

「中醫門診總額研商議事會議」104年第4次會議紀錄

時間：104年11月12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	陳瑞瑛
何代表紹彰	何紹彰	陳代表福展	陳福展
呂代表祐吉	張瑞麟(代)	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	李政賢	黃代表蘭嫻	黃蘭嫻
林代表文德	林文德	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	張廷堅	羅代表永達	羅永達
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、賴美雪
本署北區業務組	邱希芸
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	張瑋玳、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
本署企劃組	李佳芬
本署醫務管理組	李純馥、林淑範、劉林義 楊秀文、洪于淇、吳柏彥 廖敏欣、丁香豔、李宜珊、 鄭正義
本署查處小組	請假

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

壹、主席致詞：(略)

貳、中醫門診總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）
確認（略）

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決議/結論事項辦理情形。

決定：除繼續列管 104 年「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之推動及辦理情形外，餘洽悉。

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：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：104 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	104 年第 2 季	
	浮動點值	平均點值
臺北	0.89053634	0.92549448
北區	0.90796711	0.94078481
中區	0.88793142	0.92396555
南區	0.94684358	0.96633010
高屏	0.98282881	0.98894749
東區	1.30121488	1.20000000
全區	0.92042141	0.94724838

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：105 年「中醫門診總額預算四季重分配」暨點值保障項目案。

決定：

- 一、105 年點值保障項目通過，即藥費採每點固定以 1 元支付，另保障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、考量支付標準調整時間會影響各季點值，爰一般預算四季重分配暫予保留。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：105 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：會議時程如下，請代表預留。

次數	1	2	3	4	5
會議日期	02.25 星期四	05.19 星期四	08.18 星期四	11.17 星期四	12.01 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

第六案 報告單位：本署醫務管理組

案由：本署導入 ICD-10-CM/PCS 準備工作進度報告

決定：請中醫師公會全聯會協助尚未通過預檢院所及早通過。

第七案 報告單位：本署醫務管理組

案由：105 年中醫門診總額一般部門預算分配報告案

決定：洽悉，將依健保會決議修正 105 年中醫門診一般預算分配。

肆、討論事項：

第一案 提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」修訂草案

結論：除第八條(三)新增脊髓損傷評估與新增支付點數部分保留至臨時會討論外，餘同意修訂。

第二案 提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」修訂草案

結論：同意修訂如附件 1。

第三案 提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「105 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」修訂草案

結論：本案保留至臨時會討論

第四案 提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「105 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」及「105 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案施行區域一覽表」條文修訂

結論：本案保留至臨時會討論。

第五案 提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：新增「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」草案

結論：本案保留至臨時會討論。

第六案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫」草案

結論：本案保留至臨時會討論。

第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：中醫「支付標準」修訂案

結論：本案保留至臨時會討論。

第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」項目。

結論：本案保留至臨時會討論。

第九案

提案單位：本署醫務管理組

案由：政府大力鼓勵國人多懷孕生子，建請貴署研議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

結論：本案保留至臨時會討論。

伍、散會：下午5時10分

陸、與會人員發言摘要詳附件2

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

鼓勵生育為國家當前重要政策，針對特定病理因素所致之原發性或繼發性不孕、兩次以上之流產患者有先兆流產傾向及有流產病歷者，由中醫給予適當照護，以提升受孕率及保胎率。

三、施行期間：自公告日起至1045年12月31日止。

四、適用範圍：

(一)助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕的男性及女性患者，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關的診斷依據。

(二)保胎：~~易流產(2次(含)以上)~~ 先兆流產、非自然受孕、經助孕受孕及易流產之女性（病歷應記載最近二次流產之年月），受孕後0-20週之保胎照護(應註明孕期週數)。

五、預算來源：1045年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「提升孕產照護品質計畫」專款項目下支應，全年經費32百萬元。

六、申請資格：

(一)中醫門診特約醫事服務機構之中醫師，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)辦理之「中醫提升孕產照護」課程4小時(講習會不定期召開)，且領有繼續教育證明者。

(二)申請參與本計畫之醫師及保險醫事服務機構須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者或申請暫緩處分者)。

七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，向中醫全聯會提出申

請。

八、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

九、執行方式：

(一)助孕

1. 女性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、判讀基礎體溫(Basal Body Temperature, BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法、內服藥、針灸治療、營養指導。
2. 男性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、內服藥、針灸治療、營養指導、運動指導、生活作息指導。

(二)保胎：須包含望聞問切四診診療、黃體評估、出血狀況評估、內服藥、針灸治療、營養飲食指導、衛教。

十、支付方式：

(一) 本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

(二) 本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則留用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十一、醫療費用申報與審查

(一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
 - (1). 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
 - (2). 特定治療項目(一)：請填報「J9」(全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫)。

(二) 有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地

審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十二、執行報告

(一) 執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。

(二) 實施效益須包含如下：

1. 助孕：

(1) 助孕成功率(=成功受孕個案數/助孕看診個案數)

註：夫妻同時就醫者成功數及看診數皆計數為 2

(2) 受孕成功者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、基礎體溫表、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

A. 助孕診療紀錄表(每月記載，每季提供予中醫全聯會)-女性

姓名	性別	生日	初診日期	濾泡期平均溫度	排卵期平均溫度(加註排卵日期)	黃體期平均溫度	濾泡期天數	黃體期天數	是否受孕	次診斷	其他

B. 助孕診療紀錄表(每月記載，每季半年提供予中醫全聯會)-男性

姓名	性別	生日	初診日期	精蟲數	形態良率	液化	雜質	活動力	是否受孕	次診斷	其他

2. 保胎

(1) 保胎成功率(=孕期超過 20 週以上個案數/保胎看診個案數)

