

# 「中醫門診總額研商議事會議」108年第4次

## 會議紀錄

時間：108年11月14日14時整

地點：中央健康保險署大禮堂(臺北市信義路3段140號18樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：邵子川

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
朱代表日僑	蘇芸蒂 <sub>代</sub>	陳代表建霖	陳建霖
呂代表世明	請假	陳代表博淵	陳博淵
巫代表雲光	巫雲光	陳代表憲法	陳憲法
李代表純馥	李純馥	黃代表怡超	蔡素玲 <sub>代</sub>
邱代表振城	邱振城	黃代表俊元	黃俊元
侯代表毓昌	侯毓昌	黃代表俊傑	黃俊傑
施代表純全	請假	黃代表科峯	黃科峯
柯代表富揚	柯富揚	黃代表頌儼	陳嘉允 <sub>代</sub>
洪代表啟超	沙政平 <sub>代</sub>	黃代表蘭嫻	陳文戎
胡代表文龍	陳俊良 <sub>代</sub>	詹代表永兆	詹永兆
孫代表茂峰	請假	蔡代表三郎	蔡三郎
許代表中華	請假	蔡代表宗熹	蔡宗熹
許代表美麗	王銘勇 <sub>代</sub>	蔡代表明鎮	陳錦煌 <sub>代</sub>
陳代表仲豪	張景堯 <sub>代</sub>	羅代表永達	羅永達

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	梁淑政
衛生福利部中醫藥司	林吟霽
衛生福利部醫事司	劉玉菁、黃敏玲
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳、廖尹嫻

中華民國中醫師公會全國聯合會

本署醫務管理組

本署醫審及藥材組

本署資訊組

本署企劃組

本署財務組

本署違規查處室

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

李艾玲、王逸年、賴宛而、  
李敬

吳科屏、蔡翠珍、韓佩軒、  
王玲玲、洪于淇、張作貞、  
鄧家佩、楊淑美、鄭正義、  
林蘭、林其瑩、賴昱廷、  
吳柏彥

高幸蓓、連恆榮、賴淑華

李冠毅

陳泰諭

張晃禎

白姍綺

葉惠珠、黃寶玉

林巽音

林淑惠

郭碧雲

施怡如

鄭翠君

## 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：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：

一、洽悉。

二、下列事項列入追蹤

1. 序號 1-1:請中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)思考日劑藥費如何以科學方法表達當次處方內容案。

2. 序號 1-2：本署後續將就現有收載之中藥品項與中醫藥司核發具藥品許可證品項比對差異，以進行評估個別品項核價之可行性。
3. 序號 1-3：請中醫藥司確認健保現有收載之濃縮中藥，複方品項及單方品項查無藥品許可證狀態之實際狀況暨協助確認可建議納入健保之中藥藥品應列屬主管機關整編之「臨床常用中藥方劑基準方」的處方規定。
4. 中醫急症處置計畫 108 年第 2 季累季執行率僅 1.6%；第 3 季累季執行率僅 2.5%，請中全會繼續加強執行。

## 第二案：中醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

## 第三案：108 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	0.84194170	0.89639252
北區	0.85746068	0.91244346
中區	0.84391389	0.89778568
南區	0.88136371	0.92712215
高屏	0.87470453	0.92080485
東區	1.18612165	1.12414549
全區	0.86116798	0.91101833

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、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

## 第四案：109 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目案。

決定：

一、洽悉

二、109 年中醫門診一般服務之保障項目比照 108 年保障項目，除藥費依藥物給付項目及支付標準辦理外，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，並報健保會同意後實施。

**第五案：109 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商會議」召開會議時程案。**

決定：洽悉

**第六案：診所無障礙就醫環境合格標準報告案。**

決定：

一、洽悉

二、為利中全會對會員宣導及預作準備，請醫事司將上傳檢核表之時間延長至 109 年 1 月底前。

三、為利 108 年品質保證保留款核發作業，請醫事司於 109 年 3 月 31 日前提供合格診所名單給本署。

**討論案**

**第一案：109 年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫之風險基金分配方式案**

決議：

一、通過 109 年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫之風險基金分配方式。提撥方式如下：

(一) 自五分區之一般服務預算項下全年移撥 4,200 萬元，每季 1,050 萬元。

(二) 提撥符合風險基金分配院所後之餘額，再予分配臺北及北區分區各 50%。

二、本案為風險基金分配方式，應鼓勵資源平均分配，建議中全會宜對風險基金院所提供更多挹注，以符合本案精神。

三、本案風險基金額度與健保會 10 月份會議決議不同，經健保會復議通過後實施。

## 第二案：有關全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫條文修訂案

決議：通過支付標準修訂案，修訂重點如下：

- 一、保留 1.62 億元預算作為獎勵診所設置「無障礙設施」，本預算日後若未因支付標準調整協商時程未於當季導入，則回歸一般服務部門預算。
- 二、修訂診察費：
  - (一)「教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下」每件提升 3 點。
  - (二)「非教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下」及「山地離島地區」每件提升 5 點。
  - (三)另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費之每位專任醫師每月申報上限調升至 150 人次。
- 三、每日藥費提升 2 點，中全會並同意新增收載 10 種藥品(膽南星、太子參、血竭、黑荊芥、地榆炭、十味敗毒湯、平肝流氣飲、香砂養胃湯、歸耆建中湯及折衝飲)。
- 四、「提升用藥品質(草案)」下次再議。
- 五、請中全會確實輔導所屬會員核實申報門診日劑藥費、藥品明細及減少向保險對象收取自費科學中藥之行為。

## 第三案：有關「109 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」修文修訂案

決議：修正重點：

- 一、通過修訂 109 年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，如屬山地、離島地區或特殊情形經分區業務組會同中全會核定，則該巡迴點每位中醫師不受每診次 70 人上限之限制。
- 二、因關西鎮年底就會有一家中醫院所成立，仍維持為 1 家中醫醫事服務機構之鄉鎮區。

三、由台灣本島到有 1 家中醫醫事服務機構之離島執行巡迴醫療，其論次費用每次由 2 千點增至 1 萬點。

**第四案：有關「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」修訂案。**

**決議：**通過中醫提升孕產照護品質計畫修訂案：增列中醫助孕照護處置費（不含藥費）、中醫保胎照護處置費（不含藥費）及中醫助孕及保胎照護護針灸處置費（同療程第 2-6 次）。

**第五案：有關「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」修訂案。**

**決議：**通過中醫癌症患者加強照護整合方案修訂案，修正重點如下：

- 一、每件增加 50 點藥品調劑費。
- 二、增加開藥大於 28 天以上之給付項目（限依本保險醫療辦法 25 條出國或返回離島地區、遠洋漁船船員等有一次領取該處方箋總用藥量之特殊病人）。

**第六案：檢送「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」（草案）。**

**決議：**有關中醫慢性腎病門診加強照護計畫（草案），請中全會與腎臟專科醫師、台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會研議後再提案討論。

**第七案：建議提高西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫提升孕產照護品質計畫及癌症患者加強照護整合方案點值案**

**決議：**本案請中全會攜回研議，並請提報研議結果送至共擬會議討論後公告實施。

**第八案：有關「109 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」，建請先暫維持原條文案。**

**決議：**

- 一、修正通過 109 年中醫門診總額品質保證保留款實施方案同 108 年。
- 二、因 109 年已於各總額非協商成本指數改變率中保留一定金

額作為院所無障礙環境之獎勵，原中醫門診總額品質保證保留款實施方案中關於無障礙部分予以取消。

散會：17時30分

肆、與會人員發言摘要詳附件。

# 「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」

## 108 年第 4 次會議與發言重點實錄

### 與會人員發言摘要

#### 主席

今天召開的是中醫總額研商議事會議今年第 4 次會議，謝謝大家撥冗參加，理事長及部分委員異動，請新任的理事長自我介紹，然後也介紹你們的幹部們，麻煩柯理事長，也恭喜柯理事長。

#### 柯富揚代表

謝謝健保署蔡副署長，還有健保會陳委員，學者專家侯毓昌主任，還有健保署所有的長官、健保研商議事會議的學長、醫院的代表、中醫藥司，我們這一屆在上上禮拜天改選完畢，今天到場是新的 18 位健保研商議事會議委員，容我在這個地方做介紹，因為我在健保研商議事會議已經 6 年了，之前都擔任秘書長的職務，這次獲得中醫界大家的肯定跟支持擔任理事長一職，希望未來我們的研商議事會議我們的長官及委員們繼續照顧中醫師，秉持照顧陳旺全前理事長的精神繼續照顧我，謝謝。接下來我來介紹新任副主任委員陳憲法委員也是我們全聯會原本的執行長，新任執行長是詹永兆，監事長蔡宗熹蔡監事長，接下來是我們 6 區的代表，全聯會的蔡三郎秘書長，接下來是我們 6 區的主委，台北區洪啟超理事長是由沙委員代理，法規會是由張景堯常務理事，北區的黃科峯黃主委，我們研商會議代表黃蘭嫻今天不克前來所以請陳醫師代理，我的左手邊是巫雲光巫代表，接下來是黃頌儼評核會召集人的代理，接下來是我們中區的陳博淵陳主委，接下來是癌症專案的呂世明呂委員，接下來是我們全聯會的學者專家也是桃園長庚陳俊良陳主任，接下來是我們南區邱振城邱委員，接下來是我們高屏區陳建霖主委，再來是東區的主委黃俊傑主委，以上是我們中醫全聯會 18 位研商議事會議委員，感謝各位委員的支持，謝謝。

