

「中醫門診總額研商議事會議」109年第2次 會議紀錄

時間：109年5月14日14時

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
吳代表清源	吳清源	黃代表怡超	黃純英 ^代
呂代表世明	呂世明	黃代表俊元	黃俊元
李代表純馥	李純馥	黃代表俊傑	請假
卓代表青峰	卓青峰	黃代表建榮	詹益能 ^代
邱代表振城	邱振城	黃代表科峯	古濱源 ^代
侯代表毓昌	侯毓昌	黃代表頌儼	請假
施代表純全	施純全	葉代表育韶	葉育韶
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	詹永兆
胡代表文龍	胡文龍	蔡代表三郎	蔡三郎
孫代表茂峰	請假	蔡代表宗憲	蔡宗憲
許代表美麗	請假	蔡代表明鎮	請假
陳代表建霖	陳建霖	盧代表胤雯	黃泰平 ^代
陳代表博淵	陳博淵	羅代表永達	羅永達
陳代表憲法	陳憲法	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

康靖華

衛生福利部醫事司

李中月、黃敏玲

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴、廖尹媛

台灣醫院協會
中華民國中醫師公會全國聯合會
本署醫務管理組

洪毓婷、董家琪
賴宛而
劉林義、洪于淇、林右鈞、
陳世卿、陳文蒨、楊淑美、
宋宛蓁、鄭正義

本署醫審及藥材組

張惠萍、高幸蓓、許明慈、
連恆榮

本署企劃組

陳泰諭

本署財務組

張晃禎

本署違規查處室

陳淑華

本署臺北業務組

葉惠珠、賴美雪

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 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：藥品型態為「丸劑」、「膠囊」及「錠劑」者，請中全會研議提供院所申報藥品品項時如何呈現其每錠、每顆規格

(單位含量)之方式。

2. 序號 1-2：中藥日劑藥費與生技新藥進行評估個別品項核價併行之可行性。
3. 序號 1-3. 109 年度中藥許可證系統功能介接功能預計 109 年 5 月底接通，須再經 1~2 個月的資料確認及核對格式等才會完成，在完成前，於調劑專用及須由中醫師處方使用之濃縮製劑藥品許可證註銷時，請中醫藥司通知本署。
4. 序號 2：中醫急症處置計畫全年執行率 4.1%，請中全會繼續加強執行。
5. 序號 3：診所無障礙就醫環境合格標準報告案，同意將中醫醫院及醫院中醫部門納入中醫品保款之設立無障礙就醫環境獎勵對象，並報部修正方案。
6. 序號 5：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」討論案。請中全會評估及研究「使用中藥與西藥之間交互作用」之用藥指引，以利健保署「醫療資訊雲端查詢系統」之建置及監測該類藥品異常使用情形。另對腎功能不佳病人，仍請中全會研訂中藥使用之指引，供全體中醫師參考。

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 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：

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.78742180	0.86191817
北區	0.81069430	0.88416212
中區	0.81516659	0.87962905
南區	0.86562617	0.91792211

項目 分區	浮動點值	平均點值
高屏	0.82172977	0.88806250
東區	1.10327739	1.06876737
全區	0.81957715	0.88512547

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：有關 109 年全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額結算方式，將採「全年結算」案。

決定：

一、洽悉

二、有關 109 年全年結算之相關作業如有執行疑義，請盡速研議可行方案供本署參考。

第五案：「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」已上網公開，請轉知所屬會員。

決定：洽悉。

肆、討論案

第一案：建請「研訂提升中藥用藥品質方案(草案)」討論案。

決議：

一、同意通過中全會所提「研訂提升中藥用藥品質方案」重點如下：

(一)目的：提升中藥品質、減少科學中藥自費比率、藥品申報正確。

(二)執行方式

1. 修正健保用藥給付規定。

2. 檢核健保藥品申報格式之正確性。

3. 修正健保相關法規中藥給付方式規定。

4. 與相關中醫學會合作推動 ADR(全國藥物不良反應通報系統)受理中藥不良反應案件之通報及分析。

5. 與相關單位合作辦理對民眾研討會、講座、海報等加強民眾使用中藥常識。

(三) 預期效益：

1. 增加健保藥品給付品項較 108 年至少 10 項。
2. 109 年新修正之藥品申報格式之正確率達 100%。
3. 民眾滿意度調查中科學中藥自費金額降低。
4. 辦理推動 ADR 講習會每年至少兩場次。
5. 辦理對民眾研討會、講座、院所海報張貼等每年辦理一次。

二、請中全會確實輔導所屬會員健保藥品給付項目不得向保險對象收取自費。

第二案：建請修正「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之指標「於同院所針傷科處置次數每月大於 15 次之比率」為 18 次，以符合中醫院所臨床現況案。

決議：

一、放寬針傷科處置次數與品質無關，本案不通過。

二、建議中全會可修正或研議與品質更扣連之指標取代。

伍、散會：16 時 20 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」

109年第2次會議與發言重點實錄

與會人員發言摘要

主席

理事長還有各位代表分區業務組的同仁大家午安，感謝疫情期間大家來參加中醫總額研商議事會議，現在疫情有比較好一點，大家都還是戴口罩，因本會議人數較多，社交距離還沒有達標，而且沒有隔板，所以還是要戴著口罩，今天會議就開始。今天共有5個報告案，2個討論案，首先各位代表們看第4頁到第8頁，上一次的會議紀錄，請大家過目一下，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，會議紀錄就先洽悉，大家如果等會有問題可以隨時提出來，好，就進到報告事項第1案。

報告事項第1案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

前次決議事項辦理情形大家有沒有意見？來，先請羅院長，再來理事長。

羅永達代表

我想序號3，已經在很多次會議都提到，問題在於說錢是來自於品保款，今天是政府編的預算，我們一點意見都沒有，用我們大家一起努力的東西，尤其醫院的中醫部品保款爭取上我們盡了很大的努力，可是在品保款的分配當中就告訴我們拿來當做獎勵的事項，這個是醫院裡面很不服氣的，我們當然了解診所需要很多無障礙空間，這我們同意，政府願意編餘款對民眾提供比較良好的環境這也是合理的，不應該用品保款，品保款是大家一起努力的東西，分配要公平性在，以上。

主席

理事長這邊。

柯富揚代表

有關序號1，我建議是不是我們昨天既然已經行文，就是可以解除列管，原本寫繼續列管是因為中全會還沒有行文，我們昨天其實有行文，與會的代表都同意通過的話，是不是就應該解除列管，再來是報1-3，也是在序號1的地方，因為既然要知會中藥同業公會個別品項核價，關於這1點就我們使用端來看的話，各個不同的藥廠他的報價都不相同，我們現在申報是採日劑藥費，所以看起來似乎不需要用每單位價格去做核價，再來是在處方來講因為每個醫師處方裡頭複方跟單方也不一樣，比例並不相同，所以就中全會的角度來看，我認為是並沒有個別品項核價的必要，最後就是

在報 1-6，其實我們中全會所提供的是目前所使用必需按照全民健康保險的相關規範，也就是必需濃縮中藥製劑，這些都是由主管機關核准的 GMP 中藥材濃縮製藥且領有藥證的中藥製劑，所以基本上都符合所謂的含異常物質的限量規定，也就是說目前所核准的藥是中醫司可以核發使用的，目前全部都沒有中藥毒性的相關報導，再來中藥品項目前一定要在藥證的制度下才可以使用，雲端藥歷查詢系統這時候並不可以輸入其他沒有藥證的中藥，既然是這樣根本不可能建檔其他有毒性的，因為目前合法使用的都是沒有毒性的，所以在這個地方中醫全聯會的想法是如果有相關的研究然後這個報告可以顯示說這些中藥確實對腎臟有毒性，我們可以隨時去做更新的動作，這是全聯會所看到的事實，以上。

