

中華民國中醫師公會全國聯合會全民健保 中醫門診醫療服務審查執行會第十七次會議紀錄

時間：民國 105 年 1 月 17 日（星期日）上午 10:00

地點：東方度假酒店(屏東縣東港鎮鵬灣大道二段 1 號)

主席：何永成理事長

紀錄：黃蘭嫻執行長

出席委員：何永成、張廷堅、張景堯、陳俊明、李政賢、呂祐吉、賀慕竹、
陳福展、黃俊傑、曹永昌、劉德才、藍長慶、徐麗鳳、傅世靜、
古濱源、呂世明、蔡淑貞、柯富揚、邱國華、蔡宗憲、楊 禾、
卓青峰、黃上邦、郭朝源、江瑞庭、李豐裕、陳風城、陳憲法、
施純全、黃進泰、張繼憲、楊啟聖(黃蘭嫻代)、何紹彰(黃英傑代)

請假委員：林展弘、林月慎、林峻生、莊義明、莊振國、張恒鴻

列席人員：陳旺全、詹永兆、彭堅陶、巫雲光、胡文龍、洪裕強、陳志超、
唐寶華、詹益能、張瑞麟、趙佳信、伍哲欣、陳建霖、呂晃禎、
張瑞璋

壹、主席致詞：(略)

貳、介紹來賓：(略)

參、報告事項：

第一案

案由：確認中執會第十六次會議紀錄

決定：洽悉。

第二案

案由：中執會第十六次委員會議決議執行情形：

項次	案 由	執 行 情 形
1	有關「中醫門診醫療服務審查執行會北區分會組織章程」條文修訂案。	本會業予 104 年 10 月 30 日函復同意核備【(104)全聯醫總成字第 1015 號】。
2	有關「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」等專案計畫應如何執行案。	一、本會業予 104 年 11 月 5 日假台中高鐵站會議廳召開專案會議。 二、各項條文文字修訂，業予 104 年 10 月 26 日提健保署 104 年第 4 次協商議事會議討論【(104)全聯醫總成字第 1004 號】。
3	有關「現行慢性病範圍及開藥天數」調整案。	本會業予 104 年 10 月 26 日函復中央健康保險署，暫不予修訂【(104)全聯醫總成字第 1005 號】。
4	有關「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」項目修訂案。	本會業予 104 年 10 月 26 日提健保署 104 年第 4 次協商議事會議討論【(104)全聯

		醫總成字第 1004 號】。
5	有關「中醫支付標準」診察費、藥費、處置費等修訂案。	本會業予 104 年 12 月 17 日提健保署 104 年第一次臨時協商議事會議討論【(104)全聯醫總成字第 1004 號】。
6	有關「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。	本會業予 104 年 12 月 17 日提健保署 104 年第 4 次協商議事會議討論【(104)全聯醫總成字第 1004 號】。
7	有關「修改療程開藥治療費不打折」案。	業提交保險對策委員會會議研議，並於 104/10/25 會議中建議：「開放每位醫師每月 90 人次不打折支付」。
8	有關 105 年中醫總額地區分配各項指標調整乙案。	業提交政策法規委員會會議研議。
9	為鼓勵院所配合健保署政策、參與 ICD-10 預檢作業案。	本會業予 104 年 10 月 30 日函請中執會六區分會考量列為減審正向指標【(104)全聯醫總成字第 1016 號】。

決定：洽悉。

肆、討論事項

提案一

提案單位：本會

案由：有關「中醫門診醫療服務審查執行會東區分會組織章程」條文修訂案，提請核備。

說明：

- 一、依據中執會東區分會中執東區字第 104032 號函辦理。
- 二、本會擬增加委員名額 6 位，修訂章程第四條如下：「本會由花蓮縣、台東縣、等二縣市中醫師公會自行推派委員組成，其名額花蓮縣~~≡~~12 名、台東縣~~≡~~6 名；委員遇缺時，由所屬公會補足應推派之名額至該屆任期屆滿。」

