

「中醫門診總額研商議事會議」105 年第 4 次

會議紀錄

時間：105 年 11 月 17 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	施代表純全	蔡三郎(代)
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	詹益能(代)
陳代表旺全	陳旺全	陳代表瑞瑛	陳瑞瑛
何代表紹彰	何紹彰	楊代表啟聖	楊啟聖
呂代表世明	呂世明	陳代表憲法	陳憲法
巫代表雲光	巫雲光	胡代表文龍	胡文龍
李代表永振	李永振	黃代表怡超	請假
許代表世源	許世源	黃代表偉堯	黃偉堯
許代表中華	劉佳祐(代)	張代表瑞麟	黃蘭嫻
林代表文德	請假	詹代表永兆	詹永兆
柯代表富揚	柯富揚	趙代表銘圓	趙銘圓
黃代表蘭嫻	黃蘭嫻	羅代表永達	羅永達
劉代表富村	劉富村	龐代表一鳴	請假

列席單位及人員：

衛生福利部	蘇芸蒂
全民健康保險會	陳燕鈴
台灣醫院協會	何佳儒
中華民國中醫師公會全國聯合會	傅世靜、王逸年、賴宛而
本署臺北業務組	馮震華、林照姬

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、郎淑琮
本署資訊組	姜義國
本屬企劃組	何恭政
本署醫務管理組	陳玉敏、張溫溫、陳真慧、 林淑範、劉林義、谷祖棣、 廖敏欣、邵子川、吳柏彥、 洪于淇、楊秀文、黃曼青、 鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

參、報告案

第一案：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：除第一項「滿意度調查報告」及第五項「醫療資源不足地區每月乙實際看診日數定義文字不一致」案繼續列管外，其餘解除列管。

第二案：中醫門診總額執行概況報告案。

決定：報告資料日後請增加醫院中醫科增減之院所資料，餘洽悉。

第三案：105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：

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.87297803	0.91273108
北區	0.87936392	0.92200824
中區	0.86379466	0.90669029
南區	0.92387885	0.95116636
高屏	0.93799719	0.95959088
東區	1.29390090	1.20000000
全區	0.89521460	0.92984081

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各總額部門各季之結算說明表，自 105 年度起於本署全球資訊網公開，請查閱參考。

第四案：106 年中醫門診總額一般服務預算四季分配暨點值保障項目

決定：

一、106 年點值保障項目通過，即藥費採每點 1 元支付，另醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件以每點 1 元支付。

二、106 年各季預算按 100~104 年各季核定點數占率計算如下：第一季 23.349456%、第二季 25.293199%、第三季 25.412425%、第四季 25.944920%。

第五案：106 年中醫門診總額研商議事會議召開會議時程案

決定：會議時程如下，請代表預留。

次數	1	2	3	4	5
會議日期	02.16 星期四	05.18 星期四	08.17 星期四	11.16 星期四	11.30 星期四
會議名稱	第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會

肆、討論案

第一案：修訂「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」案

決議：同意僅修訂年度餘同 105 年，將依程序辦理後續行政事宜。

第二案：修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」案

決議：本案保留至臨時會討論。

第三案：修訂「106 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」案

決議：

一、 修訂重點如下：

- (一) 計畫年度變更為 106 年度，預算金額全年經費為 121.5 百萬元。
- (二) 106 年度施行區域刪除已有中醫師進駐之雲林縣元長鄉、嘉義縣布袋鄉、高雄市永安區及台東縣卑南鄉，新增屏東縣琉球鄉及宜蘭縣冬山鄉，共 93 鄉鎮市區。
- (三) 巡迴醫療服務計畫巡迴次數由每週至多 2 次，放寬為每週至多 3 次。
- (四) 巡迴醫療報酬申請表除紙本郵寄至分區業務組外，新增電子化申報(資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN))。
- (五) 違規處理章節新增醫事人員違反特管辦法第 38 至 40 條停止執行方案規定，另載明停止日期為第一次處分函所載停約日。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第四案：增修訂「中醫門診總額支付標準」案

決議：

一、 修訂重點如下：

- (一) 通則六：專任醫師每月申報另開內服藥之針傷治療處置費，每月上限由 60 人次提高至 120 人次。
- (二) 第一章門診診察費第一階段每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≤ 30)(編號 A01、A02、A11、A12)及山地離島地區診察費(編號 A09、A10、A19、A20)，每項點數增加 15 點。
- (三) 第一章門診診察費註 1.有護理人員在場服務者之定義，由「每位中醫師至少聘護理人員一名以上」改為「每位中醫師看診時須有護理人員在場服務」並配合看診時段之 VPN 上傳作業。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第五案

案由：修訂「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」案

決議：

一、 修訂重點如下：

- (一) 新增退場機制：當年度收案且結案患者前後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知文到日次月 1 日起，12 個月內不得承作本計畫。
- (二) 修訂計畫支付標準通則七：本計畫之案件每週不得申報超過四次，每二週不得超過七次(原為每週限申報三次)。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第六案

案由：修訂「中醫提升孕產照護品質計畫」案

決議：

一、 修訂重點如下：

- (一) 新增結案條件：符合結案條件之患者當年度該院所不

能再收案。

1、助孕：

(1)女性患者，自初次收案日起算六個月，基礎體溫未見高低溫雙相曲線、或雖有雙相曲線但高溫期短於10天者。(病歷應登載基礎體溫均溫、高溫期天數)。

(2)男性患者，自初次收案日起算六個月，精液檢查報告異常項目無進步者。(病歷應登載各次檢驗報告，未登載驗報告即應結案)。

2、保胎：妊娠滿20週即應結案。

(二)訂定助孕成功率及保胎成功率之操作型定義。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第七案

案由：修訂「中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」案

決議：

一、 修訂重點如下：

(一) 修訂乳癌、肝癌適用範圍之ICD-10-CM碼。

(二) 編號P56006疾病管理照護費支付點數由300點調升為550點，限三個月申報1次並於病歷載明。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

第八案

案由：新增「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」(草案)

決議：本案保留至臨時會討論。

伍、散會：17時10分

陸、與會人員發言摘要詳附件。

與會人員發言摘要

陳副組長玉敏

各位午安，我是醫管組副組長陳玉敏，今天副署長臨時去立法院，我暫時代理主席。會議開始前先介紹新任代表，包括胡文龍代表、呂世明代表、張瑞麟代表、許世源代表、劉富村代表、全聯會新任理事長陳旺全、許中華代表由劉佳祐先生代理出席，施純全代表由蔡三郎先生代理出席。

因今天討論議題較多，我們儘量掌握時效，進入會議紀錄確認。

中醫門診總額研商議事會議前次會議紀錄確認(略)

陳副組長玉敏

各位代表對前一次會議記錄有無疑義?沒有意見就進入報告事項。

報告第一案：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

陳副組長玉敏

依宣讀內容，歷次會議決議事項除序號 1、5 繼續列管外，其他項解除列管，各位代表有無意見?無意見就進入下一個報告案。

報告第二案：中醫門診總額執行概況報告案。

陳副組長玉敏

各位代表對報告內容有無提問?