#### 主席

我們順便介紹本來柯富揚理事長原來是我們的專家學者代表，所以現在理事長變成代表了，專家學者另外由侯毓昌醫師接任，侯醫師是部立桃園醫院中醫科的主任，歡迎你，剛剛本來要補介紹邱振城代表，剛剛理事長已經幫你介紹過，歡迎你。大家都非常的忙碌，遠地從各地來，今天就快點進入議程，今天雖然是第 4 次會議但是卻是有很多事情要在本次會議做決定，希望報告事項能夠有效率進行再進入討論事項，請各位代表先看上次的會議紀錄，從第 4 頁到第 7 頁的部分，請大家過目，請問各位代表



對上次的會議紀錄有沒有什麼問題？好，如果沒有問題我們就確認，接下來報告事項第一案。

### 報告事項第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

還有很多項繼續列管，第1項全聯會這邊還有要補充說明嗎？申報的格式這部分我們可能要繼續列管，全聯會建議請以正式公函回覆，第2案就是我們現在收載的許可證很多，1-6頁中醫藥司是有建議3項，第1個就是GMP中藥廠製造的需由中醫師處方使用的濃縮製劑，所有的品項希望都納入(但是現在有一些因為價格比較高的濃縮製劑沒有納入，所以現在這個部分還有討論空間)；第2個是希望我們能夠提高濃縮製劑的健保給付額度(因為我們現在採用日劑藥費，所以日劑藥費明年也打算要提高，也爭取大概有6、7億的費用額度)；第3就是中藥廠都已經實施GMP，傳統製劑也納入，傳統製劑應該不限於粉，也包括丸、散，錠，這些過去只限粉，這些傳統製劑是不是也符合，會不會有一些也是OTC的藥，這個部分因為這些都涉及專業，也麻煩中醫師全聯會這邊給我們意見，本項繼續列管，其他的部分中醫急症處置這個部分執行率偏低也是繼續列管，有2項是解除列管，以上大家有沒有什麼意見？來，請羅院長。

羅永達代表

主席、各位先進大家午安，有關於剛講中醫急症這部分，因為在討論案第2案當中也提到，有關於醫院所做特定的疾病或是計畫，點值都已經很偏低，都到0.7，0.75左右，其實醫院是很努力在做這一塊，但是中醫急症的時候當時我們也問過相關的醫院，事實上可能定義上請全聯會由醫院組的可能把他定的比較清楚，否則在執行上真的是有很多困難的地方，到底什麼樣的人才可到急診第1次去看，還是輔助的療法，還是因為他有很多的定義，像上次我記得孫茂峰前理事長提到在中國醫藥學院裡面是中醫非常好實施的地方，結果因為眩暈，眩暈的原因那麼多，他不是單純只有一個症狀，但是到急診室去萬一出現問題的時候我們沒有善後的機制，也就是說在當時全聯會提出中醫急症這件事情的時候，是不是把定義或SOP或相關的規範能夠更細一點，醫院協會要發文也比較容易遵循，否則我們只是轉知，轉知說實在話就各憑本事，各自定義，我想將來即使繼續列管他的效果也不一定很好，那是不是請全聯會能夠針對這個部分裡面再做更細的規範，醫院協會轉知的過程當中盡量去促進，以上。

主席

麻煩全聯會參卓羅院長的建議來跟醫院溝通，尤其是各區域醫院的中

醫部的主任，大家有沒有別的意見？沒有，我們報告事項第一案就通過，接下來第二案。

### 報告事項第二案中醫門診總額執行概況報告

主席

大家對於這次業務概況報告有沒有意見？一些專案的執行情形，如果不是很好的部分就麻煩大家加油，好，如果沒有，我們就進到第三案。

### 報告事項第三案 108 年第 2 季點值結算結果報告

主席

點值的部分，第 2 季點值大家有沒有意見？請羅院長。

羅永達代表

主席、各位先進，有關於中醫專案計畫部分，很多醫院反映當他低於 0.8 以下的時候事實上會減低後面很多的努力，因為這個是報告案而且是屬於第 2 季的部分，點值你看那個兒童的過敏性鼻炎點值才 0.75，連成本都不夠，我一直想它是屬於一個專案的計畫，有沒有可能挪用，因為那是以後的事情，第 2 季有沒有可能挪用或做其他東西的修補，是不是請全聯會幫忙。

主席

討論事項第 6 案再一起討論，其他的部分大家有沒有意見？如果沒有點值就要確認了。好，接下來第四案。

### 報告事項第四案 109 年「中醫門診總額一般服務預算四季重分配」暨點值保障項目

李馥純組長

這是每年我們談定總額之後，明年如何 4 季分配，這跟分區預算無關，這是怎麼樣分到 4 季再分到各區，原則上我們都是以核定的點數平均占率去算，也都是沿例，惟一有改過是在 103 年時有刪減過工作日數，因為第 1 季要比較偏低，所以做了一點調整，因此原則上的分配，大概會在下面說明二的表格裡面，大概也都是沿用前一年的，我們有去計算 103 到 107 年的平均占率給大家參考，以上。

主席

明年總額的四季重分配，大家同不同意？若同意就依照上述的佔率來進行。若沒有意見，就通過。接下來第五案，這個也請口頭簡單說明。

### 報告事項第五案 109 年「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商會議」召開會議時程確認案

洪于淇科長

第五案是我們明年研商會議的時間，請問各位委員看一下時間有沒有問題？

**主席**

大概是排 5 次，最後有排一個臨時會以備不時之需，原來的時間大概都是每一季的星期四下午。

**洪于淇科長**

還有提醒各位代表，明年第 1 次會議，配合 288 連假，改為 2 月 27 日上午召開。

**主席**

事實上我們排這個是有協調過的，所以這次務必是改上午，時間為 9 點半；下午的都是兩點。第一次會議早上 9 點半開會，請大家記得。若沒有問題我們就確認了。第六案。

**報告事項第六案診所無障礙就醫環境合格標準報告**

**主席**

請醫事司劉專委玉菁報告。

**劉玉菁專門委員**

主席還有各位與會的先進，第六案主要是配合分級醫療，希望病患可以就近在診所就醫，所以要將診所就醫的無障礙空間予以改善。我們研擬了無障礙就醫環境合格標準，這個合格標準已經先行跟醫師公會、中醫師公會及牙醫師公會的代表、建管專家以及身心障礙代表開會討論過了，開會當日，中醫師公會的代表是陳冠仁副執行長。會中有充分的討論，原則上是可以接受這個合格標準，但要儘量簡化申請程序，不要太繁複，比如說還要附照片，我們參考大家的意見以後，把整個的作業都簡化，已經將合格標準訂成檢核表，有意申請的診所就按照檢核表上臚列的項目去打勾，把實際的情形填上去，然後掃描上傳，接著會由我們進行審核，之後將合格名單提供給健保署，核發品質保證保留款，另外在健保就醫快易通的查詢上會去標註，這個是經過我們審查合格的就醫無障礙、環境有改善的醫療機構，以上說明。

**主席**

各位代表是否有看過此無障礙的檢核表？剛剛醫事司的劉專委報告中說明中醫師公會有派代表去參加，是同意的。這個部分曾經在上次討論品質保證保留款的時候留有一個但書，就是有保留分數給無障礙空間的，當時大家提問何謂無障礙就醫環境的定義，我們當時決議也留有一個但書係由醫事司來訂定，擬訂出來大家都同意才會來實施，如果大家沒有共識也就無法實施。現在在本會議中提出來請大家確認，是不是這個方案有共識，

有共識的話我們就要啟動今年的品質保證保留款，合格的才能核發品質保證保留款來加分，這個程序一定要走完，請問各位代表對內容有沒有什麼意見？

#### **黃俊元代表**

醫院協會醫學中心代表，這個案子上次議程我看到了，但如果就提升醫療品質當然是好的，不過因為這個總額，品質是所有的全部的中醫，那現在只說診所，不曉得當初醫院沒有列入。

#### **主席**

這個是中醫的品質保證保留款。

#### **黃俊元代表**

對，我是說這個是應該不只診所，所有的醫院品質都要提升，醫院的會員一定是為了醫療機構，一開始就被要求要有無障礙空間，評鑑標準就有，診所現在是因為沒有那麼的要求，現在透過這個當然是好事，可是現在這筆費用既然是全中醫的品質，那醫院已經花了錢，那診所現在也要可以提升，是不是只獎助診所？如果應該要這樣子獎助診所，對醫院會員的成員是不是公平，我只是提議案讓大家考慮這一點，要不然下次我們的醫院會員問我們為什麼會中沒有表達這樣的看法，這個品質保證保留款是為了提升所有中醫就醫品質，這是好事，那當然幫診所提升品質當然更是好事，可是對醫院來講，那醫院花了一筆錢，我有一點疑惑就教各位先進跟主席還有各位代表，以上。