(2) 順利生產者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、中醫診療評估

及記錄表等資訊如下附表)。

懷孕初期症狀及心理評估量表(每月記載，每季提供予中醫全聯會)

姓名	性別	生日	初診日期	心跳數	血壓	噁心嘔吐	出血	憂鬱	心悸	頭痛	眩暈	微熱	便秘	次診斷	其他

十三、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

十四、執行本計畫而成效不佳者、未依本計畫規定事項執行者或未依中醫全聯會規定繳交相關資料、評量報表者，由中醫全聯會重新評估後，報請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十五、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

申請表

基	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
本	本計畫負責醫師學經歷		檢附證明文件		
	e-mail:		聯絡電話:		
資	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	教職	年資
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
料	每週診療時間				
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註
	繼續教育證明		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
保 險 醫 事 服 務 機 構	機構章戳	中醫全聯會審核意見欄 1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： 日期章戳：			本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日				

附件二

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 給付項目及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之醫療服務量、診察費、針灸申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、原針灸申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 五、本計畫之案件(同一個案)每週限申報一次。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫
支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P39001	中醫助孕照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39002	中醫助孕照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39003	中醫保胎照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費口服藥(至少七天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39004	中醫保胎照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(至少七天)、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
註：P39003、P39004 限受孕後 0-20 週之保胎照護患者適用。		

※附件 2-與會人員發言摘要

中醫門診總額研商議事會議前次會議紀錄

主席

請各位代表確認上次會議紀錄，有問題可提出。

李代表永振

第 2 頁貳、確認會議紀錄部分應為第 2 次，請改正。

主席

謝謝李代表的勘誤，請同仁改善。其他部分如無問題請確認。

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決議/結論事項辦理情形。

主席

已經臚列歷次會議事項辦理情形，各位代表有無意見。

李代表永振

我有幾點建議：序號 3 結論是要共同商討符合診所使用需求之合理方案及改善服務品質，惟辦理情形只有說明已辦理說明會，解除追蹤是否適宜？會議結論洽悉的議題，也沒必要追蹤；序號 5、9 兩項附帶決議也請交代進一步後續辦理情形再解除追蹤。

主席

謝謝李代表建議，洽悉部分日後不用追蹤外，另外序號 5、9 請補充健保會決議，第 3 項請醫管組補充說明。

李副組長純馥

當時爭議點是診所應使用統一頻寬或依業務量決定頻寬，請分區在說明會中討論；經彙整意見後已將方案修改為診所端可依需求選擇適合的頻寬，頻寬種類也做了彈性調整，建議解除列管。

主席

考量本署跟中華電信合約年底屆滿要重新議價，將來也許有價格修正空間，代表決定是否要解除列管？

李代表永振

是否要解除列管我沒有意見，希望能在辦理情形寫清楚，書面就可以決定是否解除列管。

主席

第 5、9 案請補充依據或後續辦理情形後解除列管，第 3 案則繼續列管。

羅代表永達

序號 6 針傷科回歸 2-6 次看診部分，想請問中醫全聯會如何徵詢醫院技術執行面意見？是行文醫院中醫部還是直接由中醫常務理事會決定？有聽聞很多醫院並未收到這封公文。

另外中醫自費部分想請問怎麼決定現行慢性病範圍與開藥天數。

柯代表富揚

全聯會當時有行文給所有有中醫部的醫院，請其就是否有執行困難點以及是否同意表示意見。

羅代表永達

請全聯會提供相關資料佐參。

柯代表富揚

會後請本會同仁將相關調查表及醫院決議結果整份提供代表參考。

李副組長純馥

本署公告慢性病範圍與疾病名稱、代碼等，中醫也適用；健保署也發文重申慢性病病人不能額外收自費開長天期藥物，要以慢性病連續處方箋方式給藥。差別只在西醫慢方箋有特別的診察費，中醫沒有。

陳代表瑞瑛

健保署公告的慢性病範圍中醫也適用，辦理情形跟決議提到的自費部分似乎關連不大。

李副組長純馥

當時討論自費時，會上中醫代表表示中醫的慢性病與本署公告慢性病不太一致，主席裁示中醫是否要另訂一套慢性病範圍，中醫將議題攜回討論後決定還是遵守健保署的慢性病範圍，辦理情形沒有顯

示中間的討論過程是從討論自費之後延伸，故作補充說明。日後如果這些慢性病人被收自費我們會嚴加審查。

陳代表瑞琪

建議依醫師判斷決定開藥天數還是要訂上限，慢性病人最高開藥 30 天，以免誤解。

黃代表蘭嫻

滿意度調查中自費多開藥比率較高，署裡提到會中報告後中醫界也作檢討，結論是仍以健保署的慢性病範圍為主；之後本會也做了講習宣導，要求會員符合慢性病範圍病人不得額外收自費，一切依健保署法規執行；若屬健保法不予給付範圍例如醫美或減肥，也絕不能使用健保資源，目前講習陸續進行中，以上報告。

主席

這邊複雜的是標題寫自費，既然使用健保就用健保法規規定，一切照規矩來，如果事由是美容等健保不給付則走自費途徑；如果有民眾申訴因為慢性病就醫想多開幾天藥就被收自費，希望不要再發生這種事情。討論內容既已釐清，文字部分請醫管組再做補充。