決議：通過；准予核備。

提案二

提案單位：中執會台北區分會

案由：「中醫門診醫療服務審查執行會台北區分會組織章程」修訂案，提請核備。

說明：

- 一、依據本會 104 年 11 月 1 日第 3 屆第 9 次委員會議決議辦理。
- 二、條文修訂對照表：

原條文	修訂後條文
-----	-------

<p>第二條 本組織名稱為「中醫門診醫療服務審查執行會台北區分會」，(以下簡稱本會)。本會由衛生福利部中央健康保險署臺北業務組轄區所屬縣市公會組成，會址：設於台北市中正區青島西路11號3樓。</p>	<p>第二條 本組織名稱為「中醫門診醫療服務審查執行會台北區分會」，(以下簡稱本會)。本會由衛生福利部中央健康保險署臺北業務組轄區所屬縣市公會組成，會址：設於台北市中正區青島西路11號3樓。</p>
---	--

決議：通過；准予核備。

提案三

提案單位：中執會高屏分會

案由：「中醫門診醫療服務審查執行會高屏區分會組織章程」部分條文修訂案，提請核備。

說明：

- 一、依據本會第3屆第6次委員會議決議辦理。
- 二、本會轄區高雄市大高雄中醫師公會已改名為大高雄中醫師公會，故將本會組織章程中組織章程中高雄市大高雄改為大高雄。

決議：通過；准予核備。

提案四

提案單位：本會

案由：有關「105年中醫門診醫療服務審查勞務委託案」，應如何規劃，提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署「105年中醫門診醫療服務審查勞務委託」合約辦理。
- 二、因105年為延續辦理104年委託案，其經費預算同為5,200,000元，執行委員出席會議之相關費用由委員自行吸收，召開各項會議的會議場地費、人事費、車馬費等均由中醫師公會全聯會及所屬縣市公會自籌支付。
- 三、另西醫基層及牙醫之審查委員會在總會部分均設有審查組(室)，在中執會組織章程中並未獨立訂定，審查組在本會擬單獨成立「審查室」負責中醫審查相關作業。

四、部分條文配合年度需進行修訂（如：全民健康保險中醫門診醫療服務審查醫藥專家遴聘原則與管理作業要點）。

擬辦：

- 一、105 年各區審查費應如何分配提請研議，101 年至 104 年分配方式為預先保留部分審查費，運用於全國案件之審查，餘額按各區院所比率再分配。
- 二、新增(一)第五條本執行會設下列單位：「五、醫審室」
(二)新增第十條「醫審室之職掌如下：一、爭審。二、審畢案件評量作業。三、審查申訴。四、審查注意事項修訂與解釋。」
- 三、條文配合年度部分，授權秘書處辦理；章程修訂部分提理事會通過後實施。

決議：

- 一、通過審查費用依特約院所分配及條文配合年度修訂。
- 二、中執會組織章程增設醫審室，職掌修訂為「(一)爭審案件意見回復。(二)辦理審畢案件評量作業。(三)辦理審查申訴。(四)審查注意事項修訂與研議。」中執會組織章程修訂提送理事會審核。

提案五

提案單位：本會

案由：有關第九屆「中醫門診醫療服務審查審查醫藥專家」各區員額及辦理講習會時間，提請審議。

說明：

一、各區審查醫事人員員額如下：

推薦單位	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	合計
健保署(A)	46	24	36	18	16	6	146
續聘人數(B)	26	16	23	9	12	2	88
續聘比率(B)/(A)	57%	67%	64%	50%	75%	33%	60%

- 二、「第九屆審查作業講習會」預定時間為 105 年 1 月 31 日假台北市立聯合醫院和平院區辦理。
- 三、員額確認後提送中執會審核小組(由執行長、六區主任委員及審查組召集人擔任)進行遴聘名單確認。

