

「中醫門診總額研商議事會議」104年第2次會議紀錄

時間：104年5月14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 | 曹代表永昌 | 曹永昌 |
| 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 | 沈富美(代) |
| 何代表紹彰 | 黃科峯(代) | 陳代表福展 | 陳福展 |
| 呂代表佑吉 | 呂佑吉 | 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 | 請假 | 詹代表永兆 | 詹永兆 |
| 柯代表富揚 | 柯富揚 | 蔡代表登順 | 蔡登順 |
| 張代表廷堅 | 請假 | 羅代表永達 | 林佩萩(代) |
| 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 |
| 全民健康保險會 | 魏璽倫、黃偉益 |
| 中華民國中醫師公會全國聯合會 | 王逸年、賴宛而 |
| 本署臺北業務組 | 馮震華 |
| 本署北區業務組 | 邱希芸 |
| 本署中區業務組 | 程千花、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 | 張瑋玳 |
| 本署醫審及藥材組 | 王本仁、黃瓊萱 |
| 本署資訊組 | 姜義國 |
| 本署企劃組 | 陳美杏 |
| 本署醫務管理組 | 李純馥、張溫溫、陳真慧、 劉林義、李待弟、歐舒欣 邵子川、林沁玫、甯素珠 李宜珊、鄭正義、洪于淇 楊秀文、張桂津 |

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：劉立麗

壹、主席致詞：(略)

貳、中醫門診總額研商議事會議 104 年第 1 次會議紀錄，請參閱(不宣讀) 確認 (略)

決定：對於第貳點中醫門診總額研商議事會議 103 年第 4 次會議紀錄之決定事項，修正為「有關議程資料第二頁確認中醫門診總額研商議事會議 103 年第 2 次會議紀錄，其第“2”次數字有所誤植，更正為確認「103 年第 3 次會議紀錄」。

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額研商議事會議 104 年度第 1 次會議結論事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、下次會議起增列該年度未解除追蹤之事項報告。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、有關滿意度調查所呈現中醫自費的問題，請醫管組就現行慢性病範圍及開藥天數等現象，與中醫全聯會研議改善方式，並請中醫全聯會再加強宣導及管控措施。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：103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：

| 分區 \ 項目 | 103年第3季 | |
|---------|------------|------------|
| | 浮動點值 | 平均點值 |
| 臺北 | 0.87674594 | 0.91635509 |
| 北區 | 0.91838526 | 0.94755287 |
| 中區 | 0.89947463 | 0.9318512 |
| 南區 | 0.97299164 | 0.98286874 |
| 高屏 | 0.96881617 | 0.98000558 |
| 東區 | 1.30395357 | 1.2 |
| 全區 | 0.92222115 | 0.94854499 |

- 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、醫療資源不足地區改善方案之支用點數已超出預算金額，請納入年度總額協商之考量。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第12次委員會議附帶決議略以：「對於需保障或鼓勵之醫療服務以支付標準處

理，現行之點值等保障方式，久而久之恐將使結構失衡」。

決定：

一、洽悉。

二、藥品調劑費自 105 年起，不列入中醫門診總額一般服務部門之保障項目。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：檢送「中醫門診總額針傷病歷記載品質提昇方案」(草案)，提請討論。

結論：

一、因醫療法對病歷製作已有相關規定且屬醫療人員應盡之義務，不宜以支付誘因予以鼓勵，爰不予通過。

二、建議未來可以總額非協商因素之醫療服務成本指數成長率，作為調整相關支付標準之預算來源。

伍、與會人員發言實錄，詳如附件。

陸、散會：下午4時30分

※附件-與會人員發言實錄

貳、中醫門診總額研商議事會議 104 年第 1 次會議紀錄

主席

中醫門診總額研商議事會議今年的第二次會議，現在開始。首先，我們請各位翻到第 1 頁到第 4 頁，上次會議記錄，請各位代表確認。有沒有問題？

李代表永振

個人認為會議決定事項應該用較肯定的語句來表達，所以建議把第貳項會議記錄確認的決定第二行『請予更正』的”請予”兩字刪除！這樣是不是較肯定一點？

主席

好，請業務單位一併更正為肯定語氣。

報告事項第一案『中醫門診總額研商議事會議 104 年度第 1 次會議 結論事項辦理情形』

主席

本案各位代表是否有意見？討論事項第二案已由中醫師公會全國聯合會徵詢醫院意見，並來函同意。請醫院代表表達意見。

沈代表富美

醫院確實曾接到中醫全聯會的函，目前可以配合。

李代表永振

本人今年才開始參加這個會議，所以常會與健保會做法進行比較。對提案辦理情形，我沒有意見，但是對提案之追蹤方式，在健保會會追到底！我將上一次的會議資料拿出來看，103 年第 4 次討論事項第六案之追蹤事項，這是去年第四季的，上一次會議追蹤，有提到支付標準第四部第九章等等等辦理情”由中醫師公會全國聯合會與本署持續討論之中”，就是還沒有結論，但這一次就不見了！這項是討論事項不是報告事項，如果大家說好，這個就不用再追了，那也是結論！如果是健保會就會繼續追，須追出一個結果，會議結論的追蹤是否應該以這種方式來執行？

主席

李代表講的是第六案嗎？目前中醫全聯會已提至本署共同擬定會議通過了。李代表沒有參加那一次會議，所以他不知道我們那個案子已經結案，這裡也沒有列出來，本署如果已經做完了，應該在本會議列入追蹤，然後讓與會的代表知道這個案子已經結案！謝謝李代表提醒，我們自下次對於本次會議之未結案事項，下次就繼續追蹤，如果有辦理情形也提出來報告。好，謝謝！那其他代表有沒有意見？好，沒有的話，我們就進入到報告事項第二案。

報告事項第二案『中醫門診總額執行概況報告案』

主席

各位代表對於本報告是否有意見？

蔡代表登順

主席、各位委員、各位代表，我是第一次參加中醫的會議，過去我都在西醫，上次會議剛好出國沒有來。不過由今天的資料看起來，我們四大部門每年都在成長，這個都是正常。不過中醫師部分，102年成長了200多位中醫師，103年這個數字是152位，但整個中醫就醫的總人口數，看起來是沒有成長。你看2012年的第一季是321萬人，投影片第14張2015年的第一季為320萬人，人口數是沒有成長。中醫數每年都在成長，表示醫療資源相對地成長，這樣才會滿足醫師的需求。人口老化是我們現在很重要的問題，健保費用的擴張，都是因為人口老化，但出生率低啊！老的成長，兒童負成長。以數學概念來講是因果關係，一老一少比較容易去看診！這樣子的話，如果預算無法等同成長的時候，那必定會衝擊到點值的稀釋啊！醫生多了，就要創造需求量，創造需求量，預算與需求量沒辦法配合，那就影響到點值。這是一定的！現在老年人口快速成長點值都很低，其實在我們看起來不是這樣子。應該像我講的，創造需求量，有一些不是很正常的醫療行為都會出現，健保署這邊大概還有管控機制，希望每個部門的點值，都要很好，這是我們的期待！我們不希望你們點值都降到0.85、0.86，我們看了也不好！最好都要在有0.95。這部份中醫有什麼管控機制？我比較關心的是這一點。我們希望醫界的點值也都要很好，這是我的看法。還有針灸、推拿這部份呢？我看這部份有點創造需求量的味道，量有在擴張，我想中醫對這一部份也要好好地管控，以上建議。

主席

好，謝謝蔡代表。你剛剛看到的是中醫師數，增加152位。請看第14張投影片。看104年第一季人數為320萬，對不對？

蔡代表登順

對，一個321萬、一個320萬。並沒有成長啊！

主席

如果再看每年的第一季，都維持在320萬左右！因為過年所以第一季日

數較少。

蔡代表登順

我們第一季跟第一季相比嘛！同樣的道理嘛！

主席

蔡代表可以看一下 2014 年的第一季跟 2015 年的第一季都差不多，2013 年的第一季也差不多，2012 年的第一季也差不多。

蔡代表登順

對啊！所以沒有成長嘛！

主席

對！所以需求沒有成長。

蔡代表登順

所以我說需求量沒有成長，但醫師數在成長！需求沒有成長，醫師數的成長會創造需求量！所以，我才會請教中醫師團體有什麼管控機制？這樣就會犧牲到點值，點值會受影響，醫師數增加了嘛！醫師數增加，需求數沒有增加，對不對，總額也是一樣，那麼多人你要去分配啊！當然點值對影響到點值啊！對嘛！點值會低啊！