#### **主席**

這個是診所無障礙就醫環境的檢核表，醫事司要回答這個問題。

#### **劉玉菁專門委員**

我們剛剛開宗明義就講了，它政策的目的是要配合分級醫療，也因應現在我們整個社會的人口老化，所以診所必須要將無障礙環境做改善，讓民眾可以就近就醫，這是一個必須要做的事情，所以它政策的目的是非常清楚，醫事司在這件事情的角色，主要就是要訂出來什麼叫無障礙環境有比較改善，這個操作型定義是由醫事司來訂定，至於總額上怎麼分配、品質保證保留款的作業等等，我們尊重健保署的作業規則。

#### **主席**

請羅院長發言。

#### **羅永達代表**

這個我們昨天透析的時候也討論過的問題，這個政策的宣示正如剛剛我們的專委也提到，醫事司在訂定所謂的無障礙環境，醫事司或是相關的主管機關應該要訂出來的，至於總額這個錢是從那裡來？因為這是大家共同

努力的結果，這個品質保證保留款應該是大家一起分享，所以像原來的東西，比如說原來醫院有做到的就 5 分，如果沒有做到就拿不到這個 5 分，這個就合理了，因為它是在同一個標準上面，立足點是平等的，如果現在因為醫院有做了所以不算，而診所因為以前沒有做，所以現在要鼓勵，我覺得這個是不公平的，所以當時我們就提出來，如果假設是政策宣示，政府要不要另外編個預算就鼓勵嘛！或者乾脆設置標準就直接規定診所一定要無障礙，怎麼醫院用設置標準，而這邊用鼓勵的方式，我覺得尤其是總額的錢是醫院跟診所相對的合作努力的結果，所以原則上我們是反對的。

**主席**

大家還有沒有其他的意見？診所端還有沒有意見？這個是什麼時候開始要評？是馬上要評核了。

**劉玉菁專門委員**

如果通過，我們就會開始作業，診所要在 12 月 9 日前把檢核表填完上傳，因為我們要配合健保署的作業時間，他們有核發的時程。

**主席**

12 月 9 日以前要填出來，如果你的(診所)坡道不夠現在就要去鋪，只有半個月；如果寬度不夠，現在就要打寬。

**劉玉菁專門委員**

如果署的作業時間允許再有一點彈性的話，我們可以往後面延一點。

**主席**

大家有沒有什麼建議？請理事長發言。

**柯富陽代表**

我們的想法是如果可以再給我們一點充裕的時間會更好啦！因為我們還是要宣導所有的中醫醫療院所，我們希望藉由這樣的計畫，大家也確實可以把無障礙設施的標準都給建立起來，那短短的兩個禮拜或許真的是有點難。

**主席**

您認為需要多久呢？

**柯富陽代表**

年底，或是明年第 2 季。

**主席**

品保款什麼時候要截止？我們計算什麼時候截止？

**洪于淇科長**

預計是 3 月的時候啟動。

**主席**

3月啟動，至少2月底前，最慢也要2月底前。

### 劉玉菁專門委員

不好意思，因為診所提出申請之後我們還要審查，所以也請留一點時間給我們(醫事司)作業。我們再跟公會協調好了。

### 柯富陽代表

1月底。

### 主席

最晚1月底，我們最後再跟醫事司確認。我們先收錄中醫的建議延長準備的時間，期待是以明年的1月底前來填問卷，因為還有牙醫、西醫尚未開會，我們大致上意見收集之後，再看看後續如何辦理，另外醫院的主張，透析跟中醫的會議都有聽到醫院的建議，所以醫院的意見也收錄。原則上，今天醫事司報告此檢核表是不是大家在有充裕的時間，以及醫院的因素也考慮之後，是沒有意見的?是這樣嗎?大家都同意，我們謝謝醫事司劉專委的報告，我們中醫的這個報告案就算洽悉。接下來討論事項第七案，但剛剛講說要先討論臨時提案，大家是否同意?有沒有誰說要討論臨時提案?

### 臨時提案：109年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫之風險基金分配方式案

### 柯富陽代表

報告副座，因為我5點半跟立法院柯總召有約，我5點要先離開，因為怕時間的問題，我們就臨時提案先提早討論。

### 主席

那這是柯代表提的嗎?

### 柯富陽代表

是的。

### 主席

好的，各位委員有沒有意見?各位代表同不同意臨時動議提前討論?好的，程序符合，我們就先討論臨時提案。請中醫全聯會說明。

### 柯富陽代表

因為今年健保會在服務地區的預算分配，當時健保會有提到是3,200萬，再由中醫總額部門跟健保署協商分配方式，全聯會有開過6區的主委會議，我們共同決議，如果按照預算來看，我們希望能夠提升到4,200萬，就以風險基金，臺北區跟北區各分50%。

### 主席

應該不是吧!是風險基金分配後如果有餘款的話，再分配給臺北區跟北區，是這樣吧!

**柯富陽代表**

是。

**主席**

意思是如果沒有中間的那一段分配，直接分配給臺北區跟北區，就已經是又動了手腳?是不是這樣?所以應該有風險基金的用途，餘額適用分配，原來這4,200萬是要分配給那個分區?

**蔡三郎代表**

偏鄉先排除「偏鄉人口預算分配調升機制」的機構。

**主席**

分配的順序在那裡?

**蔡三郎代表**

補充2-1，第2點的地方。

**主席**

2-1，好的。

**蔡三郎代表**

第4大項第2小項，說明二，括弧2。

**主席**

好的。

**蔡三郎代表**

適用院所資格除東區外之5分區鄉鎮市區，該地區當月月底僅1家中醫門診特約醫事服務機構者，排除屬於指標6「偏鄉人口與算分配調升機制」之偏鄉中醫門診特殊醫療院所，也就是說偏鄉補完了以後多餘的，再來依照理事長講的，再來分配給臺北區跟北區。

**主席**

我記得在去年討論這個的時候只有模擬過優先分配的究竟會有多少錢，會分配多少?剩下的是多少?會有百分之多少會因為這樣分配出去，這樣才會合理，因為現在你們又將3,200萬變成4,200萬，這個重分配的概念理論上是要多數真的分配給偏鄉，就是因為我們6個分區裡面的偏鄉，在那個裡頭應該絕大多數如果有餘款當一般總額分配給臺北跟北區，概念應該是這樣，要不然這個怎麼叫風險基金?沒有去補風險?最主要是要去補風險。請陳代表。

**陳憲法代表**

因為已經實施很多年了，臨時提案有提出來，希望署裡幫忙試算一下，回頭再來討論這個案子。

**主席**

那我們有試算過嗎？總額科這邊有試算過嗎？請先敘述如果是 3,200 時會怎麼分配，3,200 時有算過嗎？請說明。

**洪于淇科長**

大家可以看點值報表報 3-19，第 2 季風險基金是 54 萬元。

**主席**

風險基金 1 季 54 萬，4 季總共 216 萬，那不是多數都給分區重分配的概念，那根本不是風險基金的概念。風險並沒有需要這麼多錢，或者是說，風險沒有這麼高，那現在 3,200 萬提高到 4,200 萬，無形當中就是給臺北跟北區去撥款。

R 值不動是健保會協商的，因為這個叫做風險基金，我記得去年也談過類似的問題，理事長您看呢？

**柯富陽代表**

在 102 年的時候也是這樣子的決議，如果 R 值人口沒有前進的情況下，因為在臺北區跟北區他們的人口數跟實際的費用佔率有落差，所以我們覺得在這個情況之下是不是可以補臺北區跟北區，相對在利用率跟費用佔率的落差，所以在 106 年當時設的這個風險管控基金也是因為 R 值沒有前進，所以就用同等的錢來補臺北區跟北區；今年在健保會也是決議 R 值不前進，所以我們也建議應該也是要有風險管控基金來補這兩區實際費用的不足。

**主席**

所以我們的風險要彌補分區內的風險，是否補得不夠多？

**柯富陽代表**

所以我們是建議能夠從 3,200 萬提升到 4,200 萬，這個也是有 6 區、我們中醫界所形成的共識，我們希望用這樣的金額來補臺北區跟北區。

**主席**

對的，所以實際上是在補臺北區跟北區，不是在補偏鄉。

**柯富陽代表**

偏鄉是優先撥補。

**主席**

但是撥補很少阿！

**陳錦煌代表**

我們健保會有意見，因為在總額協商有提到這個事情，你們北區要進 4%、把中區要拉回 4%，結果如果做不到的話，全都不要作，你們是有沒



有聽懂？本來是說收了要來補別區的，你們有沒有共識？有的話，我就沒有意見了，不然打我們健保會的臉，您說對不對？不然我就說不要拿，聽起來好像被綁架押走一樣，所以今天你們要負責，我就沒有意見，你們說好就好了，中區不能怨嘆。

