

# 「中醫門診總額研商議事會議」109年第1次 會議紀錄

時間：109年2月27日9時30分

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	蘇芸蒂 <sup>代</sup>	陳代表憲法	陳憲法
吳代表清源	吳清源	黃代表怡超	黃純英 <sup>代</sup>
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	黃俊傑
卓代表青峰	卓青峰	黃代表建榮	黃建榮
邱代表振城	邱振城	黃代表科峯	古濱源 <sup>代</sup>
侯代表毓昌	請假	黃代表頌儼	黃頌儼
施代表純全	請假	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	請假
孫代表茂峰	孫茂峰	蔡代表宗憲	陳俊明 <sup>代</sup>
許代表美麗	許美麗	蔡代表明鎮	蔡明鎮
陳代表建霖	陳建霖	羅代表永達	羅永達
陳代表博淵	陳博淵	蘇代表守毅	蘇守毅

列席單位及人員：

衛生福利部中醫藥司

游婉如、林吟霽、謝采蓓

衛生福利部全民健康保險會

陳燕鈴

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年、賴宛而、李敬

台灣醫院協會

洪毓婷、董家琪

台灣腎臟醫學會  
本署醫務管理組

邱怡文  
劉林義、洪于淇、王本仁、  
楊淑美、王玲玲、楊秀文、  
蔡翠珍、宋宛蓁、陳文蒨、  
鄭正義

本署醫審及藥材組

高幸蓓、連恆榮、詹淑存、  
高浩軒

本署資訊組

李冠毅

本署企劃組

陳泰諭

本署財務組

張晃禎

本署臺北業務組

葉惠珠、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 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。
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4：診所無障礙就醫環境合格標準報告案，請醫務管理組請辦醫事司，有關無障礙就醫環境鼓勵未來規劃方向是否擴及醫院部門。

## 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3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	0.81737624	0.88068344
北區	0.84111827	0.90164936
中區	0.80170462	0.87034011
南區	0.83913985	0.90143481
高屏	0.84378993	0.90199728
東區	1.13440332	1.09005344
全區	0.82904748	0.89062276

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：健保醫療資訊雲端查詢系統摘要區新增腎臟病人宜注意用藥提示訊息報告。

決定：洽悉。

## 討論案

### 第一案：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」討論案

#### 決議：

- 一、請中全會與中醫內科醫學會確認後，提供腎毒性中藥藥品名稱，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。
- 二、本案相關策略將由台灣腎臟醫學會召開會議盤點排定優先順序及期程，將俟台灣腎臟醫學會評估後配合辦理。

### 第二案：全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫(草案)

#### 決議：通過修訂案，修訂重點如下：

- 一、適用範圍：慢性腎臟疾病 stage 2~5，且主診斷 ICD-10-CM：N182-N186(慢性腎病)之病人。
- 二、照護內容：由中醫師提供診療項目，包括中醫診療四診診查、開給口服藥、穴位按摩指導、(針灸)等；並給予病人中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。
- 三、支付標準：
  - (一)加強照護費：依給藥日數及執行針灸項目，支付點數 900-2,350 點。
  - (二)疾病管理照護費：進行中醫衛教、飲食指導等，限 60 天申報一次，每次支付 500 點。
  - (三)治療功能性評估費：每 6 個月填寫「新收個案基本資料與病史紀錄表」及「生活品質量表(EQ-5D)量表」、腎功能評估及慢性腎臟病分期評估資料，並需上傳至本署 VPN，每次支付 700 點。另需申報 2 次加強照護費及 1 次疾病管理照護費後，始得申報本項。
  - (四)新增醣化血紅素等 5 項檢驗費，本項檢驗費限雲端藥歷系

統查詢病人資料未記錄檢查數據者，並由符合開具檢驗資格之中醫師申報，且以與西醫不重複檢驗為原則。

#### 四、申報限制：

- (一) P\*\*001- P\*\*008 (中醫慢性腎臟病加強照護費) 每次診療限擇一申報，且給藥日分不得重複。
- (二) [P\*\*005、P\*\*006、P\*\*007、P\*\*008 (中醫慢性腎臟病加強照護費)] 及 [P64009 (中醫慢性腎臟病加強照護費)、P64010 (中醫慢性腎臟病針灸照護費)] 不得併報。

#### 五、計畫成效：

- (一) 新收案病人填寫「CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表」及「生活品質量表(EQ-5D)量表」，其後每6個月執行一次，並於病歷及本署 VPN 登錄病人檢驗檢查、腎功能評估及慢性腎疾病分期數據，以評估照護成效。
- (二) 因中、西醫針對慢性腎臟病皆有照護計畫，故在計畫執行一年後，請依病人參與之計畫分組(中醫、西醫、中西醫皆參與及無參與)，進行相關檢驗數據成效比較。

散會：12 時 00 分

肆、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 1 次會議與發言重點實錄

#### 與會人員發言摘要

##### 主席

今天召開的是中醫總額研商議事會議今年第 1 次會議，謝謝大家參加，介紹 5 位新代表，卓青峰代表是醫不足方案召集人，吳清源代表是協商項目小組召集人，蘇守毅代表是保險對策委員會主委，黃建榮代表是台北區新任主委，葉育韶代表是醫糾委員會主委，歡迎 5 位代表加入。請看會議記錄第 4 頁-第 10 頁，請問各位代表對上次的會議紀錄有沒有什麼問題，如果沒有問題我們就確認。在會議中有任何建議，請隨時提出來。接下來進入報告事項第 1 案

#### 報告事項第 1 案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

##### 黃俊元代表

請教第 4 案、第 6 案、第 12 案的序號有關中醫品質保證保留款要協助診所做無障礙空間的部分，我們當然還是認同這樣的無障礙空間改善，但是反對只對診所，這段還是要確認最後的方案為何？以上。

##### 主席

這是醫事司業務，今天代表沒來。黃代表在問醫院中醫部門的無障礙設施算不算在裡面？能不能分配品保款？醫事司對於醫院的中醫部門有沒有去做無障礙設施的考評？沒有，只對診所。

##### 羅永達代表

我想因為品質保證保留款是大家共同努力的成果，醫院很多人告訴黃代表這件事情要重新拿出來談，因為很多醫院的中醫部門不見得在原大樓，這些事情就像防疫一樣，現在公告，以前做的都不算數，這是品質保證保留款，不是健保會或醫事司另外拿一筆款項專門補助診所，是從大家努力的結果再重新分配，這樣的情況下不能排除醫院已經做的無障礙空間，所以我們還是主張說這部分應該予以考量。

##### 主席

我可以理解你們爭取的是品保款公平性，據我瞭解醫事司是對於診所去做無障礙設施的考評，也算是自評。醫院的部分因評鑑本來就有規定，所以醫院的部分就沒有再考評。至於醫院的部分該不該來分配品保款這件事，當時的討論是針對診所，因醫院的規格與診所的規格不一樣，這次的考評只針對診所，沒有針對醫院。如果醫院要用診所這套的考評當然就不宜，醫院有醫院的評鑑標準，看起來評量內容是不一樣的。

## 羅永達代表

這個是可以有 2 種不一樣的尺，就像品保款在規範相關品質的時候，事實上我們是以民眾為標準，就是給民眾怎麼樣的無障礙空間，應該是品保款的精神，公平性的標準

## 主席

這個案子我們再收錄下來，再來請教醫事司，這兩套評量內容到底差別在那裡？必要時再提到總額會議，如何分配品保款，這塊的公平性要如何處理？今天這個案子先收錄。其他的，大家還有沒有意見。