主席

我們可以看第 16 張投影片，剛剛看的是就醫人數，近四年的中醫就醫人數都是持平！所以件數才呈現負成長，看起來中醫的需求並沒有增加，但醫師數有成長！而它的總點數，是跟總額預算比，會反映在點值上，因分的醫生多，所以每個醫生平均收入變少了！104 年第一季的中醫的浮動點值是 0.93，平均點值是 0.95，原來投影片是呈現 104 年 1-2 月，今日會議的補充資料已提供完整 104 年第一季的點值預估了。

蔡代表登順

點值看起來還好啦！我講的是，如果沒有辦法管控醫師數成長，就醫件數沒有成長、人數也沒有成長。如主席剛剛講的，總額是固定的，只是比較多人來分配這個總額。

主席

點值不受醫師數影響，點值是受點數的影響。點數超過預算，點值就會下降，醫師受影響的是他分的錢會比較少。

蔡代表登順

我的意思是，可能會造成醫療費用擴張！醫師成長創造需求嘛！

主席

有可能。但是看起來這四年來，中醫的就醫人數沒有增加，影響因素還要再瞭解！

陳代表福展

我補充一下，中醫就是因為管控非常嚴格，大家都不敢去創造需求量，做這樣怕被核扣，做那樣也怕被核扣，中醫很保守！這就是中醫為什麼沒有把量衝出來的原因，雖然醫師數量增多了，但是總體的量沒有衝出來，就是因為我們中醫都很保守啊！規定這樣不行就不行，規定只能做幾次就做幾次，所以即便我們醫師數變多了，但我們也沒有衝量，其實我們中醫的管控非常嚴格！所以醫師數增加，但量都沒增加！跟委員解釋一下！

主席

好，謝謝！其他代表？請李代表。

李代表永振

我們看投影片第 5 頁，這個表是 1 到 2 月，底下註第一季就出來了，那有沒有 1 到 2 月的平均點值，才可以比較 1 到 2 月，1 到 3 月到底成長是怎樣？剛才蔡代表也有提啊！

主席

今日會議桌上補充的那一張，才是 104 年第一季的資料；可以與備註說明一起比較。

李代表永振

如剛才蔡代表提到，因為第一季會碰到春節，我把它算了一下，一、二月平均是 1665 百萬點，那三月應是 1790 百萬點，這數字合理嗎？因為第一季有春節放了幾天假，這樣的差距到底合不合理，這是第一點；第二請看投影片第 28 頁圖表，因為沒顏色，我看那個符號好像 X，比較突出，這個是全區還是高屏？最近幾年都往上，最近幾季也偏高，打叉的應該是高屏吧！是全區嗎？那是不是打錯了，全區都沒有記號的啊！沒有顏色所以沒法區分！

主席

請看螢幕是有顏色的。

李代表永振

最高的那個就是高屏？

主席

是全區！也就是各區合計增加的點數！

李代表永振

所以後面是加乘效果，好，Okay！那投影片第 30 頁，這應該是人數吧？三角形是中區？中區的話，再看到投影片第 44 頁，人口數中區不是最多啊！中區的人比較會脫白嗎？

主席

脫白的人看中醫的比例比較高。

李代表永振

那北部的人就比較不會嗎？

主席

中區的人愛看中醫，是有傳統的，請理事長講一下，為什麼中區有這個傳統。

李代表永振

我同意，但傳統對不對呢？

何代表永成

各區醫療利用結構差很多，中區只要多幾個醫生專門看脫白，量就突顯出來了！我想這是各區的型態不一樣。

李代表永振

所以名醫都在中區就是了。

蔡代表登順

因為北部人比較沒有在做粗重的。

李代表永振

這個前提我同意喔！名醫都在中區的話，我同意喔！那我私底下再請教理事長，看名醫都在哪裡。

蔡代表登順

經濟弱勢的地方脫白的比例比較高啦！

李代表永振

不一定是脫白啦！

主席

請李代表看第 41 張投影片。這個就是我們中醫在全國醫療資源分佈不均的一個最大問題。上面那一張為每萬人口中醫師數，中區就是全國全區最高的，每萬人口有 3.65 位中醫師，代表中區的中醫師的密度是最高的。

李代表永振

每年 7 月份執行成果評核都有提到的。

主席

對！而且中區的倍數是全區的 1.45 倍，傳統以來中部的中醫師最多，看中醫的人也很多，所以呈現這個現象。

李代表永振

以總人數來看，還是北區多啦！

主席

台北是人口多。

李代表永振

但這個不是率，是總人數喔！

主席

哪一個？

李代表永振

如果是率的話，我同意是合理的。因為它的中醫師比較多。但是你台北區的話，它會少啦！再看投影片 42 頁，我看不懂。

主席

是倍數！

李代表永振

全區當 1 嗎？平均是 1 的話，那麼台北就是 0.94。

主席

中區的中醫師是全區的 1.45 倍，最高的，但是小於 1 的，就是低於平均數，即南區、高屏、東區等。

李代表永振

意思就是說，台北是 2.53 被 2.51 除？因為這邊只有在 41 頁有一個定義而已！底下沒有定義所以我看到之後都沒能看得懂，好，謝謝，這樣知道了。再看投影片 50 頁，這裡面有提到，近年治療效果項有提高，103 年雖增加，我比較在意的是也才 92%，好像還不是很好！滿意度是看醫療效果，而不是看環境，服務態度是好啦，但最後還是看你這個醫院治療得好才是重要的，但結果卻是最底的！從 101 年掉到 91，102 年也是 91，103 年增到 92，與往年比較好像還差蠻多的，是不是可以以後針對這一部份加強。再來看 53 頁，假日不看診造成不便的因素佔了一半以上，後面我們好像沒改善辦法，一半以上不滿意喔！達 53.4%！醫療服務利用與可近性一半以上不滿意，在後面好像也沒提到。醫師一般會自己調整看診時間，在健保會也曾談到這個問題，假日的部份要不要給加乘！我看中醫的經驗，有休禮拜四、禮拜五，禮拜六全天、禮拜日半天。也有休禮拜天、禮拜一的，他自己會調整，但是這樣看起來好像整體裡面還有一半不滿意，這個好像蠻高的！今天如果說只 20%、30% 那還 Okay，總是有人不滿意，但卻還有一半(不滿意)啊！

陳代表福展

李委員！我大概稍為補充一下！因為所有的醫師、尤其是新進的醫師基本上他對自己的權利非常地要求，所以時常要求東要求西的，大部份來應徵的時候就先表明說禮拜天不上診。所以說原則上不是星期日不加診，而是沒人肯上診，在之前有提一個案子「禮拜天看診可以加成」，因為你沒有做一個鼓勵的宣示，其實很多人是不願意上的，不要說醫師啦！連護理人員都不願意上！現在很多人都不願意上禮拜天，連禮拜六都不願意了。所以，基本上我們是盡量去排出來，但是沒有相對一個鼓勵的話很難，以實際面來說，其實對院所來說你在禮拜天開一診的成本等於是平時開診的二倍，而且禮拜天會來看診的人數相對於一般平日大概只有四分之一的人來看而已，所以它的經濟效益是不合乎成本的。沒有去鼓勵的話是很困難的！所以我希望委員可以了解，我當初請我們全聯會提案出來，但我們全聯會的幹部說，委員反對禮拜天加乘。所以說，我覺得這是一個違反自然的現象，委員只想說你要做你就做，所以量才會那麼少，要馬兒肥又要馬兒不吃草怎麼可能，總之不給糖要怎麼做？

李代表永振

我剛才提到，我看到的是自己會去調整！

陳代表福展

報告李委員，為什麼大部份醫師都要休禮拜天，因為小孩子要上課，你說的那些名醫，很多是因為小孩子都大了，他怎麼休都沒關係，那其實只是一個現象啦，且名醫很少會星期日看診！