**主席**

中區不敢抱怨啦！別區已經先拿出來了，不是只有中區拿出來而已，因為中區拿出來沒有很多，南區跟高屏區有協助提供，

**陳錦煌代表**

沒有拿中區已經少 4 間了。可以的啦。

**主席**

其實南區跟高屏的人口數也在減少，確實只要你們前進 1%、2% 就更好了，就制度上比較好，但是你們用這樣子，自己去籌，對不對，應該也是要制度化，明年可能真的要慎重考慮一下，真的不用要這樣，但是這裡面我們還是覺得偏鄉裡的偏鄉可以更好的挹注，是比較對，因為叫做風險，也是要鼓勵資源平均分配，結果弄到您說是 200 萬，弄不到 5%，95% 都是在做自己的分配，跟原本的精神不符，這個我們在明天健保會如果有問我們意見，我們還是會表達這樣的看法。這個大家有沒有意見？

**陳錦煌代表**

再補充一下，那個花東點值，你們是搞點數，就沒有達到，我剛剛看沒有達到。

**主席**

1.1 啦。

**陳錦煌代表**

費協會是 2% 給花東，保護點值是 1.2。

**主席**

它是占率固定 2.22%，跟點值沒有關係，不過它的點值是 1.1。

**陳錦煌代表**

花東他是 2.2 喔！

**主席**

它是保障占率 2.2%，它是占率固定。

**陳錦煌代表**

我是說 2%，以前他們報告說達到 2.22，醫院還有沒要加強，它給它更多了，多了就浪費了，才 200 億。

**主席**

陳委員在替蔡委員關心，蔡登順委員。

## 陳錦煌代表

我就不認識他呢!

## 主席

這個案子大家還有沒有其他的意見?如果沒有,我們就臨時提案先通過?請健保會的同仁燕鈴發言。

## 陳燕鈴組長

因為風險專案基金的額度 3,200 萬是在上次 10 月份的委員會議中決議的,如果要變更的話,可能要提覆議案,覆議案要敘明變更要有新事證或新理由,有一個覆議的程序,而且還要在報部以前,報部以後的權力都不在健保會,謝謝。

## 主席

這個星期五就要開健保會了,就是明天,所以如果要進行的話程序要完成。還有其他的意見嗎?若沒有,就進行討論事項第一案。

## 討論事項第一案有關全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫條文修訂案

## 主席

本案議程說明五及說明六部分,請本署醫審及藥材組連科長說明。

## 連恆榮科長

有關 109 年中醫總額預算已協定新增臨床上病患常需使用的藥物,但健保不給付之貴重藥至少 5 項。中醫全聯會提出 7 項之收載品項,經查多數屬非濃縮之中藥,健保收載係具許可證且非濃縮中藥,非濃縮中藥有 32 項可參考後附資料,若健保要收載非濃縮中藥須進行修法程序(刪除法規中濃縮中藥之文字),最快可至 12 月共擬會議報告討論,之後尚需至少二個月預告及公告期間,預估 109 年 3 月才能生效;考量 109 年本項總額協定於調高藥費同時須併同新增健保不給付之貴重藥品,中醫全聯會所提品項中有 3 項比較符合前述說明,另就「提升用藥品質(草案)」建議併同考量相關事項如下:

- (一)本署例行年度民眾就醫經驗調查顯示,民眾於中醫院所就醫有 61.2% 於扣除掛號費、部分負擔後之自費金額在 100 元以下、100-200 元約 10%,前述民眾又以自費多天之中藥為多、水劑及飲片居次,故希望逐步將高價藥品納入收載,並建議於「提升用藥品質(草案)」中增加監測執行機制,提高病患藥物治療之適切性。
- (二)目前中醫係以日劑藥費之型式支付,為完整收載藥品相關事項,建議中醫全聯會加強宣導會員申報個別品項之相關資料,以利日後核價作業之推動與規劃。

(三)因健保給付的中藥品項還是很多，柯理事長方才提出四味中藥，再請本會討論。

### **主席**

本案須以 109 年中醫總額協定事項作為討論前提，109 年編列提升用藥品質成長率為 1.719%，其協定事項之一為新增收載健保藥品給付品項且以前述做為優先考量，由本署會同中醫門診總額相關團體，於本年 12 月底前提出擬新增藥品給付之品項及提升用藥品質規劃，並報健保會核備。故 109 年調高日劑藥費 2 點前，須完成健保會協定之優先事項。方才連科長說明的單張係全聯會提出建議收載之 7 個品項，經本署審視相關事項(如：健保是否收載、是否為高貴藥材、是否具 GMP 藥產生產之藥證、是否為濃縮藥劑等)，其中僅 3 項比較符合高貴藥材之範圍(100 公克超過 400-500 元)，其餘則屬較低價的藥材，故建議前述 3 項高貴藥材納入收載，龍骨本署已有收載，其餘雖予收載惟不列入協定新增之 5 項範圍。另會前理事長又提供 4 項(五味子、天麻、酸棗仁)予本署審視，惟雖屬單價高但已經收載，亦不符協定事項，柯理事長是否有其他建議？

### **柯代表富揚**

剛剛主席提到的是順天堂提供給我們無健保代碼的中藥，有其他藥廠有做並申請健保代碼，目前我們已提出 5 項昂貴的中藥正在貴署查找中。

### **主席**

謝謝柯理事長，希望除了原來的 3 項，可以再增加 3-4 項收載，減少民眾自費。因研究調查顯示，有 7 成民眾自費科學中藥、日劑藥費未核實申報藥品細項，如何減少自費及藥品核實申報，務請中醫全聯會做到，未來收載的中藥不應向民眾收取自費。上述與會代表都同意，因新增藥品項數尚未達協定之 5 項，暫予保留，視本署確定後再討論。

另本案 109 年編列約 9.8 億元預算，全聯會之建議好像有超過，請柯理事長再說明。

### **柯代表富揚**

是，我們已做修正，稍待請執行長向大家說明。新品項的部分，健保署預計於 12 月討論「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」修正第三項第二小項：主管機關核准經 GMP 廠……為限(刪除後段文字)；本會與藥廠共識建議修正為「抽煮浸膏與賦形劑比例之規定，經衛生主管機關核准者不在此限。」因有些中藥是無法萃取的出來，其濃度本來就很高，無法如浸膏般再濃縮，屬特定部分即由衛生主管機關核准，如此本次中醫界所提之高貴藥材即可納入健保給付範圍。

### **詹代表永兆**

針傷加內科合理量由 120 人次調升至 150 人次，以前中醫界做到超出合理量都是折半支付如同做功德一樣，故自 101 年開始每次放寬 30 人次，本次建議只是回復原來應有的公道。

診察費調整部分，醫院部分原建議 5 點現調降為 3 點，約 3.225 百萬，非醫院部分由 10 點調降至 5 點，約 172.25 百萬，合計不會超過預算編列。

**主席**

教學醫院調 3 點，非教學醫院調 5 點，每日藥費調 2 點、針傷科第一段合理量調高至 150 人。請王科長核算一下再向大家說明。

**王科長玲玲**

因只剩 1.67 億左右，重新計算後為 1.81 億點，超過 1,450 萬元。

**主席**

超過一點點，大家是否可以接受？

**羅代表永達**

署裡說明第二點提到無障礙設施保留 1.62 億，一年才 9.8 億，相對要保留 1.62 億元是很多的錢？方才在品保款時，也有談到這件事，109 年非協商也有編列這部分之金額，且屬未定之政策，大家縮衣節食，如果部裡知道我們這是我們的血汗錢，就不應該使用在這些未定政策，建議直接使用不要保留。

**主席**

請衛福部梁組長說明。

**梁代表淑政**

無障礙設施的獎勵機制在去年就開始討論，向行政院陳報 109 年總額範圍已列入政策目標，健保會在協定 109 年中醫總額時，也協定以醫療服務成本指數改變率增加金額來反映本項支付標準之調整，依協定事項應納入討論。

**羅代表永達**

去年是以品保方案獎勵方式來處理，可以區分有做或沒有做，但以非協商金額調整支付標準就不合理呀！政府想做這件事情，健保總額預算不給付政策所帶來的影響，所以不應該用非協商來調整院所的硬體設施，這是很明確的。如果我們有 1,000-2,000 億元，或許還好，但一年中只有 9.8 億元，保留款就保留了 1.62 億元，這比例太高了，而且未來分配也是問題。即使要保留也不應這麼多，或者比照今年於品保款中獎勵有做的院所，是比較公平的做法。政府不能把健保總額當成小金庫，都叫健保買單這是不合理的！醫院也沒有編列呀。