羅代表永達

希望投影片可以比照醫院總額的呈現方式，設中醫科醫院不管是增是減，都在註解處呈現異動明細，尤其醫院新設中醫科相當可喜，日後可以讓我們知道嗎?知道名單後協會要做輔導或是進一步接觸也方便點。

陳副組長玉敏

好，以後醫院設中醫科增減情形就放在投影片備註裡。

李代表永振

有 3 點請教:第 1 點是預估平均點值落在 0.93~0.94 之間，去年同期是 0.96 多，差異蠻大的，是不是完全受 4 月 1 日支付標準點數調升影響?另外 Q2 預估平均點值是 0.9308，去年同期 0.9472，當時註明調整影響 0.18%，影響似乎沒有 Q3 預估點值大，可以補充說明嗎?第 2 點是中醫至無中醫鄉巡迴醫療服務整體負成長，除了南區跟東區外其他分區都是負成長，醫院中醫科也有類似情形，請教可能原因?第三是解構圖部分，想知道為什麼就醫人數一直負成長，希望補充說明。

詹代表永兆

無醫鄉召集人跟李代表補充說明:台北分區負成長4成多是因為有一位無醫鄉獎勵開業醫師已經獎勵開業期滿,現在還留在當地執業,費用改由一般部門報進來;申報量來說獎勵開業1家可以抵巡迴服務10家,高屏分區也是一樣的情形,南區申報量增加也是新增了獎勵開業的院所,以上報告。

劉科長林義

羅代表建議增列醫院增減中醫科別明細,我們從下次開始增列;第13頁點值預估的部分,可以參考這次105Q2點值結算報告,支付標準從4月調整已經影響到第2季點值了,浮動點值0.8952平均點值0.9298,回到105年第3季預估點值,浮動點值0.9094平均點值0.9394,的確都受到支付標準調整的影響;影響金額估計約2.56億,點值受影響下降0.044左右;把支付標準調整因素排除後。第3季預估平均點值會回到0.9803,這是點值部分補充說明。

巡迴醫療部分全聯會已有說明,代表可以參考第17頁台北、高屏無中醫鄉都有增加,以上補充說明。

陳副組長玉敏

各位代表還有進一步提問嗎?沒有提問就進入報告第3案。

報告第三案:105年第2季點值結算結果報告。

陳副組長玉敏

第2季點值請參考議程第27頁,剛剛有報告受支付標準影響,點值約降0.044左右;另外兒童過敏性鼻炎專案計畫從10月才開始,第2季沒有數據;不曉得大家有沒有提問?沒有提問就進入下一個報告案。

報告第四案:106年中醫門診總額一般服務預算四季分配暨點值保障項目

陳副組長玉敏

106年四季預算分配按照100-104年五年平均占率計算,結果請參考議程上數字,請問各位代表有無提問?

李代表永振

想請教一下名詞:是四季分配還是四季重分配?

張專委溫溫

開辦時是直接沿用各季金額分別加計成長率,當時有些不可考因素影響,造成各季預算金額差異性大,提到研商議事會議討論後決議用新方法(近5年核定點數占率平均)作四季重分配。

李代表永振

我的意思是說現在只有作分配的百分比改變，不是先算一種方式後再用重分配校正，這樣應該叫四季預算分配就好。

陳副組長玉敏

那我們名詞修正為四季預算分配，沒有提問就進入下一個報告案。

報告第五案：106年中醫門診總額研商議事會議召開會議時程案

陳副組長玉敏

明年度中醫門診總額研商會議排定時程，請代表先預留，有異動會提早通知代表。

李代表永振

建議一下：明年健保會進入第3屆，應有新成員擔任代表，可以再提醒一次新任代表嗎？

劉科長林義

我們發聘函時會附上新年度開會時間，提醒新任代表。

討論第一案：修訂「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」案

陳副組長玉敏

兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫從105年9月1日才開始實行，實施期尚短，106年方案內容先不變更，僅變更年度後續行1年再作檢討，不知道各位代表有無意見？無意見就謝謝大家，進入第2個提案。

討論第二案：修訂「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」案

陳副組長玉敏

修訂部分請業務單位說明。

劉科長林義

請各位代表參考議程第附表71頁：修正重點一是全聯會將核發品保款基數從申請費用100%改為60%，二是增加當年度醫事機構代號變更視為不同院所分別計算的條文，這樣執行細節更明確。

陳代表憲法

接下來由全聯會說明：雲端查詢率部分，中醫預定105年底會將雲端藥歷上線供院所查詢，全聯會相當重視，雖然資料還沒完全上線，中醫診所現在也在查詢西醫的用藥資料，為鼓勵院所增加藥歷查詢率，想新增一個正向指標作實質鼓勵。

陳副組長玉敏

這次修訂部分從第 71 頁起，核發資格基礎限縮到 60%、73 頁藥歷查詢指標與參加即時查詢方案各加計 5%，另外第 74 頁第 6 點健保署要求每個月更新看診時間才能加計 10%，比全聯會要求更嚴格；以及各項減計指標核發百分位可以從 90 百分位前進到 80 百分位。另外健保署建議新增隔日再次就診率，超過 90 百分位者減計 10%。

羅代表永達

個人小小提議：醫院從今年開始中醫科要參加評鑑的試評，其中感控是很重要的部分，醫院也要投入相當的成本；這樣與品質有相當關係，與其他原有指標多採管控精神相比，希望建議全聯會把醫院中醫科通過試評加進品保款的鼓勵措施。

陳代表憲法

請參考議程 72 頁左上方，中醫院所已經要求感控合格才能參與品保款核發。

羅代表永達

醫院評鑑部分有延伸，要求中醫科能在試評時就通過。

黃代表蘭嫻

謝謝羅院長提醒。感染管控部分中醫執行多年，大概 2 年前這個指標達成率很高，就從獎勵措施移到必要條件了。另外醫院評鑑時特別注意附設中醫部通過試評這部分，負有教學任務的醫院已有特別的加成條款，比例為 10%，雖然感染管控指標從加計指標中移除，每年中醫師縣市分會與健保署還是固定會作感控查核。

李代表永振

我們對執行面比較外行，這個方案跟後面幾個都有現行方案與修訂方案，修訂方案之前希望先看到檢討分析，知道哪些不足才檢討修訂。這樣在過程上才能有完整交代，整個修訂過程也比較周全。