李代表永振

你講的我接受！但是你有沒有一個數據可以支撐一下讓大家可以瞭解。

黃代表蘭嫻

謝謝李委員，我這邊提供一個數據給委員參考！事實上我們去年評核會上，專家對我們中醫界有一些指導，我們現在看診確實是沒有怎麼增加，可是我們也做了一些努力！我們今年的分析從 99 年到 103 年，週六看診的醫師是一直持續在成長，事實上假日看診的醫師是成長的，我們有一些醫師休了禮拜天，但也有些醫師是禮拜六、禮拜天看診，然後禮拜三、禮拜四休診，目前我們在週日看診的醫師是相對減少，在週六看診的醫師是增加的。這幾年我們確實有做這樣的努力。當然在週日加乘部份，我們中醫界是需要再努力，希望我們內部能再做一些研議、鼓勵在週日是不是能再做更好的服務，這樣子。以上報告，謝謝委員！

何代表永成

主席，我想回應一下，我綜合大家的意見跟李代表報告一下，因為李代表專長會計這塊，在數字上面要求比較詳細。我想在台灣不管看中醫、看西醫之方便性，在全世界來講，首屈一指，全世界沒有一個國家看病比在台灣還要方便的，你隨時去看都可以看沒有什麼障礙，台灣健保在全世界已經相當不容易了！如果我們很在意說這個 53.4% 民眾不滿意。老實講，民眾希望他隨時要看、半夜看都有，才會滿意啦！禮拜天去找不到醫師，他也不滿意，他也希望禮拜天每個醫師都出來看病，他的想法是這樣子啊！但是我們要問一下，真的要這樣子嗎？符合效益嗎？一診看兩個、三個，這樣有效益嗎？我們說要讓民眾滿意度提高，那可以啊！像我們高屏的陳主委講的，那就禮拜天看病的醫師我們給他加成嘛！其實總的來講，台灣的看病已經相當地方便了！就像李代表所講的你也觀察到了！事實上有的醫生他會跟大家錯開，反正我禮拜天沒也沒事情，那禮拜天來看診，也有嘛！對不對！我休禮拜一或者休禮拜三、禮拜五，也有這樣的醫生嘛！在各縣市都有，我們統計出來

給民眾參考，禮拜天有哪些醫生在看，你禮拜天要看，也沒問題！也可以朝這邊來努力嘛！以上，跟李代表做個說明，謝謝！

李代表永振

最後一點，投影片第 56 頁，這裡有備註，101 年以後，調查方式改變，我建議既然改變，就不要擺在一起比較，擺在一起好像也沒有意義！另外，在底下的第二點就醫不便的理由，不方便就忍著病痛，佔了 53%，這個調查是不是可進一步去了解一下，怪怪的啦！應該還有西醫、還有其他的方法，怎麼還有一半的人就這樣忍著痛？

黃代表蘭嫻

謝謝李委員，我想我很高興有 53.4% 的病人願意忍痛來看中醫，表示他們對中醫的信任相當地高。所以我們何理事長也提到，事實上中醫界還是願意努力在這個部份加強服務，我們也高興以前大家都認為急症應該找西醫就近處理疼痛，但民眾願意忍著痛，等禮拜一還是什麼時間來看這個醫師看門診，可見我們中醫界的努力，大家是肯定的，我們中醫界也能夠處理比較急性的病痛，謝謝！

蔡代表登順

其實我們大家有把問題給點到喔！假日看診要加乘，也不是中醫的問題啦！四大部門都一樣啊！健保會也討論過 N 次了。其實依照勞基法，假日出勤是假日工資，假日工資並沒有加成，延長工時才有加成，所謂延長工時，是正常上班時段往後延伸的，在勞基法裡面規定不能超過四小時，這一部份才有加乘，加三分之一、三分之二，所以假日都是以正常的假日工資啊！中醫預算是 220 億元，以醫院四仟億元規模，他們加乘為倍數喔！會增加很多！整個總額可能沒辦法去承擔。大家不要看現在安全準備金有一仟多億！那是這幾年真的是國泰民安啊！沒有 SARS、流感啊！對不對！都以正常的醫療在支付，而且二代健保又多收了 4 佰多億，讓財務很好。不要說因為財務很好，某種需求就同意一直把它付出去，不出三年又是負數了。105 年協商的時候，非協商因素低標 4.3 耶！高標 6 點多耶！6 點多是 300 多億！這樣一直投進去，所以基本上你們談也不是沒有道理。在總額協商是有它的困難，不能這邊要求也同意，那邊要求也同意，馬上 1000 多億就出去了！很快！所以假日看診，基本上我們目前沒有同意！沒有同意啦！我做這樣的說明，謝謝！

主席

好，謝謝！來，哪一位？黃教授！

黃代表偉堯

主席，還有大家好！剛剛假日看診的滿意度問題！我這邊稍做補充，因為問卷調查的問法有改，所以比例呈現比較高。101年以前的問法是對所有的對象都問「假日如果沒有看診的話，他不滿意的程度到底在什麼地方」！之前大概在22%左右；101年以後它的問法就改說「你有沒有假日看診的需求」？有的人才回答「如果假日沒有看診的話，你滿不滿意」？對有需求的人而言，他看到假日沒有看診，他的不滿意度當然就會比較高啦！所以，問法上有比較大的差異。目前投影片是呈現假日需要去看病的病人，但沒有看診時候，他覺得不滿意的比例。以前看到的是所有的被問「如果假日不看診的程度」，比例就會降下來，大概22%左右。另外我們從數字上來看，在投影片的14頁，就是中醫總額就醫人數，有幾個地方提醒一下，我們看得出來，一般在第二季、第三季通常比較高，第一季比較低，最後一季也比較低。所以，是不是有什麼原因在影響？我們希望不要因為年底要結算了，算一算差不多，就開始減少了！中間則因為還不知道所以就盡量地做，因為我看到這個數字，我們並不知道什麼原因，只是提醒啦！第二個是當我們看到就醫人數的時候，我們看到的是中醫的涵蓋率，所以這個會有幾個解釋，如果這個覆蓋率是停在這個地方的話，就表示一種是民眾他有需求可是到這裡就停住了！這是一種；另外一種是，我們到這裡，停下來了！或者是降下來了！那表示我們的民眾變健康了！不太需要這麼多的醫療！所以會有兩種情形。我們現在不曉得我們中醫的人數維持穩定甚至有一點掉下來，是受那一種因素在影響？未來應該如何處理與因應，第15頁就是剛剛李委員講的，2015年大幅的下降，可是我不曉得什麼原因，就是投影片的第15頁最後一欄，今年的第一季它就大幅下降，搭配16頁，我們看到人數是在下降或是只是持平的狀態下，也還好我們的申報件數是下降，利用上並沒有因為把一個人多看幾次，所以這個看起來是還正常，不過後面那個申報醫療費用，上面我們的平均每件的申報費用是上升的，所以這個地方是會回來啦！剛剛蔡代表在講的部分，其實對醫生的收入不見得影響太大，因為我們可能平均完後我們的量少了，每一個人平均負擔量少了！平均每件增加的金額多了！所以那個費用會打平回來，換言之的解釋就是，我們中醫師的工作是減輕的，收入還是可以維持在一定的水準，照這個數字！真實狀況還是要各位在實際執行面上，看看我們真實的情形是什麼樣子，但是就數字來看會看到這樣的情形。再

來是在第 28 頁，剛剛李代表提的，雖然它是累加，不過還是有增加，我們就直接來看全區好了，全區還是增加的很大，各區也還是在增加，針灸在醫令點數相對於前一年會那麼得高，我不知道是什麼，不過可能還是要了解一下，是不是我們有什麼措施？或是我們支付標準有什麼改變？或是我們的支付方式有什麼改變？導致這一段時間針灸醫令申報上升的情形。我們也看一下 29 頁，它一直在成長喔！到去年的第三季是最高，有降下來一點點，去年季三還是有比較高一點點，給大家做個提醒！再來是我們看中醫師人力的部份，在 42 頁的投影片，我想問一下北區是不是人口數最高的地方？台北區是最多！Okay！我們只想建議一下，北區就我們所知道的，它應該幅員比較廣大，它需要的中醫數應該要更多才對，它正在下降中，每萬人口的醫師數是在下降中，表示可近性是在掉下來的，再提醒注意一下！北區從 0.82 一直下降到現在的 0.80，趨勢上持續在下降，因為它人數是增加的，這沒有疑問，但是它增加的比別的地方慢，所以相較而言它的趨勢就會掉下來！表示那個地區的人口受到中醫師的照顧是有在降低當中，那個指標的解讀我們看到的是這樣，當然這是一個特例啦！但是我們還是要關注其他的五區裡頭，北區這一塊可能要再注意的，數字變化很微小，但是可能還要再注意一下！另外一個，我們看最後，這個是老問題了！因為這個我們看到第 57 頁，自費用提到的有四個品項是最多，這個應該是老問題，飲片跟補品不在我們的給付範圍內，沒什麼問題，專科推拿現在是我們的給付範圍？醫師做才有，那這個地方指的是醫師做的？還是非醫師做的？我這邊指的是自費喔！這個要釐清一下！因為它在給付範圍內，所以會有一點混淆，萬一它是醫師做的然後又自費，這個就會有問題，如果是非醫師做的，那可能又是另外一個合理的範圍。所以，這個地方要稍為注意一下。但是科學中藥爭議可能就要很小心，應該科學中藥沒有自費！但是這邊提到有收自費合不合理？我的意思是說，我們現在大家都覺得這很合理，民眾要求我多付給他的，但是現在我們回來問給付範圍，我們容不容許可以做這樣的東西，這個要請大家慎重考慮，而且它出現在這個地方表示它就已經存在於這裡。所以這是我的一個提醒啦！以上，謝謝！