林代表文德

序號 8 議題有點小疑問：決議是醫療資源不足地區預算超出部分納入總額協商時考量，跟辦理情形有點搭不上。

主席

辦理情形部分是指第一項結算部分請分區業務組配合，協商時考量醫療資源不足地區預算超出部分已經在今年總額協商時作處理了，一樣請業務單位把文字補齊，下次改善。其他部分就洽悉。

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。

主席

中醫點值現在還不錯，中醫師數不斷增加，但是就醫人數下降，點數與單價互有消長；另外針灸與傷科利用人數這一季下降，醫師雖然流

入都會區，但是最偏鄉的無中醫鄉數也在減少，請代表表示意見。

羅代表永達

請問為什麼中醫利用人數與件數跟其他總額趨勢不同，一直往下掉？想知道全聯會的看法。

何代表永成

長期趨勢來看中醫利用屬微幅下降，主要原因在分區控管很嚴，另外看中醫的人大概就這些人，也很難創造需求；民國 100 年之後傷科推拿退出中醫後部分也轉進自費市場，瓜分掉原本使用健保的部分客層，這樣的降幅還在我們預期之中。至於補充醫師多集中在都會區部分，103 年起衛福部推動為期 2 年的負責醫師訓練計畫，訓練醫院都集中在都會區，特別是台北區，短時間還是看得到新進醫師往都會區流動，加上學士後中醫系在義守大學與慈濟大學明後年會有各 50 位畢業生，5-10 年後中醫師分布一定更加平均。

羅代表永達

想確認第 13 張投影片中一季人數是指人次嗎？還是每月利用平均人數？是否有歸戶？

主席

這一季有看中醫的保險對象歸戶後大概 300 多萬，就是這個人數；母體還是比較偏好中醫的同一群人，每季可能有多有少，眾數落在 300 多萬人。

何代表永成

其實有出有進，譬如無可取代的牙醫，每年就醫率落在 4 成多，不代表只有 4 成民眾需要牙醫，就像游泳池一樣，雖然容納量有限，但是有出有進，不可能達到 100%；中醫使用上與西醫可能為互補或部分疾病有替代狀況，利用上會稍低一點，到頂約 3 成多利用率，很難創造新需求。

李代表豐裕

請問數字是單季歸戶嗎?我記得一整年歸戶接近 700 萬。

李副組長純馥

協商要覽指標裡有統計，103 年就醫人數為 684 萬。

蔡代表登順

蔡英文醫師後援會有位吳梅壽代表建議凍結醫學生名額，因台灣醫師人力已經夠充裕了，增加醫師恐造成醫療體系惡性循環；因總額成長率有限，進入市場的醫師眾多，長期下來點值恐怕逐漸滑落。想請教健保署是否有向政府反映這個訊息?雖說業界已經是五大皆空，考慮到易有糾紛，艱困科別還是難招到人；新進醫師如果不加以控管，總額每年的成長率一定無法滿足需求；另外針對自經區管理條例第 50 條更開放在自由經濟區服務醫師不需具備中華民國核發之醫師執照，如果大開方便之門更是不可行，希望健保署能代為向主管機關反映，用考試門檻來限制不斷成長的醫師人數，不讓健保會消費者代表背上點值低欺負醫界的惡名。

主席

謝謝蔡代表，西醫師每年新進 1200-1300 之間，目前只有公費生名額會增加，這是部裡醫事司與教育部共同管控，決定醫學系招生名額，現在問題不在總數，醫師少有退休的情形，顯然整體醫師數遞增，另人數也不等同於均有相同生產力，至於與總額的連結部分，總額多寡僅考慮需求面不考慮供給面，需求面來說人口快速老化，需求還在增加中；倘若供給高於需求面，也許影響到醫師所得，協商也很難做到面面俱到，希望付費者代表與醫界協商時可以各盡其力，健保署也會準備協商需要的資料及必要時提出建議。

何代表永成

西醫明年開始會增加招募 100 名公費生，畢業後至偏鄉服務 6 年；另外中醫也在推總量管制，未來推動中醫管制時朝西醫部分學習，如果總醫師人數無法減少，希望以公費生為主，畢業後至偏鄉服務 5-6 年，這樣對偏鄉醫療服務提供也有幫助，以上補充說明。

蔡代表登順

我知道增加公費醫師是為培養艱困科別醫師，以及到偏鄉服務；但是台灣的醫療市場就是辛苦錢大家不想賺，這就是現實；站在消費者立場我贊成偏鄉服務 6 年後核發證照。

主席

人力部分問題健保署會找適當機會反映給醫事司，現在醫師總數在 OECD 國家中不至於偏低，在科別或地理分布上比較不平均，造成艱困科別的印象。

黃代表偉堯

我有兩點分享：

- 一、就醫人數是否到頂？各位可以再思考。台灣可能有中醫師數飽和的地方，就醫人數可能到頂；如果是中醫師數不足的地方，當地民眾可能有需求卻無法利用中醫資源，就醫人數也會停住無法繼續成長；醫院部門中醫服務量增加中，診所中醫服務量似乎達到平原期，提醒中醫先未雨綢繆，可觀摩牙醫診所與醫院牙醫之間遭遇的問題，預先規劃。
 - 二、另外，今年中醫門診總額的住院試辦計畫沒過，若中醫部門總額仍想發展將住院納入總額，則應注意西醫的分級醫療、轉診以及診所醫院間的合作等問題，需一併納入制度設計的考量。
- 以上分享。