主席

這邊是黃代表。

黃俊元代表

台灣醫院協會代表黃俊元第 1 次發言，針對剛剛第 3 項有關品質保留款，上次的決議我記得主席跟中全會都決議同意把醫院納入，可是這次的發文給醫事司決定要不要，我覺得跟我們上次決議完全不一樣，上次是已經同意，中全會也同意說品質保留款要把醫院納入，我們中全會只是提供診所核可的名單，已經都有各個醫院評鑑的名單，各個醫院經過評鑑都是符合無障礙空間，頂多醫事司要不要去看一下而已，當初主席已明確裁示決議發文，中全會也發文回函同意，醫事司怎麼會去決定要不要同意，這個錢應該是我們決定的吧，中全會決定要不要給，醫事司只是決定說那些人是符合要來分配這個錢，所以這個如果沒有解決應該要暫緩，錢不能發出去，發出去到時候各個醫院已經通知去做無障礙空間，結果這次品質保留款對醫院代表是沒辦法交代的，而且這次決議發函給醫事司跟我們上次決議完全不一樣，上次沒有說叫醫事司決定錢發給醫院，我如果沒有記錯，上次的會議決議沒有這一題，我特別再強調。

主席

還有沒有別的，對於這個案子有意見的，我們一個一個處理，首先第 1 案就是報 1-2，剛剛理事長這邊講說要解除列管，剛剛才拿來看的公文，這邊有交代說是粉末顆粒的就申報公克，丸、劑或膠囊的就申報為 1 顆或 1 錠，好像又欠缺 1 顆的劑量是多少？1 錠的劑量是多少？這個如果沒有的話跟粉末就沒辦法對比，因為會不會 A、B 藥廠的 1 顆、1 錠，其實公克數是不一樣？這個有標準化嗎？這些科學中藥均經中醫藥司核准，有關劑量部分，中醫藥司這邊有沒有什麼要回應？

中醫藥司康靖華

藥廠其實相同藥品中藥會不一樣。

主席

對啊！所以你只有講 1 錠或 1 顆，沒有劑量，資料不足。

中醫藥司康靖華

膠囊可能 500mg，或 1000mg，所以沒有一定。

主席

所以，現在理事長這個確實是越來越好，越來越科學，但是我們現在臨門一腳還缺 1 錠或 1 顆，所以如果院所要申報的時候，你是開 A 藥廠的某某 A 藥是多少 mg，你 1 顆沒關係但是你要告訴我的 1 顆是 500mg，還是 300mg，類似這樣才可以啊，好不好。

柯富揚代表

這部分是可以請中醫藥司協助，因為藥廠是中醫藥司核可的，所以中醫藥司應該有最清楚的資料，就是不同的藥廠或許某家藥廠並沒去審錠劑，我可能不清楚，中醫藥司絕對有完整的資料，不同藥廠不同藥，每錠每顆是零點幾克。

主席

這個能不能由醫師自己寫？

柯富揚代表

也可以。

主席

到底是每錠每顆是有標準的規格，但是你申報的時候也沒有申報那個藥廠的，你不會申報你是用那個藥廠的藥，所以你根本對不起來，就算知道說某某藥廠，他有生產 500mg、300mg，可是我不知道你用那個藥廠，所以你說你用 1 錠，那又什麼意思？

柯富揚代表

我就是再把錠劑、顆粒，再註明每錠、每顆是多少劑量？下次再補上。

主席

來，陳醫師。

陳憲法代表

上次我們討論裡面把用藥的定義，本來申報的規格，1 日幾次，每 1 次的量。

主席

你是 1 天總劑量嘛，這是你們主張的。

陳憲法代表

主張 1 天多少量，所以現在申報不管他是幾錠來講，是申報 1 天幾錠再乘以日份，就是全部的總劑量幾錠。

主席

1 顆是多少 mg？

陳憲法代表

但是這個情況之下，藥廠其實有他的規格，

主席

可是你沒有跟我申報是用那個藥廠，所以我們還是算不出你的總量。

陳憲法代表

現在就是說這個地方要區別錠劑裡面還有藥丸，其實藥丸譬如說 600 公克是 1 仟顆，大部分都是固定下來的，製造出來規格有沒有統一，我再確定一下，現在說明一下是以日為主，錠是幾錠？是同一個規格，再探討一下同時衛福部的部分能夠協助我們規格到底有幾種？如果規格是統一這就好辦了，所以是以日劑量為主。

主席

對，同意你們用錠、顆，這都很好，科學可以計算的以科學的數字，現在相對於粉末，顆粒狀有幾克，但 1 顆或錠劑量，那這樣子有人用錠劑有人用粉末，可是東西是一樣的，無法比較，所以這部分還是請繼續列管，直到弄清楚之後可以全面採行，報 1-3 這個部分，我們會去調查，我知道不同的廠牌不同的複方單方，這是每個醫師專業去判斷，不過沒有關係，西藥也是一樣，同樣 1 個病症 2 個醫師開的藥也不盡然完全一樣，有些西藥也有單方也有複方，我們純粹只要知道使用幾克或者幾顆、幾錠，可是 1 瓶總是有個價格，價格除以克是多少錢，慢慢的科學化把他收集起來，這樣子將來可以取得科學的數字，再來我們會去做這個市場調查，這個應該沒有什麼疑義吧。

再來是報 1-5，這個品保款，確實我們沒有要醫事司決定要不要納入品保款，我們純粹是問他說現在的狀況如何？診所、醫院試用是怎麼樣？我完全可以理解醫院現在通過無障礙設施的標準遠遠比診所還要嚴格，因為這次診所調查的只有出入口，可不可以進的去，就是低標，就是有沒有無障礙的通路，裡頭也有很多的選項，然後出入口夠不夠寬？還有如果設在 2 樓必需要有電梯，因為沒有包括無障礙廁所，扶手或者是導盲磚都沒有，可是這個醫院可能都有，無障礙設施，所以確實在發品保款不是醫事司在決定的，是本會在決定的，所以各位看我們這次用這麼低標，3724 家中醫診所，只有 323 家合格，占 8.7%，連 10% 都不到，意思就是說現在醫事司

讓大家自評的只是輪椅進的去進不去診所，或者是有沒有人可以來協助，有電梯或呼叫鈴，這些都只有 8.7%的診所是合格，就代表其實中醫診所對無障礙者是不太友善的，就是老人推輪椅都無法進去，只有 8.7%是可以的，但是可以之後進去，也還不曉得有沒有無障礙廁所，或者是扶手或者是導盲磚都沒有，所以在這樣的情況之下要分配品保款，標準比醫院低標，如果說診所可以分配品保款，醫院不能分配那就很奇怪的事情，我們上次的決議其實大家都同意醫院也可以分吧，我記得是這樣，不曉得大家的看法怎麼樣？是醫院不能分還是可以分，。

劉林義專門委員

現在的困難就是說因為品保款要分錢，這是一定有經過公告的程序，108 年品保款其實在 108 年 5 月就公告了，公告的時候只有基層診所，中醫的診所。

李純馥代表

因為他是一個加分題，他不是一個單獨的錢，他就是在那個分數裡面，有給一定的比重去加分，所以醫院也有架構上面可以得分的部分，所以不是有設施就給多少錢，是一定的分數比較高。

羅永達代表

當時在公告之前就抗議過，不是現在才抗議，已經從去年在談各總額就知道，當然醫院跟診所的項目那些項目是可以達到品保款的標準的加權項目裡面，我們當時就有提出來，不曉得後來包括上次跟上上次包括中全會他們都有提到，我沒看過那個公告。