決議：

- 一、審查醫藥專家需為健保特約醫師。
- 二、行文健保署建議推薦審查醫藥專家需為健保特約醫師及推派審查醫藥

專家需為該地區健保申報醫師為原則。

提案六

提案單位：本會

案由：105 年健保署 ICD-10CM 正式上路，請各區審查醫藥專家在過渡期間進行案件審查時，能以病歷記載內容為主，減少院所因不熟悉代碼運用而被核刪，提請討論。

決議：

- 一、合併第七、八案討論。
- 二、先以輔導代替核刪，緩衝期限一年。
- 三、案件審查時以病歷記載內容為主，編碼錯誤部分，請審查醫藥專家提供正確的代碼供院所參考。
- 四、通過 ICD-10CM 傷病病名第七碼 a、s、d…等各期之定義如下；委員及各區如有修訂建議請隨時提供審查組參考。。

A 初期照護	患者因損傷後接觸醫師的評估及積極性的治療。	
D 後續照護	損傷初期接受積極治療之後，恢復期階段之例行性損傷照護。	
S 後遺症	因損傷所造成的併發症或病況（例如：疼痛、關節痛、關節僵硬、行動不良、疤痕…等），以各併發症或病況為主病名，D 後遺症申報為次病名	
創傷性骨折	A=閉鎖性骨折初期照護 B=開放性骨折初期照護	同損傷初期照護
	D=後續照護 G=延遲癒合之後續照護 K=未癒合之後續照護	承續初期照護，後續照護至骨折癒合
	S=癒合之後遺症	骨折癒合後仍有併發症或病況，比照損傷後遺症申報主病名及次病名
骨質疏鬆症、壓力性、腫瘤、其他疾病所致之病理性骨折	A=初期照護	依創傷性骨折之原則申報
	D=癒合之後續照護、	
	G=延遲癒合之後續照護 K=未癒合之後續照護	
	P=癒合不良之後續照護 S=後遺症	

- 五、根據 ICD-10-CM 編碼規則未有明確的診斷時，可編寫症狀 (Symptoms) 及徵候(Signs)代碼為主診斷，惟當症狀與徵候指向特定的診斷時，應歸類

至其他章節之明確代碼，惟中醫傳統使用的：心悸、咳嗽、哮、喘……等病名為中醫之特色得為主診斷。

六、慢性病範圍依衛生福利部公告的 100 個慢性病名為主，病歷應詳實記載。

七、國際病名除了標明“急性”之外，其餘病名可能為急性、可能為慢性、可能為慢性急性發作，尊重臨床醫師的病歷記載及專業判斷。

八、共識部分轉知本會會員參考。

九、請陳召集人在審查講習會時加強宣導。

提案七

提案單位：本會

案由：擬訂定 ICD-10CM 傷病病名第七碼 a、s、d 各期之定義，供中醫院所參考，提請討論。

說明：如案由之第七碼若未定義，則院所及醫審專家將無所適從。

辦法：

A 初期照護	患者因損傷後接觸醫師的評估及積極性的治療。	
D 後續照護	損傷初期接受積極治療之後，恢復期階段之例行性損傷照護。	
S 後遺症	因損傷所造成的併發症或病況（例如：疼痛、關節痛、關節僵硬、行動不良、疤痕…等），以各併發症或病況為主病名，D 後遺症申報為次病名	
創傷性骨折	A=閉鎖性骨折初期照護 B=開放性骨折初期照護	同損傷初期照護
	D=後續照護 G=延遲癒合之後續照護 K=未癒合之後續照護	承續初期照護，後續照護至骨折癒合
	S=癒合之後遺症	骨折癒合後仍有併發症或病況，比照損傷後遺症申報主病名及次病名
骨質疏鬆症、壓力性、腫瘤、其他疾病所致之病理性骨折	A=初期照護	依創傷性骨折之原則申報
	D=癒合之後續照護、	
	G=延遲癒合之後續照護	
	K=未癒合之後續照護	
	P=癒合不良之後續照護	
	S=後遺症	