主席

好，謝謝！哪一位？好，王老師要先講，等會兒一起回應！

王代表惠玄

我補充一下剛剛黃老師的一個提問，就是投影片 54 頁自費部份比例比較高是多拿藥，這個多拿藥如果拿 7 天的話，就是按照部份負擔，如果拿 14 天的話，針對 14 天的部份，要再多付 40 塊的部分負擔，所以我不曉得這個問卷的問法跟民眾的理解是不是有落差！照理講，我們的科學中藥是我們健保給付的，民眾可能因為交通因素，可能因為慢性病的因素，就會要求一次開兩個禮拜的藥，病人可能就會說我上次只付 40 塊，為什麼這次要付 80 塊？櫃檯就會說因為你多拿 7 天的藥。所以我不太確定這個答跟問之間，是不是有認知上的落差。照理講科學中藥不應該是自費的內容，當然這個比例應該也是有問法差異的關係，但是還是有佔到 39%，是不是建議問卷調查單位在這個部份做個釐清，或是說我們的這個服務同仁在解釋所謂自費的部份，能夠講清楚是額外天數的部分負擔，而不是完全自費，就是這個部份可能有些誤解？

針對投影片第 44 頁，這邊的中醫總額就醫人數，其實我一直很感謝我們健保署同仁在很多項指標都做了調整，我們看就醫人數的目的是什麼？如果我們看就醫的人口占率，會不會更有助於讓我們了解不同的分區它的就醫人口比率，跟我們後面看到的這些費用也好，不同類型的醫療照護類別也好。是不是更容易解讀！我也是學習者！因為我看到很多指標，其實我也不太知道它的目的是什麼，就這樣看過去，但是我也發現我們指標一直增加，其實是增加我們健保署同仁的負擔，因為大家都很血汗！所以是不是說，就針對我們所要了解的项目去提供更方便解讀的一個指標數，那如果沒有什麼幫助，就不要再算來算去了！因為像那個針灸醫令人數、費用點數、占率增減點數、成長率，我不太知道除了看趨勢之外，它還能看什麼？但是這個趨勢的解讀其實都跟戶籍人口數、跟就醫率、跟年齡結構、跟疾病型態、跟治療模式，都有關係啦！所以我覺得光看這些很大的數字其實沒有辦法去做什麼可以解決的事情。所以我想說今天大家剛好也都針對這些指標數字提出一些質疑，我會建議是不是能夠找個機會把這些數字再做一個討論，我想我們醫界代表才不會覺得很委屈每次都要一直挨打還要解釋很多，然後每次都要重新學習。

主席

好，謝謝！好，黃代表！

黃代表蘭嫻

我來稍為回應一下老師的兩個問題。第一個，我想科學中藥再另外自費，

確實是有老師談到這樣子的問題，因為很多醫療人員在解釋這個部份，沒辦法區分部份負擔的金額，7天、14天、30天的部分負擔其實是不一樣的。多拿藥品，你的部分負擔也會多！所以在100塊內確實有一個部分負擔，當然我們在業界，也碰到有一些病人不是中醫慢性病，但是他們認為中藥吃的不錯自願多拿，但受限慢性病的規定，所以只能開在7天以內的藥費，不得已只能請病人自費，雖然違反規定，我們也是希望盡量不要。我們希望檢討中醫的病名跟慢性病定義，重新審慎考慮各部門總額間之區別，這個部份，我們會更努力！第二個問題在我們就醫人數的部份，我今年比較雞婆，做了中醫界的小分析，就是王老師所說的問題做一個分析。我發現我們在中醫就醫的年齡層裡面，在0歲~14歲這個部份，我們從0.8降到0.6，但是我們很高興地看到20歲~29歲、30歲~45歲，包括45歲~60歲，我們都在微幅的成長，一直到75歲以上的人數因為transfer的問題，我們的就醫人數是有下降的，所以對於75歲以上中醫界會再去努力。我想可能整個就醫率是降低的，感覺我們就醫的人數是下降，以前中醫的就醫年齡層落在45歲~60歲，我們很擔心，這一群喜愛中醫的人正在凋零，20歲~29歲年齡層就醫人數在增加。肯定我們中醫界在努力當中，以上報告，謝謝！

王代表惠玄

第43頁到45頁，我發現台北區其實蠻可喜的現象，我們的無中醫師鄉鎮是減少的，但是無中醫師鄉鎮也發生人口數移出的現象，所以我想巡迴醫療可能會有增加。另外就是說，台北區我們看到在每萬人口中醫師組距在0~1之間的鄉鎮，還有中醫數都增加蠻多的，請教我們台北區的同仁或是執業代表，有什麼好的事情發生，可以讓我們學習觀摩的嗎？台北？還是新北？還是基隆？還是說有什麼新興的城鎮能夠吸引人口？

曹代表永昌

主席，王代表突然丟出這個問題，不知道怎麼回答啦！

王代表惠玄

第15張投影片，就是台北區增加了33名醫師蠻多的！

曹代表永昌

台北區醫師增加最多！造成我們點值下降。其實這一點我跟我們台北區的沈組長都遭受到很大的壓力，因為我們沒有特別去操作什麼，可是我們點值已經變成除了東區以外全區最後一名。沈組長在總署開會被盯，我在會員

大會的時候就會被盯，所以我們都很努力在管控。跟各位代表做一個報告，就是中醫的生態，其實跟其他的總額是不太一樣的。中醫最近在推動一個叫負責醫師訓練制度，在西醫那邊大家可能比較耳熟能詳的是 PGY1 跟 PGY2。其實政府編列的經費是不夠的，我們還好有一個衛生福利部的中藥司！很可惜今天司長又沒來！他上次終於出現了一次，所以我們不曉得中醫是比較受疼愛呢？還是比較被忽略。確實我們有特別的專款，可是其實是不敷使用的。台北區負責很大一部份負責醫師培訓的，主要是我們有兩個還蠻認真負責的教學醫院，一個就是臺北市立聯合醫院、一個就是長庚醫院，所以他們等於就是收留了很多孤兒，收留了很多沒有地方去的中醫師，所以我們增加的中醫師數是最多的，不過因為這樣子造成點值下降，我們台北區就加緊管控，才沒有讓點值太難看，如同剛才兩位學者專家提到的，我們覺得有些指標看起來都是行禮如儀！因為其他總額這麼做，所以中醫就這麼做！這樣子它的意義到底是在哪裡？我是覺得說，的確是有待商榷！至於無中醫師鄉鎮，我們真的是很努力的在推動，因為中醫的點值低，台北區要無中醫比較困難啦！可是我們還有宜蘭啊！還是有新北啦！我們還是努力幫這些無中醫師鄉鎮提供比較好的醫療服務。至於最後一個問題，我真的不曉得怎麼解釋，真的沒有特別的作為啦！這一點可能辜負了我們王代表的期待！以上！