黃俊元代表

其實中全會依照我們上個月會議也同意這件事，我還是一個公平性，如果大家覺得說這筆錢，我想還是為了醫院代表，這筆錢從中醫總額拿出來的品保款，那你說這個只能給特定的某些人，意思是衛福部已經有某些建築規定所以你不能拿，那這個邏輯是不通的，說我要鼓勵你，那照理講很多醫院今年設了很多實驗室，那健保署或流行疫情中心也不用再補一些設 P2、P3 實驗室的費用，這是鼓勵嘛，鼓勵這些以前有做或投資這個資源的應該要有，那是大家分配的原則，我還是要強調一個公平性，絕對不是錢的多寡，或許分配的人只有兩千三千，可是那個公平性，很難跟醫院代表交代，或許這個後來決議就是不發，我們要很清楚，有一個原則，不是錢多寡問題是公平性問題。

主席

醫院評鑑有沒有因為這個不合格的？

羅永達代表

沒有，我是醫院的評鑑委員，醫院的設置標準裡面以前是第二項的部分，沒有過根本沒辦法評。

主席

社保司有沒有意見？重新公告有沒有問題。

盧胤雯代表代理人黃泰平

要在今年去更動去年的公告。

主席

對，去年五月的公告，因為當時並沒有知道醫事司對於中醫診所無障礙設施要調查什麼項目。

盧胤雯代表代理人黃泰平

因為當時的公告是要鼓勵診所去做無障礙設施。

主席

因為醫院都達標了，診所普遍沒有。。

羅永達代表

這個鼓勵沒有排除我們。

主席

對啦，當時的意涵只是鼓勵診所如果可以做到應給予鼓勵，但並沒有說醫院做到不會給予鼓勵。

盧胤雯代表代理人黃泰平

應該就是今天來到會上討論能夠有共識，就按照共識處理。

主席

沒關係，因為上次是有共識，但是不知道那個合格率是多少？如果社保司可以，公告還是要透過衛福部這邊。

盧胤雯代表代理人黃泰平

那今天討論的結果，我們回去再與署裡看看怎麼處理。

主席

好，公平性很重要，程序上可以彌補就去做。大家覺得醫院可以嗎？我們總額這邊，事實上品保款是總額大家共同表現的結果而得到的品保款，是大家一起努力的結果，醫院也努力很多，特別在評分的時候醫院很多專款的計畫都是醫院在執行。那表現的好壞也跟評分有很大的關係，如果這些品保款讓醫院同樣一個項目沒辦法分看來是挺不公平；另外一個，現在無障礙的一個標準，醫院顯然規格比診所更高，那規格低的診所，雖然 8.7% 的診所符合，但低標都可以分，高標卻不能分也是一個問題；那第三点的部分，社保司代表也同意如果今天有決議的話，我們可以循程序再來做修

正，那程序上就由我們這邊來負責，不曉得大家有沒有意見？有沒有哪一位對這樣決議有意見？還是這就是今天的共識？

柯富揚代表

中醫全聯會支持這個決議。

主席

好，那我們就到這裡，不再討論。

報 1-6，理事長剛剛談的我們都同意，就是說現在其實科學中藥都是有藥證，可是西藥也都是有藥證的，對腎功能不好的有些西藥應避免再開，中藥應該也有這種概念，並沒有說你的藥品有腎毒性，不是的，有腎毒性的藥品現在都沒有了，就是馬兜鈴酸的這些東西，現在是說腎功能不好的病人中藥有沒有什麼藥建議避免再開，有沒有類似這種 guideline，像西藥對於腎功能不好的避免再開 NSAID 的止痛類的藥，這種概念在中藥有沒有？那 NSAID 的藥當然都是合法的藥，在某種情況下用都是沒有問題的，但對於這些腎功能比較差的病人，有沒有要提醒醫生那些藥盡量避免使用，可使用替代藥之類的概念，顯然這個還是要請你們提，因為這是很專業的問題，如果可以提對同業或病人都好，理事長您覺得呢？

柯富揚代表

對中醫全聯會來講，我們也很願意提供這樣的資訊供臨床醫師參考，那目前的現況是真的沒有。

主席

真的沒有？

柯富揚代表

真的沒有。因為如果有的話就會被提出來的，那我們也問過台灣腎臟醫學會。

主席

台灣腎臟醫學會不懂中藥，只有你們懂中藥。

柯富揚代表

臨床上我們還有 ADR，就是所謂的中藥不良反應的通報。

主席

沒有到不良反應，就不要弄到不良反應，吳醫師比較熟，請吳醫師說明。

吳清源代表

主席，事實上我們要根據 Evidence-base，那目前我們沒有看到這類 SCI 的 paper 發表，不過我也支持理事長及主席的意見，那假如相關方面 SCI 的 paper 發表，我們會立刻加以追蹤。

主席

到目前為止都沒有？

吳清源代表

目前為止我更新到現在都沒有。

主席

是，中醫藥司有意見。

中醫藥司康靖華

是，我想補充一下，因為我們是從 90 年有建置中藥不良反應通報系統，其實我們不像西藥那麼嚴謹，一定要經過院內不良反應小組，為了評鑑都會有院內先審核過，確定這是院內不良反應通報事件才會往上通報，那在中藥的部分因為案件量較少，所以鼓勵性質的話，只要有懷疑都可通報，我們也有專家諮詢小組去進行討論，那假如臨床上有一些腎臟科醫師真的懷疑病人吃了中藥之後比如說腎功能有異常的時候，非常歡迎他到我們中藥不良反應系統通報，讓我們的資料庫更完整一點，我們或許可以去找尋一些 case 是不是有這樣的影響，以上補充。

主席

可是你要冀望西醫在跟你通報病人吃了什麼中藥，這又遠了一點啦。說中醫最懂中藥，也許你們的專業都知道什麼東西要避免，可是不一定每個醫師都有標準的作法，好的醫生自己都在避免了；西醫也是一樣，很多醫生都知道腎功能不好的人盡量要避免使用 NSAID 的藥，可是還是會有一些醫師他還是要用，那一定有一些理由，我想這是你們的專業我們沒有答案，我們只是說拜託能提出來，這是增進病人的利益也增進醫療用藥的安全。

羅永達代表

其實有很多的藥並不是它有毒性。

主席

本身沒有毒性。

羅永達代表

我舉個例子像腎臟內科用的利尿劑 Lasix，可是我們中醫這邊也很多利尿的藥(茯苓)，事實上西醫在開這個藥的時候，他不知道你已經用了這個藥，所以它本來要 1 顆可能給半顆而已，類似這種重複加強的藥，有些是重複衝突的藥，這些東西不叫作毒性或腎功能毒性，你必須讓西醫的醫師在使用藥，因為這次 2 天的 CKD 跟 Pre-ESRD，在同時使用藥的過程當中，他一定會知道除了我開的 Lasix 之外，其他中藥有沒有什麼是利尿的，會不會造成電解質不平衡，這些東西對他們是重要的，剛剛吳主任都沒有講

這塊，正等著你講，因為這些重複加強的中藥，西醫是完全不懂的，中醫必須提供所有跟腎功能有關的，不管是利尿的、腎功能恢復的或活血化瘀的藥，必須讓西醫醫師知道這個藥過去在使用時參考的值，我覺得這是很重要的一塊。

主席

而且病人在服用西藥也會影響中醫師開藥的行為，對不對？這些 guideline 中醫可不可以慢慢地整理出來，因為這是一種教育也是醫療品質提升的 guideline，吳醫師。

吳清源代表

謝謝代表、主席，事實上我剛剛比較 focus 在腎毒性這塊，這樣的話其實是擴大，讓更多的西醫能夠了解我們中醫在用什麼藥，就像西藥裡面一些止痛，各科都開止痛藥，這樣是很不好，我們將來會盡量整理出來，當然中藥裡面有很多同一種藥有很多作用，我們會盡量整理出來大的歸類，這樣比較不會像代表剛剛講的用 Lasix 和五苓散之類加強它的作用，這樣讓彼此之間更加了解。

