

「中醫門診總額研商議事會議」108年第3次 會議紀錄

時間：108年8月15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	朱日僑	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	彭代表德桂	彭德桂
邱代表振城	邱振城	黃代表怡超	黃純英 ^代
施代表純全	請假	黃代表俊元	黃俊元
柯代表富揚	請假	黃代表俊傑	黃俊傑
洪代表啟超	洪啟超	黃代表科峯	黃科峯
胡代表文龍	胡文龍	黃代表頌儼	黃頌儼
孫代表茂峰	請假	黃代表蘭嫻	請假
許代表中華	請假	詹代表永兆	詹永兆
許代表美麗	許美麗	劉代表富村	劉富村
陳代表仲豪	請假	蔡代表明鎮	陳錦煌 ^代
陳代表旺全	陳旺全	羅代表永達	請假

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂
衛生福利部全民健康保險會	劉于鳳
台灣醫院協會	洪毓婷
中華民國中醫師公會全國聯合會	賴宛而、王逸年、李敬

本署醫務管理組

吳科屏、蔡翠珍、劉林義、
韓佩軒、王玲玲、洪于淇、
陳依婕、鄧家佩、邵子川、
楊淑美、鄭正義

本署醫審及藥材組

黃兆杰、邱垂昇、賴淑華

本署資訊組

李冠毅

本署企劃組

陳泰諭

本署財務組

高承駿

本署臺北業務組

林照姬、葉惠珠、林兩亭、
黃寶玉

本署北區業務組

林巽音

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

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 2：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 3：中醫急症處置計畫執行率低，請中全會繼續加強執行案。

3. 序號 5-1：請中全會輔導會員使用醫療資訊雲端查詢系統案。
4. 序號 7：符合各項專案計畫收案條件，若有超出收案時間、條件，VPN 能加設告知功能案。

三、請中醫藥司確認健保現有收載之濃縮中藥，複方品項計有 277 品項藥品許可證已註銷，單方品項計 61 品項查無藥品許可證狀態之實際狀況；另請協助確認可建議納入健保之中藥藥品中，對於複方濃縮中藥並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，若有不符時宜或更動的規定，請於下次會議提供資料。

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 1 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：

分區 \ 項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.828542580	0.888595880
北區	0.838088860	0.900842450
中區	0.833023070	0.890882630
南區	0.906377450	0.942379130
高屏	0.866256710	0.915618490
東區	1.188726130	1.124685460
全區	0.854160020	0.906893520

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：107 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉

肆、討論案

第一案：有關「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」附件 1-1 及 1-2 施行區域修訂案

決議：同意中全會建議，新竹縣關西鎮原為本方案施行區域一覽表附件 1-2 之「一家中醫醫事服務機構之鄉鎮區」更列為附件 1-1 之「無中醫醫事服務機構之鄉鎮區」。

第二案：有關特定疾病門診加強照護之門診收案問題，如何解決因應案。

決議：有關中全會建議開放分區業務組線上檢核次診斷碼之權限，考量如勾稽次診斷難以區辨個案是否為二年內診斷之個案，爰不同意開放。惟如有個案符合「二年內診斷」之事實，建議仍由院所檢具病歷相關資料以為佐證。

散會：15 時 30 分

伍、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 3 次會議與發言重點實錄

與會人員發言摘要

主席

各位代表大家午安，今天召開中醫總額研商議事會議今年第 3 次會議，請看上次會議的紀錄，從第 4 頁到第 7 頁的部分，請各位代表們看看有沒有問題？如果沒有問題會議紀錄就確認，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

李代表純馥

第 2、第 3、第 5、第 7 有些未盡事宜，原來資料是寫解除列管，我們還是期待一起努力繼續列管，下次再做辦理情形的報告。

主席

各位委員對於決議事項辦理情形跟追蹤建議有沒有意見？就是 2、3、5、7 通通繼續列管，特別是 2 的部分原來是說怎樣可以了解中藥列項以外；怎樣可以用科學方法表達當次處方內容，中全會回復是給藥日數 X 每日用量=總量，還有第 2 項核對品項的差異，還有一些是有許可證但是還沒有列項，上次討論 109 年預算的時候，有提到說要提高日劑藥費，希望全聯會這邊可以去研究現有的有許可證還沒有納入健保，不管是單方或複方有一些應該把他納進來，讓醫生有比較多的選擇，這部分就繼續列管第 2 項，大家有沒有意見？