## 洪于淇科長

報告主席，108 年品保款已經定案及公告，會依據 108 年品保款計畫標準來發放；109 年品保款已經取消無障礙空間。

## 主席

108 年品保款馬上要發了。

## 洪于淇科長

序號 4，108 年已取消列管，108 年品質保證保留款核發作業已請醫事司於 109 年 3 月 31 日前提供合格診所名單給本署。

## 主席

就是要發 108 年品保款。

## 洪于淇科長

中全會回答尊重衛生福利部全民健康保險會的決議配合辦理，所以 108 年品保款已經定案。

## 主席

但現在就是醫院代表提出。如何發？其實我想中全會應該不會反對，都是會員，醫院要進來分配，應該沒有太大的問題，只是評量內容誰來確定，醫事司還是要給我們一個回復，如果中全會沒有反對醫院部門來分配無障礙空間的品保款，我再問一次，有人反對嗎？應該沒有，這次的評鑑是醫事司對診所的評鑑，我希望醫務管理組能再次請辦醫事司，未來如何對醫院中醫部門做評鑑，評鑑結果回復本署，本會可於發放品保款列入考慮。如果理事長與代表不反對，應該是不是納入考慮比較合理，是不是現在就可以做決議，不用再提會。

## 黃純英副司長(黃怡超代表代理人)

主席，報告案追蹤的第 1-3，這裡有請中醫藥司確認健保現有收載之濃縮中藥，藥品許可證發放及核對的情形，這些中醫藥司都已經完成確認並回復健保署。另在中藥許可證系統也於今年與健保署做介接需求的討論，將來透過資訊系統其實可以更方便交換資訊。至於製劑類別納入的建議已

在上次的第 41 次藥物共擬給付會議討論過，所以序號 1-3 案建議是否得解除列管。

## 主席

第 1 點我們確實與中醫藥司做資料比對，所以有些許可證錯誤或註銷許可證的藥品都拿掉了，共註銷 284 項給付，當然取消給付以後就不該有這項藥品的申報。

第 2 點在第 41 次藥物共擬給付會議通過的內容，大家請看報 1-4：「主管機關核准經由 GMP 中藥廠製造之「調劑專用」及「須由醫師(中醫師)處方使用」之濃縮中藥為限」。這是健保給付，也吻合中全會想要的，但是有但書：「但屬調劑或調配專用之非濃縮中藥，經藥物擬訂會議通過不在此限。」為什麼？因原來都是以濃縮中藥為限，但事實上有些中藥材無法濃縮，而是中醫師去調劑的，也是科學中藥，這塊應納入給付，若僅限於濃縮中藥，技術不斷精進，有些中藥材不容易濃縮，就不列入給付，都列入自費也不盡公平，所以各位代表知道將來非濃縮中藥只要它在合理日劑藥費範圍內也應該陸續納入給付，例如今年新納入的 10 味新增中藥品項。程序上希望理事長及各位代表將來可以陸續建議增加，在可以容納的範圍內盡量減少民眾自費，請理事長透過公會向我們提出。這裡的但書就是：「如果非濃縮中藥，經藥物擬訂會議通過不在此限。」這項已經在這次會議通過了，大家都有這個共識，就照這個。其他還有意見嗎？

## 連恆榮科長

醫審及藥材組補充意見，請教中醫司報 1-3，回復第 2 點第 1 項將 GMP 中藥廠製造之「須由中醫師處方使用」濃縮製劑所有品項，納入健保給付品項。現在的修正案已經把「濃縮製劑廠」名稱刪除，只要 GMP，就可以收載，這不是問題。第 2 建請提高中藥濃縮製劑之健保給付額度。因日劑藥費以已提升 2 點，所以中醫藥司應該也是這樣概念。第 3 基於中藥廠已全面實施 GMP，建議傳統製劑亦納入健保給付品項，這部分據我所知中醫藥司已與中全會討論過，中全會堅持不是所有傳統都要納入，這部分中醫藥司的態度是如何？另外補充報 1-7 序號 6 第 3 項，現在做支付標準攻防修法的程序，現在收載保留中藥公會所提 89 項，建議建議新增之中藥單方品項共 30 項及複方品項共 59 項，共計 89 項，像中全會提出 10 項膽南星之類藥品，現在的狀態是在 109 年 2 月共同擬訂會議報告，會上是同意可以做收載。當時考量法規還在修訂，所以報告等全民健康保險藥物給付項目及支付標準修訂公告生效後之次(3)月 1 日生效，最快 109 年 4 月 1 日生效。另考量日劑藥費，藥品收載與否，對醫師在開方的時間其實是有關

係，據我瞭解，提高日劑藥費 2 點在 109 年 4 月 1 日生效。跟理事長報告，希望藥品收載，中藥不是個別品項核價，還在日劑藥費裡面，所以如果能在 3 月 1 日同步生效，中醫師也可開方，民眾也可早一點用到這些藥。這個程序正在衛福部，有可能在 3 月 1 日生效，如果程序沒完成，就在 4 月 1 日生效，原則上我們希望在 3 月 1 日生效。

**主席**

好，謝謝連科長，中醫藥司對於報 1-3 這個建議最下面倒數第 3 行，建議中藥廠已全面實施 GMP 建議傳統製劑亦納入健保給付，這一項有沒有再補充說明？來，副司長。

**黃純英副司長(黃怡超代表代理人)**

謝謝主席，針對剛剛提到的這一項中藥廠生產傳統製劑者，其實都已經是 GMP 廠，所以我們才會建議傳統製劑的部分也可以納入，在過去的討論及全聯會 concern，也予尊重。剛剛有提到建議中藥廠已經全面實施 GMP，希望傳統製劑廠部分也能夠納入，雖然我們是這麼建議，過去也充分討論過，全聯會跟健保署這邊也有討論，我們長期是樂觀其成，目前考量到實務的狀況，就尊重及依照全民健保藥物給付項目及支付標準共同擬定會議第 41 次會議的結論辦理。

**主席**

謝謝，傳統製劑指的是什麼？來，請柯理事長教一下。

**柯富揚代表**

關於這個問題我花了好幾個月的時間去消化吸收，跟主席報告，其實算是指成藥，所以成藥不應該納入健保給付，原本成藥在坊間、藥局、各個地方在販售，所以把成藥納入健保給付，其實絕非健保之福，其實在申請的流程也跟我們不一樣。

**主席**

何謂中藥的成藥？可不可以舉例？是成藥嗎？科學中藥不是成藥？是處方藥？

**柯富揚代表**

一些膏、丹、丸，是成藥，科學中藥不是成藥，是處方藥，膏、丹都是成藥，所以現在目前我去查一下高達 99.99% 的傳統製劑，所有傳統製劑裡頭只有一個藥是有中醫師處方調劑專用叫做紫金錠，當時有收錄，所以除了紫金錠之外，其他 99% 傳統製劑都是成藥，他的類別把原本的條文都要改，他類別不符合，他類別不是中醫師處方也不是調劑專用，他是同時不符合這 2 項，不是中醫師處方也不是調劑專用，傳統製劑的定義就是成藥，所以不能夠把民眾原本拿來保養的拿來要養生的這些所謂成藥全部都

納入健保給付，我想這個影響到健保的財源，對於付費者來講我想也不樂見把成藥納入健保給付。

**主席**

所以中藥的成藥指的是那一些？是中醫藥司要去編入的嗎？如果初步說丸、散，膏，湯也是成藥嗎？

**柯富揚代表**

湯可能是方名，所以劑型可能是錠或丸。

**主席**

所以成藥很難直接用劑型去定義，是不是成藥或者是處方藥？不能直接講傳統的製劑所謂丸、散、膏、湯，全都是成藥，這個太危險了，這個不能這樣講，因為事實上有很多的水劑難道不是湯嗎？難道那些是成藥嗎？那也是處方藥啊，所以理事長剛剛在講的傳統製劑全部是成藥，我覺得這要主管機關去定義比較恰當。