## 梁代表淑政

診所設立無障礙空間會相對反映在增加之成本，故以醫療服務成本改變率這個項目來反應，尚屬合理；對於比照 108 年於品保方案設立獎勵指標或對有設立者調整支付點數，可以再看各位代表意見，另保留 1.67 億元係因中醫全聯會建議在調整 5 點之情形下進行估算，適當與否各位代表可以再行討論。

## 主席

假設診察費增加 5 點，估算需 1.6 億元予以保留；考量未來無障礙設施影響範圍(標準、合格家數、獎勵程度…)尚無法推估，確實如羅代表所提屬未定案，中醫全聯會看法如何？本項也不能不保留誘因，如果不保留未來推動這項政策就有困難，至於獎勵誘因由誰出錢，如羅代表建議由公務預算來支應，主管機關是說明已列入健保會總額協定，是否有公務預算來支應？請梁組長說明。

## 梁代表淑政

本項是反映診所因增列無障礙設施而衍生執業成本費用的增加。醫院亦可有其他增加點數之名目。

## 主席

無障礙設施的部分，即便要編公務預算，還是須由醫事司來編列。但醫事司的劉專門委員甫離開本會場，本項建議只能列入會議紀錄，並提供主管機關考量。

另中醫全聯會也已就原建議之診察費點數酌減，粗步推估超出 1000 多萬，但也不排除未來若未調整無障礙設施之支付標準，可另案討論調整之可能性，建議本項仍暫予保留，視無障礙設施相關規定取得共識、參酌羅代表建議納入醫院部門，再行精算及重分配。

前述支付標準調整，同步配合新藥給付之時程，推估為 109 年 3 月起開始；柯代表建議法規之修正文字，請會後提供本署業務單位參考，如涉主管機關部分亦同步請其考量；另關於健保已收載同成分之品項，為何順天堂中藥廠商未列入之原因，也須再深入瞭解。

## 黃代表俊元

建議 9.8 億元之支付標準調整之決議事項，除文字描述外，應輔以簡單表格呈現，較為清楚。

## 主席

黃代表建議請中醫全聯會及本署業務單位納入。理事長是否有其他意見？

## 柯代表富揚

建議無障礙設施保留之1.6億元分為四季，若第一季未實施，即回歸一般服務部門。

### 主席

無障礙設施若明年3月1日未實施，就按未實施月份回歸點值。就是3月1號，也不是第1季，4月1號才是第2季，如果沒有生效，就會回到總額提升點值。我們還有一個沒有討論的是附件-討-1-7，就是提升用藥品質的草案，請說明。

### 柯代表富揚

有關中醫全聯會在提升用藥品質方面的努力，這邊有明列執行目標與預期效益，也列了評估指標，落實科學中藥用藥品質的提升，至於新增品項再請科長幫我們做最後查證，那我們一定會盡最大努力提出超過5項的新增品項，那在提升用藥品質的規劃上面，又牽扯到基準方的問題，這個我想就是要在未來中藥給付及標準的會議上，我們會在文字上的建議與修訂，翻頁的討論1-8，我們也做了預定時程的規劃，目前我們有跟中國醫藥大學附設醫院的副院長在做全國藥物不良反應的追蹤，受理使用中藥後不良反應的案件分析，我們也會持續推動民眾用藥安全的教育，也會宣導用藥安全重要性及內涵，從明年3月份開始，我們會召開中藥用藥品質的研討會，最後就是新增品項的確認，以上補充。

### 主席

醫管組有沒有意見？醫審連科長呢？

### 連恆榮科長

現在比較確定的是品項的問題，修法的部分剛剛理事長說要修改文字內容，請再做最後的確認後再正式行文給我們，這樣比較有依據，這樣會比較好。

### 主席

用藥品質的草案今天可能還是要先保留，基本上我們還是有些期待，至少預期效益是不要再收自費，申報要核實，這些都沒有列入，最後就是呼應理事長所說的，將來對於ADR不良反應的通報，或是將來有發現那些藥材有狀況，現在我們其實是不知道病人有那些人在用這些藥材、成分，所以核實申報這件事情是一定要的，這樣未來我們可以核對中醫藥司所登載的項目，可以做對照，有萬一的時候，可以用檔案分析來做對應，這部分是需要列入用藥品質的內容裡面，還有就是新增品項還不確定，稍後要再確定，還有修法的文字內容也需要再提供給我們，所以這個用藥品質的草案最後確認會在下一次的會議，這樣可以嗎？因為我們生效也是會在3月1日以後，2月的會議再來確認就好，希望更周延一點，但今天通過的

都算數，所有的程序照走，需要修改支付標準的也照走，但2月會議一定要再把這些文字雙方確認，這樣可以嗎？這樣不耽誤，也不會草率通過，好，這個提案就做這樣的決議，再講一遍，有關非協商因素，相關支付標準的修正，首先暫保留1億6千2百萬作為無障礙設施標準調整之用，如果日後相關支用有剩，就再回歸支付標準的調整，這是剛剛大家同意的。

第2個是暫且同意的醫院診察費、每日藥費、針傷、脫臼等點數及每日藥費上限調2點，以上大概支用會剩下1千4百50萬元，不足的部分就用點值來處理。還有就是這5項等等再來通過，有關用藥品質的內容，待下次會議確認後再來決定，以上支付標準的修正，預計是在12月的共擬會議，而預計生效日最快是3月1日，所以程序照走。還有其他意見？羅院長。

### 羅永達代表

關於1.62億的部分，應該是分季保留，而不是全年結算，我擔心之後會有人把主席的話解讀成是全年結算，但剛剛理事長的意思是分季保留，這可能要列入文字。

第2個是要解釋一下為什麼醫院加3點、非醫院加5點？這個也要做成紀錄，因為要拿回去跟會員說明。

### 巫雲光代表

說明一下，我們人次在層級間不太一樣，醫院層級人次高於診所人次，所以我們是用費用平衡的方式在做計算，

### 羅永達代表

能不能在講清楚一點？你現在說的都會打成實錄，我們再拿回去跟會員說明。

### 詹永兆代表

醫院的調升是50人，診所只有調升30人，所以3乘以50是150，診所也是5乘以30是150。

### 羅永達代表

所以在座醫院的都要聽清楚喔，謝謝。

### 主席

我們代表是醫院代表的請舉手，有3位，都OK吧？如果沒有意見，本案就討論到這裡，還沒有確認的再等連科長確認後追認，接下來是討論事項第二案。

討論事項第二案 108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條文修訂案

**主席**

全聯會有沒有意見？

**詹永兆代表**

關於 70 人次這部分，健保署記錄有 10 個巡迴點超過 70 人次，我們是想增加條文，執行巡迴醫療服務地點如為離島地區或山地地區者不在此限，如果加上這條，我們目前手上像桃園復興鄉，這種去一趟就要兩個小時，但是醫師把他的點拉開，去了三、四個部落，走一次大概可以看 80、90 人，所以醫師很辛苦，好不容易走了一趟，這些病人我們也希望他們能就近就醫，不要用特地走出來，但這樣絕對不只三小時，坦白說大概 5、6 小時，但總不能說超過 70 人之後就做義工，目前山地離島是這種情況，因為路程遠，到了那邊當地居民需求就會很大，量就會出來，綜上如果把這些地方加上離島、山地地區，不受 70 人次的限制，這樣會剩下 1 家是大林慈濟醫院，這樣就屬於特殊情形，就由全聯會這邊專案核定，這家巡迴點之前討論過，因為療效好 很受民眾歡迎 居民請民意代表等各種管道 強力慰留，所以量較大，以上是 70 人次的部分。

第 2 個，關於鄉鎮改變，其中比較有爭議的是關西鎮，之前說有家院所離開了，但是我們重新補一家進去，預計今年 12 月底會跟健保署簽約，所以我希望關西鎮可以維持原樣，不要動了，不是無醫鄉，而是維持在一鄉一中醫的地方。

第 3 點，是對巡迴醫療的補充，針對一鄉一中醫的部分，我們有金門、琉球等離島的巡迴點，因為是本島到離島去，那我們一鄉一中醫每次只補助 2 千元，希望能增列由本島到離島執行的話，增列 1 萬點，我舉個例子，這個醫師他從本島過去，獎勵開業過去，他就跳到一鄉一中醫，結果原本是領 1 萬 1 千元，現在變成 2 千元，對他來說非常不公平，所以希望在一鄉一中醫這邊增列一塊從本島到離島的 1 萬點，以上報告。

**主席**

執行長提出三個修正，如屬個別情形要特別處理，乾脆把山地離島都修訂進去，不在山地離島的地區再來處理，第二個是關西鎮年底就會有一家院所，希望現在不要把他刪除，第三個是再新增一個，在一鄉一中醫的前提下，像是金門或琉球，是屬於本島到離島的地區，希望一次一萬點。好，醫管組有沒有意見？

**醫務管理組 李純馥組長**

原本我們也是覺得把 70 人次拿掉會有問題，所以在討 2-5 頁，我們的意思跟您滿像的，只是我們不是寫山地離島，而是寫特殊醫療情形，如果要把他寫明是山地離島，我們也不反對，這樣看起來是不是特殊情形也保



