

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 110年第2次研商議事會議紀錄

時間：110年8月19日下午2時

地點：中央健康保險署9樓第1會議室(臺北市信義路3段
140號)

主席：張組長禹斌

紀錄：邵子川

出席代表：(依姓氏筆劃排列)(*為線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
古代表濱源	古濱源*	陳代表俞沛	陳俞沛*
何代表紹彰	何紹彰	陳代表淑華	陳淑華
吳代表材炫	吳材炫*	陳代表博淵	陳博淵*
吳代表清源	吳清源*	陳代表憲法	陳憲法*
李代表永振	李永振	黃代表上邦	黃上邦*
李代表麥	李麥*	黃代表兆杰	請假
卓代表青峰	卓青峰*	黃代表怡超	蔡素玲*
林代表狄昇	林佩菽代	黃代表頌儼	黃頌儼*
林代表敏華	林敏華*	詹代表永兆	詹永兆
施代表純全	施純全	詹代表益能	詹益能
柯代表富揚	柯富揚*	蔡代表三郎	蔡三郎
胡代表文龍	胡文龍*	蔡代表宗憲	蔡宗憲*
曹代表榮穎	曹榮穎*	羅代表永達	羅永達
郭代表朝源	郭朝源*	蘇代表守毅	蘇守毅*

列席單位及人員：

衛生福利部社保司

蘇芸蒂*

衛生福利部中醫藥司

涂瑜君*

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴*、張嘉云*

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

本署企劃組

本署財務組

本署資訊組

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

王逸年、賴宛而、李敬*

吳科屏、游慧真、韓佩軒
劉林義、陳依婕、洪于淇
歐舒欣、吳佳頻、鄭智仁
宋宛蓁、鄭正義、楊淑美
高幸蓓、黃詔威、梁淑媛
陳淑儀*

王宗曦*、林佩萱

李佩耿*

吳少庾

陳怡蓓

楊淑娟*、葉惠珠*、

黃寶玉*、王政忠*

蔡秀幸*、吳煥如*、

黃文雯*

蘇彥秀*、林淑惠*、

戴秀容*、陳淑眉*、

潘佳鈴*、洪文琦*

賴文琳*、陳秀宜*、

秦莉英*、高宜聲*

李金秀*、謝惠婷*、

黃皓綱*、吳建昌*、

李昀融*

李名玉*、鄭翠君*、王晶*

壹、確認本會前次會議紀錄。

決定：報告事項第四案案由誤植為 109 年第 4 季結算報告，請修正為 109 年第 3 季結算報告，餘洽悉。

貳、報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

一、洽悉。

二、序號 1 有關有關藥品檔收載及管理請於建置完成後，與衛生福利部中醫藥司中藥許可證資訊系統進行介接，本署預計於 110 年 10 月中旬完成案，請繼續列管，餘解除列管。

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。

決定：

一、洽悉。

二、受疫情影響，110 年第 2 季點值，預估臺北分區與東區分區平均點值可能大於 1.2 元，依據「中醫門診總額點值保留款機制作業方案」將保留大於 1.2 元之預算不予分配；為利結算，請中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)於 110 年 9 月底回復該方案是否持續辦理。

三、中醫急症處置計畫與兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫執行率偏低，請中全會鼓勵會員積極參與，提升執行率。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年第 1 季點值報告。

決定：洽悉。

一、110年第1季結算點值確認如下表：

結算年 季別	點值類別	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
110年 第1季	浮動點值	0.9078	1.0002	0.9478	0.9962	0.9311	1.2287	0.9512
	平均點值	0.9421	1.0001	0.9670	0.9977	0.9582	1.1480	0.9699

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、各季結算說明表置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：有關代表建議品質保證保留款應訂定具鑑別度標準一節，請中全會參考，並請於下次研商會議提案討論。

參、討論事項

第一案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：建議修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」等6項專業醫療服務品質指標案」。

決議：

一、同意增修「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」、「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」、「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」及「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」等5項專業醫療服務品質指標排除案件條件，排除「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫（居家中醫醫療服務）」及西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫之呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療。

二、同意增修「健保雲端藥歷系統查詢率」1項，實際計算範圍為點

閱健保醫療資訊雲端查詢系統任一頁籤即納入分子，爰修正指標為「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」及分子名稱為「中醫健保醫療資訊雲端查詢系統查詢人數」。