決議：合併第六案討論。

提案八

提案單位：中執會北區分會

案由：ICD-10-CM/PCS「初期」、「後續照護」、「後遺症」各階段的認定，提請討論

說明：

- 一、依據本會 104 年 12 月 27 日第 4 次委員會議決議辦理。
- 二、ICD-10-CM/PCS 病名碼中「初期」、「後續照護」、「後遺症」如何界定，應制定六區統一標準，以供遵循。

辦法：建議由全聯會統一制定。

決議：合併第六案討論。

提案九

提案單位：中執會北區分會

案由：建議應對外爭取醫療院所前往「立案之老人安養、養護…等照護機構」提供醫療服務，提請討論。

說明：

- 一、依據本會 104 年 12 月 27 日第 4 次委員會議決議辦理。
- 二、特約醫療院所派遣醫師至公、私立老人安養、養護機構、身心障礙福利機構及護理之家辦理中醫支援醫療業務，目前因相關需求面及財務考量而未納入一般總額。
- 三、全聯會應朝此方向對外多爭取相關專案費用做為長遠考量，以銜接長照險中醫的利用及納入。

秘書處補充說明：檢附「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 21 條及第 22 條。

決議：

- 一、請秘書處與健保署接洽研議可行性。
- 二、秘書處研議規劃提協商專案項目之可行性。

提案十

提案單位：中執會台北區分會

案由：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」修訂案，提請討論。

說明：

- 一、依據本會 104 年 11 月 1 日第 3 屆第 9 次委員會議暨 104 年 10 月 15 日第 8 屆第 2 任審查醫藥專家第 8 次會議決議辦理。
- 二、建議修訂如下：

原條文	建議修訂
總則貳、一、(一)、2「病歷記載內容應依醫師法第 12 條規定辦理，病歷應有首頁及內容。首頁填寫病患基本資料(病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料)...。」	總則貳、一、(一)、2「病歷記載內容應依醫師法第 12 條規定辦理，病歷應有首頁及內容。首頁填寫病患基本資料(病人姓名、出生年、月、日、性別及住址、 <u>初診日期</u> 等基本資料)...。」

決議：**通過**。

提案十一

提案單位：本會(原提案人：劉德才理事、蔡淑貞理事、蔡宗憲理事、何紹彰理事、林朝城理事、陳潮宗常務監事、徐煥權監事、傅世靜監事、曹永昌監事、張瑞麟副秘書長、高雄市中醫師公會理事長陳福展、屏東縣中醫師公會理事長郭朝源、大高雄中醫師公會理事長楊啟聖、桃園市中醫師公會理事長藍長慶、花蓮縣中醫師公會理事長江瑞庭、苗栗縣中醫師公會理事長古濱源、台中市中醫師公會理事長呂世明、新北市中醫師公會理事長陳俊明、海峽兩岸交流協會主任委員陳志芳)

案由：建請全聯會成立「中醫實證醫學研究產學合作平台」，提請討論。

說明：

- 一、依據中醫全聯會第九屆第九次理監事聯席會議決議辦理。
- 二、總額談判時，常面對健保會專家質疑中醫之臨床療效，亦缺乏國際期刊論文之佐證，鑑於臨床醫師無暇研究並發表相關論文，故建請成立媒合平台，使專擅於論文寫作之學者與臨床醫師協同合作，共同發表期刊論文，並宣揚療效，對於總額談判有加分之效用，亦可讓民眾瞭解中醫藥之療效。