陳副組長玉敏

委員的意思是在檢討現行方案前先報告現行方案，以及有哪些不足，再討論如何去檢討改進。

劉科長林義

10 月 16 日會前會討論品質保證保留款時，有討論到各總額部門每年核發指標要往前進，中醫部分因為評核指標較少，希望能增設指標；所以會後全聯會增列了健保雲端藥歷查詢率、即時查詢方案查詢率以及鼓勵院所上傳每月看診時間三項獎勵指標；另外減計指標也增設隔日再次就診率，這是對健保署的回應；但是中醫品保款核發比

率比其他總額部門高，不核發比率只有 17%，相對於醫院或基層部門都高很多，如果中醫不易增設指標，希望可以把核發指標目標值往前提，例如第 74 頁議程幾項減計指標，目標值訂在 90 百分位也很久了，希望至少可以參考西醫基層，所有指標目標值往前進到 80 百分位。

陳副組長玉敏

在第 3 次研商議事會議中有報告 104 年品保款的核發結果，請問李委員是否覺得有必要把資料印上來參考？

黃代表偉堯

關於李代表的建議，我試圖補充說明一下：表格最右邊的欄位健保署意見，比較希望放的是修改的根據及緣由說明；例如依據健保會要求，修改內容為何，再附帶修改的佐證，例如之前的執行狀況、試算結果等，這樣代表們比較容易被說服。不管緣由是被要求的或是執行上發現不足的，都希望可以呈現，討論上會更有幫助。

李代表永振

感謝黃代表，我想修改緣由至少有 3 種：全聯會提議、健保署要求或評核會建議。評核會的建議如果剖析理由後也可以不接受，希望能夠看到更透明化的過程，除參與者知道以外，如果有放到全球資訊網也很不錯，有興趣者可自行上網參考，這樣比較完整。像是核發標準從 90 百分位修到 80 百分位，能看到更多細節比較好。

柯代表富揚

在第 73 頁全聯會建議文字修正：在核算基礎加計原則二、中醫門診特約醫事服務機構從事教學研究且績效卓著者，依核算基礎加計 10%；之前適用對象僅有醫院，今年開始也有優良中醫診所符合適用對象，建議「醫院」修正為「院所」，比較完整。

羅代表永達

請問健保署，現在中醫雲端藥歷已經可以查到哪些資料了？跟西醫的查詢系統一起嗎？還是要在另一個系統看到？

曾科長玫富

都會在同一個系統中，現在中藥頁籤正在作內部測試，最快可能在 12 月或明年初上線。11 月 22 日會先開放診所查詢有七項頁籤資訊的健保醫療資訊雲端查詢系統，包括西、中、牙醫診所，這個資訊也請分區轉知轄區院所，就是一個網址，插卡後點下去就可以用，介接上應該沒問題。未來會新增中醫用藥頁籤，該頁籤當初規劃時也請台北市中醫師公會及中醫審查醫師等參與，提供使用者需求。

羅代表永達

現在藥歷的作用包括防止重複用藥與預防交互作用，想請問將來中醫如何確定這些事？另外現在很多批次下載可以抓到重複用藥或是交互作用，以中醫的基礎理論，要怎麼找到中醫重複用藥或交互作用？

曾科長玫富

頁籤將提供查詢當下各基準方以公克數換算的餘藥量資訊，中藥是所有藥品磨成粉後包成一包，重複認定上可能是個問題，但中醫師應可參考那些基準方餘藥量較多而少開該項藥品。另外亦將提供前5大用藥量參考資訊，及每一案件開立的中藥品名、公克數也查得到，也看得到圖形化界面，可以看到兩次就醫間用藥重疊日數情形，未來西醫用藥也會看到類似的圖形化界面。目前已經開放醫院查詢七項頁籤資訊，不久就將全面上線了，這邊先作預告。

陳代表憲法

中區也有參與用藥頁籤的規劃與提供意見，藥品成方可能含有麻黃、附子、細辛，註明後以條型圖概念可以去檢測不要開重複的藥物，以上補充。

陳副組長玉敏

雲端藥例如果有進一步建議可以提供醫審組作參考。另外想確認的是議程第74頁新增第6項指標，比照牙醫部門未全年完成則不予加計，這邊全聯會同意修訂嗎？另外現有指標由90百分位前進至80百分位也同意嗎？

陳代表憲法

同意。

陳副組長玉敏

接下來第75頁隔日再次就診率操作型定義，請業務單位補充說明。

劉科長林義

隔日再次就診率這邊全聯會定義與品質確保方案不太一致，品質確保方案是看同一保險對象隔日跨院就醫情形，全聯會建議看同一保險對象隔日同院就醫，請全聯會補充說明。

陳代表憲法

跨院所會牽涉到歸責於前院所或後院所的問題，比較複雜；希望可以回到同院所作比較。

柯代表富揚

中醫很難監測跨院所同一對象就醫情形，因為中醫多不分科，某些診所可能較專精內科，民眾可能也習慣在該院所看內科後隔日再到

其他擅長傷科診所看傷科問題，難以課責之外，怕反而變相限制了中醫利用率。

曾科長玫富

品質確保方案屬分區與全國整體性監測，跟品保款院所別指標表現評比，有些指標不一定要完全一樣，以上說明。

主席

所以隔日再次就診率還要修訂嗎？那就照中醫全聯會所提定義。

王代表惠玄

想呼應李代表與羅代表發言，是否可由實證資料檢視同一院所同一患者同月看診次數 8 次以上是什麼情形？此外，有關同日重複就診率的品質意涵：雖然中醫診所大多不分科，但民眾可能自己決定傷科看 A 醫師、內科看 B 醫師等等，如果在診所大概不至於觀察到同日重複就診，但是在醫院中醫門診，民眾自行就中醫次分科就診的情況下，申報資料可能看到比較高的百分位，這個指標對醫院是不是造成系統性的限制？另外對病患而言，醫院會不會為了符合指標條件請病人同天不得看兩次中醫，變相限制就醫權益？換言之，這個指標是否會結構性歧視有中醫科的醫院以及民眾？請大家思考一下，謝謝。

胡代表文龍

補充說明：長庚體系中醫雖然下面有內、婦、兒、針傷四科，整體中醫還是算一個科；醫院系統有規定每個病人 1 天只能掛號中醫 1 次，西醫則是一個看診時段可以掛號兩科，這是配合現行遊戲規則；也謝謝王代表為醫院中醫科發聲，雖然病人的確有需求，我們執行上難免還是綁手綁腳。

王代表惠玄

健保手上資料可以看到同日重複就診率嗎？醫院為了配合指標要求，已經從資訊端限制病人了，是否可以從手邊資料看到病人同院重複就診情形？

主席

王老師的意思是要為醫院量身定做不同的指標嗎？

王代表惠玄

請全聯會就專業端思考是否有必要這麼作。

主席

醫院跟西醫基層品保款的指標性質不一樣，牙醫有部分指標只規範醫院或只規範基層。王代表的意思是同日重複就診率需要就醫院與診所層級有不同的處理方式。

羅代表永達

醫院代表為醫院發聲：雖然醫院設有中醫部門比率不高，但是醫院性質與診所不同，用同樣指標可能造成某種程度不公平；想要請問，是否可以醫院與診所分開排百分位，醫院跟醫院比，可能會相對公平。