第二案

提案單位：中全會

案由：建議修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫通則五之部分用詞文字」案。

決議：同意修訂如下：

- 一、通則五：「個別專任醫師」修訂文字為「平均每位專任醫師」。
- 二、通則五(二)1.與 2.：「每位專任醫師」修訂文字為「平均每位專任醫師」。

第三案

提案單位：中全會

案由：變更「110 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、附件 1-2 施行區域」。

決議：修訂通過中醫醫療資源不足地區改善方案施行區域，無中醫鄉鎮增列嘉義縣東石鄉、雲林縣四湖鄉、屏東縣林邊鄉等 3 鄉鎮。

伍、散會：15 時 19 分

陸、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 110年第2次會議與會人員發言摘要

主席

各位代表，已達法定人數就正式開會，首先歡迎代表蒞臨現場開會，在線上也有很多的代表，我就不一一點名，先介紹幾位新參與的代表，還有健保會2位委員，在這次的會期一起參與整個中醫的發展，首先介紹新的代表是詹益能代表是中執會委員，另一個是醫院協會的林狄昇代表，今天由佩菽來代理，健保會的付費者代表李永振委員，另外在線上的林敏華主任，今天會議正式開始，先確認上一次的會議記錄，因為有新代表，原則上會議記錄確認還是由上一次的代表確認，新代表除非你有新的意見，再提出來一起討論，請各位委員先確認上次的會議記錄，會議記錄是第4頁-16頁，不知有沒有意見？

醫務管理組 劉林義專門委員

更正上次會議第四案點值結算報告，上面誤植為109年的第4季，應該更正為109年的第3季，以上報告。

主席

請各位更正，如果各位沒有意見就進行下面的議程報告案，第一個報告案是本次例次決定還有決議事項的辦理情形，請業務單位說明。

報告事項第一案

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

共有5項解除列管，1項繼續列管，不知各位代表有沒有什麼意見？如果沒有意見我們就通過，請李代表。

李永振代表

看了原來資料，有幾個問題請教，序號1，上一次未解除的原因，是因為介接沒有完成，現在介接已經完成，結果還要繼續追蹤，說明還有一些實務的資訊，在邏輯上好像怪怪的，如果這個樣子要繼續列管，為什麼在上次決議的時候沒有把他列出來，外界在看這個的時候，你繼續列管的原因是不是因為系統還沒有介接完成，現在已經完成了，結果又跑出另外一個要追蹤。

第二個序號2，決議事項名稱加強照護計劃少了一個字，在上一次的會議有提到說要到門診透析會議的第3次研商會議報告，這一次是8月18號報告，他是第二次，前後不太一致。

序號3部分，決議事項跟原來資料不太一樣，原來印出來是說已經修訂通過，為什麼沒有列入？以上3點，另外一個序號6，剛才在會議紀錄確認裡面我沒有參加所以不好意思提出來，但是你放在這邊我們上次決議事項會覺得怪怪的，我自己在推想，是不是要急著去提共擬會議所以趕快用臨時提案提出來，不然在決議事項裡面所提到的，這是中全會自己提案的，你自己提案的適應症的內容，都還在整理中就是沒有資料，沒有資料也討論的話結果就同意修訂，這個將來應該會對外公開，這樣的話在邏輯上是不是會有點瑕疵？不曉得我的推論對不對？因為要趕著提共擬會議，所以要趕快，在描述的過程裡面都沒有資料，表示沒有去討論，結果就通過了，而且中全會你自己的資料裡面，好像過程怪怪的，大家參考看看。

主席

有關序號1，資訊組同仁能夠回應嗎？

資訊組 吳少庚

有關這一點，我們科長有跟醫審那邊做確認，請醫審及藥材組做回復。

主席

請醫審及藥材組的代表。

醫審及藥材組 黃詔威視察

跟主席還有各位代表報告，醫審及藥材組這邊說明，針對序號1

這一案，中醫藥司已經在6月份提供了介接的資料，我們有跟資訊討論，一開始預估10月中旬會完成，我們目前會再跟資訊這邊確認，能不能提早完成介接作業，以上報告。

主席

所以跟委員報告，可能是文字寫得不好，應該是說中醫藥司有提供介接的資料，我們資訊組要去做系統的介接，可能要10月才能夠完成。

李永振代表

你上一次要繼續列管，因為這兩個原因，現在換成一個，另外一個還沒有完成，所以還要繼續列管，這樣可能會比較完整，不然的話只有寫一個介接，現在都已經完成，為什麼會跑出另外一個？我講的是這個地方，各位代表專家都很了解，我們討論過程要了解，但是將來應該會對外公開，這個公開的話，沒有刪掉會議的時候在邏輯上你們思考什麼。

主席

業務單位再作修正，第2個業務單位有沒有要回應？

醫務管理組 劉林義專門委員

第2個就是因為當初在中醫慢性腎臟病門診加強照顧計畫的時候，我們的透析代表有提到因為這個跟透析有關，所以希望到會上來報告，那時候中全會講的是8月，因為我們表訂8月其實是召開的是第3次，因為中間5月其實是召開第2次，因為5月剛好碰到疫情，5月那次停開，8月變成第2次，所以可能跟上次的決議有所不同，本來要排在8月，只是照正常的程序應該第3次，因為疫情中間漏掉1次，所以變第2次，另外第3點的部分，今天螢幕上show的資訊把他改過來，決議的事項應該剛剛委員講的序號5的那一段，有關修訂CIS指標的這個螢幕是有修正，做會議紀錄的時候會再把這段話補充進來。