決議：**專項專用及總額相關項目之合作計劃之徵求，修訂每四個月徵求一次。**

提案十二

提案單位：本會

案由：為加強各項專案項目的推動及執行本會擬規劃製作宣傳海報、光碟及作業流程案，提請討論。

說明：

- 一、今年度總額協商時因部分項目執行率偏低，遭委員核刪部分經費，為避

免類似情形的發生，由中執會製作宣傳海報、光碟及作業流程供中醫院所參考，以利各項計劃的推動。

二、檢附各項專案之海報(內容文字)及作業流程案樣本請卓參。

擬辦：宣傳海報、光碟及作業流程之內容修訂完成後，交由印刷廠商製作，完成後提供承作院所參考。

決議：交由黃英傑副執行長協助辦理。

提案十三

提案單位：中執會中區分會

案由：建請全聯會成立「中醫專款專用照護計畫」推動及管理小組，提請討論。

說明：鑑於中醫專款專用之照護計畫執行率不一，對於執行率過低的專案應隨時追蹤，庶免浪費辛苦爭取的專案費用。

辦法：

一、全聯會成立「中醫專款專用照護計畫」推動及管理小組，各分區中執會配合辦理。

二、全聯會中執會於各會期中提出各區執行率分析報告並檢討。

決議：

一、請各區分會彙整各項專案及第九章特殊案件之承作院所之申報之人次、金額及統計量表。

二、請各區針對相關執行院所給於減少抽審的優惠。

提案十四

提案單位：本會

案由：檢送中醫支付標準文字修正案，提請討論。

說明：

一、中醫支付標準之通則二(一)、第一章門診診察費及第七章其他註 3 中提及「中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門、行政院衛生署中醫藥委員會」等字眼，因單位及證書名稱變更，建議修正。

二、建議條文文字修正如下：

條項	原條文	修訂條文	註
通則二	中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定： (一)經中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門，經向中醫總額支付制度受託單	中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定： (一)經中醫醫院評鑑合格醫院或教學醫院評鑑合格附設中醫部門，經向中醫總	配合衛福部評鑑名稱「中醫醫院評鑑合格醫院」或「教

	位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：	額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：	學醫院評鑑合格附設中醫部門」做文字修正
第一章 門診診 察費	一般門診診察費 中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	一般門診診察費 中醫醫院評鑑合格醫院或教學醫院評鑑合格附設中醫部門，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
第七章 其他	註 3. 前項中醫特約醫事服務機構限依據行政院衛生署中醫藥委員會中醫評鑑合格之中醫特約醫事服務機構。	註 3. 前項中醫特約醫事服務機構需為中醫醫院評鑑合格醫院或教學醫院評鑑合格附設中醫部門之中醫特約醫事服務機構。	
附表 4.9.1 標準作 業流程	病患就診:年齡在十二歲(含)以下之氣喘疾病 註:每位醫師每月申報上限為三百人次	病患就診:年齡未滿 13 歲，疑似氣喘患者	1 配合支付標準文字修正 2 刪除申報上限之文字修
	病患就診:年齡在十二歲(含)以下，疑似腦性麻痺患者 註:每位醫師每月申報上限為三百人次	病患就診:年齡未滿 13 歲，疑似腦性麻痺患者	1 配合支付標準文字修正 2 刪除申報上限之文字修
	單次門診必要項目：口服藥 註:中醫師需接受中醫全聯會辦理之「腦血管病病及顱腦損傷門診加強照護」八小時課程 每位醫師每月本章節各項病病照護申報上限為三百人次(合計上限為 650 人次)	可選項目：口服藥 註:醫師需接受中醫全聯會「腦血管疾病及顱腦損傷疾病門診加強照護」課程訓練(附件四，P20)	1 配合支付標準文字修正 2 和另二類疾病文字統一 3 刪除申報上限之文字修

決議：通過，提健保署協商議事會議討論。

提案十五

提案單位：中執會高屏區分會

案由：建請修改星期假日看診之合理量計算方式，請研議。

說明：

一、中醫之看診合理量計算是超過 26 日均算 26 天。

二、星期假日看診診所及醫師付出比平日更多，卻沒合理量甚為不公平。

辦法：為鼓勵醫師為服務病患之貢獻，建議依實際看診天數給予實際天數的合理量。

決議：交由保險對策委員會研議。

提案十六

提案單位：本會

案由：有關 106 年中醫門診總額地區預算應如何規劃辦理案，提請討論。

說明：有關 105 年中醫門診總額地區預算相關會議決議如下：

一、依據 104 年中醫門診總額地區預算第一次分配會議決議：

(一)全聯會行文六區分會在 15 日內提供對費用分配的影響因子，給施召集人試算，分配公式為 $Y=A1X1+A2X2+ A3X3 + A4X4 + A5X5\cdots\cdots$ 。