醫審及藥材組黃兆杰副組長

醫審及藥材組補充說明有關序號 2 的辦理情形，決定事項 2，現有已收載中藥品項跟中醫藥司核對以後，發現的確有一些沒有列入，還有一些在中醫藥司那邊沒有許可證還列入，這部分我要補充說明，原先只有調查 17 家，用藥品項比較多的先進行調查，後續同仁已經把所有家數都已經調查完成，調查完成結果第 1 多的是廠商說因為品項不符合我們收載「臨床常用中藥方劑基準方」，這部分他們表示說沒有符合所以沒有辦法來申請列項。

第 2 多的是雖然拿到許可證可是後續沒有生產，這部分大概有 8 家回應是這樣的情況，這 2 個部分已經占了 30 家裡面的 20 家，表示目前有這樣的情形，至於剩下的，有 1 家廠商回應要走自費市場，這

部分的確也有，目前調查結果只有 1 家反應，還有 6 家我們一直打電話都連絡不上，目前的情形是這樣，先跟主席報告。

主席

醫審及藥材組對於已經註銷許可證本署還在列項的品項要 delisting，這本來就是行政機關應該要做的，現在列到 3400 多項，單方 3400 多項，複方 6000 多項，其實有一些已經註銷許可證的，西藥都有 delisting，中藥沒有做，這個地方一定要做。

醫審及藥材組黃兆杰副組長

後續我們會定期做。

主席

今天中醫藥司副司長在這，對於「臨床常用中藥方劑基準方」，有多家廠商認為不符合但他有許可證，這部分請說明

黃代表純英(黃怡超代表代理人)

謝謝主席，臨床常用基準方不符合這種情況，我回去會跟本司相關業務科了解，這部分怎麼去跟健保署後續配合去做，因為健保署有請辦單給我們清查品項的部分，那目前有 277 項許可證已經註銷，有 61 項單方無許可證，此部分我們也在清查當中需要一點時間，後續會再跟健保署聯繫及提供資料。

主席

要麻煩中醫藥司，我們原來的支付規定是臨床常用中藥方劑的處方，假定過去跟現在規定有不符時宜地方也提醒我們，若中藥主管單位有更動規定，我們還沿用 20 年前的規定，應該與時俱進，還有本署清點所有許可證的狀態，這部分務必全部清查。另外有許可證但是沒有生產這部分，你們許可證還會留著嗎？

黃代表純英(黃怡超代表代理人)

理論上除非廠商有申請註銷許可證；但本司還是會去清查是否仍在效期內。

主席

我們問出部分有拿許可證根本沒有生產，為什麼許可證還留下來

黃代表純英(黃怡超代表代理人)

這部分還是以藥證管理，許可證過期者會逕予註銷，我們會加強管理。

主席

顯然中藥管理仍有疑問。

黃代表純英(黃怡超代表代理人)

本司已有藥證管理，未來將與健保署加強合作。

主席

看起來跟事實不太符合，這部分就是繼續列管，下次我們拜託中藥司給我們核對的資料，這有時效性，我們會隨著回復結果盤點，謝謝副司長，其他大家還有沒有意見？，理事長。

陳代表旺全

上次我們協商 109 年藥費，重點是有很多許可證因為涉及到高貴藥材，使用者是醫生，使用的量不多可能會造成停產的現象，第 2 個主席對於民眾健康要求，對於有些醫師沒有使用，會不會厚待其他醫生？不是每個醫生都用到我舉例的這些高貴藥材，對於民眾有好處的藥材除了有許可證還要有健保代碼，這是我們積極爭取的目標，主席提到不能老是用自費空間跟患者收取相關費用，下個禮拜 22 號我們就會提醫師使用非常有效，一定請有許可字號廠商，同時也要有健保的字號，讓民眾使用得到。譬如健保有給付，可是在過程當中要付出技轉費，這個廠商成本費用就要提升，因為技術轉移費又把藥價提升，100 公克就 420 元，所以 1 克就要 4.2 元，1 天的中藥使用量 10 克就要 42 塊，現在健保給付是每天 35 元，我技轉給你，可是要求廠商不能漲價，活性成分還要達到某個程度，實質上對民眾的健康才有益處，在台灣拿到專利，在美國都要求中藥品質活性成份，這是重點。