醫務管理組 陳依婕科長

序號6的部分，業務單位補充說明，因為那個時候是在去年年底

就已經先討論高度複雜性傷科相關的支付標準修訂的案子，衛生福利部也已經公告要在3月1日生效，但是因為中全會的會員有陸續反應那個複雜性傷科的診斷範圍應該要做調整，所以中全會在上一次會議就是2月底會議的時候就有提出來診斷碼要調整的這個案子，並在臨時動議的時候提出來；不過在會上討論的時候，病名還是要在會後做確認一下，所以才下這樣子的決議，就高度複雜性傷科適應症的內容會後補充，提到共同擬訂會議上面去做討論以上說明。

主席

照剛才該修正的就請修正，接下來進行報告事項第二案中醫師診總額執行概況報告，請業務單位宣讀。

報告事項第二案

案由：5年中醫師診總額執行概況(含109年及109Q4)

主席

我先就教於全聯會，請看第5頁，現在有幾個分區平均點值是超過1.2，你們中醫總額有點值保留機制，定義就是分區平均點值如果超過1.2就用1.2算，全聯會你們有沒有什麼異議跟措施？那些細節請林義先補充說明。

醫務管理組 劉林義專門委員

大家看簡報的第5頁是我們先預估第2季的點值，可以看到平均點值的部分，目前有臺北業務組在第2季我們預估起來1.2142，東區是1.2367，根據中醫門診總額在108年有提供點值保留款的機制作業方案，這個作業方案有寫每個分區的平均點值以1.2元為上限，大於1.2元的部分，就是在經費來源，分區的平均點值假如大於1.2的話就會啟動這個保留款的措施，保留款的措施會應用在第6點保留款運用的部分，第一個他是以季為結算期，假如這一季的平均點值小於1，我們就用保留款幫你補到1，就是上限是1.2，到1.2的部分挪為這個保留款，保留款的運用就是假如你那一季的平均點值小於

1，就先幫你補到1。

第2點假如還有剩，就依序進行第2項跟第3項，第2項就是假如補到1之後還有剩的話，就會納到你這個分區該執行的醫療不足地區方案的巡迴醫療服務的點數，幫你補到1.5，假如補到1.5之後還有剩的話，再納入該分區執行巡迴醫療的基本服務的承作費用的獎勵，等於再加兩成，還有餘款的話就會列入該分區執行專款案件的獎勵，最高補到1.5，經過上述3項還有剩的話，就會納入其他區來執行醫療不足地區巡迴醫療服務的論量，這個部分是補到1.2，所以保留款的運用是這樣子。

目前因為有臺北跟東區會高於1.2，所以請問假如我們在第2季結算，因為第2季結算會從10月就開始啟動，就如我們的預估點值一樣，臺北跟東區高於1.2，照這個保留款的機制來做呢？還是疫情期間先不要照這個來做？這個今天要做一個決定。

詹永兆代表

這個其實早期超過1.2只有東區，幾年前東區一直在走這個模式，今年是因為疫情的關係，比較特別，所以可以把這個點值保留機制先保留下來，後續看怎麼處理？Q2臺北區及東區都超過1.2，因為疫情的關係希望今年跳脫點值保留機制，直接按點值發放。

主席

先確認就是不照這個走，必須在一個期限內發文給我們，後續要怎麼處理？

詹永兆代表

因為今年很特別，臺北區是重災區，所以把臺北區的錢拉到別的地方去，對臺北區是非常不公平，所以臺北區的錢回到臺北區，因為如果按照中醫總額點值保留機制這個模式臺北區的錢會跑到東區去。

醫務管理組 劉林義專門委員

看第1點，假如有超過1.2的部分，會把他保留下來變保留款，保留在該分區，譬如下一季臺北區的結算平均點值小於1的時候，這個款項還是會用在臺北區把他補到1點1元，然後他有個順序，1、

2、3、4 只有在最後一項，都還有剩的時候，所以第 1 項會優先補這個。

詹永兆代表

希望臺北區的錢留在臺北區，東區按照中醫總額點值保留機制走這個模式，很大一部分會跑到花東那裡去。

柯富揚代表

主席好，健保會的李委員，還有在場所有的中醫還有健保署的長官大家午安，疫情期間大家都很辛苦，我知道西醫基層是採取全年度的點值結算，因為西醫基層是在 109 年受疫情影響，中醫是在今年第 2 季的時候受到疫情影響，尤其是 5 月 17 日之後，我想在這個疫情期間包括費用點值也好專案執行率也好，其實都受到莫大的影響，在這樣的情形之下，我想這樣子的費用目前現行的規定中，還是都留在臺北區，當然這樣也凸顯一件事情，並不是在於臺北區點值高這件事情，在於臺北區這一次受的傷害特別大，應該從這角度來做思考，當然費用並沒有任何短缺，而是挪到下一季，點值 1 點的時候，就可以繼續補上去，如果在這樣子的情況之下還有剩，當然就會往該區的巡迴醫療等等，我想這個部分畢竟這是臺北區目前受到最大的傷害，我想請我們臺北區的主委表達一下想法跟意見，請詹益能主委。