(二)各區推派一至三名參與小組討論。

(三)各區原則推薦三名內專家學者，全聯會則從中邀請一至三名專家學者

(四)六月中後召開第一次內部會議(不請專家列席)，7~9 月完成內部共

識，9 月後送研商議事會討論，新方案不成若則要有配套方案備用。

二、本會於 104 年 10 月 18 日中醫門診醫療服務審查執行會第十六次會議決議：「交由法規委員會參照評核會委員的建議，以照顧偏遠、落實合理分配、等多重因素考量，以區中有區、考量縣市分配等因素進行分配公式之設定，於 105 年 5 月底前規劃完成，以利地區預算費用分配。」

三、本會 104 年 10 月 22 日(104)全聯醫總成字 1001 號函送衛生福利部全民健康保險會「檢送 105 年中醫門診總額地區預算分配建議案」：

(一)依據本會 104 年 10 月 18 日召開「中醫門診醫療服務審查執行會第十六次會議」決議辦理。

(二)103 年 9 月 26 日 104 年度全民健康保險醫療費用總額協商會議中委員建議：「希望地區預算分配完成後，應落實不同地區有不同點值，這樣對中醫師才是好的。」另 103 年 10 月 24 日第 1 屆 103 年第 10 次委員會議，委員分別建議：「…地區預算分配可朝依 22 縣市分配的方向思考」與「…若中醫門診總額採六區分配的方式不好，可以思考採縣市別或其他更好的分配方式。」又 103 年「中醫門診總額執行成果發表之評論與意見交流」委員建議：請各總額部門針對六分區之醫療資源，可進一步再分為「較充足區」與「不足區」，並透過

支付不同點值，使更多資源挹注到不足區，以鼓勵醫師至更偏遠地區執業。

- (三)依現行中醫門診總額一般服務之地區預算分配方式，並無法合理解決地區預算分配各項爭議問題，爰此，本會建議衛生福利部全民健康保險會決議交由中央健康保險署會同本會朝說明二方向研議修訂中醫門診總額一般服務之地區預算分配方式，以總額支付制度之穩定推動。

四、104年10月23日衛生福利部召開全民健康保險會第2屆104年第9次委員會議決議：「為促進各地區醫療資源均衡發展及有利討論，請中央健康保險署協助試算提高人口占率(R值)百分比及其對各分區點值之影響，本案保留至下次委員會議續議。」

五、本會於104年11月15日「104年中醫門診總額地區預算第二次分配會議」會議決議：

- (一)以103年(資料完整一年)六區醫療費用預算為分配基礎(排除專案)。

- (二)新增醫療費用預算分配：

1、針對醫療資源缺乏地區及次缺乏地區訂定點值保障，反應實際醫療利用需求。

2、針對上述點值保障預算不足部分優先撥補。

3、其餘預算依各醫療費用影響因子占率進行分配(採過去完整三年資料平均值)：

註：影響因子包含：性別、年齡、人口(例：投保人口涵蓋率占率)、就醫率(例：實際就醫率占率、跨區就醫人口占率)．．．等。

4、前述醫療資源缺乏地區及次缺乏地區，以及醫療費用影響因子及占率之定義，應由中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署邀請衛生福利部全民健康保險會及專家學者代表共向訂定之。

5、東區以外五區點值變動範圍超過10%即進行檢討。

(以上決議授權施純全教授進行文字潤飾)