主席

你說你的 guideline 要讓彼此了解，不是這樣，你也要讓你的同業知道，最主要是教育你的同業。

吳清源代表

我知道，謝謝主席。

羅永達代表

凡是有加強的、減弱的、互相干擾的，我覺得這三大類都要整理出來。

主席

這個部分就看看理事長和你們團隊這邊可以來做這件事情的人出來，因為中醫還是可以越做越好啊，對不對？整體品質的提升很重要，好，謝謝，那就到這裡。接下來下一案。

報告事項第二案：中醫門診總額執行概況報告

主席

各位代表對於執行概況有沒有什麼意見？

黃俊元代表

醫院學會代表針對這個議案第一次發言，我是建議這個資料未來可能可分醫院和診所，因為像這次防疫裡面，不同層級的衝擊影響，那因為這次你是統計第 1 季，事實上很多醫院在統計是 1、2 月，已經確定那時候是

過年跟去年統計 1、2 月就會校正，真正要統計是 3、4 月，因為疫情影響最大的都是 3、4 月，因為現在第 1 季合併看會不準，不管後面我們要討論的議案，這是給署做參考，因為第 4 季的，1、2 月碰到去年過年的因素要剔除，然後真正來看 3、4 月，要不然我們看到好像沒有，事實上再分析下去我們醫院不同醫院也有不同影響，不同層級醫院負責工作不一樣，那基層診所分擔很多醫院的工作，這段時間可能很多病人往基層診所去，也要凸顯診所的辛苦，這是提供資料的呈現方式，要不然今天資料是整理得很完整，但對我們來講，看到的是模糊掉的，因為 Q1 合併起來就看不出我們後段要討論的議案，以上作補充建議，謝謝。

主席

謝謝，還有嗎？

羅永達代表

報 2-8(簡報 P.14)，為什麼中區每件點數都偏低，是六區最低的，有沒有什麼特別原因，因為這跟件數不一樣，是平均每件的點數。

主席

你說中區最低，中區為什麼最低？那個誰可以說明，請中區的代表。分區業務組有什麼特別的說明嗎？來請陳代表。

陳博淵代表

中醫申報其實沒有多少項目在申報，那每件比如說你針灸加內科開藥，這樣的話申報的錢會多，就是說它開的天數慢性病開的多，那它每件的錢就會報的多，那其他的開 7 天藥大家都是一樣，可能是這種的差別，那可能要參照看慢性病的件數多不多這樣來看平均每件的點數。

主席

還有嗎？剛剛黃代表提的，沒有錯這次的疫情影響，1、2 月正好是平均是因為過年的關係，3 月份剛開始不好，4 月份也不好，特別醫院不好，中醫的部分是醫院不好，診所還可以，合計都被平均掉了，所以看 P.16 投影片，3 月份確實比 1、2 月平均件數少，但是剛剛黃代表說 3 月份要分出醫院跟診所，不要分出醫院診所就知道醫院有多慘了，那醫院的問題是大家不去醫院，不是沒有中醫需求，所以就會回頭去找診所，確實看出來是這樣，診所應該是沒什麼影響，差一點點而已，但基本上應該可以在誤差範圍內。西醫也是 3、4 月影響非常大，所以中醫的部分應該是相對影響小的，不過醫院的中醫部應該有影響，應該有 2-3 成以上的影響都有。

羅永達代表

因為我們來之前問過很多的醫院，像長庚，很多針、傷科都少一半，有些內科少 2-3 成，大概平均下來都降 3 成以上，可是我們看到很多資料

裡面，很多診所大概都降微乎其微，將來分配第 1 季的時候，可能要另案考量這個問題，否則就有點不太公平，等到報告第 4 案再提，這是一個很嚴重的問題。

主席

等一下再提，這個執行概況報告如果可以的話，下一次再把第 2 季的資料，再把 3、4 月的醫院、診所拆開分析，相關的表格讓大家知道，好，那大家有沒有意見。這次的第 1 季所有的專案執行率都比較差，全面都沒有達標，這件事情再請大家留意，因為很多專案都在醫院做，醫院的影響真的比較大，這個部分就麻煩大家留意，那我們就第 3 案。

報告事項第三案：108 年第 4 季中醫總額點值結算結果報告

主席

總額科是不是再補充一下那個有兩個計畫，孕產婦及過敏性鼻炎，在 109 年計畫有沒有調整，分別說明一下，因為點值已經低於 1 點 1 元，是不是有做一個調整，說明一下。

劉林義專門委員

我們其實都會監控每項專款執行情形，會跟全聯會保持聯繫，那在 109 年的部分，我們已經知道孕產婦的經費在 108 年會不足，在 109 年其實有增加 2500 萬，總金額是 9000 萬，那過敏性鼻炎也有增加 1200 萬，以上說明。

主席

這個都已經有無縫接軌了，我們都有留意，好請羅院長。

羅永達代表

剛剛聽到那個數字，增加 1200 萬，你現在目前那個兒童過敏性鼻炎點值已經到 0.58 多了。

主席

1200 萬是增加 50%。

羅永達代表

可是你看你要增加 1 倍。

主席

對阿。

羅永達代表

要不然說實話，每個在做的人，尤其在做這個過敏性鼻炎的相對是比較辛苦，你把這個錢加上去也不會到 1 塊錢，搞不好 0.9 都沒有。

柯富揚代表

過敏性鼻炎本來是 2000 萬，去年因為執行的關係變 1000 萬，那今年是 2200 萬，等於是增加 1.2 倍。

主席

這個執行的狀況就是大家努力，如果有成效很好、鼓勵不足或預算不足的，我們就應該努力爭取，我們這邊也會幫大家把關，那如果有不足你們也要努力爭取，這個點值大家還有沒有意見？沒有就洽悉，再來報告案第四案。

報告事項第四案：109 年中醫門診總額結算方式，將採「全年結算」報告

主席

因為疫情的關係撲朔迷離，疫情也不知道有多長，未來還會不會有什麼變化，那牽動到的就是醫療系統裡面病人看病的行為、醫師的壓力、醫院的壓力，所以今年的點值如果照原來 4 季去分配擔心有 4 季不均，然後造成總額不均，也許到時候會有點值的風險，所以部長也核定了今年是全年結算，這個案子大家有沒有意見？好，羅院長。

羅永達代表

我想做一個說明，今年真的是非常特殊，醫院裡面所減少的部分是非常非常劇烈，但看今天的數據，診所部分似乎沒有影響那麼大，即使是全年的結算，我想因為這是中醫總額的執委會，所以大家可以有權力決定一些事情，譬如說我們當時對一些風險校正的東西，像東區我們特別給他 1 點 1 元的保障或者是更高的保障，其實就是針對某些比較特殊或者同樣都是我們的夥伴能不能給它有些補償，比如有一些醫院裡面針、傷科降到 50%，內科降到 30%，是不是有可能，假如說整體降 10%，在點值上面可以用 0.92 或是更高，每一個超額階段當中可以增加點值的不足，我想這個整體來講，對於你們原來去年第 1 季點值只是 0.9069，現在到 0.9225，你們是有這樣餘力去做重新分配，不過我想這個就是大家共體時艱，這是整個中醫執委會要去考量的，所以我也希望中全會是不是有什麼表示或什麼決定，謝謝。

柯富揚代表

在這裡做一個補充，基本上來講中醫在疫情比較嚴重的第 1 季，目前的平均點值也才 0.92，並不會有因為疫情的關係所以點值過高、利用率過低的問題，事實上在中醫並沒有，在醫院端來講的話，可能還是要請健保署實際上做個計算，我們在看前面的表格上，在報 2-11 醫院的中醫科申報件數減少 8%、申報醫療費用是減少 1.4%、平均每件醫療費用點數成長 7.1%，