留？就是如屬山地離島再加上如屬特殊醫療情形。另外，後面討 2-6 頁科長剛剛報告的其實就是我們畫斜線的地方，請全聯會再確認一下，我們只是再把他敘明清楚，討 2-7 頁我們修訂的文字也請你們再確認，我們覺得這樣描述上會比較清楚，至於你剛剛提到 1 萬點的部分，是不是也留容我們做一點試算？因為不知道這樣經費會不會不夠，如果把原先的兩千變成一萬，不曉得你們有試算嗎？會增加多少錢？

**詹永兆代表**

目前是琉球，等於是每次加 8 千，了不起就是乘以 52 次，因為我們一鄉一中醫限定 2 家，目前只有 1 家，那如果 2 家，就算算看，就是先乘以 52 再乘以 2 這樣，就只多這些錢，目前巡迴醫療可以支應這一塊。

**醫務管理組 李純馥組長**

你的意思是就只有金湖跟琉球會出現本島支援離島的問題？

**詹永兆代表**

目前有 3 鄉鎮，一個是金門 2 家，一個是小琉球算屏東縣，只有三個點，現在真正有在執行的只有琉球。

**主席**

修訂文字要給我們，要加在那個位置。可以嗎？好，那執行長剛剛報告的內容，大家有沒有意見？好，大家都可以同意，醫管組這邊也可以接受，那本案就修正通過。

**討論事項第三案全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫修訂案**

**詹永兆代表**

針對剛剛第三項 P39001、P39003、P39004 其實都可以一併納入，沒有關係，保胎跟住院不可能在一起，就擇一加進去，第二點針傷申報次數 12 次，原則上是一週 3 次，一個月四週，所以是 12 次。關於 P39007 針灸 2-6 次這項，我們還是希望可以保留，因為 P39005、P39006，這是台中中國醫藥學院所提出來的，他們想做沒有藥的，就只做針傷，而我們也去查了一些文獻，單純做針傷對於住院保胎也有它的療效，所以我們還是希望維持讓他做完整個療程，不然如果包裹在 P39005、P39006，到時候出現一個 P39005-1，誰曉得他要做幾次？我們現在很清楚是做 2-6 次，如果包裹在裡面，那到底要做幾次？我也很難算出來到底平均要做多少，除非先試做，後來再去設出一個平均值，申報這個療程的他的平均值在哪裡，未來需要包裹再去包裹，這樣比較合理。

**主席**

第三項的 P39003、P39004 要加進去，然後住院保胎的針灸每個月 12 次還是要維持，我同意這項提升孕產婦照護品質計畫，有些孕婦懷孕期間

就是不愛吃藥，如果包裹給付裡面都有含藥，不給藥又好像不符規定，確實要考慮孕婦的吃不吃藥的考量，是不是針灸就比較不會顧慮，但是又能達到一樣的效果，所以支付有這樣的設計是好的，那會不會有那種一半一半的？吃少一點，或者不要吃這麼多？因為你現在是全有全無的概念。

#### **柯代表富揚**

基本上這幾個設計都有，如果他不吃藥，或者他吃藥之後改成只針灸，我們就根據不同代碼所做出來的低推估及高推估之間，我覺得不會到高推估這麼高，現在的預算還是足夠的。

#### **主席**

所以你就是讓他選擇，要吃藥的就選 005、006、007，不吃藥就是 001、002、003，好，那醫管組有沒有意見。

#### **王玲玲科長**

如果是這樣，那我們是不是避免說有的醫師是第一次報 P39001，後面報 P39007，可不可以 P39001、P39002 原本包含藥費的，可以規定他不得申報 P39007？

#### **巫雲光代表**

我覺得是本週，如果下一週就可以，你是說今天報這個，明天報這個？應該是去卡這一週的選項只有一個，就是只能擇一啦。

#### **王玲玲科長**

因為現行的 4 項支付標準，是每週限申報一次，沒有其他療程的問題，雖然限定每週申報一次，但 P39007 只能跟著 P39005、P39006，不能跟著 P39001、P39002。

#### **巫雲光代表**

我們可以把 P39006 及 39007 跟前面的 1-4 項，都是限定每週申報一項，如果本週已經申報針灸開藥，就不能再報獨立針灸。

#### **王玲玲科長**

我說的是 P39007 第 2-6 次療程。

#### **巫雲光代表**

第 2-6 次療程，如果你的第一次單純報了針灸療程，則後面會延伸出 2-6 次，但如果後續療程未完成，則不能再申報 1200 點。

#### **醫務管理組李純馥組長**

科長的意思是說病人都會有第一次，有的會含藥費，有的不含，那含藥費的應該也可以報第 2-6 療程，這中間的交叉要定義清楚，不然後續分區在申報上會有疑慮。若報了第 1 次療程，那後續 2-6 要不要間隔，前面是週療程，那 2-6 要不要間隔 7 天？建議做一個規範。

**巫雲光代表**

我們現在新增 05 及 06，限定 05、06 才會有療程。

**柯富揚代表**

我瞭解科長的意思，當我今天申報 39001 跟 39002 的時候，當月就不應該再申報 39007，當月若申報 39005 跟 39006 的時候，就可以申報 39007。

**主席**

請在文字中敘明清楚。

**巫雲光代表**

5.6.7 應該是綁在一起的。

**柯富揚代表**

應該是以月為單位擇一。

**醫務管理組李純馥組長**

那 1 是含針灸處置？

**巫雲光代表**

可是沒有含療程。

**柯富揚代表**

應該是以月為單位擇一。當月若有申報 39001 跟 39002，當月就不應該再申報 39007，當月若申報 39005 或 39006，沒有報 39001 及 39002 時，那就可以走療程申報 39007。下個月若願意吃藥了，則可以申報 39001 及 39002。

**醫務管理組李純馥組長**

要 12 次嗎，是 3 個禮拜要用 12 次嗎？

**巫雲光代表**

12 次是上限。

**醫務管理組李純馥組長**

院所通常會做滿。

**巫雲光代表**

是指每週限 3 次，文字可以再做修正。當月申報 39001-39004 後，就不能再申報 39005-39007。

**醫務管理組李純馥組長**

那就請以文字敘明清楚。

**柯富揚代表**

我們會發文給院所說明清楚。

**主席**

文字還是要說清楚，尤其當是有爭議時，文字就是辦理的依據，避免

各說各話。會後請予以修正，請問醫管組還有意見嗎？

**醫務管理組李純馥組長**

請把每週限 3 次列入文字敘明。

**巫雲光代表**

好。

**討論事項第四案全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案修訂案**

**主席**

現在已經超支，若再增加，可能超支更多，就像羅永達院長所提，這會變成浮動點值，那原因不是預算不足，是支出名目增加導致透支。

**羅永達代表**

以門診透析來說，點數反應成本，但點值不夠是代表總資源不夠，這是不同的概念，所以當給 1200 點時，這是成本概念，若成本真的是這樣，那又做很多的服務量，就表示資源不夠，應該向健保會爭取預算，不能說是因為增加名目，因為若增加名目是合理的，也不能說有錯，未來若有其它預算，可以爭取挹注這裡，而不是用在無障礙設施。

**主席**

請全聯會說明新增項目的原因。

**詹永兆代表**

癌症的病人用藥說明會花費較多時間，所以才會列入藥品調劑費調升，以現在醫院的調劑費來說，7 天 48 元，14 天 59 元，>28 天 69 元，都比我們這項費用 50 元還高，出國的部分，如果不增加 35、42、49、56 天這一項，癌症病人出國>30 天會拿不到藥，所以我們比照慢箋，只拿一次診察費。

**主席**

出國用藥需求的文字可以嗎？

**柯富揚代表**

可以。

**主席**

那醫管組還有沒有意見？

**梁淑政代表**

針對通則 1 的部分，現在將調劑費單獨列出，原本通則 1 是寫包含診察費、處置費、藥費及調劑費等，現在調劑費單獨列出，原本通則 1 的文字請併予刪除調劑費。

**主席**

請醫管組一併修正。

## 醫務管理組李純馥組長

說明三(討 4-3)請再確認一下，有關西醫住院後來改自費住院的，這一部分個案中醫要不要收?就是病人在西醫自費住院中需要中醫輔助療法，中醫的計畫是否要納入?原計畫未寫明，希望能敘明清楚。

## 柯富揚代表

全聯會中執會曾經討論過，因為其在西醫自費住院，非屬健保，所以中醫部分不會納入健保給付。

## 主席

這個部分已經公文往返過，就請全聯會把這個部分寫明。

## 討論事項第五案中醫慢性腎病門診加強照護計畫(草案)案

## 主席

本案有些複雜，請大家表示意見。

## 羅永達代表

西醫也有 Pre-ESRD 計畫，可否同時採用? 昨天門診透析的會議有提到一些影響腎功能的藥物(如 NSAID，也包含中藥等藥品)，那中醫有無類似藥物?中醫界可能要做一些釋疑，因為中西醫看法可能不同。

## 主席

還有沒有意見? 本預算已經通過，除了西醫外，中醫也會有一個腎病照護計畫，我們尊重中醫的方案，但執行面要怎麼做?如果西醫已經收案了，中醫要不要收?還是說中醫收了，西醫要退?