- (三)本方案若未能為健保會委員接受，則以全民健康保險會委員會議決議辦理。

六、104年11月19日(104)全聯醫總成字第1043號函送衛生福利部全民健康保險會「檢送105年中醫門診總額地區預算分配建議案」：

- (一)全民健康保險中醫門診總額支付制度迄今，不斷面臨「預算分配」與「資源分布」的問題，並嚴重影響部門內醫療院所的和諧與相互合作。為導引中醫醫療資源均衡分布，促使保險對象獲得公平待遇，

兼顧中醫部門的發展，擬研提地區預算分配校正建議，引導資源有效分配，使中醫門診總額支付制度之地區預算分配方式更臻完善。

(二)104 年全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核委員建議：請各總額部門針對六分區之醫療資源，可進一步再分為「較充足區」與「不足區」，並透過支付不同點值，使更多資源挹注到不足區，以鼓勵醫師至更偏遠地區執業。

(三)擬辦：

1、地區預算：

(1)地區範圍：以衛生福利部中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2)分配方式：

A、以 103 年(資料完整一年)之六區一般醫療費用預算做為來年地區預算分配基礎(排除專款專用預算)。

B、新增醫療費用預算分配：

a.採區中有區方式支付不同點值：針對各區區內醫療資源缺乏地區及次缺乏地區訂定不同點值保障方案，以「預算分配」導引中醫醫療資源均衡分布，反應實際醫療利用需求，以期透過支付不同點值，使更多資源挹注到不足區，以鼓勵醫師至更偏遠地區執業。

b.針對上述點值保障預算不足部分優先撥補。

c.其餘預算依各醫療費用影響因子占率進行分配(採過去完整三年資料平均值)。

註：影響因子包含：性別、年齡、人口【例：實際就醫地區人口占率(涵蓋率)】、就醫率(例：實際就醫地區就醫人口占率、跨區就醫人口占率)…等。

d.前述醫療資源缺乏地區、次缺乏地區，醫療費用影響因子及占率之定義，由衛生福利部中央健康保險署同中醫門診總額受託單位邀請衛生福利部全民健康保險會代表及專家學者代表，共同研議訂定之，議定後送交衛生福利部全民健康保險會備查。

e.前述分配除東區以外，五區間點值變動範圍若超過 10%應立即進行檢討。

2、其他：藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。

七、104 年 11 月 20 日衛生福利部召開全民健康保險會第 2 屆 104 年第 10 次委員會議決議：「三、同意中醫門診總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金，所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險

署會同中醫門診總額相關團體議定之。四、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。請中醫師公會全國聯合會與中央健康保險署，於討論 106 年度地區預算分配方式前，提符合前開條件之分配草案；屆時若未能提出，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%。」

八、衛生福利部於 105 年 1 月 14 日福部健字第 1053360009 號函本會、醫師公會全國聯合會及台灣醫院協會：「請貴會研提具體建議方案（包含分配公式及其操作型定義等），並於 105 年 2 月 5 日前回復」。

決議：

- 一、合併第十七案討論。
- 二、於 105 年 2 月 5 日前召開六區分配會議。
- 三、建請理事會向中醫藥司申請研究計劃。

提案十七

提案單位：中執會中區分會

案由：衛生福利部全民健康保險會第 2 屆 104 年第 10 次委員會決議：…請健保署和中醫全聯會共同討論，明年提出一個可長可久且有效均衡醫療資源分布的分配方案，這是委員給予的最後一次機會，提請討論。