主席

抱歉剛從立法院回來，會議晚到，先跟理事長以及好幾位新任代表問好。有些指標代表認為要分醫院與診所層級分別處理，請問理事長的意見為何？

陳代表旺全

各位好。品質保證保留款只是一小部分，要達到核發百分比機率也不高，臨床上可能前一日因慢性病就診、次日急病就診，這種情形不常發生，還是會有；中醫師公會全聯會希望維持現在方式，醫院與診所等級一起評比。

羅代表永達

如果核發指標取特定百分位，大家一起排序絕對會排出不核發的百分位，醫院跟醫院組一起排，也不要變相鼓勵院所從前端設限病人的就醫行為，個人覺得這樣比較公平。

主席

原有指標核發條件已經同意修為 80 百分位，新設指標核發條件為 90 百分位了，現在要不要分兩組排序代表之間意見紛歧，請問醫院中醫代表有沒有意見？另外中醫如果能全科醫療也是好事，即使醫師有不同專長，病人進來能接受完整醫療。

胡代表文龍

如果中風病人會來找我，癌症病人會找呂世明醫師。畢竟術業有專攻，即使是醫龍也只專精外科，內科要轉給其他醫師。

主席

這只是隔日再次就診率，顯然病人天天就醫我們不鼓勵，診所如果多位醫師執業，也會碰到跟醫院類似情形；想看看多數的意見要不要分組，看各位的共識是什麼。

黃代表偉堯

分兩段說明：

首先，希望剛剛講的那些有爭議的指標，放到分區品質監控就好，而不涉及品保款核發。因為分診所與醫院兩組的話，後續問題包括兩組如何拆預算來核發品保款、核發百分位如何訂定才公平等等，都會造成部門總額內的爭議。

其次，品保款是為了鼓勵品質好的院所，而不是大家來拆帳；因此羅代表建議感控部分的指標，明顯屬於可凸顯正向品質面，希望能新增這類的指標；至於跨層級可能有爭議的品保款分配指標，日後儘量不再出現。分組在管理上具有考慮同質性比較的優點；但是用來分錢真的會有爭議。期望品保款指標往正向品質指標發展，因為品保款屬獎勵性質，這樣會比較好。

王代表惠玄

補充黃老師意見：贊成在分區別就醫院與診所層級分別排序，但是適用拆分醫院組與診所組指標，建議從同日重複就診率先試行。主席所提整合醫療其實是好事，但就臨床訓練上或民眾就醫面來說，要完全整合中醫不同類型治療於同一位醫師還是有距離。有關隔日再次就診率的指標，同意保留不分組，但同日重複就診率牽涉到院所儘量整合自身資源提供服務，希望分醫院與診所組分別觀察，以上建議。

主席

兩位老師提出不一樣的建議：偉堯老師希望隔日再次就診率先留在品質確保方案中分兩組觀察一陣子，成熟後再處理；惠玄老師希望隔日再次就診率留在品質保證保留款中不分組評比，同日重複就診率先分組排序，請問理事長的意見？

陳代表旺全

跟偉堯老師報告：加計指標中對負有教學任務醫院給予實質鼓勵，我認為暫時先不要再分組，如果大家還是覺得有必要，希望可以帶回去研議評估看看。

主席

請問同日重複就診率維持不分組，隔日再次就診率要加到品質保證保留款嗎？請問老師的建議為何？或是有更好的替代指標，如偉堯老師所說，增加一項真正能衡量中醫品質的正向指標？

王代表惠玄

這又回應到李代表所說，新增指標希望有實證基礎，如果隔日再次就診率已經在品質確保方案中監測了，是否可以看到實際的數據？

主席

這個有現成數據嗎？

劉科長林義

隔日再次就診中醫比率從 102 年看下來都在 0.47 左右，104 年各分區數值台北 0.39、北區 0.33、中區 0.55、南區 0.43、高屏 0.42、東區 0.68，全區是 0.44。

主席

這是分區的平均，請問有院所的數值嗎？如果院所之間差異性不大，表示品質差不多，如果差異性大才值得考慮放入。同仁可以先去拿資料過來，我們先暫停討論，看一下基本數據後再決定，半小時後再重起討論？

柯代表富揚

補充說明：這是負向指標，隔日就診常事出突然，比率不高；如果數據沒辦法出來，今年不增訂也可以。

主席

同仁在準備資料，這邊就先看現在院所間差異性再作決定。本案保留，請進入討論第三案。

討論第三案：修訂「106 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」案

林專委淑範

請直接看第 82 頁議程：修訂部分除了年度修正為 106 年外總共有 5 項修訂：第一是修訂依健保會決議修訂預算金額 1.205 億元、第 2 項是修訂施行區域從 95 地區變為 92 地區；已有中醫師開業刪除 4 地區，新增當地中醫師執業到 105 年底的琉球鄉，屬離島一級，修正後結果請參考第 104 頁議程的表。

104 頁是中醫醫療資源不足方案施行地區一覽表，有醫師執業刪除了元長鄉、布袋鎮、永安區與卑南鄉，新增琉球鄉，署第 4 級一級離島。

主席

請問琉球鄉執業醫師為什麼離開？執業多久了？

林專委淑範

據了解琉球鄉那位醫師申請 103 年度獎勵開業，執業滿 3 年到 105 年。

主席

請問中醫界代表，現在鼓勵開業會不會大家期滿就離開？這樣的百分比有多高？之後會有團隊補進去琉球鄉提供服務嗎？

詹代表永兆

第一批獎勵開業的兩家現在都還繼續執業，金門那家院所因為獎勵期滿，申報案件不屬醫療資源不足案件還讓台北區醫不足費用成長率掉了 43%；琉球鄉屬第二批開業，那邊的生態院所不容易存活，加

上醫缺方案有卡申報量未達就要折付的條款，醫師考量租房子種種成本後病人又不夠多收支無法打平就打退堂鼓，大致是這樣。琉球鄉巡迴醫療會先補進去。

另外宜蘭冬山鄉有 1 間中醫自費診所，以健保觀點冬山鄉也算無醫鄉，雖然名單已經確認了，希望可以把冬山鄉補進去，屬一級偏遠。

主席

好，等於刪除 4 區後增加宜蘭冬山、屏東琉球兩鄉鎮，列入紀錄。再來下一項。

林專委淑範

請看議程第 90 頁巡迴計畫每周次數規範，全聯會協商時承諾要調整部分地區每周巡迴次數，由 105 年最多 2 次調成 105 年最多 3 次，健保署寬估費用結果最多增加 1600 萬，與今年度增加預算金額 1500 萬相近，增加地區全聯會會作把關，不會增加很多。