詹益能代表

我覺得是這樣，我覺得先暫緩這個保留款機制作業，因為對其他會員有一點不公平，如果 1 的話，沒用完挪到第 2 項來，就變成專款了，這可能對其他會員不公平。

主席

我請教一下，你所謂暫緩是你台北暫緩，其他照樣執行，還是整個要重新研議？

施純全代表

主席，我想提供幾個意見，時代背景不太一樣，那個案子是我寫的，當初是為了解決東區的問題，因為當時費協會有委員覺得超過 1.2 要設上限，所以要設個上限的狀況下設立方案，如果超過 1.2 那

個費用要做怎麼樣的分配，是在那特殊的背景下面，那今天背景其實不太一樣，今天背景其實是因為 COVID-19 造成的，所以我覺得其實可以不用現在急著做決定，讓中醫公會全聯會，一個月內提修正版本過來，因為那個版本其實適用在平時，那適不適合用在這個狀況下面，會不會有新的狀況？去做一下修正反而會比較週全，這個要跟不要，我想都會欠缺考量，那個案子其實當初是為了東區，今天所看到的狀況其實會有點不一樣，所以建議請他們回去在多久時間內，下次會議前，提出修正版本，或是適用版本，其實也不是修正，因為兩個情形可能不太一樣，那原來那個案子可以暫停，看一下修正的版本再來決定，以上我的建議。

主席

全聯會的代表 ok？我們原則上就請你們重新提一個版本過來，時間就 9 月底之前，越早越好。

後面我再請各位看報告案的第 25 頁，有些專案的執行就教於全聯會，第 1 個特定疾病的各執行率輔助計畫，執行率 46.2%，所以還好，但是癌症病患就是 34.8%，是低了一點，所以請大家看第 28 張投影片，那兒童過敏就只有 28%，看到 29 頁，急症處置 12.6%，這執行率算是非常低，你們如果能夠說明就說明，當然大家一定又是講疫情，那沒關係如果能夠盡量去執行，因為我們既然計畫在執行，就盡量把它執行好一點，不知各位代表還有沒有什麼意見？

何紹彰代表

主席，各位委員大家午安，我看到 110 年第 2 季，我把它算了一下，第 5 張投影片，我們剛才討論點值 1.2 那一張，我想這個是換算非浮動點值與浮動點值，我們看非浮動占率，臺北區占大概 6 成，其他都 3~4 成而已，有大概 2 成左右的落差，不曉得這個事情有沒有什麼特殊的原因，因為照理說中醫都全體一致，為什麼落差會這麼大？就是我們預估點數的非浮動去除以全部點數，臺北區會落在 59.66，北區會落在 40.1，中區是 36.4，南區是 40.1，然後高屏是 38.9，管理上是不是有什麼特別之處？

主席

我覺得還好，其實以中區來看浮動與非浮動比率也差不多。

何紹彰代表

有特別看起來才知道比率比較低。

主席

這看起來是有，但這應該是數字呈現，你們找得出原因嗎？

何紹彰代表

假設要看應該看前幾季是不是都這樣，假設前幾季都這樣代表這個沒有問題，假如前幾季不是這樣分布型態，第1次出現這樣分布型態，表示它有異常，需要去做一些觀察。

主席

我覺得是應該值得觀察，因為當一個正式時間跑出來的，可能後面樣態，我們會後再去看一下整個資料，當然也麻煩全聯會幫忙看看，問一下你們同業可能會比較清楚。

蔡三郎代表

非浮動就是指藥物，非浮動藥物就是1點1元，所以這個不曉得可能還要查一下，可能我們開藥比平常次數減少，但是天數本來7天開14天什麼，就是變成藥物的比率比較高，所以非浮動點值的占比會比較高，我想回去再看看有沒有這方面的趨勢。

李永振代表

整個來看，我們第三案會講到第1季，第1季好像沒有這種現象，第2季是因為3級警戒，所以是偶發狀況，剛剛理事長有提到，可不可以用年度來看，因為如果是偶發的話，全聯會在9月底之前再提出來，會有一個比較深思熟慮的想法，另外主席有提到那些執行率比較偏低的，剛好明天健保會要開會，要報告109年執行成果的評核結果，我這邊先提一下，剛好呼應主席提到這個，評核委員有建議兩項要經費減少，一個是提升孕產照護品質計畫，一個是兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫，它是建議要經費減少，所以我決定大概看明天，不過我看上半年也差不多這樣，除了癌症患者加強照護整合方案超過孕