這些數字都告訴我們醫院端確實有影響，但到底影響多大，需要去做個試算，在這個部分，就像西醫的部門也是一樣都受到影響，政府是不是有一個統一標準整個去做紓困的動作，至於在報告事項第 4 案，全年結算來講，涉及到補付的問題，之前會有一個暫付，暫付完會有一個補付，補付大概是以兩季以前整個算完之後就會補付，如果是全年的話，補付是不是也是兩季後就補付呢？還是一定要整年度完成才能補付？中醫端來講，我們看到疫情並不是影響那麼大，中醫其實可以每季結算都 OK，以上補充。

主席

還有沒有，請黃代表。

黃俊元代表

醫院代表黃俊元在這個議案第一次發言，資料確實一季一季，當然也不用報全年，我們只是提議覺得應該是上半年、下半年，因為現在其實從世界各國疫情，我們已經連續 30 天本土零確診，病人其實慢慢從這個月可以出來，也經變成慢慢回流，7、8 月如果還算穩定的話，7、8、9 月其實不管是醫院、診所，服務的話都集中回流，不管現在振興經濟、新防疫方案，我覺得還是要提案讓衛福部知道，中醫不是要全年結算，我覺得上半年結算，其實像剛剛我們全聯會理事長講的 0.92，可是還是要總體，因為你今年一定知道 Q2 受到很大衝擊，因為在 3、4、5 月是最明顯的時候，那 7、8、9 月如果照現在病人有慢慢回流，穩定防疫正常，其實應該下半年的結算，等到一年點值多少，那個跟紓困一樣 1 萬塊，等你兩個月再來領，對於很多診所、中小型醫院可能沒辦法支撐，對它可能也是一筆很大的金額，所以提議應該上半年就要結算，下半年結算，如果有問題再做調整，那等到 1 年後，我們整個 1 年都要不確定性不知道點值是多少，如果知道上半年，類似滾動式防疫、滾動式結算，我們就知道 1、2、3、4、5、6，那 7、8、9 如果照我們現在的趨勢看起來或許慢慢會解禁，其實醫院有些病人慢慢回流，比較放心防疫，醫院也解除插卡，境外也沒有，所以我會提議說是上下半年結，或許跟衛福部的決議不一樣，但我覺得應該要把這個爭議在這邊或許可以解圍，我提議這樣建議，以上。

主席

其他大家有沒有意見？

柯富揚代表

因為我們不管是當季、前一季或最近一季，定義都是以 108 年第 4 季結算，那 108 年第 4 季中醫點值蠻低的，我們今天有通過，也就是大家所領到的並不會太高，當然署是對我們很好，就是原本我們暫付是 8 成，現在暫付將近 9 成，還是有比較好，只是去年第 4 季對中醫點值蠻低的。

羅永達代表

現在這個案子是報告案不是討論案，今天現在的這個決議會改變你們原來的決定嗎？如果說可以改變的話，我想今天包括醫院協會、中醫全聯會都是同一個問題，沒有看到整個全貌，不知道醫院影像有多大，那他們要做相對的對應的時候就有困難，所以有沒有可能這個案子先暫緩，然後等到他們看到數字再提出來，我們再決定 109 年該怎樣去結算，不然現在沒有一個人敢在不確定的時候去決定很多的事情。

主席

還有嗎？總額科要不要說明一下暫付補付的問題？還有前一季點值的問題。

劉林義專門委員

首先是暫付，暫付 3 月份是用去年同期來做，這一塊我們會每個月去檢討，當然如果疫情都恢復正常的話，我們應該也會恢復原來的暫付的狀況，那這樣就牽涉到最後的核算，部長現在是核定用全年結，那會等全年結算後再去看那個差額然後再補付；第二個是剛剛理事長提到，有關用當季、前一季或最近一季，這就牽涉到假如是全年結算，因為全年結算就沒有所謂季，所以我們去看很多的專款或是一般提到當季、前一季的話，當然前一季就只有 108 年第 4 季了，108 年第 4 季點值比較低，這就要看全聯會覺得說，因為比如說偏鄉，我們要鼓勵偏鄉，所以我們會依你前一季的浮動點值補到 1，它假如用 108 年第 4 季來當 109 年的話就會補的多一點。那這些方案還是依照部長指示用全年結算，全聯會這邊也還可以做試算，就你們覺得用這樣合不合理，這部分只是跟大家提醒說，假如是全年結的話，就會連帶有專款有涉及到這些部分的話，就會隨著改變，另外假如全年結的話，也會牽涉到你們對東區的保障，你們對東區假如設定一個最高 1.2 類似這樣的話，那全年結會有什麼狀況，你們對東區會不會有委屈的情形，因為部長指示全年結算，所以我們依部長指示幫大家提出大概有這些問題，後續就再討論。

柯富揚代表

在東區的部分，我們在預算分配來講它也是 2.22%，這是總額的部分，那點值的部分也是 1.2，這也是絕對都沒有變，那全聯會的意思是指說我們會有一個補付的部分，之前的補付，院所在當月 20 號之前要去申報前一個月的健保，那我們會先給一個暫付，可是我們最後通常會有一個結算，結算之後給補付，如果我們是以全年結算的話，那補付的部分今年第 1 季可能要拖到明年才會補付，我的意思是這樣子，所以如果補付的部分看要採取什麼方式，那這個部分我們就比較沒有意見，至於暫付的話，因為我

們是以去年，3月份是與去年同期比，那未來的第2季可能就是採去年第4季那也是對的，因為剛好也是屬於我們法定的結算的點值部分，可是進入第3、4季可能就有一點誤差，最後的問題總結還是保障偏鄉的部分我們認為很好，保障東區非常好，可是就是補付的部分怎麼做一個均衡式的補付就好，否則就會拖一年才補付。

主席

第1季不管怎樣3月份是醫院不好，診所影響不大，這是確實，但是整體來講沒有太大影響，那就表示說中醫門診總額，當病人不敢去醫院的時候就到診所去，所以需求也是滿足的，只不過是換地點看病。這個總額本來就是提供這一季所有的服務，病人游移到診所去看病在原本的制度也沒有說不可以，所以顯然就算是看到數字，3月份醫院中醫下降2-3成，那可能是受到疫情的影響，但是醫院現在在特別預算裡面參與防疫都有獎勵金、防疫津貼獎勵，這些診所大概都拿不到的，那部分不屬於我們的業管，但就總額的邏輯來看的話，顯然就是中醫服務的游移，這是第一點。

第二點就是全年結，剛剛大家有在問到說暫付之後會有一個結算後補付嘛，既然是全年結什麼時候補付，這是一個問題，另一個問題就是其實我們現在的暫付都比原來的暫付優渥一點，所以就院所來講，你的現金周轉是很夠的，也許有多拿，未來疫情如果趨於緩和暫付也回復正常，所以將來會結算要補付的，當然補付跟過去暫付就會慢慢抵銷掉，所以最後的結算就會趨於不會差距很大，這是我們的設想。

那剛剛黃代表有提到不確定性，最後的點值會怎麼樣，所以為了彌補這個缺點，我們每一季都會計算給大家看，所以大家可以藉由試算預估的點值大致上知道這個狀況，你們在財務規劃也用的上，至於補付是否考慮半年補付一次，這個概念可能我們還要再研究一下，因為既然沒有結算，而且補付了之後讓大家有個感覺說那個就已經確定的，那萬一一年結的時候不是這樣也衍生一些爭議，所以這個我們納入參考研究一下。不知道還有沒有意見？

羅永達代表

主席，我想中醫總額跟醫院或其他總額有點不一樣，因為醫院的部分相似度比較高，比如醫院做了發燒篩檢站、採液檢查，對疫情的防疫物資的確是有給我們補助，你用負壓病房它有另外補助，可是對於業務的部分，醫院總額有一個綜評的結果，中醫沒有，中醫會影響就是醫院的這個部分，它沒有什麼綜評，這些也不會再回來，它跟醫院將來綜評的時候還是會到醫院總額部分，醫院中醫將來在業務的部分沒有任何補充，這個的影響事實上中全會應該去跟部裡面去反應，各醫院給中醫一定是單獨成本的概念，