李代表豐裕

附議黃教授發言；相信就醫率 30%的門檻只是短時間無法跨過，相比牙醫中醫的優勢是中醫師僅有 7000 人不到，很難平均分布到全國各鄉鎮，一定是都會區飽和後醫師才會散到偏鄉；經過長時間後帶動第二波服務人數的成長；也希望中醫師不要自我設限，發展中醫本身的特色醫療；中醫面對的問題是 R 值難以前進，中國醫藥大學設在台中帶動中區中醫師密集也不是原罪，希望今後在協商或研商會議上能體諒中醫的困境，全聯會也在密集開會討論，希望有一天能跟健保署、

健保會把地區預算分配的部分處理好。

何代表永成

中醫的就醫率是全國平均的數字，如果只看台中市就醫率接近 40%，各地區不太一樣；全聯會一向重視偏鄉醫療與弱勢族群照護，除健保署提供補助外，很多醫師定期在偏鄉進行義診，個人或結合成團體默默在做都有；全聯會一直在盡心盡力。

主席

如果沒有其他代表表示意見，本報告案就洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：104 年第 2 季點值結算結果報告。

羅代表永達

請教中醫的腦血管疾病與顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，跟 PAC 試辦計畫是否嘗試過彼此結合？因為 PAC 有很多輔助治療中醫有介入的空間，但是兩者之間好像是壁壘分明的。

黃代表蘭嫻

據我所知目前沒有重複申報的情況，在各自總額內分別執行；如果醫院端覺得有必要相互配合甚或產生相關研究，中醫界樂觀其成。本項計畫執行率沒那麼好，也受限於西醫推行 PAC 計畫，最近會診中醫的情形也相對變少。

主席

跟羅代表說明，中醫腦血管計畫是西醫住院期間中醫輔助計畫，PAC 基本上在區域與地區醫院推行，無法與醫學中心所設中醫部門 overlap；至於結合部分看醫院推內部合作，如果中風 PAC 試辦醫院有設中醫部門，全聯會可以轉知這些醫院該如何整合院內中醫服務提供。沒有其他意見點值就確認，另外中醫照護計畫中腫瘤患者化放療執行率兩季不到 10%，請全聯會加強推動。

蔡代表登順

今年中風的部分協商時討論很久，請全聯會加強宣導超過 2 年中風的病人不要用專案的預算，改用一般預算支應。

何代表永成

等一下討論專案時也會討論到這部分，另外想跟主席報告，腫瘤後化放療執行率偏低的部分，考量西醫的化放療多為當天治療後就回家了，以前會住院 2-3 天，現在常常只有門診治療；這塊變得不容易推動，我們還在思考該怎麼修訂。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：104 年「中醫門診總額預算四季重分配」暨點值保障項目案。

何代表永成

明年狀況因中醫總額增加 7.9 億，會有很多支付標準的調整；例如診察費；藥費等等，通過時間跟公告時間又有落差，如果第二季開始實施，變成第一季點值會特別高；希望支付標準通過並公告後在考慮四季重分配的調整，希望可以暫時先保留。

主席

四季重分配保留再予討論；點值保障項目部分則照案通過。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：105 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。

主席：來年開會日期請代表預留，本案照案通過，請接下一案。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本署導入 ICD-10-CM/PCS 準備工作進度報告

主席

議程上中醫診所預檢通過率 46%是到 8 月底為止，請問有沒有最新的資料？

林專委淑範

醫管組說明：到 9 月底通過預檢的家數為 2800 家，比率 81%，約 640 家診所尚未通過預檢；要請分區業務組及全聯會協助這 640 家院所，儘早在 11 月份通過預檢。

陳代表福展

請問預檢範圍是申報後 1 個月內還是截至 11 月底？例如 11 月的費用

在 11 月 20 日前申報，是否只有 10 天預檢時間？

主席

至少 10 月費用要報上來作預檢，期望月底以前完成預檢，這 600 多家麻煩公會多幫忙。

李副組長純馥

其實 7 月開始費用申報就可以在 8 月份預檢，只要測成功了都算；沒有一定趕在這 10 天內預檢。

主席

現在已經 11 月了，請通知中醫院所把握最後一次機會及早通過預檢。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：105 年中醫門診總額一般部門預算分配報告案

主席

這個月健保會就要再討論本案，上次會議保留了。

何代表永成

健保會會議紀錄中有提到全聯會經過 1 年多的整合，王惠玄老師及吳肖琪老師都給我們很好的建議，最後由常務理事施純全醫師所提版本勝出，可能要經過試算後，以縣市作為區分；希望能安排時間讓施純全醫師報告困難之處，再召開六區分會討論出共識後，希望能在下周健保會整合出來。

主席

下週就要開健保會了，時間相當有限，如果需要召開會前會，請積極與醫管組聯繫，今天就不多作討論，先洽悉。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」修訂草案

黃代表蘭嫻

今年協商時新增脊髓損傷，在原條文增加外，第四條將 ICD-9 碼對照成 ICD-10 碼，另外自診斷日起 3 個月原本會員希望放寬日診斷日起半年內，除了想收治更多病患外，另考量 6 個月內是恢復黃金期，中醫介入效果較好，有臨床報告可以佐證。最後一個欄位因 ASIA 量表屬評估疾病嚴重度，較難評估治療前後效益，建議新增生理評估支付標準碼，包括巴氏量表與脊椎獨立性評估，支付費用 1000 元。