## 巫雲光代表

這是中醫部門的新計畫，健保署意見我先答復，在(一)的部分，VPN 如同其他專案，只能由一家院所收，不能大家都收；在適用範圍部分，ICD10 N049 及 N182-186 等都可以列入；那(三)的部分，因為雲端已每天在用，將來收案的基礎會以雲端上所顯示的病人檢查資料為主，至於是否為特考醫師，沒有太大關係；包含檢驗費的部分，不太會用到；但會以實證基礎，去雲端查詢病患的檢查項目、日期、地點明確，我們才會來收案。檢驗的部分是 6 個月，這是腎臟醫學會的建議，每半年追蹤 1 次。

## 詹永兆代表

剛剛講的同一案，一年一收是可以同意的，如果病人未回診超過 90 日結案後，可以由其他院所收案，ICD10 N049、N182-186 可以收案；在執行方式疾病照護費，中醫慢性病患者需要中藥、飲食、穴位等較多的衛教指導，所以照護費改為每 2 週申報一次，這樣總費用約在 5000 萬左右，羅院長所提中西可否併用一節，台大吳寬敦教授 2008 年曾發表過前瞻性世代研究，追蹤第 3、4、5 期病人 3 年，EGFR 可以年平均下降 2.24、4.22、3.23，

看中醫這些病人大都是曾經在西醫門診檢驗出腎功能異常，我相信中西醫併治應會有更好的療效。

### **主席**

從病人安全的角度，西醫(腎臟醫學會)與中醫全聯會共同研議較好。現在主張中醫、西醫可以個別收案，若病患療效不佳，是何種原因造成？是治療或其他原因，不易釐清責任。中醫與西醫合作互補對病人是好事，但建立在雙方的理解，否則反而相互懷疑。

西醫的透析病人數量逐年上昇，昨天透析研商會議決議全面要求西醫醫師對於腎功能不好的病患不可再開 NSAID 的藥。也在雲端藥歷有提醒。西醫提出成分有腎毒性的中藥未被檢討，中醫師對於腎功能不好的病人要避免使用。對於腎功能不好的病人是以病人為中心，用藥安全是中醫西醫都有責任。

既然有預算，大家可以設計如何申報，收錄大家的建議。本案大家再開會討論要如何執行後再確定。

### **柯代表富揚**

這是中醫提升慢性腎病照護計畫，並非是中西醫聯合照護腎病計畫。

### **主席**

進來計畫就是會被聯合照護，一邊吃中藥，一邊吃西藥。

### **柯富揚代表**

我們會設定申請資格與退場機制，要求定期提供相關數據，看是否有改善。

### **主席**

如果中醫西醫同時收案，難以分別是誰的效果好。我們期待這類的病人不要惡化能變好，這個要嚴肅看待。理事長，本案就保留。

要有一個平台讓中醫西醫一起討論，應該經得起考驗。

### **李艾玲醫師(中國醫藥大學附設醫院、計畫撰稿人)**

臨床上遇到的病人大多是中西醫合治，這樣的溝通有正向意義。

### **主席**

我覺得是的，在醫院服務的中醫師，對於中西醫併治理論上要有共識，否則對病人不公平，雙方要理解，若彼此不諒解，說出對另一方不利的話。

另外請理事長協助盤點有腎毒性的中藥，我們來收錄，在雲端藥歷上提醒中醫師。

### **柯富揚代表**

目前衛福部中醫藥司提供資料，目前只有馬兜鈴酸，台灣已全面禁用。

### **主席**

其他沒有腎毒性的中藥。

### 柯富揚代表

目前典籍查的到是馬兜鈴酸與草藥，草藥沒有健保給付，健保一定是GMP科學中藥。科學中藥濃縮製藥在中醫藥司合法許可證字藥時皆有做肝腎毒性的實驗，目前診所使用的科學中藥就沒有。

### 羅永達代表

我以NSAID為例，它本身無毒性，但有副作用，因為從腎臟代謝，所以會增加腎臟的負擔。馬兜鈴酸的腎毒性已經很清楚，吃了因萎縮而變成腎衰竭。世界上沒有藥是完全無副作用。現在那些中藥是透過腎臟代謝，影響腎功能？這不是指腎毒性，這是不同的概念。中國已在做類似研究。國內目前無人做中藥副作用影響病患的研究，所以中醫西醫都不清楚，若中醫藥司願意去做，收錄中藥副作用的影響。

另Pre-ESRD病患腎功能已經不好，它的恢復空間較小，是否要與西醫碰撞？若病人情況不好，原因要歸責誰？此計畫若用於Early-CKD，比較有空間。建議中醫全聯會能考慮這問題，不要用Pre-ESRD，相對於Early-CKD會比較好。

### 陳俊良(胡文龍代表代理人)

以長庚醫院中醫部的經驗，EGFR stage3a(59-45)病人與西醫腎臟科合作，stage1, 2病人西醫會治療，西醫關注在stage3a，若沒控制好，其實會惡化。我們是對stage3a病人西醫治療外再加中醫治療，看起來在腎功能改善有比較顯著，腎功能退步比較慢。

西醫轉介stage3b、4的病人會有一定風險，使用中藥後，腎功能不一定會改善，若沒改善，本院就會結案，讓他回西醫繼續治療。我們以長庚資料庫追蹤將近10年，也在國際期刊發表，中醫在stage3a是有其效果。

### 主席

可是計畫使用範圍EGFR在60-89，合併蛋白尿或血尿之病患也在適用範圍內。

### 陳俊良(胡文龍代表代理人)

stage3a中醫西醫皆適用。

### 主席

stage3a是適應範圍第1項，eGFR小於60。

### 陳俊良(胡文龍代表代理人)

可是stage1、2中醫西醫都有效，看如何選擇與接受治療。

### 主席

你有實證是stage3a，eGFR小於60。適用範圍還有stage2。

### **陳俊良(胡文龍代表代理人)**

Stage2 病人有些會選中醫或西醫，如果在西醫看的就不會來中醫。

### **主席**

剛才你說兩邊可以重複收案。

### **陳俊良(胡文龍代表代理人)**

Stage2 是可以一起收案，有些病人選擇看其中一科，看病人意願，只是目前沒有足夠的數目去顯示證據。Stage3a 有證據、Stage2 有好的個案但是零星，沒有足夠數目證實中醫療效與西醫一樣或是費用比較低。這個計畫若列入，我們就可收到足夠案例，看看用中藥治療效果會更好。國外有文獻研究顯示中西藥的藥理機轉不同，西藥確定用 ARB，中藥可能以不同藥理機轉達協同作用。

### **主席**

所以中醫是互補而非替代，西藥還是照吃。

### **侯毓昌代表**

我覺得主席在意的是否中西醫都可收入計畫，您很擔心兩邊會有衝突，以健保署立場當然是為病患好。現在比較明顯的證據是 Stage3a，雖然我有 Stage3b 的病患，但不能保證一定有效。Stage4、5 的病人只要感冒就兵敗如山倒，大家心裡都有數。

我們在意的是到底中西醫是否要共治？建議中醫再討論，是否限縮收案條件。若主席也在意中西醫要共治，未來中西醫一定有共同討論的時候。

### **詹永兆代表**

剛才陳部長(長庚醫院中醫部主任陳俊良)提到 Stage3a，其實可以考慮限縮在 Stage2、3，對中醫而言，療效還不錯。相信也有互補效果，後面末期(N185、N186)取消，只採用 Stage2、3(N182、N183)，長庚中醫部陳部長也有發表相關論文。

### **主席**

透析已是國家級大事，中醫通過這預算就勢必來幫忙。因此中西醫共同討論，取得共識，讓雙方都能理解。腎臟醫學會被要求改善這件事，他們並不知中醫有此計畫，所以希望找個時間討論，盤點中醫與透析有關的對策，一併彙整。方案適用範圍是否限縮，依實證來討論說服雙方。本案就暫時保留。

### **連恆榮科長**

剛才陳憲法副主任委員提供 8 項中藥產品，經查對都是複方，不是臨床常用中藥方劑，不是在 337 方內，因法規規定，所以健保未收載。

有個問題請教，有幾項中藥的售價例如十味敗毒湯 300 元、折衝飲 380



元、天麻 580 元、五味子 550 元、膽南星 500 元、太子參 520 元，以上中藥較符合但似乎價格較低，因要符合健保會要求，在價位上是否再討論。

**主席**

原來你們講五味子、天麻、酸棗仁、酸棗仁湯等中藥已有健保給付，是順天堂沒有給付，這部分請順天堂納入健保。另提十味敗毒湯、平肝流氣飲、香砂養胃湯、歸耆建中湯及折衝飲有科學中藥。