它所受的影響是因為疫情，結果你們變成疫情的一個很大的受害者，醫院還有將來3、4月回流的部分，在中醫裡面是沒有，醫院跟診所是很壁壘分明的，醫院裡面是大家都減少，可是在中醫裡面診所是幾乎沒有改變的情況，醫院大幅減少，這個差別的部分理事長應該代表去跟部裡面講，這個部分有沒有其他方向來做，我們本來期待說能不能在這次會議來做重新分配，有點像救濟醫院中醫的部分，做一個事後的救濟，可是目前看起來中全會不敢做這樣的承諾，我覺得這件事情茲事體大，各醫院中醫結算跟醫院不一樣，建議中全會還是要重視這件事情，可以的話直接跟部裡面反應。

主席

我們在座的代表有醫院的，吳清源醫師、胡文龍醫師還有呂世明醫師應該也是醫院的吧，你們的意見是什麼？吳醫師還有侯毓昌醫師，你們有什麼看法嗎？請吳醫師。

吳清源代表

其實我們今天看到部的 data，我們醫院中醫內部裡面門診量真的掉很多，本來想說我們在全聯會裡面先討論完然後再提出來一個方案，事實上剛剛院長也說出我們的心聲，我們其實是剛剛好該補的都沒補到，然後點值看起來又還不錯，事實上我們醫院其實掉最多的，事實上像吳主任他也是腎臟科的，我們科裡面的腎臟科大概掉一半以上，其實內科的話大家可以看藥費都會提高，為什麼藥費都會提高，其實很多人都是來拿很久的藥阿，所以醫療費用會提高，但反過來講他的診察費什麼都掉的亂七八糟，這對我們來講影響非常巨大，畢竟中醫裡面算是一個門診科，那我們裡面要怎麼去調這個點值或是特別紓困的，還是需要跟全聯會理事長做一個整體的討論，這樣可能會有一個統一的說法。

主席

還有嗎？胡醫師。

胡文龍 代表

在疫情期間，我們針傷的病人掉一半了，我有些病人就是3月就請假，說5月才會回診，內科大概掉2成，針傷科就是掉1半。

主席

可是這些掉下來的門診可能到診所去，對不對？這個需求也是被滿足，就是醫院少了會去診所，這個對總額的概念來講他還是滿足需求，問部醫事司，如果就醫院的立場來看感覺是醫院需要紓困，紓困可能就要去說明，本署未編列紓困的預算，我們只有停診的補償預算，就是你如果接觸到確診的病人，因此要居家隔離、居家檢疫14天，可以跟我們來申請停診損失的補償，只有這個，剩下的獎勵、紓困都在醫事司那裡。來請蘇代表。

蘇守毅代表

因為我去年在醫院，去年7月1日才出來開業，我要提醒醫院同仁，醫院其實上是看你的業績給 PPF 的制度，那當我們要求紓困以後，假設衛福部給你們紓困，我不知道你們拿不拿的到錢？我以前在市立醫院血汗醫院，那是拿不到錢的，紓困下來是衛福部補助醫院的不是補助你的，所以你可以自己想想，因為我相信 90% 的醫院不會分給你，這是我的想法但不是對或錯，也許有一些醫院是很不錯的，因為每一家醫院不一樣，我只是說一種情形啦。

羅永達代表

我們這次的紓困，比如說急診規定 100% 給醫事人員，只要是紓困的東西都是有指定的對象，是您多慮了，只要理事長跟衛福部要到紓困的錢，送到醫院來，醫院承諾會把大部分的錢分給。

蘇守毅代表

我是指可能性的醫院，不是指每個醫院。

主席

其實醫事司的獎勵是有醫院獎勵也有個人獎勵，但紓困我們就不清楚，紓困的錢如果到醫院之後，如何獎勵到醫事人員這部分我們不清楚。請黃代表發言。

黃俊元代表

我已經整理好所有新冠肺炎振興特別條例有四類，所得稅減免(有付錢給員工可以減免)、水電費酌予減免、停診停業損失、針對有照顧而停診，依照去年的比例給，列入基本營業所得。現在在西醫、中醫總額所面臨的問題是醫院為什麼病人不來，醫院須收重症病人及疑似病人、被指定為篩檢指定醫院，所有的醫師都要受訓、人力不足也需要排第 2 班、中醫師也要受訓。不只是中醫總額，這些紓困條例我們每一條都讀了，能夠補的都是基本的，醫院有做就補給你，很多醫院是衛福部還沒發錢已經先補給你了，比照 SARS 經驗，上陣的人是很辛苦的，所以醫院沒有病人。診所也是很辛苦的，因為他幫我們把有中醫需求的病人 cover 掉，可是問題是，你有做，但少掉的 30% 部分是沒有人補你的，總額是做多就拿走，對於醫院針傷科少掉的人他拿不到，我們要講的是這段，這部分是我們要幫時中部長想的，這是我們總額預算機制，這因素是不可控，因為醫院絕對不想說病人不要來，我們每一條去申請(水電費多少)，醫院會計辛苦計算，我們要算多少才能符合，各醫院整理每月水電費(基本營運費用)、一個人被停診的幾天，費用也要補，除了去年同期的費用。第一個，紓困振興條例都是補基本的、各總額面臨到的問題是必須承認醫院承擔大部分的防疫責任，

診所承擔很多病人醫藥轉移的工作，可是這點沒有得到，而以前 SARS 是有的。我覺得應要有這個機制。不是說醫院沒辦法，病人不去醫院看，不是醫院醫師不努力，他有責任，我必須再強調這一點，拜託列入紀錄。

主席

請理事長說明。

柯富揚代表

就中醫全聯會來講，不管是基層診所還是醫院都是我們中醫的同仁，可能還是要靠數字會說話，我們看報告 2-11、2-12，上面都寫得很清楚，以醫院費用影響比較大的是臺北、北區，就 Q1 來看影響好像沒那麼大，可是醫院端感受是影響 20-30%。所以我想這部分還是需要有確切的數字會比較清楚。中醫總額主要是使用在中醫主要照護，所以我們並沒有辦法去改變事實，針對醫院端的中醫部門，健保署統計後對於醫院端有收入差距的減少，這部分就形同西醫醫院，醫院端也面臨到牙醫、耳鼻喉科，都有這樣的問題，目前政府對中西醫都沒有做任何補助，除了剛講到四大塊，稅的部分是最近剛收到公文，希望我們去試算，防疫期間醫療費用的損失、成本的提高，各種各樣的細項，按照百分比去提供，目前的稅是 20%，目前尚在研議中，目前實質只有看到醫院、診所水電費減免 30%，對於中醫、西醫的院所，目前政府沒有任何紓困方案，以上補充。

主席

這樣的心情我都與你們同感，但我們今天能談的沒辦法拉到行政院的層級能處理的事情，我們今天能談的是總額的部分，總額的話，因為病人是換地方看病，我們如有個機制是醫院少的話給它補到滿，那就會用到多的部分人的錢過來，總額沒有因為疫情而增多，現實是這樣，如果說其他人覺得多的部分可以去補醫院，就又會是另外一件事情，到目前為止沒有聽到多的部分願意移出來補給醫院少的部分，有這樣嗎？如果我們這樣做會不會去影響到另一批人，好像我們也沒有權限去做這樣子的事情，所以這很困難，但確實獎勵補償和紓困，獎勵的部分有在進行，醫院的中醫能不能去申請這部分我不太清楚，沒有嗎？因為你們都沒有照顧病人，可是現在你們不是有中西醫合併治療嗎？