實質上健保署比主計處還好，調查後你會感受到很多廠商為了使用者優勢的方向，因為他們是生意人。我們醫師不一樣，我們希望照護民眾的健康，同時也要善盡醫師的職責，所以繼續列管，我們會繼續努力，謝謝。

主席

謝謝理事長，序號 2、3、5、7 繼續列管，大家有沒有意見？

醫審及藥材組黃兆杰副組長

主席，另外第 5 項決定事項有細分 1 及 2，2 的部分是解除列管。

主席

序號 2 是解除列管，只有第 5-1 繼續列管，1 其實是要請全聯會宣導會員多多使用雲端，那我們就再觀察一陣子，大家有沒有其他意見？如果沒有這個部分就確認，接下來報告事項第二案。

報告事項第二案中醫門診總額執行概況報告

主席

林義專委這次報告專款的執行率為什麼只有當季沒有累計？

醫務管理組劉林義專門委員

這次只有顯示第2季當季，累計的部分等一下資料補給大家。

主席

結算報表可以看得到嗎？立刻補上來，各位代表對於這個報告有沒有意見。

陳錦煌代表(蔡明鎮代表代理人)

請教中醫陳理事長，簡報顯示有些地方是沒有中醫師，中醫師集中在都會區，像中區中醫師一直成長，雲林東勢沒有中醫診所，口湖、四湖才1家中醫診所，原因是什麼？有什麼方法鼓勵及改善這種情形？

陳旺全代表

現在中醫師就業，因考量家庭及子女就學，會優先選在都會區執業，其次因偏鄉交通不便問題，故執業率較低，目前無中醫鄉的情形也許不符合期待，但我們會繼續努力；其實中醫在偏鄉執業的情形很艱困，常常要透過教會或鄰里辦公所、私人或人際關係才有辦法推動，確實有其難處。

陳錦煌代表(蔡明鎮代表代理人)

你說的狀況我瞭解，但我是替民眾著想，我提出這個想法，希望你們能想想看。

詹永兆代表

目前的計畫是希望每年能減少5個無醫鄉，以去年為例，已減少4個無醫鄉，此外，希望每年增加巡迴點，將中醫師送入巡迴點會逐漸愈來愈多。

陳錦煌代表(蔡明鎮代表代理人)

還是不夠啦，誘因不夠。

陳旺全代表

就是經費不夠。

陳錦煌代表(蔡明鎮代表代理人)

當初牙周病本來只能在醫院看診，是我向健保會爭取預算，牙醫門診才可以看牙周病的。就像我們雲林醫院很少，本來只有台大可以看牙周病，現在牙醫診所都可以看了。為何宜蘭無中醫鄉到現在來有

這麼多，三星鄉也只有一家中醫診所。

陳旺全代表

您說的三星鄉的這家診所，是前中醫藥委員會主委黃林煌夫人就近在地開的，另有地利問題，因三星鄉及冬山鄉離羅東很近，開車約10分鐘，所以就近至羅東就醫。大同鄉是原住民地區，附近民眾會到宜蘭或羅東就醫，有些因地利因素，我們會儘量努力爭取，如果不行，請多多幫忙。

主席

請問還有意見嗎？

陳博淵代表

我們曾經就衛生所是否可以設中醫門診做過探討，發現有幾個問題，一是偏鄉衛生所空間不夠，其次是登記設置診療科別原是西醫，需再增加中醫，也要有中醫的負責醫師職缺(高考及格)，另外還有中藥及藥師處方配藥的問題，若有針傷科，需較大空間設置。目前還有一些問題待解決，不只是錢的問題我們。也想過用外包或兼任的方式，但還是有設置登記的問題，這些障礙還需要一一突破。