詹代表永兆

全聯會補充說明：今年巡迴醫療是承諾巡迴點增加 1/3，無醫鄉已經都把中醫送入了，現在是想增加無醫村的巡迴點。原本設計是一個鄉只能有兩個村執行，現在想開放到 3 個村提供服務，同時就點、面擴展；至於特殊地區例如幅員廣闊的花蓮秀林鄉或是一些狹長區域會開放為每周 3 次，不是全面開放。

黃代表蘭嫻

之後會召開特別小組，請各區主委檢視轄區內無中醫鄉有特殊需求者提出名單，可開放到每週 3 次巡迴的地區名單也會提供健保署。

主席

這一項修正若無意見就照案通過。

林專委淑範

請看到第 99 頁申報論量費用方式修訂，現在是走書面申報方式，規劃 106 年起採電子申報走 VPN 方式申報進來，會前會時全聯會也同意這項修訂。

主席

這是行政程序的修訂，同意就要作到喔！接下來下一項。

詹代表永兆

請看到第 102 頁違規處理部分，原來只規範醫事機構違規的處理方式，後來發生機構違規醫事人員未違規，這邊有爭議；所以配合第 83 頁申請資格，將醫事人員違規方式補修進來。

主席

這邊應該沒有爭議，把之前不足的部分補進來。其他還有修正嗎？

林專委淑範

雖然沒放在正式議程中，這邊有個小建議：第 91 頁對巡迴計畫的種種規範中可以增訂第 10 項，巡迴地點選擇應避免隸屬黨部相關單位，提醒大家要找巡迴地點留意。

主席

這個不用明寫吧？要避免就對了，請全聯會幫忙先篩選，不要寫在文字上。不過這邊要重申一下立場，這次查到中醫巡迴點設在黨部，健保署在立法院立場也很尷尬。分區業務組也作了巡迴點大清查，希望大家可以在尋找地點時多多幫忙，以後儘量避免。

其實從民眾的觀點看，那些場所也許是相對比較好的，但是現在的狀況真的需避開較妥。

詹代表永兆

在很偏鄉的地方黨部早期進入耕耘，民眾服務站的場地也比較好；山地鄉要跟一般民宅借場地除了民眾不願意以外，空間也比較窄小，中醫尋找巡迴點場地時完全就場地適合性優先考量，跟政治性無關。再說看病的民眾不分黨派，這樣過度政治化真的不好，希望健保署可以把這個議題淡化，以上補充。

柯代表富揚

本來全聯會也想提案，因文字敏感才撤案的；場地上例如衛生所以西醫為主，常會排斥中醫而不願出借場地；借到黨部或民眾服務處也是無可奈何。

黃代表蘭嫻

無中醫鄉很多醫師是滿腹熱血去作巡迴醫療的，出借民宅騎樓、搭臨時帳棚、廂型車作場地都有，希望署裡能考量醫師到無中醫鄉服務很難得，多多給予鼓勵。

主席

為這件事健保署在立法院也是滿頭包，部長是覺得不宜，清查結果也只好請大家考慮換巡迴地點。

趙代表銘圓

個人跟著巡迴醫療出去看過，建議真的不要帶入太多政治色彩；參訪時有看到一些環境相對不錯的地方和學校或教會，但經瞭解大家（含中醫）去談的結果都是不願意出借場地或是要求另外付租金。希望署裡可以讓部長知道巡迴醫療出借場地的困難性和複雜度。

黃代表蘭嫻

請問醫師幾乎都找好 106 年度的巡迴點了，臨時撤點或更改地點有些困難，請問 106 年可以先不變動地點嗎？

主席

因為這一項已經落入決議，106 年會一直被追蹤檢討，加上部長有承諾，很抱歉我們沒辦法改動。

趙代表銘圓

可以建議健保署居中協調，幫忙全聯會跟縣市政府或其下的地方機關商借場地嗎？如果縣市政府也不介入，放任醫師找場地找破頭，這樣非常不應該。

主席

謝謝趙代表意見，請分區業務組協助，透過縣市政府幫忙找當地有沒有適當的公家場地設巡迴點；有困難處分區業務組幫忙協調。我知道巡迴醫療很辛苦，既然撤出黨部是必然，尋找場地如果有困難，請分區透過公務體系多多幫忙。

柯代表富揚

請問 105 年剩下 1 個多月，這 1 個多月可以先維持在原本的場地嗎？

主席

好，那就請用 105 年剩下的時間去尋找新地點，謝謝。找時間應該感謝巡迴醫師長期奉獻，希望能有機會表達健保署的敬意與謝意。

陳代表旺全

明年 3 月 17 日國醫節時可以在台北市頒獎感謝他們。

主席

接到邀請訊息我會先跟署長報告，謝謝。請接下一案。

討論第四案：增修訂「中醫門診總額支付標準」案

谷科長祖棟

中醫全聯會提議修支付標準，分 3 部分：第 1 是醫師看診時有無護理人員在場的文字修訂，由「至少聘護理人員 1 名以上」修訂為「有護理人員在場服務」。再來是修針傷脫臼整復的合理量，從 60 人次調到 120 人次，第 3 是要調第一階段門診診察費 20 點，106 年非協商因素預算是 4 億，健保署試算了這 3 部分調整會增加的點數與費用影響評估，請參考表格所示：如果點數調高 20 點，會增加 5.37 億，調 15 點增加 4.14 億都超過預算額度，其他調整點數與增加額度請參考表格。

主席

請參考這次非協商成長率 1.755% 約 4 億元，全聯會想調升脫白整復合理量費用影響約 4400 萬，剩下費用來調山地離島與第一階段門診診察費，基本上希望調整支付標準的經費從非協商成長率額度支應，不要超過額度；如果照全聯會提議調高 20 點會高於預算數 1 億多稀釋點值，請大家決定一下調高點數多少比較好。