柯富揚代表

那個是自費，蓮花清瘟飲是大陸的。

主席

上次不是中藥研究所蘇所長在立法院的時候有講，他說好幾個醫院有在 try。

柯富揚代表

三總、臺中榮總、彰基，目前收治 14 位，全部自費。

主席

跟自費沒關係，可是它應該得到獎勵。

柯富揚代表

沒有。

主席

應該要符合啊！因為它有照顧確診病人。那個其實是可以的，它有吻合那個精神。

柯富揚代表

我們有找陳委員去質詢，最後的結果是中醫藥司擠出 60 幾萬去做一個研究計畫。

主席

不是吧！獎勵辦法沒有分中西醫，純粹是全院的喔！

柯富揚代表

中醫看起來是被豁免的，我們連患者使用中藥都要自費，理由是西醫住院中醫會診裡面沒有武漢肺炎，只有這個項目。

主席

可是我覺得那一塊雖然不是我們的權責，但你們因此有去照顧確診病人，理論上，不要說費用是誰出，但是獎勵應該是有的。

羅永達代表

目前確診的照顧，比如說專責病房 1 天醫師給 1 萬元，假設有 2 個醫師還是 1 萬元，如果今天有個病人要照顧，主責醫師搭配的不會是中醫師，中醫師是被會診的，1 萬元會被分多少錢給他，我有問過，專科護理師去的時候或被會診是沒有另外的錢，是醫師 1 天 1 萬元，護理人員 1 班 1 萬元。

主席

這部分不管是獎勵或是補償的部分，我們剛剛黃代表在算水電費是對著我們講的，因為你們還沒提出，那部分可以來跟我們來討論，跟大家是無涉的；獎勵、紓困的部分請向著醫事司反應，所以我們這裡剛剛的討論我們只能說辛苦大家了，希望疫情能快點過去，是全民之福。

羅永達代表

主席，這邊我打個岔，我想各個總額的理事長，包括基層總額、醫院協會，我們都去拜訪了，政府機關可能不知道這麼細節，身為理事長不管是醫院端、診所端大家都是弟兄、都是會員，遇到這個情況的時候，像紓

困的時候中全會應該要站出來，不可能是醫院去替中醫講這些話，所以我覺得理事長要把這個當一回事，在短時間把數字算出來，到底多少受到疫情影響，帶著你們的幹部去跟部長或黨團會爭取，不然像剛剛主席裁示的，在這個場合，只是重分配從你們現有的東西割一塊肉出來，這是達不到的任務，所以我認為理事長應該去跟醫院端談這件事，以上。

主席

謝謝羅院長非常善意的給理事長做提醒，但是這都超過本會議的權責，我們還是拉回正題，這個報告案第四案不知道大家還有沒有意見？

柯富揚代表

還是要重申一下，在中醫學會不管是診所端還是醫院端都是我們的會員，我們一定會去做這件事情，我也有持續跟醫事司聯繫中醫應有的權益，請羅代表放心。

主席

至於說明四的部分，用 108 年第 4 季點值計算就麻煩你們研議，這應該是有研議的空間，研議後有不同的想法請行文給我們。另外黃代表說補付的部分能不能考慮半年一次，這件留供參考，其他部分照報告案進行。接下來下一案

報告事項第五案：因武漢肺炎中醫診所停診(業)補償(貼)償要點，請轉知會員申請

主席

請問中醫有沒有因為本次疫情醫師或醫事人員有居家隔離或居家檢疫的情形？有嗎？

柯富揚代表

基本上基於隱私權，所以中醫全聯會不知道這件事。目前就我個人所知是有。

主席

麻煩提醒他要來申請，有 6 個月的期限，在停診(業)原因消滅後 6 個月內提出。

柯富揚代表

就這個議題有設定未滿一年之健保特約醫療機構，假設今年開業，遇到同樣問題就沒辦法獲得保障。

主席

可以，說明一下。

劉林義專門委員

我們各別列出是因為費用比照去年同期給付，未滿一年就沒有去年同期，還是可以用檢據的方式提出申請。這個連非特約醫療機構都可以申請。

主席

自費的非健保特約診所如果因為這樣而停診，也可以申請。因為沒有去年同期資料，只能申請基本的人事費、維持費及掛號費補償。如果是有特約，分為部分停診或全面停診，有不同申請方式。診所可能是全面停診，醫院的話一定是部分停診，請問有沒有問題？沒問題的話請轉知會員，請進入下一案。

討論事項第一案：「研訂提升中藥用藥品質方案草案」討論案

主席

請問醫審及藥材組有要補充的部分嗎？

醫審及藥材組-連恆榮科長

中全會提出的提升中藥用藥品質方案裡面，109年3月1日增加10中藥品之健保給付共89種品項為已納入健保給付的項目，這部分已經達到。請中全會向醫師宣導已增加這89種品項可以開方，是健保給付項目。另外兩部分會後續回復中全會，為RAP檢核邏輯以及科學中藥自費金額降低的部分。提醒自費金額降低的部分，因為涉及到滿意度調查，這部分資料今年是不是再辦，會有後續答案，目前會辦企劃組。另外請教中全會有關ADR講習，中全會說明因為每年中醫藥司委辦中國醫藥大學辦理，請教中全會提升中藥用藥品質與此講習間的關係？請中全會說明張貼海報每年辦理一次的概念為何？如何與執行項目做連結？這樣的做法會連結加強民眾使用與中藥常識有關，請中全會能在內容部分再詳細說明，以利後續追蹤。

主席

謝謝。請全聯會說明。

柯富揚代表

有關ADR講習是由中國醫藥大學賴教授負責，也是全聯會的專家學者，這部分主要是要請醫師去上這門課程，所以中醫全聯會會發文給全國中醫師6區代表，請6區代表務必參加ADR講習，有去上課才能陸續做宣導。全聯會來說，第1個協助做課程推廣，第2個鼓勵會員及重要幹部上研習課程，最後會將講習內容刊登會訊，ADR來說目前我們發現中醫會員在實際操作上是陌生的，請六區會員學習並善用該系統。目前已經有在辦理對民眾研討會、講座、院所張貼海報其實這不只一次，每3個月召開一次記

者會，去年有請今周刊辦這樣子的講座，今年會請康健雜誌辦理，希望能達到提升用藥品質的效益。

主席

辦理研討會對象是民眾還是醫生？對象是民眾，那中藥品質提升的對象為什麼是民眾而不是醫生？

柯富揚代表

我們講的是第 4 點 ADR 講習會是針對醫師，第 5 點部分研討會、講座是針對民眾，其實中醫單位也會參加，每年得到好評，每年也會登上中醫專刊，把年度健保執行狀況及專案宣導刊登在中醫專刊作詳細報導。

主席

中醫藥司通報 ADR 的部分。藥品申報的正確，這件事是我們今天追蹤新的、要大家填報每日用量及確定單位(錠、顆)，申報正確率不低於前一年，但去年沒有值，應該是說今年新申報格式正確率要達到多少。

給付規劃科-林右鈞科長

但是當我 RAP 從 5 月開始執行，不正確的都被我趕到外面，我就沒辦法算正確率，因為進來的都是正確的。

主席

所以說明 2 的部分要如何確定？

李純馥代表

因為我們已經把相關申報格式為中藥品質做調整，整理系統性讓大家能符合申報格式，RAP 會退件處理，以這種概念去寫這指標會比較好，第一個我們已經照提升品質的概念去加強申報格式的修訂，申報格式在系統上只要沒有按照這個標準就退件不予受理，所以整體都達標，沒辦法跟去年比較，因為我們是不同基準，今年格式和去年不一樣。

柯富揚代表

是否在這部分做文字修正？因為畢竟我們提供相關 RAP 邏輯，每日的劑量 X 天數、錠跟顆粒的劑量，就會達到全部符合，文字就修正為「申報正確」，不要寫「低於前一年」。

主席

「藥品申報正確率達 100%」，請做此修正，另針對自費金額降低的部分請說明。

劉林義專門委員

自費金額降低是用民眾滿意度調查來蒐集，有關自費部分是這樣問，第一個你最近到中醫院所看病除了掛號費和部分負擔外，自付多少錢？有自費再問第 2 個問題你自付的是那些項目？飲片、補品、特效藥等等，第

3 個問你之所以自費是因為什麼原因?醫院建議或自己要求等等。你們這部分題目是中藥自費金額的降低，有自付的部分要填錢又要勾科學中藥，那個可能會很少。

柯富揚代表

這部分我們在做文字的修正，可以在民眾滿意度調查中去凸顯這個現象，面前這個題目的設計沒辦法去看到是不是使用科學中藥，我們會在題目上去做修正再提供給健保署。

主席

現在問卷調查內容還來的及改嗎?