王代表惠玄

因為這真的是一個很難得的現象，我們一直在強調說，增加中醫照護的可近性，我們過去針對這個無中醫師鄉鎮，還有人口級距這部份一直很關切！也牽涉到我們巡迴醫療的費用，因為我們去年其實巡迴醫療的錢是沒花完的，我看過去這幾季，北區成長率還負值！雖然北區的人數也不少，所以這個部份就會牽涉到幾位代表所提到的可近性，就是說我們如果人口數及就醫占率，沒有辦法支持中醫師例假日開診，甚至非例假日開診，就是說中醫師移出這些所謂人口數移出的鄉鎮，我們應該關切的是巡迴醫療怎麼安排，這個巡迴醫療也會牽涉到不患寡而患不均，健保會的代表提到假日加不加成！這個在中醫界其實是有特殊的生態！一般的醫療機構假日加成都是自理，但是診所的醫師就沒有法自理，所以在這個部份是不是因應投影片 42~45 頁，看到這些現象，然後還有前面 21~23 頁投影片看到巡迴醫療在分區的一個差別，是不是要做一個比較前瞻性的思考怎麼樣去鼓勵，如果說沒有辦法加成，是不是大家就吃苦輪流來，大家就來輪值啦！總要有一個政策，要不然我想無醫鄉還是要去重視！謝謝！

主席

好，謝謝！請詹代表。

詹代表永兆

我是無醫鄉召集人。我們 103 年無醫鄉費用已經爆掉了，第四季我們已採浮動點值，補充說明。

主席

有代表要提出問題？醫管組回應？

張專門委員溫溫

老師有問到關於自費部分，補充說明。我們問卷題目是先問說「除了掛號費和部分負擔以外，你有沒有自付其它的費用」，如果民眾回答「有自付其他費用」，才繼續往下問。所以原則上應該已與健保給付範圍區隔開來；第二個提到就醫人數部分，表現的是絕對數！目前我們是在每一年評核會時，呈現民眾接受中醫服務的比率，也就是中醫的就醫率且細分到年齡層進行分析，本會議每季呈現的部分以就醫人數為主，配合評核會(年中)，我們會做到年齡層的變化，以上補充。

主席

104 年 3 月醫院有中醫診療科別增減是哪幾家？

劉科長林義

對，其實總共是新增 8 家，減少 3 家，其中台北有增加 2 家(關渡醫院跟板鶯醫院)，中區是增加 3 家(祥恩、泰安還有鹿港基督教)，南區是宏科醫院，高屏是鳳山醫院、東區是台東醫院，故新增總共有 8 家；有 3 家是減少中醫科的服務，即台北的雙和，北區的德仁以及中區的達明眼科醫院，故淨增加為 5 家醫院。

主席

謝謝醫管組的說明！剛剛兩位老師們都提到第 54 頁自費部分，方才有代表回應說 39.4%係多拿藥，但我認知與大家不同，因為這裡的多拿藥，中醫界應該不是多收部分負擔而已，多數是整個藥費均要民眾自費，這個部分要請中醫界瞭解一下，至於健保對於中醫開藥規定之限制？

張專門委員溫溫

中醫原則上是 7 天，但慢性病依規定還是可以到 28 天。

主席

如果病患符合長期拿藥之規定，理論上就沒有 7 天的限制。我覺得中醫界要去瞭解將近 40% 的病人自費多拿多天數的科學中藥，應該不是只有部分負擔的問題。各位代表自己的診所怎麼收錢？

何代表永成

跟各位代表報告一下，因為中醫如果不是慢性病它只能開 7 天，如果你這個代碼開超過 7 天電腦是報不過的，你也不能再做假，比如說他不是慢性肝炎，我給你開 14 天，你這個患者也不同意，也發生過醫療糾紛，因為他保險的問題，有時也會發生問題，像婦科裡面很多的痛經、白帶都不是慢性病只能開 7 天，有的患者會因為要出遠門帶 10 天藥，超過 3 天份的藥，中醫診所可能收自費 90 元(一天 30 元)，也會增加民眾部分負擔，所以剛剛也談到，如果有健保給付藥費就不能收自費，可能這些代碼就要再修正，要讓它符合慢性病規定，那我們開藥就可以多開一點，要不然這個代碼只要開超過 7 天，電腦就沒有辦法通過，我們要思考說到底要怎麼做才好？但是我覺得如果自費比照健保一樣收 30 塊，中醫診所是沒有賺錢的，可是我們還背這個黑鍋，事實上現在西醫也是很多特材可以收差額負擔，我們比照西醫大家也可以接受，所以我們應該要有一個共識！另外中醫的診察費，一個月最多只能報 6 次而已，事實上我們到 5 次以後就自己砍掉了，有些患者他感冒及慢性病看 3 次，又因為感冒看診已經超過 5 次，醫療院所不敢給他過卡，因為面臨核減，會請病人先拿 3 天感冒藥，下次再給你開慢性病的藥，有的會跨月開藥，這樣的情況偶爾也會發生，臨床醫師也常碰到，怎麼辦？有的病人就選擇 3 天自費 100 塊，事實上醫療院所也沒有賺錢，由於我們內部的管控相當的嚴格，病人一個月絕對不會看診超過 6 次，內科蓋卡不能超過 5-6 次。針傷科也是一樣的，我們超過 15 次就加強審查，醫療院所自己犧牲，這是中醫跟西醫不太一樣的地方，我想西醫耳鼻喉科看過 5 次 6 次 8 次還可以給付，在西醫的復健科，一個月看 30 次還是有，你沒有聽過一個笑話嗎？一個做復健的說：「他今天怎麼沒有來？因為他今天生病了所以沒有來，因為生病才不去看復健科」，中醫因為管控比西醫嚴，人數沒有辦法成長，因為我們自己內部管控 12 次就停了，所以說希望病人下次再來，或者請你去隔壁做推拿，一次收 100 塊，所以我們的人數，老實講在傷科退出以後，這樣的人數還能夠維持住，我覺得中醫已經很厲害了！拿 200 多億還有 30% 的利用率，我認為我們已經很用心在做了，以上跟各位代表報告。

主席

分區業務組同仁可以就轄區內多拿藥及傷科推拿實務面的執行狀況進一步說明？

中區業務組程千花

首先回覆林代表的提問：為什麼我們中區的傷科脫臼比較高，請看長期的趨勢，其實中區的變化是很穩定的，代表我們中區在執行面跟申報上是相當一致性，因中區在傷科這一塊很早就做管理，所以中區在申報上沒有做什麼轉移，而其他區可能因為傷科要醫師親自執行，所以就有大幅度的由傷轉針申報。

對於問卷所呈現出的結果，建議需進一步再做探討，因為像我們常會電訪病人，會發現透過電訪，病人所聽到的認知，跟我們所問的，其實並沒有一致，如多拿藥的自費比率高達近 40%，個人經驗比較傾向是病人部分負擔那一塊，因為現在很多病人都還認為 50 塊是基本的部分負擔，如藥費超過 100 元，需再收繳的藥品部分負擔費用，多數人會把它認定是額外付費的，事實上現在病人在知的權益是相當的清楚，如果診所真的將健保給付項目改收自費的話，可能申訴、檢舉電話就馬上進來了！所以要從民眾身上收這麼高的自費比率是不容易的，所以我覺得本項的問題是在於雖然我們認為已表示清楚，但重點是病人有沒有聽清楚，我們到底問的是什麼？我覺得這個應是要去釐清的，另建議對哪個分區的病人回答這一塊的比率是偏高的，就將此問題下放給該分區進一步去做了解與處理。

個人覺得中醫長期在給付這一塊，與其他醫別比是相對偏低，因現行的指標訂定與管理強度，使他們已先行「自宮」，他們因太多的保守跟害怕，致使他們沒有發展出應有的成長，我個人覺得這不是一個好的現象，因我們台灣已邁入老人國，又那很多的失智人口，重度病患無法吞藥，西醫早已束手無策，以我家人為例，其實西醫早已放棄了，我們只有尋求中醫協助，除了服用科學中藥外，也包括針灸治療，如此才將病情延緩，並維持了一定的生理機能，包括能自控排泄這方面，這對照顧者就是很大的幫助，所以我覺得健保要思考各總額發展的一個衡平性，資源不能過度傾向某個醫別。另有委員提到，中醫治療的肯定性？就了解我們國人的就醫型態，包括醫療的便利性，我們生病時，一般大概都會先找西醫處理，治療一段時間未達預期療效或未處理好時，可能才經由親朋好友介紹轉找中醫，因這些病患在西醫已處理很久或病情變得比較不好，才到中醫尋求診治，致使病患在中醫的治療成