巫代表雲光

全聯會是預估明年第 2 季開始調升支付標準，調升時間點比照今年起算，這樣影響大概 4 億，所以全聯會希望維持調升 20 點幅度，從 106 年 4 月開始實施。

主席

這樣只有考慮到第 1 年的費用衝擊，其實不是很理想。今天提出來通過的話預計是元月 1 日生效，這樣才合理。

陳代表旺全

奉主席指示，全聯會同意診察費調升 15 點，從元月 1 日開始。

李代表永振

請問調升 15 點是湊整數嗎？會不會很難算？

主席

現在都是電腦算的，改一下就可以。

柯代表富揚

跟代表報告一下，第一階段針傷脫白整復合理量上限放寬我們試算不會用到那麼多錢，大概只會用到 2 千萬；健保署估算金額再扣掉 2 千萬的話就低於預算 4 億元了。

巫代表雲光

要提醒大家一下，補充資料裡的支付標準編號要再補上山地離島診察費(A09、A10、A19、A20)，山地離島地區診察費與一般診察費同步調整，這樣才完整。

主席

謝謝補充，那門診診察費第一階段跟山地離島診察費就決定調升 15 點。剩下文字修正部分，請問全聯會的修正理由？

巫代表雲光

護理費計算上因為署裡計算邏輯是 1 位醫師搭配固定 1 位護理人員，當月不會變動；但是資訊廠商設計是以門診量最高醫師去搭配護理人員，這樣會造成申報護理費時的系統性風險，所以想根據實際看

診情形修正規範文字。

谷科長祖棣

醫管組補充說明：系統計算時是用人數，全聯會的意思是護理人員上下午跟不同醫師門診，我們沒有護理人員班表，沒辦法知道實際情形；資料第 2 頁是希望從 VPN 上傳護理人員班表，這樣去勾稽費用申報邏輯，請大家考慮要不要這麼作。

巫代表雲光

全聯會同意署裡的建議，其實金額差距才 10 點，主要希望醫師可以免於申報的系統性風險，在申報費用時同步上傳護理人員班表，完全符合申報上的務實面。

主席

好，那就照第 2 頁建議條文修正，請接下一案。

討論第五案：修訂「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」案

谷科長祖棣

請參考補充資料第 8 頁開始，文字修正從第 9 頁開始；全聯會希望新增年度目標，這邊請全聯會說明。

胡代表文龍

修訂的原因都是因為評核會要求全聯會訂定的。

主席

其他計畫沒有特別寫年度目標就達到 100% 執行率，特別寫年度目標的目的是自我要求嗎？

王代表惠玄

報告主席，評核會委員沒印象有此要求。

黃代表偉堯

評核委員應該不會要求這麼具體而細微的數據。

李代表永振

不用特別寫年度目標，執行不夠好的話協商時預算再打折就好了。

胡代表文龍

報告時都會把 5 年的執行結果一併呈現，今年為了回應代表的要求新增了年度目標。

黃代表偉堯

評核會時，我們應該有講「年度目標」；但是細節不會要求預算執行

率等等的文字。因為預算執行上原本就希望達到100%的。在目標設定上，本應該就是預計要能達到的；如果未能達成，到底原因是執行不力，還是其他不可抗拒之因素，再另外說明；而不會要求預算執行率至少達8成這樣的內容。另外，服務人數應該是全聯會自行預估能做到的，收案評量表也應是以份數計，而不是單純只以百分比計算。目標設定上是不會這樣寫的。

主席

當年度專案預算可能執行超過或不足，評核會時要檢視執行情形及相關解釋，評核委員要看的也是解釋內容是否合理，理由是否充分。執行率低的話要看解釋內容是否可接受，不被接受協商時就酌減預算，這樣還需要列年度目標嗎？

王代表惠玄

評核會上發現過去這項專案執行率都不高，全聯會的說法是有鼓勵卻難推動，回歸到計畫精神來說，計畫沒有退場機制，大家進來參賽了，跑得不夠快也沒有具體方案；評核會的建議應該是在全聯會的政策與分區監督管理上希望可以引導院所達成目標，建立監督或鼓勵的措施，回歸到方案來說，是否有具體機制可以鼓勵作得特別好的院所？

陳代表憲法

謝謝老師指導，全聯會有總額專案申報小組，我們可以積極一點，事實上患者被照護數量多寡與推動還是有相關的；全聯會再努力一點，也作分區監控，這邊年度目標文字請容我們刪除，謝謝。

黃代表偉堯

各專案都會列出年度預算或服務人次作為年度目標，例如牙周病計畫會明列要照護多少人次，評核時同時會看照護人次與預算執行的完成程度。

主席

全聯會要補充目標值嗎？

胡代表文龍

每年執行的服務人數與人次會有很大落差；例如前年PAC一出來，與這個計畫照護條件重疊，很多病人被收走後，這個計畫的服務人數、人次、使用經費瞬間下降。今年收案條件回復到6個月，今年預算執行率才9月份就9成多了，點值應該會低於1，變動因素真的很多，除了新設方案的競合，西醫是否願意轉介病人也是重要考量。如果要設考核目標，如果用人次的話，可以設不低於前一年服務人次嗎？

王代表惠玄

請參考補充資料第 30 頁，孕產照護計畫的執行報告內容包括實施效益，實施效益就符合黃代表剛剛所提精神，預期看到的成果為何，除了單純就預算執行或服務人數觀察外，從全聯會專業監督角度上，請提出適當評估方式以反映預期效益。

黃代表偉堯

簡單補充：關於評核會的評核結果，應該有提供給中醫部門書面紀錄。我記得有涵蓋率、病人健康或疾病的改善程度等等，這些可以具體評估照護成效的資料都可以呈現，以上說明，謝謝。

王代表惠玄

全聯會在評核會回覆從實證研究比較有無接受中西醫整合治療的效益，其實建立更客觀公允的成效指標是作得到的，但是如何在施行方案具體化說明，資訊透明公開，讓大家看到遊戲規則？如果需要西醫師認同與轉介，可能無法明寫在方案中，還是要全聯會系統性協助與努力，這些都不適合放在方案裡。

胡代表文龍

補充說明：代表所提評估項目已列在計畫內容，我們近期也發表利用健保資料庫的一系列實證研究，也在評核會中提出報告了，是不是同意我們先把年度目標這一段拿掉。

主席

好，那就拿掉，請問有其他修正嗎？

谷科長祖棣

第 10 頁增訂退場機制：當年度收案且結案前後測量表完成率低於 50% 者，文到次月 1 日起 12 個月都不得承作本計畫。

主席

這邊大家有意見嗎？無意見的話這項修正屬汰劣，照案通過。

谷科長祖棣

請看支付通則七、本來是每週限申報 3 次，全聯會建議改為每 2 周不得超過 7 次，也就是每 2 周要增加 1 次。

胡代表文龍

全聯會說明：一般醫師是隔天針灸，有些醫師比較積極，加上病人住院，周一、周三、周五、周日都針灸的話就會超過 3 次。另外避免過度利用，全聯會這邊只部分放寬，變成每兩周不得超過 7 次。