**柯富揚代表**

目前我查到的類別就是在中醫藥司，主管機關就是一開始所有的藥送來就訂類別，類別就是有所謂傳統製劑、中醫師處方、調劑專用……等。傳統製劑這塊目前市面上看到的，以事實為主，看到電視台廣告各種，像消痔丸就是中成藥，所以今天藥廠送藥要去思考，傳統製劑是要送成藥，很多地方都可以販售，還是鎖定作為給中醫師處方調劑調配專用。

**主席**

可是同樣是丸、膏、湯，也有很多是屬於醫師處方，而且是中醫師自行調製的，或是委託藥廠製的，這些東西也在處方範圍。

**柯富揚代表**

報告副署長，其實傳統製劑有些同時有 2 張藥證，同一個處方有些申請做成藥，傳統製劑一直不是申請做中醫師處方，不是給中醫做使用。

**主席**

我想這個部分就麻煩副司長這邊，好，講清楚一點。

**中醫藥司林吟霽**

補充一下所謂的成藥，藥事法是有定義的，他的安全性是比較高的，剛剛理事長講的目前很多的傳統製劑確實申請的類別叫做成藥，不過就像簡單的例子四物湯，四物湯可分為醫師處方的濃縮製劑，四物湯濃縮丸這個就是由醫師處方，然後這個就是濃縮製劑，假設它是四物湯、丸，這個就是傳統製劑，類別會是成藥，這個可能要補充說明一下，我們會去定義說是不是需要由醫師處方使用，當然是看這個產品的安全性等面向來做綜合判斷，剛剛提到有些單方是傳統劑型，沒有辦法去做濃縮劑型的，這種

可能是調劑調配專用，雖然它不是濃縮製劑的，但卻是須由醫師處方使用的，所以是要以藥品所核予之類別來判定是處方藥還是成藥，這部分也要補充說明。

**主席**

所以看起來不是直接了當的說劑型就一定是成藥，所以劑型不是唯一的判定標準，是看他的類別，然後他是不是安全，所以這應該是中醫藥司會去分類，在我們跟中醫藥司許可證交查的就可以看的出來，比較正確的解釋是不要用劑型說那些就是成藥，這樣好像不夠精準，原來中醫藥司建議說這些全部納入健保給付，當然這些也要限於是醫師處方，如果是非醫師處方的成藥當然就不在這個範圍，但是就算是醫師處方納入的話，雖然不是那麼需要醫師處方，是不是在我們日劑藥費可以容納的，這部分也是要透過大家協商，讓中醫師能夠多一些選擇，這一塊應該會越來越好，這樣是不是某種程度釐清？來，陳醫師。

**陳憲法代表**

今天會上談的事情都相當有幫助，濃縮這2個字我比較不贊成把他拿掉，剛剛科長有說濃縮那2個字是不是要拿掉？

**主席**

沒有拿掉。

**連恆榮科長**

因為中醫藥司有提到中藥廠都是GMP藥廠，不會說濃縮製劑廠做出來的濃縮中藥才收載，只要GMP做出來的濃縮中藥都要收載，是在講中藥廠的部分。

**陳憲法代表**

因為中藥廠做出來的品名處方用上面那2個字如果說不見了，有藥證我們還可以區隔。

**主席**

請問一下中藥廠有濃縮中藥廠，濃縮中藥廠不可以做非濃縮的中藥，是這樣嗎？

**陳憲法代表**

因為11條3-2目的部分有特殊非濃縮的傳統製劑要納入，這納入是要經過藥品給付會議通過才可以，剛剛主席講的就不是把所有中藥傳統製劑都納入，所以一定要經過這個程序，這樣才符合，所謂丹、膏、丸、散、湯之類的，以前傳統的處方，銀翹散是散，現在做為濃縮中藥是粉末狀的，煮成水藥湯狀的，那是一個名稱，丸的話像六味地黃丸科學中藥粉末狀的，他就不是丸，所以不是用膏、丸、膠這樣的名稱訂定，非濃縮的傳統製劑

必須經衛生福利部核准通過並經過藥品給付會議通過才算，我覺得是比較合乎邏輯。

**主席**

報 1-4，藥品共擬會議的決議就是這樣，當然這樣的決議就是為非濃縮的中藥也開一條路，不要用濃縮跟非濃縮來決定健保給不給付？是為非濃縮的部分，健保要給付，程序要走完，這樣吻合大家最大公約數，對病人多點選擇跟把關。好，這樣釐清了，還有沒有其他的問題？好，如果沒有問題報告案跟追蹤案就到這裡，剛剛講的有幾個追蹤就是報 1-3 列的是繼續追蹤，繼續追蹤到中醫藥司相關資料庫交查都順利為止，這個部分就繼續追蹤，好，接下來下一案。

**主席**

抱歉，剛剛恆榮科長講的那一條就是報 1-7，這 2 點我們 3 月 1 日馬上就到了，3 月 1 日生效，提升 2 點，也希望 10 種成份 89 項也是能夠同步生效，那就看我們的公告，如果程序合理，部裡頭這邊可以處理，一起 3 月 1 日生效，這樣可以吧，跟大家再確定一下，接下來就執行概況報告。

## 報告事項第二案：中醫門診總額執行概況報告

**主席**

醫管組這邊還有沒有要補充的？各位代表對於執行概況報告有沒有意見？如果沒有意見的話，今天可能比較特別的是，報第 2-17 頁的第 33 張投影片，因為現在武漢肺炎很重要，我們都有監控大家看病的狀況，這張是告訴大家說，如果用過年之後的兩週跟去年過年之後的兩週來比的話呢，今年的中醫診所全區大概門診量只有小幅下降！所以代表民眾對中醫看診受武漢疫情影響是有限的。再來要跟大家請教說明的就是補充資料的第 34 頁，我們最近有針對居家檢疫跟居家隔離的病人，因為擔心疫情在社區擴散，所以這些人過去有可能他自己跑來看病，如果他有醫療需求，現在是嚴禁他不可以出來，出來要罰錢，所以如果他真的有醫療需求，他是屬於上呼吸道感染或是洗腎或是要化放療的病人，一定是救護車把他載出來，不是讓他自己搭捷運出來或是自己出來，但如果他目前的疾病是屬於 14 天之後再看的，那就麻煩他 14 天結束之後再過來看，但是如果 14 天都不能等，馬上要看的，那我們現在是提供了一個視訊看診的計畫，那視訊診療作業須知，那這個部分醫務管理組再說明一下目前進行的程序。

**李純馥代表**

這個須知我們最近會轉發分區轉發給院所，那原則上流程是第一個，這個院所一定要去衛生局報備，就是說衛生局核定你可以執行通訊診療，因為依法是要衛生局核定，第二個是，這個個案要離開家要先通知衛生局，由衛生局轉介到他合適的院所，那我們那時在疫情中心會議有透過跟 22 縣市的會議上有提醒衛生局，第一個，如果這個院所原先病人本來就是熟悉這個院所，也在指定名單，就指定到那裏去會比較方便，那如果來參加這個指定的名單並不是這個病人原先熟悉的院所，那還是要經過病患同意是不是轉介到其他院所，願意提供通訊診療的部分，讓他接受服務，第三個是因為為了方便這個被保險人，假設他今天通訊診療看完後，需要拿藥，需要拿藥的部分，因為也有遞送藥品的問題，所以這個部分我們也是拜託親友或家屬，不是他本人，就是說親友家屬出來在院所刷卡之後，領藥回去，那原則上如果他沒有要領藥，就是他只是看診的部分，那我們會有一個異常代碼讓醫療院所去做申報，因為沒有刷卡的部分，那第三個是，我們目前也在研究說怎麼樣透過雲端系統透過 ID 輸入，不用刷卡認證就可以查詢雲端，不過我們資訊目前量能的關係，還要 ready，ready 好後會請分區通知院所，盡量讓醫師跟病人都在一個比較安全的情形下，因為如果不瞭解病人的病情，我想醫師也承擔過多的風險，病人也有風險，那以上報告。