另外第 8 條建議刪除中醫體質量表評估，此量表非標準評估，須將結果送到中國醫藥大學請蘇教授評定，希望去除本項。

主席

西醫認定的中風黃金期是中風 1 個月內進入 PAC，中醫要從診斷日 3 個月內延到 6 個月，是不是變成陳舊型中風了？

羅代表永達

PAC 部分是這樣：中風後 1 個月評估已經穩定後往下，收案後照顧 12 週，這段期間都算是黃金期，中醫說的 4-6 個月都還算是黃金期。

主席

PAC 收案是中風 1 個月內穩定病人，收案後至多可住院照護 3 個月；這邊是診斷日起 6 個月內收案後住院期間治療，這樣似乎還可以。

黃代表蘭嫻

中醫針灸介入在中風後 6 個月都可以看到明顯效果，建議放寬到 6 個月；其實病人住院後才能跟西醫搭配短時間治療，通常也不會住到 6 個月。

主席

放寬到 6 個月是否太長？

羅代表永達

如果比照 PAC 計畫，適用對象範圍修改為中風診斷日起 4 個月就一致了。

黃代表蘭嫻

施純全教授的報告建議中醫治療中風在發病後 3-6 個月發病的黃金期介入，會減緩後遺症。

主席

各位代表有無意見？

王代表惠玄

健保資料庫跑一下就知道中風後 3 個月或 6 個月內再住院的情形，中醫治療是否能奏效還是要看實證分析；另外新增支付標準部分，這些量表是否跟西醫重複評估？是否要給予支付點數以及給多少點，希望跟 PAC 量表能一致。

主席

現在只有腦中風病人才有 PAC，脊椎損傷目前未導入 PAC，現在要新增脊椎損傷的評估量表，王代表提到如果都在住院期間評估同樣量表是否要中西醫重複評估？這部分是否要等到西醫確認時再來看這個案子，因為住院期間療效可能是中西醫合併療法治療結果，以後 PAC 評估時可以分純西醫與西醫合併中醫兩組，再看是否有差異，謝謝王代表提出的見解。這樣本案暫時先保留。

黃代表蘭嫻

希望僅保留支付標準新增部分，其他先通過。

龐代表一鳴

目前用方法學看 PAC 與中醫合併住院，PAC 其實很清楚：中風後是語言、動作功能、生活功能問題都有各自的評估量表；中醫現在所提巴氏量表屬綜合型量表，沒辦法回答特定功能的問題（難以評斷），從學術上看來中醫療效的文獻影響性都不高。

這個場合是否要解決中醫發展研究的問題，可能要討論一下；另外評估量表很多是由專業評估，是否中醫可以適用，綜合性量表可以回答哪些問題都是疑問；如果現在沒辦法立即解決，理事長是否要把這些問題攜回仔細思考一下。

羅代表永達

如果中醫每一步都需要實證基礎真的強人所難，臨床累積的觀察針灸對中風病人有效，原條文已經訂了3個月想放寬至6個月部分，希望這次就能先通過，王代表提到與PAC計畫療效評估或是發展中醫針灸實證基礎的後續再說。

李副組長純馥

跟王教授解釋一下：西醫併同中醫治療部分幾乎都在醫學中心，醫學中心要下轉，不能接PAC個案，與PAC重複收案機率不大；另外參與PAC院所約100多家，不是每一家都有承作；如果不是在PAC試辦醫院住院的病人，還是需要一些評估來看中醫介入的民眾是否有療效，以上說明。

王代表惠玄

剛剛提的量表西醫一定會作，也會記載在病歷裡；在健保制度下卻沒有支付點數，在這項中醫專案中作同樣的量表支付點數1000點，癌症合併化放療專案也有較低的支付點數，這樣會不會對西醫造成反向誘因，希望可以一併考量。這跟PAC沒有關係，凡是醫療人員提供服務時都會用量表作outcome evaluation，謝謝！

主席

復健病人需要用功能改善來評估介入後的成效，西醫與中醫部分考量開始與介入時間不同，同一病人接受西醫與中醫療法，西醫部分是整合式復健，這樣的結果很難說是誰的功勞，中醫介入的結果需要評估也是事實；本案第2、3、4、5條修正先通過；第8條搭配評估支付標準大家有無意見？

陳代表瑞瑛

想請教脊椎損傷病人西醫很多，西醫有沒有做功能評估量表，中醫提出的兩項量表是否合理？不知道健保署是否有請教專家學者？

主席

除第8條新增之評估量表與生理評估支付點數部分暫保留，因西醫

PAC 很快會討論脊椎損傷，請醫管組幫忙詢問量表相關問題，討論之後再確認，其他先通過。

第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」修訂草案

黃代表蘭嫻

修正條文部分包括將兩次以上流產患者用語簡化成易流產，在病歷部分還是要求 2 次以上流產並詳實記載；另外第四條保胎部分也是用語簡化，希望 2 次以上流產進入保胎案例，並註明懷孕週數；第 12 條每月記載部分因部分病人如 PCOS 生理期不規則不一定每個月都有生理期，把每月記載部分刪除留下每季提供，希望能每季上傳完整的 data；男性部分每季提供沒有特殊意義，改成每兩季提供全聯會即可；量表也是每季提供就好，不用每月記載，量表增加次診斷與其他欄位，便於了解不孕原因是否有更複雜的理由。