李純馥代表

我們回去跟企劃組溝通看看，如果 for 這樣的議題，題目再請公會協助審視修訂，不然我們這樣問沒辦法回答問題。

柯富揚代表

乾脆刪掉這條。

主席

這條很好。因為是減少自費，今年增加 10 項 89 種藥品品項，能夠證明減少自費，這樣很好，達到政策預期的效果，還是留著吧。修正第 2 項「藥品申報正確率達 100%」，加入今年新修正藥品申報格式，第 3-5 項留著，第 1 項達標，連科長有說請你們宣導院所開這些藥品時不要再收自費了。大家有別的意見嗎?如果沒有請下一案。

(民眾滿意度調查題目已有是否被中醫院所要求自付其他費用、自費金額、自費項目、自費理由、自費金額是否適當、是否因就醫費用過高而不就診等題目，中全會會後表示不需修訂)

討論事項第二案：建請同意修正「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」之指標「於同院所針傷科處置次數每月大於 15 次之比率」為 18 次，以符合中醫院所臨床現況，提請討論

主席

大家有沒有意見。

柯富揚代表

其實我們看到大於 15 次以上比例，P90 也才 0.03%，還低於平均值，超過 18 次的 P95 也才 0.02%，也低於平均值 0.03%，我想這樣的差異點有可能是因為個別差異夠大，也就是因為凸顯的是每位醫師同一院所同一個人同一月分，因為他的基期太小，因為件數已經微乎其微，凸顯可能 1 件

或 2 件就看的到，所以看到這樣的指標 P90 既然都低於平均值，可見他的母數也是非常小，超過也不會非常多，或許一個院所只有 1 件或 2 件，或者同 1 件超過比較多，都有可能。所以這個地方可以再跑一個更精準的數字，他絕對不是 434 家(13.7%)，或許 1 家只有 1 件或 2 件或 1 個人。可能他 1 個人 1 個月看了 1 千個患者只有 1 件這樣子，同樣的道理，超過 18 次的也是，這裡提到的 434 家或許比例也是很低，168 家超過 18 次以上，或許在全國幾千家院所他只有 1 或 2 件，因為現在比較吊詭的是現在超過 15 次 P90 才 0.03%，比平均值是 0.08% 不到他的一半，超過 18 次 P95 才 0.02%，也比平均值 0.03% 小，以上補充。

主席

謝謝，請卓醫師。

卓青峰代表

我要提出一個盲點請大家注意，其實在原則上，很多院所都自宮，因為抽審指標對針傷科院所來講，就是自己砍掉，你這個統計數字呈現出來就要考量這個因素，看到的並不是真正的全貌，事實上我們很多申報時我就自己砍掉，避免後續抽審一大堆麻煩。

主席

所以是代表所說的現在是超過 18 次是比這個多很多，一旦放寬成 18 次，原來的 15 次都放寬到 18 次，如果照卓醫師的說法，現在很多醫師都自宮，以後就會浮出來，就是可以申報，這會不會造成財務衝擊，針傷科每個人多 3 次，這不是只有抽審，這會變成原本不申報的浮出來申報，就申報到 18 次。

柯富揚代表

這會牽涉到 2 個問題，第 1 個是現在超過 15 次及 18 次的費用會是多少錢。

主席

現在的概念是假設卓醫師說的是對的，現在是 15 次超過通通沒有報，那我們現在這個數字就是假的，假定這個現在長期有做針傷科會從 15 次報到 18 次，那會變成對財務衝擊很大，因為多 3 次，這個考慮的不是抽審，大家怕的是抽審，所以不敢申報，以後這個指標變成到 18 次都不會被抽審後，那是比較嚴肅的問題因為他就不抽審。

柯富揚代表

這是財務面的問題，我們全聯會看到他是品質指標，涉及到評核結果，我記得在 2 年前的評核時，某委員提出某區的值特別高，我們也嚇一跳，因為柱狀圖特別高，一看和另一區也才只差了 2 個患者，也有是當他的基

期已經低到這個程度之下，這時候我們去看這個比例就會很凸顯，就是當大家都盡量控制在 15 次以內，凸顯當他做為品質指標就會造成失真，個別 1 家或 1 個患者，就會被其他區比下去，變成每區都會做一個競賽，因為全聯會要求評核要拿優，所以他就把他壓到 0，大家就拚死的砍。

主席

所以現在會有冒出來的是不小心的，所以不小心的人很少，都是個位數，真正你把他調到 18 次也會不小心出現在 18 邊緣的，這跟品質有甚麼關係，意思是不要讓病人一直往返，如果能好應該也是夠，不過你們中醫可能要去訴求的觀點是不是一定要做這麼多次才会有品質，不然就是一直做，這要如何處理，請呂醫師。

呂世明代表

補充說明，我之前是中區審查組召集人，很多患者可能常常來，剛有提到要減少健保自費的部分，很多患者大於 15 次，但他有這個需求面，我問很多醫療同道，有些是超過 15 次就不做，做 16 次起就跟你收自費，所以會增加自費的品項出來，所以建議像理事長所說的增加到 18 次，可能可以減少自費的需求。跟主席建議如果放寬到 18 次，可能對病人使用自費的情況會降低，謝謝。

主席

所以和卓醫師所講又的不太一樣，卓醫師所提是自宮就是不報。所以有一部分人士不報，一部分人是收自費，那收自費更不能報。

柯富揚代表

還是要補充說明，基本上收自費是違法行為，因為這是健保特約診所在全聯會立場上嚴格制止，在這個面我們看到個案的需求，我們看到這個的比例確實是少數的個案，所謂超過 15 次 434 家，或是超過 18 次 168 家，其實我們詳細去看這幾家裡面，確實產生的案件數或金額真的都很少。

主席

那個少是一個假象，是不小心的，真正超過是蠻多的，就如同卓醫師和呂醫師說的，不是自宮就是收自費。如何和品質連動，請專家學者表示意見。

施純全代表

基本上這個不應該是品質指標，所以你們解決問題不是從 15 次調到 18 次，要去設計指標去取代舊的，要如何呈現也不一定要用次數呈現，也可以用百分位呈現，因為每個個案也不太一樣，我會建議修正指標而不是修正次數，修正次數不會解決問題。

主席

請候代表。

候毓昌代表

臨床上真的有病人必須做這麼多次，我們必須承認這件事情，如何讓這些人可以真正幫這些人解決問題而誠實申報，也是我們要去考量的，以前在北區時我們還是會容忍這些件數申報，並不會去砍他們，可是我當審查醫師的時候可以發現病人的病情，可是大部分當全聯會有壓力給申報的醫師，15次是上限，各區會符合需求，這是政策領導醫療，我覺得這條要想辦法拿掉，當他申報到這樣時，我們可以看他是不是被濫用，再從審查端去抑制這是比較合理，謝謝。

主席

所以本案就不通過，2位中醫專家學者也覺得這個的跟品質沒有關係，所以我們以專家學者的意見為意見，如果你們有更好的指標要來取代這個指標，或是你要刪除這指標以其他指標取代，就再重新提出討論，這是跟品質扣連，今天討論案就這樣決定，有臨時動議嗎？如果沒有，今天會議就到這裡，謝謝大家。

散會：16時20分