產照護品質計畫之外，是後 4 名之一，一個比較嚴重的是中醫急症處置計畫要停辦，這個給各位參考，那結果大概看明天的結論，大概就是這個方向，不會有很大改變。

主席

請柯理事長。

柯富揚代表

我要回應剛剛所提到的，有關為什麼臺北區域的非浮動比例偏高的問題，確實因為疫情期間，我們要有一個視訊診療，遠端醫療的一個模式，再加上很多慢性病的患者也都會加強提供給藥天數，所以在這個部分上，應該只有第 2 季會比較多，我想這個也是在這次評核中，包括民調會議中也會提到，就是關於中醫部門藥費過高的問題，這個部分我們也一直在監督，也會提出好的一個方法，做藥費的一個管控，我想台北區這個情形，只是單純疫期間，給藥天數過高所造成的一個非浮動占率提升，以上做這樣一個補充說明。

主席

謝謝理事長，有關這個我覺得在下一次會議說明，也麻煩全聯會去了解原因，好在下次會議簡單的說明，讓我了解怎麼會有這個問題，請羅代表。

羅永達代表

因為我這邊有第 1 季跟第 2 季的數字，今年中醫師公會全聯會其實費了很多的心血，就是為了把專案的金額把它提高，現在已經做成內部的建議事項，明年要把相關的計畫，把它打回以前的金額，一直在提醒說我們中醫師公會全聯會，一定要去注意這些事情，其中關係我也百思不解，比如過敏性鼻炎，以前那個完成率都很高，像第 1 季的時候才 11.6%，第 1 季是沒有疫情的時候，是疫情比較減弱的時候，我也不知道是什麼原因，但相反的就是昨天門診透析委員會在討論中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫的時候，得到大家包含門診透析的好評，大家都很努力在做，而且這次的第 1 季跟第 2 季，甚至在疫情期間他們執行率達到 45.7%，我覺得他們很努力在做，而且看得到

這個成果，但是有些東西一直都是中醫的強項，我只是一直想說為什麼兒童過敏性鼻炎的試辦計畫，這麼多人參與，怎麼在非疫情期間達成率才 11.6%(110Q1)，以前是不夠那個點值，因為我曾經做超過 100%，所以才跟健保委員會，要求那個金額要拉高，可是今年有沒有什麼樣的問題，可以跟我們解釋說為什麼在第 1 季的時候，第 2 季的時候我想都是受到疫情影響，甚至在第 1 季的時候兒童過敏性鼻炎的試辦計畫的達成照護率還是這麼低，可不可以現在就做個解釋，以上。

詹永兆代表

主席，各位委員大家午安，其實兒童過敏性鼻炎，醫學中心申報太少，實際上過敏性鼻炎一般及專案都可以申報，那兩者申報金額落差很小，所以醫學中心不願意來申報，實際上是這一塊我們鼓勵金額不大，因為落差沒很大，所以醫學中心自己評估就沒有進來，所以醫學中心報的太少，以上大概是這樣。

醫務管理組 劉林義專門委員

剛剛代表講的在投影片第 5 頁的部分，我們跟他比照投影片的第 15 頁，還有後面投影片的第 43 頁，我來解釋一下就是說，在第 1 季這個點值推估的部分，剛剛代表講的是非浮動的部分，我們回到投影片第 5 頁，非浮動的占率指的是 627 百萬，去除以非浮動加浮動當分母，就是 627 百萬加 1,049 百萬，這個除起來臺北分區大概是 37%，北區大概是 40%，假如合計值就是下面那一欄除起來就大概是 38%，這個數字會跟投影片的第 15 頁整體醫療費用，把它用分類的部分來看，非浮動指的就是第一欄的藥費跟第 2 欄的藥品調劑費，那這邊算法也是一樣，這邊是屬於第 2 季的部分，這樣就是 631 百萬加上 9.8 百萬，這就是所謂非浮動的部分，除以後面那個 1,701 百萬，那這個除起來是大概 37.6%，北區除起來也是大概 40%，那合計值大家看最後那一欄，除起來也大概是 37.9%，這是第 2 季，所以大家會考量說是不是受到疫情的影響，我們往後翻到投影片的第 43 頁，講的是第 1 季的部分，一樣把藥費跟藥品調劑費，同樣把那兩個數字加起來，

去除以分母 1,961 百萬，除起來還是 37.5%，所以第 1 季跟第 2 季就臺北業務組來講，都大概是維持在 37.5%跟 37.6%左右，北區除起來大概 40.8%，北區也大概 40%左右，全部的話也大概 38%，所以這個就跟我們預估點值那部分就非常相近，所以臺北並沒有比較高，反而是北區還比較高一點，以上說明。