主席

以後條文修正請提供修訂理由及說明，請各位代表表示意見。

林代表文德

謝謝全聯會的補充，聽完之後還是想要有全盤了解，可以把全部條文附上來看修改的部分嗎？

蔡代表登順

這個計畫是 104 年新增的，成效還不明顯，黃代表提到通過後開始推動實施時間不長，今年協商暫時不扣；另外 105 年參與的家數是否分布平均，家數夠不夠？雖然金額不大還是希望能看到成效；辦得好可以列入一般服務，辦不好可能要退場，可以請黃醫師簡單報告一下六區參與的家數嗎？

黃代表蘭嫻

6 月之前服務人數約 900 多人，宣導後 10 月已經進步到 1000 多人；參與試辦院所現在以高屏區與中區較多，大概都有 17、15 家左右，北區偏低只有 5 家，台北區也不太多。

蔡代表登順

請台北區再加油；這個計畫付費者一直很支持，因為生育率太低了，大家晚婚想生生不出來都很著急，希望這個計畫可以著力，提高一點台灣的生育率。

陳代表瑞瑛

修正條文第二條「兩次流產」改為「易流產」是否太籠統？健保署對西醫診斷與適應症訂定都很嚴格，希望可以比照；另外第12條1.B助孕診療紀錄表男性部分是記錄哪些項目，想請教一下。

黃代表蘭嫻

男性紀錄項目主要是精液檢查，包括黏稠度、活動力、精蟲數與等級，跟代表報告。

主席

同仁印資料的同時請把方案投影在螢幕上方便討論。先請教把兩次流產改為易流產部分，實質上還是要2次以上流產，變得比較不明確，有必要改嗎？

巫代表雲光

補充一下：內部專案小組討論時為達成生育率提高，希望可放寬收案標準，納入1次流產的患者也能收案照顧，有一次流產記錄可能就會很擔心，希望訂成一次就可以收案，以上補充。

主席

巫代表所提與黃代表不一致，黃代表說收案條件不變，巫代表提的是放寬收案標準，1次流產病人也可納入。條文修訂成「易流產」可能還沒流產中醫也認定體質屬易流產，不知道中醫界對「易流產」是否有另外的定義？修改後變得更不明確了。

何代表永成

民眾在懷孕時有異常出血就會擔心是否流產了。

主席

理事長提出第3種說法，現在有出血、流產1次、流產兩次都算是易流產體質，又更模糊了。

陳代表瑞瑛

提升孕產照護品質計畫主要目的是什麼？如果是保胎跟提升受孕率，流產在西醫有很多原因，例如體質、意外等，第一次流產也不一定會看診，第2次懷孕就會擔心，及早去作檢查；條文這樣寫似乎很難反映中醫能提供哪些協助，對懷孕初期孕婦來說不易了解是懷孕初期有疑慮、曾經流產過、結婚多年未懷孕或懷孕有異常狀況適用，這些目的都不一樣。西醫沒有對應的孕產婦照護計畫，有問題都可以就診，希望可以將本計畫的條文修得更清楚。

主席

請問中醫代表的3種說法要以哪一位的講法為主？

黃代表蘭嫻

如果把條文內容修正為「有先兆流產傾向及有流產病歷者」，會不會比較清楚？

羅代表永達

我也當過婦產科，其實這些名詞都有專門定義：習慣性流產指2次以上，先兆性流產就是尚未流產但是一直出血，修正的說法把相對模糊不清的「易流產者」釐清得更清楚了，只要有流產傾向都算；至於適應症有寫道要保胎，先兆流產、非自然受孕及易流產都算進來，也寫得蠻清楚的。

主席

中醫醫師診療似乎比較沒有 guideline 或是共識，各位代表針對放寬流產次數條件，加強已懷孕病患的保胎部分有無意見？

陳代表瑞瑛

還是希望能比照西醫部分把計畫對象跟適應症寫清楚。

李代表永振

想要請問西醫部分，也有安胎的標準嗎？是不是要一致？如果標準是一致的話，文字定義清楚就好了。

主席

請看一下修訂後的保胎範圍：其實真正定義已經討論過，只是放在適應症裡頭，這部分我們是不是同意修正成一致？

王代表惠玄

建議目的那邊還是修得清楚一點，詳細說明放適用條件沒關係；另外非自然受孕、本條(一)受孕部分建議文字修改為經助孕受孕，比較簡化易懂，容易理解。另外目的二易流產配合第二條修正改為曾流產，這樣逐字逐句改真的很花時間。

主席

確認一下保胎定義是否包括先兆流產、經助孕受孕及易流產女性，懷孕20週內之保胎照護？文字改了之後內容就清楚，大家就同意了。另外助孕診療紀錄表更改成不需要每個月記載嗎？

黃代表蘭嫻

考量 PCOS 病人不是每個月都有生理期，希望改成每季提供 1 次數據給全聯會就好。

王代表惠玄

我有很多朋友不孕，每個月監測週期還是可以看到濾泡期、黃體期平均體溫等等的變化，如果每三個月提供一次是不是看到都是平均值，看不到周期變化包括精蟲數的變化過程，還是希望每月記載，按季報告給全聯會比較詳實，也容易監測成果跟品質。