效，就沒有期望中的神速，以上是我對中醫幾年來的個人見解。

何代表永成

我覺得中醫很委屈喲，蔡代表跟李代表，我想您聽到正義之聲，希望您在健保會也能夠替中醫講幾句公道話，謝謝！

主席

好謝謝，其他代表有無意見？請朱代表。

朱代表日僑

由統計數據顯示，台灣現在家戶的民眾自費負擔比例有偏高的情形！我認為針對民眾被收取自費的部分，應該可以從這個地方往下思考，所收取自費天數，如果都是拿藥的話，顯然醫師認為病人的病情也一定穩定到一個可以容許的程度，所以才容許處方多拿幾天藥嘛，對不對？所以是屬於一個可以容許處方天數被延長的觀念，如果是病情穩定，而可以延長拿藥的觀念，顯然制度上是可以思考如何研究調整，才能夠減少民眾本來應該用保險來去處理的給付，而不應該轉移到自費的方式收取，因為是一個行政措施上的問題，民眾只是短期集中在特定時間拿藥，本來現行制度裡面就有，是不是可以視為慢性病的連續處方呢？西醫當然也有，現在法令也正在研究再次釐清藥師法第18條的立法精神，由醫政與藥政兩端去處理連續處方箋的法源！所以，如果思考要減輕民眾負擔，也許可以先從現在有被收取自費的部分著手，當然剛剛分區業務組也有提到某一些分區，可能比例較高，可以進一步去關切，瞭解有沒有其他調整措施可以降低民眾的自費負擔。

主席

謝謝，陳代表請。

陳代表志超

關於多天數自費部分，我想絕對不是部分負擔沒有錯啦！像我們南區龐組長也在這邊，我們南區是這樣，慢性病才能開七天以上，這個在健保最確實而且馬上抓出來，如果開七天以上不是慢性病就會抓，但是在我們南區我們跟健保那時候有談說，如果穩定了你讓我們開，因為這樣可以減少我們診察費，病人可以兩個禮拜來一次，所以像一些便秘、月經異常，我們即使已經開到兩個禮拜或10天以上，南區電腦不會把我們核刪掉，所以在南區方面一定是最少的，因為我們看病，所以我們讓病人說，你七天以上不是慢性病我們都開了，在南區這個方面我們電腦是不會幫我們核刪的，像這個問題絕

對不是醫師推拿的，很多是助理人員已經退到診所外面，叫對面開，其實叫隔壁開，這個診所跟他們還是有一點關係，病人會認為說就是你們的推拿師過去的！但是在診所的醫師到隔壁的病人他自己要收費，你不收費的話，健保署的觀念當認為是你們自己違法的，所以他們現在出去以後，都有跟它收 50 塊意思意思。所以它講的推拿一定是去隔壁的助理人員做，或是在診所裡面隔一個門而已，我想實務上絕對是這樣啦，也就是說這個絕對不是醫師推拿，但是病人不曉得他已經不屬於原來看診的醫師，我想目前調查出來他會認為說這個還是中醫診所！

賀代表慕竹

主席，我這裡補充一下，我們南區中醫申訴的案件統計，我想就用指標講是最準的，103 年我們剛統計出來最新的，我們多刷卡中醫的申訴，額外收費的情形，在 102 年到 103 年 5 月，全部只有 2 件，全部的申訴案件統計總共有 16 件，包括限制看診、收據、藥費的明細，還有對醫事人員執業、建議諮詢服務、浮報費用等等，我們南區做的由這個表格看起來非常清楚，是相對額外收費這件事情，如同剛剛中區小姐所提，如果真的這麼嚴重，我相信申訴應該是非常高才對，以上補充說明，謝謝。

主席

謝謝。因為知道申訴管道的人只有 22%，沒有申訴並不代表沒有發生，有 80% 的人不知道要來申訴，所以你看到申訴件數很少並不代表事情沒有發生！接下來請王代表，再來蔡代表。

王代表惠玄

中醫的這種名醫甚至神醫的效應好像還蠻普遍的，我常常碰到中南部的親友跑來台北，然後說要看某國醫，就像剛剛理事長講，理事長自己也是肝炎的權威，所以應該也是有很多那種千里迢迢來的病人，現在普遍病人都希望多拿藥，如果病情穩定的話，我一次自費多拿三個禮拜的藥可不可以？我不曉得這個比例是有多高，可能需要去了解，所以這邊看到有一些包括我們看到的飲片，還有非中醫推拿，其實蠻多是民眾自己願意的，跟其它的總額比起來，這種創造的自費需求就有一點模糊空間，我們當然也不能否認說完全不是創造出來的需求，但是這裡面相對的民眾自願或是自己要求多拿藥，多開診療的比例有可能是比西醫基層高一點，所以這就是說我們過去這幾年在看滿意度調查，我們很多時候調查單位是用同樣問題來問所有總額，不過中醫在很多的服務特性及現場醫療情況，有它的特殊性，故建議調查單位在

實際執行調查的時候，能夠在中醫的部分多做一些現場的瞭解，然後稍微調整題目，或許可以讓我們更容易解讀所看到的這些數據，以上謝謝。

主席

謝謝，請蔡代表。

蔡代表登順

對於剛剛我們葉代表所談的，既然是慢性病，西醫都可以開到 2、3 個月，唯獨中醫這樣的管控，我認為對有需求的人是不公平的，所以這種制度是不是可以適度的修正，讓朱代表剛剛所講的，既然有保險給付，最公平正義的就是一定要以健保來支付，除非特殊需求，超越我們健保的這個範圍，當然你個別需求自行付費是合理的，但若是慢性病，建議一定要由健保來支付，所以不曉得我們署裡有沒有辦法處理，以上建議。

黃代表偉堯

我補充兩點，第一點我要肯定一下中醫，雖然中醫自費是存在事實，不過我們可以看到他從 97 年到 103 年已經很努力把它降一半了，所以這個努力是很值得肯定的，相信你們內部一定有做很大的努力，這個部份我覺得是很值得肯定的。另外我不太喜歡中醫一直在講自宮這件事情，因為我覺得如果是這樣的話，我們永遠都會停在原地，制度是為了合理化不是為了箝制合理正常的情形，如果我們是真的自然而且合理的產生出來，不是偽造或者是衡量，應該讓他反映出來，你才有機會合理修正，如果你都自宮掉了，那你看起來就是合理正常的，我們講自宮是沒有證據，因為我們看不到事實跟證據在什麼地方。所以這個部分應該要讓它自然的呈現，中醫才有可能去調整，如同用藥 10 天這件事，若是醫療上屬於合理的情形，請呈現出來，努力爭取適合的規範，就不會一直陷在僵局裡面。

主席

各位代表還有意見？第 54 張投影片顯示病人自費多天數的科學中藥，雖然歷年趨勢已在下降，但仍有 30%-40%，或許這些數據隱藏自費拿藥有所浮濫，但是也可能 3-4 成潛在性需要民眾真正的需求！意味著現行健保署對中藥規定具討論空間，故請本署醫管組邀集中醫全聯會就討論現行慢性病範圍及用藥規定，重檢檢視及與研議。關於傷科推拿自費這件事，目前推拿屬醫療行為應由醫生親自為之，但南區代表也提出存在門前推拿的行為，使病人分不清楚，以為在原就診中醫診所還有自費，請中醫全聯會一定要適度宣導，

傷科推拿與民俗調理是不同的，後者非屬醫療行為且健保並不給付。另外對於理事長提到「自宮」這件事，比較合理的做法是以平均數來評估，而不是以個案性質進行管控，否則少數個案之特殊狀況需要密集醫療服務時，你們就傾向讓病人自費，實有違病患就醫權益，所以健保署雖然支持醫界自我管控，但是管控也要相對合理，不能損及病人權益！故特別請理事長就中醫內部管控的合理性，一定要再拿出來研議，否則這種自費情形確實不符健保法相關規定。本報告案討論至此，接下來進行第三案。

報告事項第三案『103年第4季中醫門診總額點值結算報告案』

主席

本報告案為103年第四季的點值結算結果，各位代表有無意見？在議程說明表2-2顯示醫療資源不足地區的結算金額已有所不足，故部分項目改採浮動點值(0.88多)；考量中醫提供前述地區之醫療服務屬於高機會成本的部分，如果浮動點值太低，會使中醫提供服務的意願降低，請本署醫務管理組及中醫全聯會在協商105年該專案預算時，務必編列較充足之預算做為因應。如無其他意見，本案即洽悉，接下來進行第四案。