何紹彰代表

這邊補充一下，可能是我第一個算錯了，因為我第一個沒有用 A 除以 A+B，不好意思。

主席

我們林義專委解釋以後，大家就豁然開朗，繼續下一個報告案。

報告事項第三案

案由：109 年第 3 季點值報告

主席

各位代表有沒有意見？沒有意見我們就給他確認，那我們就確認。

報告事項第四案

案由：109 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告

主席

各位代表有沒有什麼意見？沒有我們就通過。接下來進入討論案，今天討論總共有 3 案，我們進入討論第 1 案，請業務單位說明。

討論事項第一案

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」。

主席

謝謝說明，各位代表對這次我們業務單位提出來的這些品質指標的修正，大家有沒有什麼意見？如果沒有我們就通過，下一案。

討論事項第二案

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫通則五之部分用詞文字案。

主席

謝謝，有要補充說明嗎？我請教兩位專家，何代表跟施代表，對這個案子有沒有什麼意見？都沒有，業務單位應該可以啦，我們就照前面所提的修正通過，進行第3案。

討論事項第三案

案由：修訂嘉義縣東石鄉變更「110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」施行區域案。

主席

謝謝，全聯會有沒有要補充說明的？

詹永兆代表

除了這個嘉義縣東石鄉之外，剛剛報告的報告報2-8頁，還有雲林縣的四湖鄉及屏東縣林邊鄉，這兩個無中醫鄉漏列，應該一併列入。我們全聯會特別去求證，確實變無中醫鄉，因為雲林縣的四湖鄉及屏東縣林邊鄉的診所醫師歇業。

主席

請業務單位回應。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

這個我們會後再去查證，如果說這個真的是無中醫鄉，我們就會把它納進來。

主席

兩位專家不知道有沒有什麼意見？同意就增加兩個無中醫鄉。

李永振代表

內容ok，認定的內容再查證一下就好。在健保署說明3，最後有一個，就是有根據之後才去調整，不另行公告這兩個表，這樣會不會將來有爭議？如果不會就ok。

主席

我們今天 3 個討論案，不知道各位有沒有什麼臨時提案？

羅永達代表

昨天門診透析開會，中醫師公會全聯會報告有關於中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫，很難得中西醫開會將中醫的成果分享告訴西醫，這個案子其實有跨時代的意義，就是用中西醫的醫師給你同時治療同一種疾病，大家都知道門診透析其實是有腎臟內科醫學會，他行之有年，他有他的制度，我是講包括西醫門診透析，腎臟內科醫學會的專家，大家也都很肯定，這麼好的計劃的結果，像李代表是健保會相關的委員，讓他看到大家對這項計畫的肯定，應該告訴週五健保會的委員們，說你們做了這個努力，可以消除將來很多中醫在治療的症狀、實驗數據的證明，當中其實是得到很多肯定，我只是建議中醫師公會全聯會，好不容易有這樣成果，可以呈現給健保會，你們今年在爭取預算會有很大的幫助，我只是提醒說，馬上就要總額協商了，這麼好的結果要廣為宣傳。

李永振代表

羅代表這個經驗的話，明天下午就是會前會可以提出來，既然羅委員這樣講，我們也是要肯定。報告第 4 案裡面，品保款今年得到的是 79.8%，剛好在 6 月份委員會討論的時候，有提到這個地方，所以在上個月的時候，因為中醫結果還沒出來，以前說你要以有鑑別度的方式，另外三個部門都是最近三年是往上走，但是我看了中醫，107 年是 81.1%，108 年是 80.3%，109 年是 79.8%，是有往下降的情況，所以理事長在開會的時候可以提出來宣揚。

另外我想請教前 20%的是多少？你前 20%的應該很容易提供，今年 6 月份例會有決議，大概我們今年的最後一次會議提出來，110 年明年要分的標準，當時有決議就是要訂定具鑑別度之標準，這樣的話這部分才比較有意思，因為今年在討論額度的時候，大家一定很多意見，因為現在可以協商的部分不多，總預算快 8,000 億，今年大概只有 245 億，品保款就占 10 億，所以這個將來在健保會一定會盯這部

分，這一筆錢花得有意義，所以羅代表講到好的就是鼓勵，這樣才會讓整個體制往好的、善的方向走。

詹永兆代表

其實可以看 109 年品質保證保留款，報 4-3 頁就是品質保留款被排除或核減的項目，我們今年 110 年還特別有內部的評分，評分到前面 90% 才可以領取品質保留款，最後 10% 還是拿不到，所以我們實際領取品質保留款院所占率逐年下降，以上。

主席

請柯理事長。

柯富揚代表

首先感謝羅委員的肯定。有關中、西醫的共同照護患者，在西醫住院中醫彙整當中我們也看到，其實就算是疫情的影響，我們在西醫住院中醫彙整的執行率其實也是蠻高的。在慢性腎臟病的中醫醫療照護，我想舉這個例子來看我們另外一個在評核會中被批評的，就是有關中醫急診。中醫急診我們想的一個方式就是在於說，其實這項目可以保留，不用刪除。他代表的是不同方向的中醫協助西醫的醫療照護，在急診當中，大家都知道患者人滿為患，我們很想提供中醫的醫療照護，當然在磨合，尤其這是一個新的專案項目，所以我想執行上，確實是有困難。疫情期間，整個急診大概所有的患者都減少，有關包括像兒童過敏性鼻炎，其實在前年執行率因為破百，點值過低，所以當時有補了一些費用。中醫師是比較淺型的經濟體，所以導致一個情況…我們的利用率，像這次的評核會因為沒有辦法在現場實際回答問題，導致只是單純書面上資料，變成我們沒有很好解釋的機會。