說明：

- 一、依據本會第 3 屆第 7 次委員會議決議辦理。
- 二、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。未依『案由』提出可行方案則 106 年地區預算之分配參數「各區戶籍人口數占率」應調升 3%。若 5 年調升 10%（則人口占率調至 17%），此項分配方式將嚴重衝擊中區健保醫療品質，影響民眾就醫權益（以南投、彰化最嚴重、原台中縣次之）。全聯會應本著維護全體會員權益任事而積極作為！
- 三、請全聯會試算 5 年調升人口占率 10%，造成各區點值之落差及各區醫師平均收入落差，同工不同酬，情何以堪！
- 四、以「區」為分配單位，各區高密度的都會區和低密度的偏遠鄉鎮點值相同，調動戶籍人口數占率仍無法使高密度區域的醫師移往他區，仍會集中於都會區。
- 五、請全聯會確實完成《104 年中醫門診總額地區預算第二次分配會議(104 年 11 月 15 日)》決議。
- 六、若執意強行調升戶籍人口數占率，將會歷史重演，造成中區的預算缺口；中區已經做好不合理預算分配費用之抗爭準備工作，不排除比照前次中區點值降至 0.8 以下之抗爭行動。

決議：合併第十六案討論。

提案十八

提案單位：中執會中區分會

案由：請各區中醫應依相關辦法如實申報勞保職傷案件。

說明：

- 一、依健保法第 94 條（職業災害保險給付）規定被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險給付。
- 二、衛生福利部中央健康保險署 103 年 12 月 3 日健保審字第 1030036475 號函令：第四部 中醫醫療費用審查注意事項，二十二、非屬本保險給付範圍之醫療服務代辦案件，未依規定以代辦案件申報者，整筆核刪不予本保險支付（例如：屬職業災害事故所發生之醫療費用以健保醫療費用申報者不予支付）。
- 三、全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費用償付辦法（修正日期 101.12.17）第 8 條 勞保局應於每年一月、四月、七月及十月之十五日前，預撥該季之醫療費用予健保保險人，預撥數依前一會計年度發生之醫療費用加計年成長率計算。勞保預算逐年增加，不用中醫團體勞師動眾爭取健保總額那般辛苦，中醫應依相關辦法如實申報。
- 四、職傷案件 1 點=1 元。

辦法：

- 一、職傷案件排除健保抽審。
- 二、職傷案件以急性傷病為多，為提供積極之治療，單月療程次數不設限。
- 三、全聯會中執會於各會期中提出各區執行率分析報告並檢討。

決議：通過。

提案十九

提案單位：保險對策委員會

案由：有關 105 年新增「中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護」計畫之提案獎勵金，是否符合規定乙案，提請審議。

說明：

- 一、依據全聯會 99 年 12 月 12 日召開中保會第 66 次委員會議決議及 102 年 9 月 17 日(102)全聯醫總峰字第 1536 號函「凡於每年 12 月 31 日前提提供協商項目且爭取到次年協商成長率之單位或個人，由全聯會提供成長率金額的千分之一作為獎勵金」辦理。
- 二、本案中醫門診總額支付制度相關計畫執行情形如下：

- (1)93 年曾訂定及執行「中醫門診總額加強中醫醫療照護門診—提高癌症病人生命品質、特定疾病加強照護及開辦示範門診試辦計畫」(本計畫業已於 95 年合併於一般計畫執行終)
- (2)98 年開辦執行「全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」。
- (3)101 年 11 月 28 日「中醫總額支付委員會」101 年第 1 次臨時委員會議訂定支付標準第九章「特定疾病門診加強照護」，並做為未來擴增疾病細項種類之種類。
- (4)102 年 9 月 28 日衛生福利部全民健康保險會第 1 屆 102 年第 3 次委員會議將所有專案合併為「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」以利未來新增細項，並將腦中風門診及顱腦損傷門診由專案項目移至一般部門第九章「特定疾病門診加強照護」執行。

三、105 年「中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」通過經費為 13.9 百萬。

決議：

- 一、有關「中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」提案人賴金蓉醫師於會員代表大會公開褒揚。
- 二、獎勵金核發方式需為新項目，不含已有品項的擴張。

提案二十

提案單位：本會

案由：有關中執會下次委員會議召開時間及地點案，提請討論。

決議：時間修訂為 105 年 4 月 10 日。

地點：台中市

伍、臨時動議

陸、散會(下午 2:00)