學中藥治療鼻炎的個案公平嗎？是不是只納入急性期就好，非急性期不納入包裹比較好？加上品質指標部分，實證醫學資料庫中小兒過敏性鼻炎的確無合適的量表，會用到成人的 Sino-Nasal Outcome Test，可是要考量信效度問題，另外量表是否可反映中醫治療也要存疑，這樣真的合適嗎？以上想法供大家參考，謝謝。

黃代表偉堯

各代表已提的問題跟飲片部分，我就不重複了。請教幾個問題：第一，按照全聯會所提支付標準，是否在PY0001完整執行完後，才能執行PY0002嗎？第二，重複收案的問題：如果中醫院所已經收案照護的過敏性鼻炎個案，其他中西醫院所是否可以收治該個案的過敏性鼻炎呢？假設不加限制而可以同時收案照護，若西醫藥物與中醫飲片內都含類似的藥物成分，會不會造成病人藥物過量的問題，由誰來把關呢？這不只是錢的問題，還有用藥安全的問題。第三，依方案中規範推估過敏性鼻炎的照護費用，如果病人完整接受照護2次，每年最多將會使用25,760點，請問相對於過敏性鼻炎的疾病特性或嚴重度，是否具有成本效益呢？也就是說耗用這樣的費用額度能否換來該疾病不再頻繁復發呢？建議針對成本效益評估分析，本方案要多加考慮。

黃代表蘭嫻

回應代表所提問題：PY0001內含項目未執行完是沒辦法進到PY0002的，收案對象會上VPN去鎖定被收案照護的過敏性鼻炎患者不能由其他院所申報專案或一般過敏性鼻炎治療；是否同時使用西醫部分，中醫這邊看不到。

主席

大家還有其他意見嗎？這個案子今天無法通過，請全聯會將代表的意見與關心帶回，重新思考後包括費用與監控重點，看什麼時候再提，通過後才能上路。今天就談到這邊，桌上有李代表對決議辦理事項的說明，請家慧科長說明一下。

劉科長家慧

原本附件一的資料中我們補充說明，修正部分已經畫底線了；修正部分為：疑義係高屏區分會主委表示在104年期間未參與審查醫師會議，本署高屏業務組與中執會高屏區分會醫療服務審查管理係透過多元機制運作，召開審查醫師共識會議僅係其中一項，因104年全年並無審查爭議提案及需開會解決之議題，由該年高屏區之爭審案件僅1件撤銷，可見一斑，故審查共識已達一致，是以並無召開前開會議之必要，高屏分區之審查管理仍依循既有之多元機制運作，該機制為高屏業務組與分會及審查醫師之管理共識。相關說明如下。

李代表永振

如果你要這樣改會更麻煩，要先修改第四項會議結論第2點，追蹤第8頁決定事項也要配合修改。最好是前面都不改，第9頁題目延續下來；疑義是你這次修改的部分，底下解釋之後下面是一般作業程序，這樣就很清楚了。

主席

我們照李委員建議修改：畫線敘述疑義部分補入第9頁疑義部分交代清楚，針對這一點補充說明，之後就不變動。修改部分確認，今天會議開到這裡，謝謝大家！