### 主席

這個計畫，是不限中醫診所也可以參加，西醫診所、牙醫診所還有醫院都可以加入，這是開放的，條件當然就是你必須要能夠、願意跟病人做視訊看診，已有意願為優先，都可以向所轄衛生局登記，所以也歡迎中醫診所，如果你覺得你的病人也有可能居家檢疫或是居家隔離者，他們想要回診看你的時候，你願意提供視訊看診，這個部分就再次地提醒中醫診所，第二點，因為有院所跟我們反應，受到武漢肺炎影響很大，特別是醫院，因為大家都把有呼吸道、肺炎病人轉診到醫院去，所以醫院現在顯然是比診所風險高一點，因此受到的影響是蠻大的，是很顯著的，所以他們希望能夠提升暫付的金額，那不知道中醫診所這邊有沒有需要？因為總額是不變的，如果你目前看診的量影響不大的話，不知道各位對暫付款有需要做調整嗎？特別二月份開始衝擊比較大，下禮拜開始就三月份了，大家陸續開始申報就會開始有暫付款，各位有需要調整嗎？需要不需要？我們調整只是說受到影響比較大的，讓他的維持營運，不要因為財務的問題，希望把大家都穩住，金流的部分要穩住，如果你們覺得沒有什麼太大的必要，我們就維持也可以。

### 柯富揚代表

不然我覺得，應該可以提升暫付金額啦！原因是因為我們在第三項之後會提到一個跨季結算的可行性，就是說當今天我們在點值結算的時候，是第一季加第二季合併算的情況之下，那也就是第一季所有的業者會去領到的一個補付，應該就會變成是第二季結算後，也就是可能會往後延三個月才收到補付的金額，所以如果是這樣子的話，我們在第一季的暫付金額，是不是也可以比照醫院端，我們也可以提升暫付的金額，那讓我們的業者比較不會有經濟上的一個壓力。

**主席**

中全會認為提升暫付金額要怎麼提升會比較好？

**柯富揚代表**

剛剛的數據有提到說中醫在過年後14天，我們的整個門診量是下降7%，那如果是這樣，那我們補7%呢？暫付金額提升7%。

**主席**

我們現在是有一個提案，當然這個提案是各總額大家都一樣，如果需要調整的話，我們是希望用去年的同期再加上去年同期的暫付在乘上一個今年總額的成長率，成為暫付金額，不過如果這樣算對中醫，如果不變的話，是不是會比較高一些？現在還沒有模擬，如果這樣子算還不如現在中醫院用申報金額來算還不高的話，就維持原來的機制，這個原則可以嗎？好這個就確定，再來的話，就是說跨季結算，因為這個沒有確定，只是一個想法，其實中醫總額影響不大的情況之下，是不是要跨季結算也是不一定，是衝擊比較大的才会有這樣子的想法，我不知道各位，還是說我們等下一次數據出來後再一起來決定？那今天就是只是提供參考。

**羅永達代表**

我想請教一下中醫界，因為現在目前中醫比西醫更糟糕的藥品，大部分都是從大陸過來的，那現在很多東西都禁止出口，你們的囤量會有問題嗎？所以這個東西會影響到你們現在目前未來的給付，包括藥品都會有影響，你們有沒有考慮到這一次的給付有沒有影響。

**柯富揚代表**

感謝羅委員，從中醫界來看，確實接到全國六區的所有的中醫同道對中醫全聯會的求救，因為真的就誠如委員所提到的，中藥確實短缺，因為我們確實目前百分之九十中藥是來自中國大陸，那也同時看到了我們的科學中藥廠，有少數也確實有調漲的動作，那當然目前全聯會是有跟他請託，截至目前為止，大多數的科學中藥廠大多已經決議說不漲價，那當然不漲價能夠撐多久，我們就不清楚了，那我們也諮詢我們的中藥司，請中藥司的中藥科去詢問中藥的進出口相關情況，那中藥商的進出口公會是告訴我

們說他們目前庫存量三個月還夠，可是這個疫情如果再繼續延伸，應該就會有影響了，那中藥估計會有一波大調漲的動作，那很多記者都在問中醫全聯會，針對這一次的武漢肺炎，中藥有沒有什麼特效藥、預防藥、治療藥，甚至中國大陸的清肺排毒湯，各種各樣的方子組成，在問全聯會說是否有效，那這個時候在中醫全聯會來講，我們很想告訴全國說這個絕對是有效的，可是問題是我們要配合防疫，我們希望還是能夠讓這些患者不要心存僥倖，有這樣的疑慮就應該要通報 1922，有這樣的情況就最好去醫院做篩檢，這是中醫全聯會能做到的，講這個的原因是因為我們剛剛所提到的中國大陸所謂有效的方劑的背後代表這些藥全部都會短缺、全部都會調漲，那中國大陸那邊目前還沒有下令說禁止這些藥的出口，那我問他們他們是說大陸那邊的作法是用鼓勵的政策，鼓勵農民趕快栽種，用一些相關的政策來把這些藥能夠再製造端去增加，可是畢竟有一些草本植物、木本植物他們並不是可以很快速的就有收成，所以我們估計，確實感謝委員，這一波的中藥最後一定會調升，那中醫界目前我們的共識是我們會共體時艱，我們很願意幫全國國民的忙，也是進到防疫的一份子的力量，那我們目前不會跟患者因為這樣子而去多收，以上。

#### **羅永達代表**

我想提醒中醫全聯會，因為現在的疫情，現在還不夠嚴重，但現在針傷科只要一開始疫情的話，即使遠距，就像醫院裡面的復健科，相關需要手術、需要面對面的像牙醫，他們的業務一定會大幅減少，因為現在目前還不夠嚴重，可是現在都是超前防疫嘛，現在都是超前佈署，我是說我們這個會議三個月才開一次，那也就是說現在你答應的東西裡面，包括未來他業務大量減少的時候，你要延續的話要等到下一次會議才能決定，還是要開臨時會來決議這件事情？因為從過完年之後 14 天來看這件事情，是不準確的，因為未來只會更厲害甚至有社區感染的時候，中醫有很多行為都沒辦法做，藥品你要是買不到，針傷科沒辦法做，我不知道你要用什麼東西去治療，所以我是提醒說這個中醫全聯會要考慮到這個問題，以上。

#### **吳清源代表**

我是嘉義長庚醫院理事，第一，我看到這連假後 14 天各分區門診件數統計，那其實就我們醫院而言，至少掉四成，所以說就門診，我想說就醫院部門來講，掉的數字應該絕對不止這個數字。

#### **主席**

嘉義長庚掉四成，嘉義長庚的中醫有掉嗎？也掉四成嗎？你在講中醫掉四成還是全院？

#### **吳清源代表**

中醫科，我是中醫科主任，我們有些主治醫師掉六成以上，所以其實說很多病人他不是說只有，他們都不想來醫院，尤其說我們醫院是嘉義地區最後一家後送醫院，所以幾乎到前面門診區都是空蕩蕩的，那所以說應該很多病人都跑到診所去了。

**主席**

診所應該沒什麼影響，沒有這麼多啦！沒有四成啦！你說四成應該是沒有啊，我現在看，是越來越嚴重是不是？兩成？三成？

**吳清源代表**

其實他會根據每個感染率增加，門診數會等比例下降，應該是會這樣子來講，所以說我們想等一下在跟理事長報告一下，接下來我們醫院部門跟診所部門要怎麼樣來做配合。

**主席**

謝謝，沒關係，未來有必要再隨時一起討論，因為未來疫情不可控，讓大家風險就減到最低，這是最好吧？好，那到這裡大家還有沒有其他的意見？好，那剛剛羅院長講的，如果萬一有很大的變化，我們就隨時加開會議來討論，都沒有問題，好不好，好，謝謝，那我們就進到下一案。