谷科長祖棣

我們算了財務影響評估:這個計畫今年才增加 2 千萬元，放寬次數後會增加 3200 萬點。

主席

兩周不得超過 7 次部分，會不會有計算上的困擾？

陳副組長玉敏

比較擔心有人會鑽條文漏洞，在第 1 周每天申報;要不要保留部分原來條文？

胡代表文龍

改為每周不超過 4 次，兩周不超過 7 次，也會有邏輯上的問題。另外只有加護病房才可能每天執行，以增加幅度 1/6 預估預算支用算是寬估。

羅代表永達

請問西醫的 PAC 有其評估量表跟評估標準，西醫住院中醫整合也有很多評估，診斷同樣是腦血管疾病後 6 個月，想請問同一住院病人可以同時被 PAC 與西醫住院中醫整合收案嗎?這邊沒寫不能與 PAC 同時收案，想請問如果可以同時收案，監測指標或是療效標準需要調整嗎？

主席

我記得電腦登錄系統會排除重複收案，醫管組需要確認一下嗎？

王代表惠玄

這個案子好像還不夠完整，是不是請幕僚確認，包括與 PAC 重複收案與申報的問題，留到下次再討論？

主席

是否與 PAC 重複收案其實與這個方案修正無涉，還是請醫管組找出答案。每週不得超過 4 次，每 2 周不得超過 7 次部分如果有共識，資訊系統又能配合就照案通過。請接討論第 6 案。

討論第六案：修訂「中醫提升孕產照護品質計畫」案

谷科長祖棟

請看補充資料第 23 頁開始，首先是第 25 頁:助孕與保胎成功率操作型定義分子分母，醫管組建議助孕成功率分母修正為當年申報助孕處置費個案數，分子是分母資料中追到隔年 6 月有申報第 2 次產檢人數;也請參看今天附上比較薄的補充資料第 2 頁:最上面是評核會時健保署統計助孕成功與保胎成功資料，中間是成功受孕的 481 人中，中醫助孕看診次數只有 1 次者占 16%，統計助孕看診次數分布

大概是這樣;再來是保胎成功人數與保胎看診次數統計;本來保胎成功的定義是懷孕 20 週,考量第 3 次產檢時間區間週數是 17-29 週,健保署跑資料是用第 5 次產檢(妊娠第 3 期)29 週以後開始算,如果改成 20 週來看數字會更多,定義請大家參考。

主席

請各位看一下表格內容:數字告訴我們計畫實施後整體助孕成功率 15%,保胎成功率 65%;受孕成功分子 481 人中助孕 1 次就成功占 16%,助孕次數分布臚列在這邊,最高到助孕 30 次才成功的;下面表格是保胎 1 次就成功的占 41%,期間保胎 20 次以上才成功的也有 1 位,想知道全聯會如何從專業角度解釋這個分布情形。

傅醫師世靜

主席好,我是助孕專案負責人傅世靜,跟主席報告一下:本來想把助孕或保胎定義在懷孕 20 週,此時不論初產婦或經產婦胎盤功能都健全了,屬於相對穩定的狀態;20 週後如果發生流產或死胎情形原因很複雜,無法歸咎是中醫助孕或保胎不成功。現在健保署資料中很難確切用 20 週定義去撈資料,所以用比較接近的第 3 次產檢來定義。以上是這次的修訂原因。

主席

謝謝解說指標定義的修訂;想請大家檢視這個計畫執行到現在的結果,是不是有效益在。

黃代表蘭嫻

針對兩個問題作解釋:首先只看中醫 1 次就懷孕成功是否是中醫的功勞;所謂不容易受孕體質可能已經經過很多治療了,中醫剛好介入 1 次就受孕;在計畫開始前很多病人已經尋求中醫治療很久,這些從申報求孕次數上來看無法看出中醫介入的深度。另外保胎部分,條件上是先兆性流產或流產 2 次以上病史,本來就屬不穩定體質,整個孕程也不鼓勵病人多吃中藥,如果保胎 1 次就受孕穩定,那也不會積極請病人回診。這些因素在解釋統計數據上都要考量。

主席

我們對剛剛修正情形沒有很大意見,回到計畫來說,會不會是選擇了已經初期懷孕的病人收案,分母就是相對容易成功的病人來衝高成功率?這樣算是計畫的精神嗎?

陳代表旺全

請參考補充資料第 29 頁:適用範圍中主診斷需填報女性不孕病名,這些都要寫清楚,即使是研究案 IRB 也要將背景資料如荷爾蒙濃度情形等敘明清楚,保胎也要先兆性流產等病史,這些都要有相關資

料也會記載在病歷中。

主席

理事長所提方案適用範圍都寫得很好，只是看到數據感覺不是完全照這個範圍收案。也許這就是中醫實際介入後的成果，我們不知道，請大家參看。

黃代表蘭嫻

其實這個數字從中醫來看不算離譜：中醫調理不孕的最大宗是女性卵巢功能不全，約占女性 28%；中醫的特色在處理功能性月經不調，效果也最好，可能調完 1 個週期後遇到排卵期，有適當的介入後容易成功。

主席

也可以說中醫真的好厲害，如果助孕條件限定這麼嚴格的狀況下，長期無法受孕的婦女介入 1 次就成功，成績真的很棒；應該好好推廣。

傅醫師世靜

想解釋一下：資料呈現是從 104 年開始，有些病人可能在 104 年前就醫好多次了，剛好在 104 年第 1 次申報完懷孕；這是很可能的誤差來源，再往下走幾年可能就能看到更真實的資料呈現；另外 106 年度方案新增病人是否有接受西醫不孕治療的選項，中醫會員要把相關資料填報給全聯會；其實我們也想釐清這到底是單純的中醫功勞還是合併西醫的部分，數據在解讀上難免失真，這也是沒辦法的事。

主席

我們還是要長期看這個專案表現。因為中醫助孕當年讓大家很期待，新增專案時大家期望也高；現在不孕症的人又多，如果效果真的很好，希望全聯會多加宣傳，又有健保給付，可以提供幫忙；如果不是這樣的話，要解讀這個表格需要多點心思。

胡代表文龍

補充一下今年在荷蘭參加傳統醫學會議的心得：新加坡提出一項研究是用針灸減輕試管嬰兒的疼痛，意外發現針灸介入組受孕成功率高於對照組，成功率增加 60%。

主席

如果中醫真的有很好的方法，希望能好好宣傳，大家一起解決目前醫學上的難症。議程第 25 頁這邊的修正大家有無意見？

陳代表憲法

提出文字修訂意見：第 24 頁提到雙向曲線，希望統一改成「雙相」。

主席

同意照修正，第27頁若無意見也就同意修訂。那這一案就修正通過，評核會時希望委員也注意一下納入評核的內容。跟大家商量一下，今天可以討論到5點，比較複雜的第8案跟品質保證保留款保留到下一次？

谷科長祖棣

跟現場代表報告一下：剛剛提到PAC與西醫住院中醫整合計畫重複收案的問題，我們查過在PAC的QA中提到可以同時收案並申報相關費用。

羅代表永達

我知道可以同時收案照護，兩者同時照護也不是壞事，只是好奇同時收案照護會不會有更好的影響，以PAC未來趨勢擴大執行來看，西醫住院中醫整合方案單獨照護與兩方案合併照護會是個很好的研究主題。