中醫去年面臨所謂個別不肖醫師使用禁藥的問題，對我們影響很大，我們利用率其實一直在上升，到去年的 8 月份，我們的利用率已經上升到 27.6%，結果因為這件事情，讓我們的利用率掉了將近 1%，也導致我們專案其實多少也受到影響。好不容易在今年的 3、4 月，我們的利用率已經逐步上升快接近新高點的時候，又遇到疫情，又開始往下掉。所以中醫非常努力，我們中醫全聯會都是用我們自己全聯

會的錢去鼓勵中醫利用率提升的方式，包括到各個小學去做護鼻操，我們很多專案在每3個月開一次記者會來告訴患者，中醫可以協助幫忙患者醫療照護品質，在每年巡迴醫療訪視的時候我們也會發聲明稿，讓全國民眾知道健保會、健保署對偏鄉民眾的醫療照護，提供中醫這樣的服務，照護偏鄉的民眾，這些零零總總都是中醫全聯會很願意做的。這次巡迴醫療因為沒有醫療訪視，所以沒辦法呈現。

我們自己有做一個中醫的醫療網，這個APP只要點下去就能看到，不管是在巡迴醫療點、無中醫鄉鎮還有居家醫療，點下去就會有醫師還有看診時間還有地點、地圖都會跑出來，這也是我們中醫全聯會用自己的力量去完成。我們零零總總的一切，只想表達我們中醫可以做好全民的醫療照護。畢竟我們確實是比較傳統的團體，所以我們一直在努力中。

在這個地方跟組長、長官還有三位委員報告。有關品質保證保留款，在這額度方面我們今年會在下一次的研商議事會議中再提出來。我們還會納入所謂中藥的安全的課程，這課程會重申所有中藥相關的一些…包括安全指標、毒劇藥、禁藥，重新把法規、醫學課程，重新納入我們必修課程，這部分也會變成是鑑別度之一。也就是說這部分會在下次會議提出來，希望能把它納入品保款的項目之一。沒有去上這個課程、沒有通過這考試的，或者我們還會做稽核表，到各家診所查驗他中藥相關品質還有保存的相關規範是否有符合，包括他的毒劇藥會去查他的庫存表等等，我想這個部分會凸顯中醫的努力，在鑑別度上會做出更大的區分，以上先做補充報告，謝謝。

主席

謝謝柯理事長，我相信柯理事長跟各位中醫的先進對中醫的發展投入相當的心力。明天我建議如果有機會就好好跟各位委員做個說明及解釋，我相信各位委員一定會看到各位的努力。

醫務管理組 劉林義專門委員

剛剛李永振委員有問到中醫的品保款的部分，請看報4-5頁，因為委員關心他們的前20%，從報4-5頁表6就可以看得很清楚，中醫

的發放是有排序的，它的金額就是沒有一個固定值，他是做得好的話領到 90%以上，做不好的話領 20%、10%都有可能，在表 6 的地方。

李永振代表

算出來是多少？因為通常你們報到部裡都會說前後 10%，花了多少錢，像你們核發前 20%金額占率 107 年是 51.3%，108 年 52.2%，也是往好的方向走，做好的就給他多一點，本來品保款的宗旨就是這目的，結果像醫院的話 100%，沒有鑑別度。

羅永達代表

各層級表達的方式不太一樣，第二個其實對醫院相對複雜。

李永振代表

醫學中心可以說他的 level，大家爭取不要被踢出去，所以他會比較高，都是在 90%以上甚至到 100%。大家都拿的到，這樣的話就沒有鑑別度，好壞都一樣，這樣一定有人講話，我們都是升學班。

羅永達代表

因為代表有提到，醫學中心有個評鑑，評鑑裡面就有很嚴格的品質要求，你說要大部分去看，差一點點 10%或 20%就剔除掉，事實上他分數就差一點點。地區醫院你看他鑑別度達到 72%，就只有 72~76%有拿到，其他也沒拿到。區域醫院其實相似度真的很高，以現在目前的分數，要找出一點點的差異，要給的錢就差很多，事實上對醫院協會是很難的認定。所以你看不管是醫學中心、地區醫院、區域醫院，他們都會把錢分成幾塊，那些是基本要做的，那些是成績的部分，所以他們是有拿到，可是拿到的錢不一樣，為什麼，基礎的東西你要鼓勵他，鑑別這東西還是有明顯的不一樣，我想用這個機會跟代表補充一下。