### **報告事項第三案：108年第3季點值結算結果報告**

**主席**

目前這些專案，中醫急症是很嚴重執行率低的喔！我看這個再這樣下去，我們就要檢討囉！評核會議的檢討，看要不要如何處理，因為執行力真的太低太低了，但是過敏性鼻炎這個卻是超支，所以大家對於這個結算報告有沒有意見？

**柯富揚代表**

在這裡跟副署長、所有委員報告，過敏性鼻炎，包括我，相信之前醫院委員也有提到，點值這麼低就是因為過敏性鼻炎，這是唯一一個，那原因是因為在去年的執行被減一半，所以兩千萬變成一千萬，也就是說如果說還是維持去年的兩千萬，那麼就不會有點值過低的情形，也就是說在全聯會的對六區的努力之下，確實也看到說執行力在提升了，至於中醫急診的部分，因為中醫急診的部分他，其實我覺得這是委員的一個美意，那我想這未來也會是中醫的一個亮點，那今天早上我們還特別打電話給花蓮慈濟醫院的何宗融副院長，那他也提到，他們現在的做法，我相信這個地方可以看到花蓮市慈濟醫院在中醫急診的執行力一定會越來越高，因為他們的做法是，我想這樣子可以做為全國的一個借鏡或者指標，他們是直接派

中醫的住院醫師直接就進駐在急診部門，那幾乎就是他們西醫的主任也都很配合，我問他說那些病種，他說大概都痛症，那我有問他說為什麼之前執行力會偏低？他告訴我是說因為西醫急診他是有一系列的 SOP，就是所謂的常規，醫學上的常規治療，那他一定要把常規都走完之後才會找中醫，所以這個情況之下會導致說整個主控權是在西醫這邊，所以那這部分我想我們也會持續去做推廣，全聯會也會密切注意中醫急診目前執行的狀況，以上作補充。

**主席**

謝謝，那我想中醫的急症處置計畫今年的六月的一個評核會議可能中全會這邊要好好說明，好好的說明一下執行力這麼低，以及未來的展望，然後會怎麼樣的進行，其他單位有沒有意見？如果沒有的話，我們第三案就確定了，就洽悉，再來報告案第四案。

### **報告事項第四案：健保醫療資訊雲端查詢系統摘要區新增腎臟病人宜注意用藥提示訊息報告**

**主席**

這個也是報告案，就是我們會去在雲端醫療系統做提示，這個病人腎功能已經在不好的狀態，如果你要再去給他處方的時候，盡量避免有腎毒性的藥物。因為中藥可能也有腎毒性，那要提醒醫師跟藥師要留意，那這純粹是一個提醒，那西醫也在提醒，那西醫如果這樣子的病人，不斷的在開 MSAID 的藥，會加速他的腎功能越來越惡化，那就準備要去洗腎；那中醫也是一樣，當然中醫是那些藥物對腎功能有傷害是你們的專業啦！也希望中醫全聯會這邊真的要跟會員好好的宣導，因為你們最知道說這樣的病人不應該再開什麼藥，那這個理事長這邊不曉得有沒有內部共識？

**柯富揚代表**

跟副署長還有各位委員報告，那這個部分我們也開過很多會議，也跟腎臟科醫學會還有醫院協會都有開過相關的會議，那目前我們有找中國醫藥大學還有幾個學校，我們有羅列出，包括我們中藥司也提供了很寶貴的資料，那目前就是有五個我們很清楚知道的中藥材，以及他相關的中藥製劑，那我想全聯會到時候，我們也希望能夠用這樣的一個方式，當執行這個中醫慢性腎臟病的治療方案的中醫師，也都可以看到那些中藥需要小心，可以提供做為參考，那我們也會做宣導，那也會在六區開課程來做這個相關的一個執行計畫的注意事項說明。

**主席**

我們有邀請腎臟醫學會的邱主任，這一點你有沒有要補充？

**台灣腎臟醫學會邱怡文主任**

沒有，謝謝。

**主席**

剛剛還有沒有意見？對這一項？

**羅永達代表**

我想中醫界針對這一次中醫慢性的討論案，不過在這個之前就像剛剛理事長所講的，那其實有召集、有邀請腎臟內科醫學會跟醫院協會來參加類似這樣的會議，那我們也做了一些建議，那我們看到中醫界的努力，不過好像現在腎臟內科醫學會要多參與，因為以前所有的治療包括過敏性鼻炎或氣喘，他可能就是說平行線，看中醫不一定看西醫，看西醫不一定，可是這個東西是一個彙整，就是到 grade4、5 的時候，他們會進入一條，同一條管道，就是什麼時候要洗腎，那我想中醫界以前，以中醫以前的經驗，對這些東西有相當的證據，不過昨天在門診透析會議裡面有人提到說希望可以拿出一些 evidence 出來說服，因為到最後兩個東西一定會交錯，那在交錯的過程當中，要彼此能夠互相協助，那要取得信任，其實是要走的一個很長的路啦！以上。

**主席**

就是這些病人，是因為服藥，不管是中藥或是西藥，這個大家都有責任啦！這也是醫學倫理所以理事長你剛剛提的，就是說你們已經有盤出來五類的藥物，那是不適合在這個時候用的，請提供給我們，我們來做檢核？再回饋給你們，請貴會跟醫師再做溝通？每個醫師在處方的時候都有一定的考慮，也應該衡量病人的狀態，所以我們可以回饋資訊，或透過教育訓練，大家盡力把這件事情做得更好，你覺得如何？可以嘛，那會後是不是提供給我們，我們就申報資料庫來做些比對，好不好，大家有沒有其他意見？來，邱主任。

**台灣腎臟醫學會邱怡文主任**

剛剛主席有提到說如果是第四第五期的話，在中醫全聯會有提到說有些藥物是可以資訊提示或是小心使用，我現在講的就是這個問題，就是說不曉得在系統上面，在平台上面，在各個診所、中醫診所裡面，他們是否能知道說這個病人他就是第四期、第五期或是第三期的，

**主席**

這個可以我們平台沒有區分中醫、西醫，只要是醫療就有，重點是我們的中醫師有沒有上我們的雲端系統查閱才重要。現在有查詢雲端醫療系統，沒有像西醫那麼多，所以你第一個要宣導，看健保的病人一定要上雲

端系統去查詢，一旦上了之後，我們會提示的就是這個病人目前的條件，這些是大家共同提示的，但是提示了之後對西醫該注意什麼、中醫該注意什麼，那是回到專業。對西醫是盡量要宣導避免再使用 MSAID 的這一類的藥物或是顯影劑等等腎毒性的藥物，但是對中醫來說，到底要那些藥物要審慎使用這個資訊，我們必須收集，然後才有辦法再做相關的提示。那剛剛羅院長有提說，這類病人有可能在這個 stage 有可能看中醫、有可能看西醫，這個時候大家兩邊該避免的這是所有的會員都應該去遵守的，中醫是不是應該也這樣做？既然你們有盤出來？好不好，這邊有要補充嗎？醫審的同仁在嗎？連科長在？幸蓓在？這樣可以嗎？

**高幸蓓專門委員**

可以，今年我們也會專注這一塊。

**主席**

我們也把這一塊的資訊拿到，我們也會拿來作資訊回饋

**詹永兆代表**

主席，剛剛羅代表所說的話，全聯會準備了 19 篇「中醫治療腎臟成功經驗」提供參考。

**主席**

我覺得必要時，提供給腎臟醫學會、提供給醫師公會全聯會、醫院協會，大家互相交流、互相了解，可不可以就給腎臟醫學會 copy，一份給醫院協會，一份給醫師公會全聯會，中西醫要互相了解，然後才可以互相合作，這樣可以嗎？好這個報告案就到這裡，謝謝，下一案。