報告事項第四案『衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第12次委員會議附帶決議略以：「對於需保障或鼓勵之醫療服務以支付標準處理，現行之點值等保障方式，久而久之恐將使結構失衡」』案

主席

本報告案係依據上次會議結論報告點值影響試算之結果，各位代表無意見？如無意見，本案即予通過，即105年起藥品調劑費非屬一般服務部門之保障項目。接下來進入討論案第一案。

討論事項第一案「中醫門診總額針傷病歷記載品質提昇方案」(草案)

主席

本案由中醫師公會全國聯合會提案，請該會代表說明。

巫代表雲光

主席，各位代表，大家午安，本方案名稱是一個針傷病例記載品質的提升方案，實際上在全聯會這邊是考量整個針傷支付標準的調整，去年全聯會有提出一個針傷支付標準的調整，由 200 點調整到 230 點，後來在會議上因為預算中平原則，只調了 10 點，就是我們現在的，針傷支付標準都調了 10 點，所以在今年，因為去年調了 10 點，沒有符合中醫團體的一個共識跟需求，各位也知道針灸也好、傷科也好，它的耗材與各種這個物資的上漲，所以我們今年還是來爭取這一塊，希望能夠在針傷支付標準上面再做一個適度的調整，但是師出無名，所以我們就想說是不是能夠在病歷上面記載更加細膩的方式，而且去年的調整雨露均霑，調整支付標準大家就通通有獎，今年我們的調升方案希望針傷的部分能調整，因為有它調整的背景，所以我們就是把它在病歷記載的細膩度上面能夠去加強，醫師選擇是不是要加到這一個方案來，如果說他按照我們的，除了這個草案記載的內容，另外我們還會去包含一些所謂醫師親自執行的切結書收集，還有包含管理的部分，要怎麼去管理？我們還是在針傷支付標準的調整，我們希望執行針傷科在病例記載上面的細膩度，如果符合這個方案的話，就可以調整這一個針傷的這個點數！以上的報告跟說明，謝謝。因為今年我們還是有一些預算希望各位代表支持，我們之前在內科診察費有一個大幅度的調整，針傷科執行的醫師處置費上面，希望在今年也有所調整，謝謝。

主席

謝謝巫代表。本案討論的是診察費還是處置費？是處置費。請問各位代表有沒有意見？請蔡代表。

蔡代表登順

古人講”有樣看樣，沒樣自己想”（臺語），這個案子如果通過後遺症會很大。醫師寫病歷記載病歷本來就要清晰完整，這是規定嘛！不是說你中醫寫的清晰詳實就要多給錢，那西醫會不會也同樣要求？請教在座中醫代表西醫會不會也如此要求？如果西醫要這個金額，恐怕是你們的好幾十倍！我們大家要以整體角度來看才合理。健保署講的是有道理，我們持平來看這件事，本

來健保法 67 條及 68 條規定得很清楚，本來就是應該要做的事，不能做應該要做的事，就要求健保多付錢，何況增加的錢對你們總額沒有影響，這塊大餅先把它挖一部分走了，”剩下的再來分嘛”，點值下降，並沒有多拿錢，反而你沒有做針傷科的人要吃虧，這個錢被你們先挖走，是不是這個概念?所以我的看法，我支持健保署的意見。

主席

謝謝，來請黃代表。

黃代表蘭嫻

謝謝蔡委員的指導，別看中醫師全聯會掛這個方案的名稱好像很好看，其實我們想法非常良善，我們希望合理反映針傷科醫師自己親自執行的部分，西醫的復健科是由復健師來做，我們剛剛看到傷科推拿的自費，其實已經讓很多的民眾搞不清楚。所以本案兩個重大的意義，即是希望用這樣子去鼓勵醫師必須親自執行，提供好的誘因，讓他有意願且願意去做，這是第一點；第二點事實上可以讓病人瞭解傷科推拿是醫師必須親自執行的醫療業務，而不是給其他那些沒有醫療證照的人來做，這樣子在明年度的滿意度調查，傷科自費這部分一定會相對再減少很多，這是我們真心期待中醫師在做親自推拿的時候，提高尊嚴及價值。事實上本方案規範針傷執行要填具執行的工時，規範我們的醫師必須做到一個足夠的服務與醫療的品質，這是我們在中醫界真心的希望與期待，希望醫師自己來做。

主席

好謝謝，還有哪一位代表有意見?何理事長。

何代表永成

我想再跟蔡代表詳細報告一下，這個方案比較重要且須要正面看待第五點跟第六點，就是執行針灸處置的時間，留針的時間及傷科醫師親自執行。事實上現在實務上有一些醫師給一針(申報針灸)就轉到隔壁傷科，事實上他是在灰色地帶，我們管不到，如果用本方案之規範，我們要求他針 15 分鐘或 30 分鐘，須要在病歷上記載，就可以避免灰色地帶的狀況。而傷科處置醫師要親自全程執行，“推兩下就去隔壁推拿，這樣也能申報健保”，可以避免這個狀況，所以理論上我們預估可能增加 3 億點，事實上轉移的費用會減少，就不須這麼多的錢，這樣對中醫整個發展是正面意義，所以我贊成適度的調整，是可以來導正我們的作業模式，以上報告謝謝。

主席

好謝謝，還有沒有哪一位代表要表示意見？醫管組是否有所補充？

龐代表一鳴

中醫界的方案大家已經很清楚！即現行中醫專業規範不能夠解決的事情，要透過健保的規定來處理。醫療專業認定須由醫師做的事，如同何理事長剛講的，醫師摸兩下就交給助理做，其他專業行業是不允許這種情形存在的，但有了健保制度之後，醫療專業碰上同儕團體，大家就變成好人。這些不被允許的專業醫療行為就期待透過健保署解決，希望透過行政力量去干涉專業行為，惟行政操作是有限度的！憑良心講，本方案用病歷記載做為操作的理由，很難獲得大家認同！方才何理事長提到之前以調整針傷科支付標準之理由，提到健保會協商爭取預算時，健保會委員會傾向不同意的立場，健保會委員所提理由，是認為針傷處置本就屬於執業成本之增加，所以傾向由核定非協商因素成長率之預算做為支付標準調整經費來源。如今在 104 年度總額已協定公告之情形下，在本會討論本方案，全聯會的立場是以預算中平的方式，來談針傷科處置支付標準的調整，故推估點值下降 0.014！既然本方案是在預算中平之下，期待落實相對公平性的支付點數，本方案在寫法上，如果是要反映傷科支付點數不足，就提傷科支付點數就好，不要扯到病歷記載，因為病歷記載本就屬於醫療基本價值的事情，何況醫師病歷記載詳實是天經地義的事，用專業的義務要求費用的增加，做為補足成本的理由，這個道理實在說不過去。話說回來，如果我們須要檢討傷科的支付點數，剛剛主席對於慢性病與開藥天數等涉及病人自費等事情，已指示本組與貴會再聯繫討論，傷科支付成本的問題與檢討，也可以併同進一步討論；另外，我提醒大家，長期下來對於針傷科的部分，變項調高支付標準的動作已經很多了，例如：中醫中風計畫對針傷科費用較一般針傷支付標準高很多，建議未來討論針傷處置給付公平性時，宜予整體且全面性之考量。

主席

中醫全聯會以提升針傷病歷記載品質做為調整支付點數的理由，確實不太適當，也無法獲得健保會代表的認同與支持，故本案仍有商榷空間。如果中醫界在預算中平的原則下，認為針傷處置費之支付點數已不敷成本，並希望藉由調高針傷處置費相對要求提升品質(如：記載留針的時間…)，未來仍可以持續討論與研議。此外，我提醒大家 105 年中醫非協商因素，其中成本指數改變率達(2%以上)，應已充分反映近年來中醫藥等成本之增加，而醫療

成本指數改變率向來是健保會付費者代表堅持必須用來調整支付標準，因此中醫界建議調高針傷科處置之支付點數，未來可藉由 105 年醫療成本指數改變率大幅成長之預算，整體且全面性考量中醫醫療服務支付點數間衡平性的問題，若有需要，亦可與本署業務單位(醫管組)深入討論