黃代表蘭嫻

其實這分兩部分，如果女性每個月都有月經，當季就要提供 3 個週期數據；如果不是每個月都有那至少要有一個數據；我們收到很多案例是院所擔心無法每個月提供數據而不敢參加方案。

主席

如果無損於計畫執行，只是規定上傳全聯會部分，這邊就尊重全聯會，第 12 條 1. A、B 與 12 條 2 的地方尊重全聯會。量表的部分增加次診斷與其他欄位也 OK，計畫就修正通過。

補充資料第三案(原議程討論第五案)

提案單位：中醫全聯會

案由：新增「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」草案

主席

請全聯會代表簡單說明。

黃代表蘭嫻

這是今年新增的照護計畫，附件是全新的草案包括計畫內容與支付標準表；跟署裡討論時適用範圍希望限定為 1 年，會後跟專家討論希望放寬不要限制時間；另外施行細則處也要求病人收案及每三個月在 VPN 上填報各項評估量表，其他部分與中醫看診原則相似。

主席

計畫目的是主動介入接受放化療乳癌、肝癌患者，包括針灸、傷科治療部分，目的包括減少併發症、降低不適感及控制腫瘤生長，給予處置包括中醫診療、口服藥、量表評估、生活品質評估、衛教及營養飲食指導，申報次數不同決定不同的診療代碼與點數，可以再詳細說明嗎？

巫代表雲光

給藥天數決定針灸的治療上限，如果給 7 天藥搭配最多 3 次針灸傷科費用，14 天搭配 6 次上限，以此類推；因為服用口服藥時病患有不舒服可以提供針灸及傷科處置，但是有次數限制。

口服藥以天數計，針灸與傷科療程另外報；針對癌症術後疼痛回診的病人給予，但是不能另外申報診察費。

主席

每日藥費怎麼計算出來的？7 日藥費給 900，14 日藥費 1200，每日藥費在不同診療項目不同值，診察費也不等值，請問這是怎麼算的？

巫代表雲光

給藥 7 日算是基礎，再外加上 1 週至 3 周的藥物；何時用 A 套餐、D 套餐由醫師臨床判斷作處置，如果病人還是不舒服需要紓緩癌症疼痛，再加上針傷科處置；其實有內含療程概念。

主席

如果刪除領取重大傷病卡 1 年內的限制，表示手術後化放療病人都可以使用嗎？

何代表永成

補充一下，適用對象包括乳癌與肝癌病人，適用範圍與目的這邊希望對應肝癌病人，加上栓塞及電療的字眼；至於拿掉重大傷病 1 年內限制，考量這兩種疾病 1 年內復發機率 4—6 成，也可能不是首次復發，都需要用中醫輔助治療，期望能從原本半年復發減緩成 3、5 年復發，比較符合臨床需要。

主席

復發後在去化放療又是另一個療程，條文應該要寫化放療後多久時間內介入才合理。

龐代表一鳴

回歸這個案子的本質；肝癌存活率改善沒有足夠文獻支持是中醫的貢獻，如果是減緩化放療不適感，限制在 1 年內才合理，存活 5 年後才收案照護也太奇怪；這個試辦計畫剛開始，希望訂嚴謹一點。

主席

西醫處置結束後真的不適，希望中醫介入療程能限制多久之內結束；復發後二次手術、化放療又重新算。如果修改為經確診為乳癌或肝癌且領有重大傷病卡患者，經各項處置後多久時間內，需要 1 年嗎？我們不太知道中醫的部分。

何代表永成

依中醫臨床經驗，介入後存活率可以從 3 個月延長到 2-3 年甚至 5 年不再復發。

龐代表一鳴

計畫在健保會提出來時是要解決不適的問題，不是復發的問題。

主席

現在計畫中寫到的目的有 3 個：減少併發症、降低不適感跟控制腫瘤生長。

黃代表偉堯

龐組長已經表達很清楚了，字面上我們只看到前兩個目的，而第三項除非有明確的口服藥或針灸療效敘明能有效控制腫瘤生長，不然可能是間接靠西醫達成控制腫瘤生長；既然開宗明義就講了是針對化放療後的不適感減緩，介入期也應該在化放療後不適感最強的期間，如果再復發，再以復發的化放療後介入進行，會比較合理。

何代表永成

謝謝黃代表，這個案子是乳癌與肝癌結合的，不適感是針對乳癌治療後，肝癌治療沒什麼不適感，中醫介入是要預防復發；因為預算綁在一起計畫不能分開寫。

V 代表一鳴

理事長，整個計畫使用的評估量表都是生活品質量表，現在命題又要加上癌症再復發，很奇怪耶！

主席

這個草案希望能再釐清目的，乳癌、肝癌寫在一起有些爭執點希望能釐清，還有哪些代表要先提出意見讓全聯會回去修正？

陳代表瑞瑛

請問支付標準部分，哪些狀況適用 A 量表？

主席

這邊是由中醫師專業認定。

朱代表日僑

希望能明確敘明計畫第 14 點，執行成效不佳的定義，是沒照全聯會

規定還是怎樣。

主席

如果沒有其他意見的話，請全聯會就大家針對目的、適用範圍、期間、成效不佳、包裹給付以及給付內容的意見帶回，如果時間來不及可以在12月召開臨時會，今天就不勉強通過。請進行下一案。

補充資料第四案(原議程討論第六案)