**胡文龍代表**

主席，有關雲端藥歷，我建議讓我們把病人健保卡插下去，就直接上雲端了，不用我們再去點，查藥歷，都要經過一個 icon，是不是直接插下去就可以連上。

**主席**

醫審是不是回應一下

**胡文龍代表**

中醫是不是直接點中醫的藥歷

**主席**

可是，我們怎麼知道這個病人是在看中醫還是看西醫

**胡文龍代表**

那是不是插下去直接連雲端，就不用管看那一科

**主席**

現在插上去本來就直接連雲端

**胡文龍代表**

我們要點，沒有自動連

**主席**

那是你們醫院系統控制，是你們的醫院系統在控制，不是我們

**胡文龍代表**

我們是有詢問藥歷是否要下載

**主席**

下載也可以啊！提前下載也可以啊！醫院都可以。

**羅永達代表**

醫院裡面可能有設防護啦！否則的話，像我們就是直接插進去後，就可以直接連線。

**主席**

你們去跟你們 HIS 廠商講啊！這個可能都是 HIS 自己在控制的，並不是我們這一端的問題，你們可以要求你們 HIS 系統給你們更方便的看診的電腦環境。

**羅永達代表**

有些醫院那邊沒有業務上的需要，他的確以前早期剛開始的時候連雲端是需要時間的，所以有些人就直接跳過去了，但後來衛福部把頻寬調高了，落差時間是非常少的，大概一兩秒鐘的時間就跳過去了，所以各醫院大概目前現在都是一插下去直接就看，尤其是現在防疫期間，你一定要趕快看到，所以現在幾乎沒有時差。

**主席**

這個部分，大概這樣子，大家還有沒有其他的意見？沒有我們就進到討論案的第一案。

**討論事項第一案：「慢性腎臟病患者管理與預防之相關策略」討論案**

**主席**

討論案的第一案我還沒有念之前先跟大家報告一下，昨天的透析總額的會議，其實對於中醫的這一塊的也含在透析總額的會議裡有一併討論，所以後來的決議是要求腎臟醫學會就所有的策略去做盤點、優先順序，再來逐步推動，這是昨天的決議，那今天這個案子呢，當然也是跟中醫有關的部分，那我還是看一下中全會這邊，還有中醫藥司這邊配合的情形，再來看要不要解除列管，請開始，

## 劉林義專門委員

請各位代表直接看到討論 22 頁的這個表，這個表的策略一是要推動民眾腎臟相關的健康適能，那屬於中醫的部分第一塊就是請中藥司負責的就是說，請中藥司透過跟地區的公協會、社區醫療機構等結合來辦理一些中藥正確用藥的觀念，第二點是說，要請中藥司提供培訓人數的目標，中藥司這邊回覆是說，其實在 108 年辦理相關的課程，也培訓了 38 位醫師、藥師、護理師來完成訓練，建議解除列管。

## 主席

中醫藥司這邊還有要補充嗎？沒有什麼要補充的嗎？好，謝謝，那我們對於項目就是中醫藥司這邊算是有完成，那還是納入腎臟醫學會的評估範圍，接下來第二項。

## 劉林義專門委員

第二項就是在長期可考慮的目標的部分，那不過這一項在昨天已經討論過了，那我們直接翻到討論 2-5 這個，這列第二項是關於腎臟病醫療照護這一塊，那著重在 PRE-ESRD 的部分，那這一塊屬於中醫的部分是說，落實中醫師使用雲端查詢系統去查藥，就是剛剛報告講的，然後第二個是請中藥司提供腎毒性中藥的藥品名稱，那這是請中藥司負責。

## 黃純英副司長(黃怡超代表代理人)

有關請中醫藥司提供腎毒性中藥的藥品名稱部分，其實在當初為了開這個會議來問我們時，中醫藥司已經有提供了，主要是提供本部 92 年 11 月公告，禁用含有馬兜鈴酸的五種中藥材及其製劑，禁止製造、輸入，並註銷藥品許可證，註銷許可證的清單也已在會前提供給健保署相關同仁。另外就是在我們中藥司的網頁，也有一個含馬兜鈴酸中(藥)劑處理專區，供外界查詢。

## 主席

所以現在有腎毒性中藥的盤點出來只有馬兜鈴酸嗎？五種藥材，可是這個跟中選會剛剛理事長講的五種是一樣的嗎？好，詹醫師。

## 詹永兆代表

主席，各位委員好，其實一般來講現在在中藥腎毒性裡面最多的就是馬兜鈴酸，馬兜鈴酸剛剛副司長講的已經公告撤銷了那五個含馬兜鈴酸藥材，其實還有，有部分中藥現在大家還常用的像威靈仙、細辛目前都還有在用，它劑量拿捏得好是不會有傷害的，細辛以前是用全草，我們現在都改用根，它的馬兜鈴酸含量極少，所以現在基本上市面上都是用根，其他有腎毒性像斑貓、草烏、雷公藤，那這些就是要拿捏好它的劑量，所以我們可以附帶說，那些藥一定禁用、那些藥要慎用，基本上我們都可以掛上

去，因為，西醫講的 NSAID 腎毒性，那中醫可以講馬兜鈴酸腎毒性，基本上有腎毒性的中藥，我們可以列出來慎用、拒絕用，我們會後可以提供給貴署，將來一樣掛上去，未來大家來做腎病品質提升專案的時候，請謹慎使用。

### 主席

可是慎用這件事情，沒有講清楚，就是大家都用，慎用是什麼意思，慎用的話，你有沒有在具體的如何慎用，就是在什麼樣的情況之下慎用。

### 詹永兆代表

其實大家知道做腎病品質提升專案的時候 腎毒性的中藥，基本上當使用的時候，有一些會盡量避免使用，其實公告出來，大概就會少用，甚至禁用啦！目前很多藥都有在用，如果做腎病品質提升專案的時候，我相信醫師看到這個就會避免使用，以上。

### 羅永達代表

我想請教幾個問題，第一個中藥司剛剛說提到，我所知道的腎毒跟 92 年公告的東西本來就差很多啦！這是我要講的第一件事情，第二件事情就是，現在目前這個資訊裡面，同時要給西醫師使用還要給中醫師使用，有些東西西醫師對中醫是沒有受過訓練，當他看到，他所使用的那些中藥的時候，這是我們中醫界的一個責任，剛剛知道這個東西跟什麼有關，第三個，不是只有腎毒，還有一個叫做交互作用，比如說我現在要抗凝血劑的時候，你用紅花，你用藏紅花等的東西，你問很多西醫師他當時用 heparin 的劑量是要減少還是增加，這些東西也是我們的責任，所以我一直很鼓勵說中醫界跟今天我們腎臟內科醫學會也有派人過來，他們已經有在使用的那些藥當中，那些中醫界目前做了很多的 study 的過程當中，那些是會有影響的，應該要充分去提供，而不是只針對腎毒性這件事情，他必須包括交互作用，因為腎臟內科目前的使用藥裡面，其實很多東西其實是很清楚的，大概就是那些藥，那些藥裡面，如果我假設中醫界認為這些東西應該提供提醒的話，我是建議這件事情才能夠在彼此合作的過程當中，彼此之間的訊息是透明的，以上。

### 主席

現在我們中醫有沒有醫學會？中醫界只有全聯會，有沒有中醫醫學會？有很多嘛，那有中醫的腎臟相關的醫學會嗎？我們比較少去跟中醫醫學會交流，中醫的醫學會，醫學會的院長，施教授，您是什麼醫學會的會長？可不可以給我們介紹一下，因為我們不是很清楚。