蔡代表登順

剛剛中醫界的代表有講出來，現在很多專業醫療的事情，本來要中醫師親自處置的，便宜行事就交給助理了。過去不對的事情不要再倒果為因，原來要醫師親自來做的，不能再交給助理了，這才是真正我們要的專業醫療嘛！所以不能因為現在醫師要做回專業的部分就要增加費用，實在講不通，過去不對現在才是對的嘛！主席也講得很清楚，四大部門每次都要爭取支付標準調整，坦白講，我個人是全力反對，沒有一個通過，因為各部門預算每年都有非協商因素成長的預算，醫界可以自己處理！大家回去看健保會的記錄，我講過 N 次，各部門自己要去調整支付標準，我都沒有反對意見，因為那個錢每年都有給，我們知道中醫界使用之科學中藥、藥材..等漲價很多，所以中醫總額的非協商因素都比其他部門高，健保署對中醫成本已充分反映了啦，所以本案主席做的決議我也尊重支持！本案就照這樣來處理，醫療法第 67 及 68 條本來就規定病歷記載要詳實清楚，現在「寫清楚要多付錢」，哪有這樣的要求！對不對。這樣講不通的。所以”我說你若會過，西醫就要更多，不僅這樣金額了啦！”。

主席

我們回過頭來想想中醫界自己舉的例子，是否也顯示中醫界內部十分理解現在針傷處置病歷記載品質不好，這種醫療法規定該做到的事情，不需要用錢就應該好好做了。雖然中醫診所未如醫院要參與評鑑，病歷記載品質及醫師是否親自執行，只有醫界自己知道，但這些都是醫療專業天經地義的事情。做得不好來改善是一件事情，但不能以沒有調高支付點數做為「沒有做好」的理由。故還是回到我之前講的，如果中醫界在預算中平的原則下，認為針傷處置費之支付點數已不敷成本，並希望藉由調高針傷處置費相對要求提升品質(如：記載留針的時間…)，鼓勵醫師相對付出的努力，給予合理的回饋，建議利用 105 年非協商裡頭的成本指數改變率，就整體服務項目之衡平性來考量。所以本案仍有商榷空間，未予通過。

曹代表永昌

我們這個既然是在總額裡面談的，類似像支付標準的調整，其實就不牽

涉總額預算，現在就是總額切出來以後，這一塊餅中醫界認為怎麼樣分才是最合理的！那或許說我們中執會提案的字眼上不是那麼的恰當，不過剛才經過了何理事長、執行長補充之後，我想各位代表及長官，已經知道中醫界真正訴求是什麼，我是覺得說有些過去不對的東西，可是還是要中醫界吞下去，這部分一定要讓我們有解套的空間！舉個最簡單的例子，調劑費的問題，醫師親自調劑 10 塊錢，藥師調劑 20 塊錢，大家聽了都覺不合理，藥師的工資怎麼會比中醫師還高？可是目前這部分就衍生了很多問題出來，我覺得當初會這樣規範，是大家一起玉成健保能夠如期實施，可是後來就變成船過水無痕！這部份過去有一些不合理的地方，既然已經在中醫總額之下，中醫界認為這樣子的提案，能夠改善及避免傷轉針問題，我們的代表及我們的長官合理的予以玉成，至於提案的內容有什麼字眼上比較不妥的地方，我是覺得是不是可以請長官及代表來指導，現場修訂，讓他改正通過，我們今天大家花了這麼多時間來開這個會，我想是最主要的一個目的！以上簡單報告謝謝。

主席

本案是因為整個主題不對，未獲與會代表的支持，而非文字微幅修正的問題。此外，曹代表提到中醫的藥品調劑費對於醫師支付 10 點，而藥師支付 20 點的問題，目前中醫的現況是有多少中醫師親自調劑？而中醫診所調劑人員又是哪一類人？可能既不是醫生也不是藥師，中醫診所所有沒有申報藥品調劑費？中醫覺得二者給付不合理，但是中醫診所現在由醫師或藥師親自調劑的比例極低，故我認為要談到這件事的前提在於中醫界應先符合相關規定，回歸原始理念後，才有助釐清事情的因果關係，不然就會導果為因，認為醫師親自調劑才 10 點，而藥師調劑卻為 20 點！如果現在全部中醫診所用合格藥師來調劑，公會可以大聲講來主張合理支付的點數，而且非藥師調劑就不要給付了。若我們還未達到那樣的理想境界，也要想想未來可以怎麼改善！今日中醫藥司黃主委沒來，中藥調劑人力這件事已爭議許久，中醫界是否應與中醫藥司儘速討論未來長期應該要怎麼走，不能過了 20 年都還停留在以前的問題上。

何代表永成

目前藥師親自調劑才有給付，非醫師親自調劑都不能申報，健保署也會查核。也有一些老中醫師，一個月可能看 400-500 個，會親自看病及調劑，就申報 10 點。

主席

今日投影片報告資料顯示藥品調劑費還是正成長。醫院設中醫科別因為淨增加 5 家致成長較快。雖然申報點數僅有 3500 多萬，還是請何理事長要持續關注，長期醫事人力究要如何解決。臺灣民眾是有中醫的需求，中醫不能停留在 20 年前的人力規格，中醫品質再次提升之後，相信能在總額協商時，獲得大家的認同與支持。

何代表永成

今日我本來與司長要開同一個會，司長今日沒辦法過來！我們與中醫藥司已有默契，由全聯會進行中醫藥調劑的事情，已邁出去了。藥師公會正極力反對，我們在週日與他們在集思會議中心開會，我們會盡力說服他們。

曹代表永昌

謝謝主席點出問題的重點，10 點和 20 點已經是存在很久問題，但是健保署還在嚴查中醫診所申報的 10 點，帶給我們這些醫師一個很不安全的執業環境，我們希望這些不是總署下令的，我覺得既然已經有歷史共業，健保署就不要變成嚴加查核的重點。

主席

如果違法叫健保署不要查核，是不可能！

高屏業務組施怡如

高屏業務組補充說明，本提案原是源自去年底我們高屏區推動針灸病歷品質提升，或許中醫全聯會有不同的思考，而將前述構想包裝成今日的方案，在此還是要說明一下本業務組的立場，去年底我們發現轄區部分中醫院所有執行 1 秒針(針灸)這種游走灰色地帶傷科轉針灸的現象，以我們的瞭解，舉凡來看診的病人，醫師給予扎針後馬上抽針，然國際論文實證對於針灸要留置一定時間及刺激才具療效，故短暫扎針的療效為何？頗具爭議。雖然前述只是極少數中醫師行為，惟為能提升針灸醫療品質，我們仍希望日後在相關規範上能將留針時間明訂需載明於病歷上。

主席

如果本提案確實源自於 1 秒針的緣故，我認為中醫全聯會應有所檢討，1 秒針如何能申報針灸處置費？而且還要變項提高支付點數？

何代表永成

事情不是這樣的，我來說明，病人去民俗理療(傷科)可能也有接受針灸，

不見得一秒可能是一針，病人部分負擔就少 50 元，這是少部分的害群之馬！但是也有醫師親自二者都做，只申報針灸，可是現在給付給這些實實在在的醫師給付，是不合理的。因此，全聯會就想抑止這些不當醫療，給好的醫師鼓勵，以免劣幣驅逐良幣，並不是要保護這些一秒針的院所。

主席

近來中醫針灸醫令費用都是大幅成長，但成長的背後也隱含一秒針、病歷記載詳實性..等疑義，還有調劑費、..等中醫長久之問題，需要中醫師公會全國聯合會積極面對與處理。也請業務單位(醫務管理組)就針灸申報訂定合理的規範，避免一秒針的爭議。

龐代表一鳴

我認為這還是專業的問題！針灸是少數在 WHO 有規範的中醫項目，如果連 WHO 這種專業醫療的規範，中醫界都能視若無睹，期待以行政力量來處理不當行為，因涉及違法與否的爭議，後果是非常嚴重。因此，建議中醫界參考 WHO 的規範(規範穴位，但是否有時間規範仍須確認)，儘量取得內部執行共識；另外，針傷處置項目依本次報告事項第一案，中醫全聯會已同意針傷科處置項目於醫令端填具「執行起迄時間」與「醫事人員代號」，未來該申報規定，將有助釐清病歷記載與實際執行等相關疑義，有利查核作業的進行。

主席

今日會議大家就實際業務執行面提出許多疑問，其中多涉及中醫的專業尊嚴，請何理事長一定要率先來處理。

何代表永成

我們在高屏地區已經在查了。

主席

還有其他意見？如果沒有，即予散會。謝謝各位代表！