提案單位：中醫全聯會

案由：新增「學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫」草案

黃代表蘭嫻

這也是新增照護計畫，希望新增傳統水煎藥給付模式，照護鼻過敏的小病人；目的是希望年紀介於6-14歲病患接受治療，改善症狀及呼吸道併發症，提升日常生活功能與生活品質；全聯會每季季底送保險人核定與新增院所名單，醫師須提供完整診療與每3個月評估療效，支付標準表的三個樣態包括診察費，需含飲食生活衛教指導、評估量表，限制每三個月申報1次；藥費則有2種給付方式，需含GMP或CGMP藥廠生產傳統中藥材，藥費分別是7天或14天，內含藥費、自我穴位照護、經穴推拿按摩或針灸，7天療程1800點，14天療程3000點，但是限定每半年申報1次。

主席

請問乳癌、肝癌門診加強照護計畫的針灸、傷科推拿是額外申報，過敏性鼻炎計畫卻是內含，定義不一致太複雜了，請醫管組注意一下；另外有提到每半年最多申報1次藥費，請解釋

黃代表蘭嫻

每半年申報14天藥費，是說希望水煎藥用在鼻過敏小朋友急性發作時，其他時間就用科學中藥治療，科學中藥則放在一般部門申報。

主席

跟乳癌、肝癌門診加強照護計畫提到另外申報針灸、傷科部分是報到專款，跟過敏性鼻炎方案另外申報藥費報到一般部門部分真的很

不一致，請醫管組多加留意。

巫代表雲光

補充說明：中醫醫療與現代醫學方向跟定位不同，不同疾病針灸、口服藥、傷科介入時間點會先後不同；以癌症來說口服藥利用率較高，擬訂支付標準時就會以藥費為主，偶發性需要其他處置為輔；設計支付標準時會按照臨床需求搭配，至於設計過敏性鼻炎支付內容時，口服藥、自我穴位照護、經穴推拿按摩或針灸利用率相等，併用效果更加成，支付模式設計上會有所不同。

主席

請問這個療程半年最多 2 次，適用範圍 6-14 歲學童，收案後治療緩解一陣子又過敏超過 1 個月就可以再收案嗎？

巫代表雲光

緩解超過半年就可以再收進來。如果緩解才三個月就復發，費用就要報一般部門。有定義跟經費限制，另外健保會委員希望計畫可以明列提供飲片給病人，以有限的 2000 萬經費一定要設上限，並且考量 6 區的均衡性，設計上變成只給付急性發作期，超過 14 天費用回到一般；這樣才能有效管理費用。根據臨床經驗，我們認為在急性期提供水煎劑比科學中藥來迅速，湯劑使用上較有效是有意義的；健保所有的給付還是以科學中藥為主軸，希望中醫能在飲片適量提供上滿足付費者需求。

陳代表瑞瑛

支付標準的診察費寫 3 個月申報 1 次，藥費是每半年申報 14 天，兩者不太一致。

巫代表雲光

每半年申報藥費上限 14 天，診察費每 3 個月申報 1 次，這樣半年內如果再復發，可以報兩次診察費。

陳代表瑞瑛

還是想請教中醫如何診斷過敏性鼻炎；如果西醫經過過敏原測試或

是抽血確診為過敏，可以適用嗎？診察費需要拉高到 1200 點嗎？

主席

診察費內含飲食生活衛教指導、評估量表等部分。

陳代表瑞瑛

如果西醫已經做了這些，是不是可以不要重複？

龐代表一鳴

在這邊重申一下，中醫提到健保會委員的提議是某特定委員個人意見，非屬健保會決議，決議部分要求做論質計酬計畫，這邊沒看到；另外水煎藥劑部分法規上還沒納入，這邊要講清楚；還有中醫是否在挑戰新增內含藥費的支付標準，藥費超過一定額度是有部分負擔的，似乎有規避部分負擔的嫌疑；希望可以通盤再考量。

王代表惠玄

支付制度設計希望讓臨床人員付出得到合理報酬，孕產照護、肝癌乳癌都已經釐清了，過敏性鼻炎又是完全不同的支付方式、包裹等，對臨床人員與行政一定造成很大困擾，這部分也請全聯會再考量，另外跟肝癌、乳癌相比，Package A 包括明確的口服藥、量表及衛教指導只有 900 點，過敏性鼻炎 package A 診察費加上不明確藥材或穴位或經穴推拿可以拿到 3000 點，這樣是不是對臨床人員缺乏平衡性。至於藥材部分，如果是健保會某委員期待的水煎藥且於法有據，可以把水煎藥獨立項目或支付點數，其他回歸正常支付標準，不然干擾太大了，對臨床人員、病人都不是好事。

主席

這是計畫之間衡平的問題，提出來討論中醫也好好想過，但是大家又很多疑問，現在已經 5 點了，今天最好先打住，本案先保留，請全聯會仔細考量衡平性，遊戲規則也一致，不要造成醫師及行政人員的困惑，也不利推廣與溝通。本案先保留，併其他議案在 12 月加開臨時會，之前請公會與醫管組在會前會前先達成共識再提出，今天先開到這裡。

何代表永成

支付標準很重要，可以再討論一下嗎？另外原來列在議程第三、第四案的品質保證保留款與中醫醫療資源不足地區草案也是下次討論嗎？

主席

12月時臨時會會一併處理，找一個星期四下午一併處理。

龐代表一鳴

上網看了一下量表，Sino-nasal outcome test 22是有版權的，這次提到的眾多量表請公會檢查一遍，我們也會檢查一遍。

主席

謝謝，那今天就先開到這裡。