### 孫茂峰代表

各位代表、各位長官大家好，中醫的醫學會其實相當多，因為在我們

內政部人民團體法醫學會基本上就是志同道合大家一起籌組，那現在目前呢衛生福利部還有醫策會在制定跟推動專科醫師法的過程當中，逐步有幾個醫學會會比較成形，像您剛剛提到的腎臟的部分，其實我們有相當龐大的中醫內科醫學會，那中醫內科醫學會的理事長目前是義守大學的蔡金川蔡教授，那他們也有一些研究是跟西醫的腎臟的部分合作，那目前除了內科醫學會之外，我們還有針灸醫學會跟傷科醫學會，就是說內、婦、兒、針、傷都有代表性的醫學會存在，所以這個是回答各位代表所做的報告，除了這些醫學會外，事實上學界裡面也有不同的組合，在從事相關的研究，尤其是跟西醫們的合作，其實已經蠻頻繁的，比方說像長庚大學或長庚醫院的中醫部的系統、中國醫藥大學中醫部內部的系統，基本上都有相當多的研究在進行，這一部分剛剛詹代表也已經蒐集到比較多的資料，我想，朝向資訊透明是大家共同的期待，剛剛羅代表提到的，有一些事情呢，必須要很坦白地講是中醫界目前也一步一步的在摸索，把所謂的傳統的東西，經驗上來講，使用的非常頻繁，但是常常被大家提出實證不足的部分，要一項一項的來剝開，這裡面所耗費的人力、物力、資源是非常龐大的，所以我們很樂意一有什麼成果而且是已經發表的，就盡可能在這一個保險、臨床上能夠提供給大家使用，以上報告，謝謝。

### 主席

謝謝，那如果相關比較像是學術性的我們可以請教中醫內科醫學會，對不對？很廣泛喔！

### 孫茂峰代表

應該是有相關的醫學會，就是我們比較有代表性的就是內、婦、兒、針、傷，都有代表性的醫學會。

### 主席

你剛剛說是內、婦、兒、針、傷，那就是五個，那內科醫學會跟腎臟比較接近，內科醫學會，那我想是這樣啦！剛剛既然說全聯會這邊也有盤點，那資訊我們還是會互相交流，但是至於說這樣子的交流是不是只是提醒中醫師注意，那是不是中醫師真的有注意呢？就是申報資料至於詹代表剛剛所講的絕對不可用，那92年、93年的事情，那已經試過又快要20年了，那所以呢，那一段十幾二十年時間，應該還是會有一些新的實證知識，要與時俱進，不可能中間快要有20年都空的，經過研究如果確實有問題，這資訊要告訴所有的會員，但是我們申報資料可以看出是不是有些沒有落實的部分，我們就在去核對，所以說慎用這件事情如果可以再請醫學會可以再更精準的說明，其實這也是一種教育的過程，醫學會站出來，慎用是什麼時候不要用、什麼時候避免使用、什麼時候如何用，這個就會更細緻

一點，那這樣是對會員是一種整體的中醫水準提升，對民眾也比較有保障，那這個部分，我想是不是麻煩全聯會這邊你們提供資訊之前跟中醫內科醫學會再做確認，好不好，那我們希望說這是共同的建議，能夠更細緻的建議，那這個報告案我們就洽悉；那剛剛講的，我們剛剛其實已經進到討論案第一案，到底幾頁了？已經到 2-6 了嘛，那這個剛剛已經有提了，那就是 2-7 了嘛。

**洪于淇科長**

2-6 第 3 點是中藥不良反應通報管理與中西藥併用的諮詢，有關中西藥諮詢已經建置在中西藥併用諮詢資料庫，該系統由中醫藥司來建置，是不是請中醫藥司說明？

**黃純英副司長(黃怡超代表代理人)**

有關中西藥併用諮詢資料庫部分，中醫藥司於 103-106 年就建置了中西藥併用諮詢資料庫，目前收錄中西藥併用資料，詳見會議書面資料，我們也提供了一些數字給大家參考。該資料庫主要是提供臨床及研究人員作為查詢使用。

**主席**

所以這是掛在你們中醫藥司的網站嗎？醫審藥材組這邊也上去看一下？因為現在我們也有很多的外界的建議，說中醫藥司現在所謂的中西藥併用這一部分的系統，我們這邊有沒有可能做一些參考或介接，好，謝謝，那我們這一部分就到這裡，那這個案子，所有的相關案子，我們也都到腎臟醫學會盤點之後列入，好不好，好再來討論事項第二案。

## **討論事項第二案：全民健康保險中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫(草案)**

**主席**

謝謝玲玲科長，非常詳細的說明，這個案子是今年新增的計畫，有一定的預算在那邊，也是通過的，所以需要來執行，那就個案的部分，還沒有進到細項之前，還有沒有誰要做回應的嗎？

**詹永兆代表**

主席、各代大家早，感謝健保署給我們做這麼詳細的分析，其實這個案我們是戰戰兢兢的來做，想擴大參與，所以把腎病症候群跟蛋白尿一起納進來，想不到試算之下，竟然從兩千多筆膨脹到九千一百多筆，其中蛋白尿就佔了 4470 人，蛋白尿用中醫治療就有這麼多，所以試算下來膨脹到非常大，那我們也接受健保署的建議，因為蛋白尿這麼多人，腎病症候群

也有 1866 人次，真正我們 N182-N186 這個慢性腎病代碼才 2876 人，所以我們很同意健保署給我們的建議就是說把腎病症候群跟蛋白尿拿掉，那大家可以看到重新來的試算，剛剛健保署發的試算表，那 N182 到 N186 整個加起來大概是五千六百萬，也蠻符合我們大概五千萬的預算，這是第一點，第二點的部分，剛剛我們看到，我們每一次開藥，每次都多了差不多三百點的支付點數，其實這裡面我們還有每一次來看病的時候順道教他穴位按摩，多一個指導費，因為這是我們中醫的特色，所以順道教他怎麼穴位按摩，所以多那個費用，第三個，關於加強照護管理費部分，那是我們善用我們中醫的衛教，營養飲食的指導，這是我們特別的部分，本來想說一個月再給他好好的指導，因為有些病人到第四第五期的時候，都腎陽虛！會比較偏寒，就是腸胃比較弱，這時我們好好的指導他，讓他提振他的腎虛、脾虛的現象，指導他怎麼吃，這對他未來的疾病惡化會舒緩，所以其實這一點來講，我們也很希望能針對這個給付，就好好指導一下，所以這個如果說，改成收案的時候報一次，我覺得這樣不行，最少我們原本說最少四週申報一次，我想我們最大的極限是兩個月一定要報一次，我們退居到兩個月申報一次，等於一年六次，基本上兩個月回來看的時候再詳細的指導他一次，至於第四點，剛剛講的每六個月收案的時候，增加腎功能、腎疾病分期的評估資料，這個沒有問題，可以加進去，其實在我們衛教的時候那邊也會收錄，我們兩邊來衛教的時候，其實也可以收錄，所以說資料的回傳是沒有問題的，以上。

## 主席

這個案子，各位代表有沒有要表達意見？

## 台灣腎臟醫學會邱怡文主任

西醫在 Pre-ESRD 執行跨領域照護已經有 10 年的經驗，有些可以分享給中醫做參考，我想就人員資格、照護內容及站在署方立場來如何審核這個 program 的效率，先 overall 提供一些建議。當初因為這是屬於比較末期的病人，所以在人員資格限制上，參與的醫師、營養師、衛教師，這三個部分在剛才中醫提到的部分都有這種人員，這些其實他們都有，在西醫方面醫師只有腎臟科醫師可以收這樣的病人；營養師必須要有接受營養衛教這個部分；衛教師一定要慢性腎臟病衛教師的資格。就是當初這個 program 在執行的時候，因為有這資格，在教育及執行照護內容方面比較能一致。所以這部分可以請中醫來做參考。其實慢性腎臟病的照護在西醫方面執行非常多，像糖尿病、腎臟病、高血壓等現在都在進行。我們就發現因為共病的關係，其實糖尿病的衛教、腎臟病的衛教上，他有一些在檢驗上、衛教上其實是會有一點點 overlapping。我相信署極力要將這些整