陳錦煌代表(蔡明鎮代表代理人)

你們不能兼任及專任，外包也誘因不夠。如果你們能在衛生所服務，那就很好。

陳博淵代表

我以目前彰化唯一的無中醫鄉的大城鄉來舉例說明，我們診所就是利用衛生所的空間在做巡迴醫療，衛生所人員也很幫忙，希望繼續推動這個方向。

陳錦煌代表(蔡明鎮代表代理人)

理事長你們什麼時候要來，我可以跟縣長說，這樣推動比較快。

主席

陳博淵代表所提跟衛生所合作是一個不錯的辦法，至少有固定的場所。現在有部分的離島衛生所已有中醫以巡迴醫療進駐，可以利用現成的場所，部分衛生所已經改建，空間變大，可以去試，也是民眾習慣去的地方，希望未來無中醫鄉的地方可以試行看看。不然新開一個執業點，若沒有民眾來就醫，給予保障薪資也是不符效益。

陳旺全代表

現在保障薪資不會一直保障一整年，若病人太少，我們也會在 3、4 個月評估看看是否要繼續。

主席

因為已經有許多成功的例子，若偏鄉有機會，各科(西、中、牙)都在固定的巡迴醫療地點，希望全聯會可以參考利用。

醫務管理組劉林義專門委員

補充報告至 108 年第 2 季專款累計執行情形：

簡報第 25 張，西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫，第 1 季執行率 21.8%，第 2 季執行率 24.7%，累計執行率 46.5%。

簡報第 26 張，癌症患者加強照護整合計畫，第 1 季執行率 19.6%，第 2 季執行率 21.7%，累計執行率 41.3%。

簡報第 27 張，中醫提升孕產照護品質計畫，第 1 季執行率 25.6%，第 2 季執行率 28.1%，累計執行率 53.7%，這部分有超出預算。

簡報第 28 張，兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫，第 1 季執行率 22.3%，第 2 季執行率 33.8%，累計執行率 56.1%，這部分有超出預算。

簡報第 29 張，中醫急症處置計畫，第 1 季執行率 0.8%，第 2 季執行率 0.8%，累計執行率 1.6%。

主席

中醫專案只有急症處置偏低，所以繼續列管。若沒有意見，接下來報告事項第三案。

報告事項第三案 108 年第 1 季點值結算結果報告

主席

第一季的點值有沒有意見，那就通過。

報告事項第四案 107 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告

主席

本案是 107 年品保款的核發結果，大家有沒有意見，好，那接下一案。

討論事項第一案「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」附件 1-1 及 1-2 施行區域修訂案

主席

大家有沒有意見，好，那就通過，接下來第 2 案。

討論事項第二案有關特定疾病門診加強照護之門診收案問題，如何解決因應案

主席

公會這邊有沒有要說明？

陳代表旺全

重點是因為這是一個治療的新發生個案，這個人正在住院，是一個新案子，後面要申報時他還沒有申請 VPN，所以就有點麻煩。但報了又被核扣，要請貴署若在重新申請的時候用人工的方式給予給付。我們重點在這邊，否則真的是做了又沒有拿到給付。

主席

這個爭議重點應該在當時我們開放特定疾病門診加強照護，係希望是兩年內新個案才可以收案，不是陳舊型的。但是當時為了如何判定他是兩年內這件事情，大家不知道如何執行，我記得後來認為我們的電腦系統可以幫忙做輔助，過去兩年內住院主診斷是這些疾病，我們就認定，因為他是該原因為主診斷住院，那應該就是發生事件的當下且在兩年內，就可以認定。可是你們現在的建議是，可以檢核次診斷，並不是主診斷。但次診斷並不住院主要原因，因為他有可能顱腦損傷已經 10 年了，本次住院是因為其他原因住院，而次診斷還是會寫顱腦損傷，使用次診斷會變成這樣的情況。所以你們的建議是讓分區業務組去檢核次診斷的權限，認為兩年內次診斷只要出現通通可以收案，但這樣子是失之過寬，並沒有辦法證明他是兩年內的新個案。