主席

這個資料就算沒有釋放出去，健保署也可以勾稽看看同時使用的情形。

羅代表永達

據我所知很多區域、地區醫院都在作PAC，但是不知道可以重複收案的訊息，應該利用這個機會告訴所有附設中醫部的醫院，不但有助於達成率，推廣之後對民眾也是好事。

討論第七案：修訂「中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」案

谷科長祖棣

中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫首先修正部分是ICD-10-CM的診斷碼，考量乳癌、肝癌有原發與續發的問題，原方案代碼混在一起了，這邊建議作釐清。

主席

各位代表有無意見？無意見就同意修訂內容，接下來第39頁。

谷科長祖棣

這邊是全聯會希望調整支付標準，疾病管理照護費含護理衛教與營養指導，從300點調漲為550點，同時刪除註2於病歷詳細載明評估結果的文字；是不是請全聯會說明。

呂代表世明

跟大家報告:最近蒐集很多會員資料,原本支付點數300點,但是衛教時病人會帶著一大堆健康食品、詢問好幾本書上的寫的排毒餐資訊等等,變成衛教流程中花好多時間去澄清五花八門的資訊。一般飲食表分寒熱溫良以外,白血球降低、血小板降低、口破、腹瀉時的飲食宜忌至少花半小時;寒性體質避免寒性飲食、熱性體質避免燥熱水果、口破時蓮藕煮湯可修護黏膜這些衛教都要說;保健食品也常被問,例如過渡喝雞精有些病人腫瘤會變大、人參不能用,尤其是高麗人參,其他人參要看狀況;牛樟芝在某些證型適合,1千多種靈芝中常作藥用的30多種哪些適合不同種癌症、桑黃最近也很流行,價格水漲船高,巴西蘑菇也常被問、冬蟲也是,這些都要幫忙過濾,衛教上也希望為患者荷包把關,錢用在刀口上,希望可以比照西醫住院中醫整合計畫,把支付點數從300點提升到550點,以上說明。

主席

醫管組對照其他計畫給付支付點數有無說明?

黃代表蘭嫻

全聯會除了考量不同計畫支付點數的衡平性外,也確實看到乳癌肝癌計畫參與醫師花很多時間跟心思照顧病人;另外也想再次強調用藥安全與食品安全要遵循一定程序,不能亂吃;有些有藥性的東西在市面上以食品之名發售,對癌症病人來說是相當不利的。中醫師也自許在這中間作好把關的工作,這也是全聯會提出的目的。

主席

謝謝說明,請問為什麼刪除病例詳細載明部分?

呂代表世明

報告主席,這是文字上的誤植,西醫住院中醫整合計畫也沒有作此要求。

主席

既然對病人詳細衛教了,敘明在病歷上其實很好,不是嗎?既然有作疾病衛教營養指導,方案上希望可已落入文字。如果寫載明評估結果比較嚴重,還是註明有提供衛教及營養指導內容,這樣可以嗎?註3修正為「應在病歷上載明所提供的服務」,這樣可以嗎?

谷科長祖棟

建議刪除最後面的評估結果就好。

主席

並於病歷載明,這樣文字可以嗎?也對大家有個交代。這一項到這裡就修正通過。

黃代表偉堯

請問病歷詳細載明部分，是否需要訂一個規範？載明關於做了哪些衛教、體質寒熱辯證後所提供相對應於診斷的衛教內容；或是類似查檢表一般，設計針對醫師診斷評估後應提供的衛教，設計成可勾選的選項格式，勾選項目的詳細程度可以再討論，至少讓醫師勾選，留下實質內容紀錄，附在病歷中，做為病歷紀錄的一部分，供醫師治療時的背景資料參考。

呂代表世明

謝謝老師意見，專案部分我們的確有統一的表格，全聯會宣導時也有使用，全聯會可以提供，醫師還可以加入更多自己衛教的資訊。

主席

如果是制式表格，要不要直接加到方案裡？提供一個公版表格，這樣可以作得到嗎？

呂代表世明

我們會後再附上去。另外跟主席報告的是有些食物寒熱溫涼是比較有爭議的，例如柳丁一般說是平和性，有些人吃了柳丁會拉肚子，對他就偏涼性；全聯會還是希望不要放絕對性太強的衛教文宣，衛教內容有些也沒辦法強制寫太清楚，希望用彈性的方式呈現。

主席

可以接受說明，表格看怎麼設計，適合專業就好。

陳代表旺全

謝謝主席提到符合中醫專業的重點。在治療癌症時常伴隨放射線治療或化學治療，病歷記載上如果可以朝向放射線治療伴隨口乾舌燥不適感，中醫可以如何提供協助；寫在病歷上也會比較完整。

主席

另外一個概念是希望營養指導提供公版格式後會朝 SOP 的方向邁進，而不是有的只衛教 2 句話，有的花 1 個鐘頭過濾所有家屬的疑慮以及帶來的營養品。希望大家可以比照呂醫師，提供規格化的衛教內容。衛教內容最基礎的包含哪些，視病人需求，要做超過當然更好。

呂代表世明

謝謝主席提醒，我的標準版很冗長，我回去思考一下準備精簡版本，提供大方向，其他部分則讓會員中醫師自由發揮。

主席

好，健保署相信貴會的專業，請問這樣各位專家與健保會代表可以

嗎？

趙代表銘圓

第 6、第 7 案都是很好的案子，可是民眾常常不知道，也不知道怎麼作西醫與中醫的聯結，舍弟也是因為我知道有這個專案，主動跟醫師提出要求後才接受到中醫服務；不然家屬未主動提出，醫師也不會說，我想這裡也是中醫全聯會要再努力的地方，也建議健保署可以幫忙做其中的連結，讓民眾和付費者都能知道有這樣的服務！另外，希望有關癌後食品或藥品的資訊可以更大力宣導給民眾知道，以免讓癌病患者越補越大洞，到最後命都沒有了。

陳代表旺全

謝謝趙代表對中醫的支持，本人接任理事長不久，我們一定會把資料放在網路上，並召開記者會廣為宣導。

主席

謝謝各位，健保快易通 app 現在要把有執行相關計畫的院所名單放到裡頭，中醫也在內，讓大家便於查詢。

李代表永振

兩點內容：全聯會提到內部規範的部分聽起來不太複雜；黃代表希望規範大方向，大家也好遵循；另外增加幅度從 300 點增加到 550 點幅度很高，管控機制怎麼配套也要想，不然是易放難收。

主席

總之希望能提供有品質的服務，第一線執行的還是各位，本著互信原則，也留下一些紀錄以便日後查閱。今天就開到這裡，謝謝理事長及各位代表，謝謝！