**連恆榮科長**

平肝流氣飲屬於非臨床常用中藥方劑

**主席**

這 5 項都屬於非臨床常用中藥方劑。

**張景堯(陳仲豪代表代理人)**

全民健康保險中醫門診總額支付制度中醫審查注意事項第三條文字部分修正就符合。

**柯富揚代表**

這 5 項是不屬於 337 方的，所以在支付標準改文字就可以。

**主席**

為什麼它們不是常用的？因沒有健保給付

**張景堯(陳仲豪代表代理人)**

我想釐清「常用」這兩字，他是規範健保給付方劑-「臨床常用中藥方劑標準處方」的名稱，並非其他的複方就不是常用方。目前 GMP 中藥廠生產的都是我們中醫師的常用方。

84 年健保開辦時，為使健保給付藥品有依據，就規範要由濃縮科學中藥廠製造，且符合「臨床常用中藥方劑標準處方」337 方的基準方健保才有給付；不在 337 方內的複方健保不給付，所以「常用」這兩個字是「臨床常用中藥方劑標準處方」的簡稱。

若能透過這次修正文字法讓台灣有推動確效作業、未來會符合 PIC/S GMP 的 GMP 濃縮中藥廠生產的濃縮科學中藥可以進入健保，而不受限 337 方，前述問題都可以解決。這是第 1 點要表示的。

第 2 我認為藥沒有貴賤，括萋皮、地榆炭、十味敗毒湯雖然比較便宜，但療效好又好用，利用這次機會收進來是人民之福。

**主席**

就全部收進來。

**張景堯(陳仲豪代表代理人)**

我們提的這些品項，全聯會應該沒有反對意見。其他藥廠為何沒進來，可能與藥材採購來源有關，因產地不同價格差異大；各中藥廠為了有進行

確效作業的投資，以及設立 TAF 實驗室等硬體設備也有不同。所以會有藥價價差的不同，決定採取自費等不同策略，可能是市場經濟的考量。

### 柯富揚代表

剛才提到藥費部分，例如複方 380 元，單方 550 元，誰貴？其實是複方比較貴，像血竭 1 天開 1~2 克，複方十味敗毒湯 300 元，可是每次開 10-14 克，這已超過單日藥費 35 元，中藥貴與不貴，其實與劑量有關。

### 主席

我們尊重中醫全聯會意見，只是確認當時在健保會說要先收載，結果我們已經收載，變成說法有矛盾。4 位已收載就不列，另外提供 5 味(十味敗毒湯、平肝流氣飲、香砂養胃湯、歸耆建中湯及折衝飲)，再加膽南星、太子參、血竭共 8 味一併納入，原來的黑荊芥、地榆炭等 2 味也一併納入，共計 10 項，這部分列入紀錄。這些中藥納入健保後就不要再向病人收自費，本案就通過。討論第七案

### 討論事項第六案建議提高西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫、中醫提升孕產照護品質計畫及癌症患者加強照護整合方案點值案

### 羅永達委員

我們肯定這 3 項計畫，從證據及數值都是很有價值，可是當醫院努力執行，點值卻只有 0.7，這對很多醫院不公平，成本是可被分析，做這些計劃也很辛苦，希望在努力之餘，點值不能低於某個數值，所以才有此項提案。

承蒙署方意見，希望在 0.95 以下時(以牙醫總額為例)，能有配套措施，是否可以比照。提供中醫全聯會討論。

### 主席

請健保署說明。

### 洪于淇科長

1. 各項專案預算均為中醫全聯會與健保會付費者代表協商共識的結果，各項專案預算是不能流用，執行如超過預算須以浮動點值處理。
2. 中醫全聯會對於執行超過預算項目，審慎思考其收案條件及相關支付標準有無再檢討空間。
3. 109 年總額協商，已對部分專案酌增預算。
4. 現行牙醫門診總額部門為保障牙醫特殊醫療服務計畫，每點支付金額不低於 0.95 元，當預算不足時，由一般服務預算支應，即於一般服務地區預算分配前，先行移撥部分預算支應(如有剩餘，再回歸一般服務預算)，並報全民健康保險會同意，請大家參考。

### 羅永達委員

雖然錢沒有很多，但象徵意義非常重要。

**主席**

大家研究看看，假定要，原提撥 4,200 萬，可否先彌補後再分配臺北與北區？這是一個機會。

**詹代表永兆**

感謝主席，這是意外的提案，這要帶回中執會研議，今年 4,000 相信用不到，109 年 3 項專案各增加 2,000 多萬，相信用不到補貼。

**羅永達委員**

所以在報告第 2 案我就先提，因為 108 年第 3 季及第 4 季都一樣，錢都用完了，我們到底要不要做？

**詹代表永兆**

目前這 3 項計畫在 108 年第 2 季結算，西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫還沒用完，還有結餘款 643 萬；中醫提升孕產照護品質計畫不夠 201 萬，明年多編 2,500 萬，明年點值應不會小於 0.95。

**羅永達委員**

先談今年的事，我知道明年有多編，但今年很明確顯然不夠，怎麼辦？

**詹代表永兆**

癌症患者加強照護整合方案在 108 年第 2 季結算還有結餘款 1,400 多萬；今年中醫提升孕產照護品質計畫不足金額可能在 500 萬內。點值大概在 0.9。

**羅永達委員**

中醫提升孕產照護品質計畫在 108 年第 3 季已到 81.4%，兒童過敏性鼻炎照護計畫已經 100%，很顯然到第 4 季錢從那裡來？前面分配的點值是不能看的，是否中醫全聯會有誠意，做這些計畫的醫師，不應給這麼低點值的情況下，錢真的不多，但象徵意義很高。在座有很多醫院的醫師總要給我一個點值，否則貼我個預算可能還要倒扣，所以建議中醫全聯會能慎重考慮。

**詹代表永兆**

這個意見要帶回中執會研議，下次再回答。

**主席**

這要由一般服務預算支應，唯一有彈性是提前提撥那塊，今年的 3,200 萬，明年 4,200 萬，這部分有可能先挹注專款不足，最後再去做分區分配。

醫院協會羅代表認為今年就會嚴重不足，今年提撥 3,200 萬，真正使用 200 萬，剩下還有很大空間。明年就算提撥 4,200 萬，還是使用 200 萬。

**羅永達委員**

明年預算有增加，可是今年第3季就執行81.4%及100%，顯然今年錢一定不夠。

### **詹代表永兆**

您意見很好，但是錢出去還必須經過中執會，所以在這不能答應。謝謝您提議，我們帶回中執會研議，下次會議報告。

### **羅永達委員**

下一次會來不及，已經沒有臨時會了。所以即使下次會議同意，第3季及第4季已經沒辦法處理。

### **陳憲法代表**

風險基金部分在健保會有寫清楚，如果挪這個在中執會是無權責；第2兒童過敏性鼻炎照護計畫預算不足是因為沒有很平均申報，今年因臺北區突然爆量申報才導致費用不足，明年有編列2,000萬，情況應該會有改善，現在已經11月，雖然還沒結算，這個錢一定要回中執會談。

### **羅永達委員**

可以討論是否還有補救方式？今年已經沒有臨時會了。

### **陳憲法代表**

這沒辦法當場答應，必須回中執會討論，今年度的中執會會期已經過了。

### **羅永達委員**

這不是臨時提案，是正式提案。

### **陳憲法代表**

所以我們說帶回中執會討論。

### **主席**

明年2月開會再來，有可能不足都在下半年。

### **羅永達委員**

我瞭解109年有增加預算，可是現在還未發生的事竟然無法補救，這對他們是不公平。

### **主席**

這個案子請中醫全聯會帶回研議，下次提報研議結果。

### **黃俊元代表**

主席，請問增加2,000萬，點值可以回到多少？對醫院的會員才有回饋。因為點值結算會有落差，109年各增加2,000多萬，照這樣推估，到底點值會有多少？西醫總額年初有預報，每個計畫都有預定的點值做管控。可是這裡沒有做管控，做越多點值越低，這對我們醫院會員不公平。拜託全聯會帶回討論，對醫院而言，配合全聯會、健保署政策，結果做越多越

倒楣，病患也有得益。除非說計畫不成功，前面說不符標準要核刪，這對專家不公平，這是全聯會訂的標準，當初在推估時，未做到點值管控。

**主席**

這是醫院管理階層意見，確實醫院執行專案較多。本案請帶回全聯會研議，下次會議明年2月，若有改變還來的及今年結算。

**討論事項第七案中醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂案(草案)**

**洪于淇科長**

中全會意見是關「109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」，建請維持原條文。

健保署意見是本年度核發107年品保款，依其核發金額級距尚屬有差別，所以同意109年品保款方案予以維持。

另109年已於各總額非協商成本指數改變率中保留一定金額作為院所無障礙環境之獎勵，原品保款中關於無障礙文字及指標部分予以刪除。

**主席**

等待部核定109年度預算內容，原則照列，若核定內容有不一樣，下次以報告案提會討論。

今天有沒有臨時動議？沒有的話我們今天會議就到這裡，謝謝大家。

**散會：17時10分**