施純全代表

我表示兩個意見。第一個就是說中醫的品保款其實不是看最後的數字，因為那個數字只能表示沒有領到的人，這些人有領到，領到的人有不同的%數，可能領到 10%、20%，他領到的那些人裡面，還有不

一樣的%數。其實他不是只有有執行到有可以領的人 76%，這數字不能看到全部的面貌，因為他有些人被加成，有些人被減計，這是第一個。

第二點，我還蠻意外羅委員講的，中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫兩邊都在討論，真的很難得，這是符合我們署長講的，做的好的事情應該先拿來讓各代表知道。我主觀條件認為應該搞不懂，很訝異的事情，就像署長之前講的，這是健保署的功勞。

中醫急症處置比較特殊，因為急診室打火所以目前還搞不定，所以把他廢除也很可惜，少了一個機制。但是他不像腎病兩邊開個會就搞定了，但急診的事還搞不定，其實急診的事也很急，不像我們單純想的，病人都要睡到廁所邊了，看中醫能否幫忙，問題有點不太一樣，所以比較複雜，所以還有努力空間，你把它取消掉就沒有努力空間了，所以也不一定很適合。但是腎病兩邊可以搞定有共識，健保署應該出來開記者會，這超出我想像，我本來以為搞不定，如果搞定，其實對民眾是很好的照護。

羅永達代表

因為主席英明，有多一點時間。你知道要搞定中醫跟西醫的腎臟病，有多少人努力過，包括他們請黃尚志理事長到高雄做溝通，他們在中國醫藥大學附設醫院及嘉義長庚醫院蒐集很多資料，光是修正的會議我就參加過兩次，他們腎臟科醫師在高雄做很多，他們接受腎臟科醫學會的建議修改，我覺得這是很難得雙方面的溝通，所以昨天的報告他們是從去年的 4 月開始，他們蒐集的數目不是很多，可是剛開始出來的東西至少大家在同一個標準上可以談話，以前腎臟科最大問題就是雞同鴨講，雙方面沒有辦法講同一件事情，所以有些東西他們達成共識，但也互相尊重，就是接受你剛開始的輔助，而不是剛開始都進入真正的純治療，而且期待後來有更多的資料可以去做這樣的分析。這次中醫師全聯會投入的人員有很多都是中醫博士，他們參與這個計畫，有共同的語言是一個很好的開始。像中醫的急診室，我實在不忍心講，他去那邊，人家就把他趕出來，因為這麼忙的時候怎麼可

能…只有少數像中國醫藥學院或是某些醫院願意去做這樣的溝通。所以我只是在講昨天我跟施代表都很訝異有這樣的成果，我相信將來會替中醫講話的人一個是李代表，一個是健保會的代表，他如果不知道，誰替你們說話。昨天因為他是在門診透析，他替門診透析說話，就像施代表講的，好的成果應該拿出來講，你們甚至可以拜託健保署幫你們開記者會，把這件事情告訴全民，這是你們努力的成果，花這麼多心血只有你們自己知道。

主席

不好意思我可能要先離開，我請吳參議繼續開會，因為我要去台北開會。線上的委員你們可以繼續發言，謝謝。

醫務管理組 吳科屏參議

我們請線上代表發言。

吳清源代表

主席、各位委員大家好，非常感謝大家對我們中醫的支持。事實上，羅委員講的就是我們之前很努力在做的慢性腎臟病整合醫學的合作。我們在今年5月的時候本來要舉辦慢性腎臟病整合醫學教育的訓練營，邀請台灣腎臟醫學會還有西醫的腎臟科，還有中醫、台灣中西整合醫學會、長庚醫院、慈濟醫院跟各大醫院整個整合起來，我們希望能夠做一個中西整合的醫學，彼此之間的交流，真的是因為疫情的問題，在這邊花點時間跟大家宣傳一下，我們現在確定要在今年的9月26日在高雄的和逸飯店舉辦相關慢性腎臟病中西醫結合教育訓練營，之後邀請大家共襄盛舉，再次謝謝羅代表對我們的大力支持，還有健保署長官對我們的大力支持，以上。

醫務管理組 吳科屏參議

線上還有那位代表要表示意見？現場還有代表要表示意見？請醫管組。

醫務管理組 韓佩軒專門委員

剛剛已經請同仁查詢，就是在討3-1頁，討論事項第三案，中醫

全聯會提到雲林縣四湖鄉跟屏東縣林邊鄉也是無中醫鄉，我們查了以後確實是，大家在這個會議同意的話，我們就把他加進去，開放中醫申請執業。

醫務管理組 吳科屏參議

我們今天就把雲林縣四湖鄉跟屏東縣林邊鄉納進去，今天會議通過。如果各位委員、各位代表沒有其他意見，今天會議就到此，謝謝大家的參加。

散會：15時19分