胡代表文龍

因為如腦中風或顱腦損傷在兩年內，他們有可能因為吸入性肺炎而再次住院，到時候這次住院主診斷變成肺炎，但他腦中風還是在兩年內，所以你們還是要撈出次診斷。

主席

沒有錯，但那你還是可以找到他中風為主診斷住院的那次。我們現在就是要電腦可以幫忙找，因為你剛才講說腦中風時的肺炎對不對？

胡代表文龍

可是他現在講只是撈最近的。

主席

撈的是兩年內住院的主診斷，跟你講的情境不太一樣。大家有沒有其他意見？我們現在的做法理論上是可以的。如果兩年內的住院主診斷是有符合的就可以，若不符合的我們會出報表，但是你可以來申復，舉證他是兩年內新個案。但是這裡頭會有些 mistake，例如病人跟你說他是兩年內，會不會有可能是這樣？但是在我們的檔案裡面沒有，不一定能夠找得到，病人記憶也可能會錯誤。收案後我們出報表你又沒辦法提出證明，這樣費用核刪會有爭議。不過我們衡量後，事實上有兩道，一個就是勾稽程式會告訴你是否確認要收案，提醒你我們的檔案看不出來他最近兩年有相關主診斷，你是否確認要收案。你當時會收案有種情況是，病人當下跟你講，但病人記憶的主訴跟事實上有落差，沒那麼準確，提醒你要不要向他再問清楚一點。若你確定要收案，那接下來就可能需要來證明。現行作業理論上應還是合理的，陳醫師、理事長覺得呢？但是現在就是有一些零星個案，有一些爭議，申復的時候提不出證明，你們有其他看法嗎？

詹代表永兆

假設病人 Pneumonia 進去住院，住院期間產生中風，未來他出院後，這個人我們撈資料是撈不到中風的主診斷。

主席

我相信這個是很特別的。

詹代表永兆

對，我們有碰到。

主席

沒關係，這個就舉證。

詹代表永兆

這個會收不到，資料絕對撈不到。

主席

我們的電腦只是一個幫你做 95% 以上的過濾，若你有 1%、2% 非常特殊的，你就檢具證明。若這次的肺炎住院同時發生中風事故，你舉證後分區同仁就會付，但應該很特殊。VPN 我們會查核出來，然後先出報表，你就檢具，我們分區同仁都在這裡，如果是這樣就應該要核付。就像你形容的，那次是肺炎，可是在住院期間中風，這樣他可能不會把他當主診斷，也許會，也許不會。但若他沒有舉證，我們只看主診斷就有可能漏掉，這時候就是少數零星的特別個案，你就舉證，

可以嗎？電腦系統只能解決 95%的問題，不能解決 100%的問題。

陳代表旺全

我想主席講的非常清楚，但是剛剛開始會有這樣的情形，我想我們若要收案應該要請他開診斷書，診斷書一出來收案就沒有問題，應該是用這樣的方式。

主席

如果有診斷書你就把它收在你的病歷裡面，萬一未來跟我們的檔案不符，你舉證診斷書我們也會同意。分區同仁都在這裡，若他們都出示診斷書的話，但跟電腦紀錄不符，還是以診斷書為準，因為診斷書是優於我們電腦的紀錄。

李代表純馥

因為我們現在急性腦中風前三十天是免部分負擔，所以基本上院所在收住院的時候會盡量幫民眾的忙，雖然重大傷病不會直接註記，因為是直接讓院所認定住院前 30 天是免部分負擔，所以通常會把它改成主診斷。你剛才提到 Pneumonia 後來中風，他通常都會衡酌，因為這個部分負擔對民眾影響很大。所以我想有個案真的出現你們講的，新個案找不到主診斷，可能還是需要做一點行政處理，可是系統上確實有困難，我們沒辦法針對特例做處理。

主席

其實這樣的電腦輔助已經大概解決 95%~96%的問題了，1%~2%的特殊個案當然就是檢具證明，這樣可以嗎？所以這個提案就是維持我們現在的做法，沒有辦法擴充到次診斷，因為這樣就有可能不符合原來的收案條件。大家有沒有意見？那我們就維持原規定。

主席

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。