合，所以相同的問題，中醫在執行的時候，包含剛講最後代表提到說可以把一些檢驗數據上傳這部分，其實有些病人，我們也知道很多西醫 Pre-ESRD program，這些病人其實也有接受中醫的治療。這些其實在資料庫上都有顯現。所以有些在這個時候是不是一個資源不需要再重複使用。Pre-ESRD 已經有在規則監測他的腎臟功能，這塊其實署可以在規劃這個計畫在進行的時候，就可以不需要說一定要重複再一次檢查，看他功能性的評估是怎麼樣？

不過 EQ5D 是我們做研究常用的，用到臨床上，當然希望未來也能這樣，中醫能夠這樣做，也是可以這樣子。另外就是照護內容的一致性，例如糖尿病與慢性腎臟病在照顧的時候，疾病的進展其實在衛教的時候，學會之間會互相協商如何在照護的內容。剛才代表說有關如何在飲食衛教、營養方面，在衛教部分如果可以的話，大家互相能夠有一個最少的一致性，免的病人會在就醫的時候，會覺得比較有無所適從的感覺，有些小地方其實中醫可以提供給我們他們對於這類的看法應該怎樣，我們也可以提供在西醫上對藥物的實務或是藥物怎麼樣，彼此有個最小的共識，這樣的計畫在執行上病人會比較 OK。

最後主席及代表提到有關後續監測的部分，VPN 的上傳這些，可能如果要推行的話，之前要有配套的措施，中醫診所都要瞭解執行時可能的情況，這個部分能夠做一次安排、一次到位，對於一些不會說最後只是在紙板上審核。這樣大家在管理這些病人，就是說疾病管理這部分會比較困難一點。

**主席**

謝謝台灣腎臟醫學會邱主任的建議，中全會這邊有沒有要回應？

**詹永兆代表**

感謝腎臟科給我們很好的建議，其實我們要參與這個腎病加強照護的 program，我們這個課上完之後，將在全國 6 區開一個教育訓練，你要參加這個計畫就要接受教育訓練，所以剛剛檢核教育訓練、照護內容的一致性、包括腎毒性中藥的提醒都放在教育訓練裡面展示，整套課程大概要花一整天的時間上課。像 VPN 的登錄，我們也很慎重，不要讓他浮濫。當然因為健保署建立很好的雲端系統，所以診所靠雲端系統就可以看到病人 EGFR 及 creatinine 多少？甚至蛋白尿多少？基本上我們只要雲端系統抓的到資料就不用再額外開單。萬一真的抓不到，極少部分可能會自己開單，我相信資源不會重疊，因為整個雲端系統非常方便，尤其對我們診所端，非常好用。所以包括這一系列的東西，我們在 3 月 1 日就開始訓練。

**主席**

謝謝，孫教授是不是要補充。其他代表是不是要補充。

剛剛腎臟醫學會有提到營養與衛教的部分，對病人會不會中醫、西醫各講一套，飲食是每天都在做的事情，會不會衝突。

### 柯富陽代表

這部分我們會放到教育課程內，會請西醫腎臟科專科醫師幫我們上課，所以這部分是沒有問題。

### 主席

就是內容不會有問題，但是中醫到底在做營養與衛教的時候是誰在進行？是醫師，你們可能沒有營養師與衛教師，沒有嘛。這個工作在西醫是有分工，在中醫是醫師自己做，是這樣嗎？確定嘛。是醫師直接給病人做營養與飲食的衛教。要參加這項 program 是不是一定要經過你們的受訓之後的醫師才可以參加？

另外你們的檢驗數值盡量從雲端去擷取，或由病人出示他在西醫的報告，千萬不要再重複檢查，這件事情是確定的。

評估的量表剛剛也同意你們原來的 EQ-5D，再加上建議的功能評估的腎功能與腎臟病分期這些指標都要一併上傳，這些都要依據雲端的資料去上傳，而非自己再去做的。時間要抓對，一定是你們計畫之後時間的數據為主。

剛剛你也同意將蛋白尿及腎病症候群拿掉；疾病管理費改為兩個月申報 1 次，必須是收案中，已結案者不能再申報。在這些前提之下，大家還有沒有意見？如果沒有意見，就要進入後面文字部分。腎臟醫學會要表達意見嗎？沒有。謝謝進入方案內容。

### 王玲玲科長

附件 3，大原則已經說过的部分就不再說明，針對討 2-24 頁，第 5 項申請資格及退場機制，中全會建議承作院所於生活品質量表(EQ-5D)量表回收率低於 60%或 CKD stage 3~5 上傳檢查數據後測回收率低於 60%者，隔年不得承作本計畫。本署的建議是這裡訂了生活品質量表(EQ-5D)僅訂定回收率應達 60%，若低於 60%者，隔年不得承作本計畫，相對有 40%問卷未回收，該部分患者如何進行照護成效評估，這點請中全會說明。

### 主席

這點在說明之前，你們方案設計有功能評估費，有領的人為何可以不上傳？為何可以不做 EQ-5D 量表的回收？看起來有疑義，是病人自己填寫或是醫師逐一詢問填寫？有項功能評估費。

### 王玲玲科長

功能評估費就是每 6 個月申報 1 次，每次 1000 點。

### 主席

EQ-5D 量表是誰填？是醫師問病人再填？這才算有投入。若病人回去自己填再回收，怎麼會有 1000 點的問題？

**詹永兆代表**

不單是回收 EQ-5D 量表，其實是所有資訊(包括檢驗報告)都要回收。

**主席**

如果有領 1000 點，怎麼會允許 60%回收率？

**詹永兆代表**

因為有些病人做後就不見了，90 天沒有回診。我們是考慮部分病人萬一沒回診，這個追蹤就會疏漏。

**主席**

那沒有回診的病人可以申報 1,000 點？

**詹永兆代表**

這塊其實是最後通通回來的時候，回到前面第 5 點申請資格及退場機制「本計畫承作院所於生活品質量表(EQ-5D)量表回收率低於 60%或 CKD stage 3~5 上傳檢查數據後測回收率低於 60%者，隔年不得承作本計畫。」是兩個都要回來，而不是只有 EQ-5D，而署這邊只針對 EQ-5D 來看。

**主席**

你給的方案只有 EQ-5D。

**詹永兆代表**

除了 EQ-5D 之外，還有上傳的數據，最後兩者都要回收，因為要做統計，有些就是怕部分患者 90 天後沒有回診，資料回收不完整，所以留有一點點彈性。

**主席**

保留 60%的彈性是一點點？

**詹永兆代表**

那也可以提高到 80%，因為這是我們第一次提出承作，希望能寬鬆一點。

**主席**

60%的回收率不理想，因為後續進行成效評估時會漏掉這些個案，這已經把 sample 做限縮了。

**詹永兆代表**

第 2 年回收率會再提升。

**主席**

基本上，本項要申報 1,000 點，問卷應全數回收。

**詹永兆代表**

這不是申請 1,000 點的問題，是退場機制，這是明年計畫能不能運作的問題。

**主席**

兩個都要兼顧，明年的退場 OK，那今年呢？

**吳清源代表**

簡單介紹一下，這個分前測與後測。我們前測都會由醫師做，可是後測的部分病人有時候會 disappear，沒有做到後測，這樣就算不完整，以我們醫院的做法，前測一定都是醫生執行，中間持續追蹤，如病人跑掉沒有做到後測，則此問卷為不完整，不算入回收率，會有這種問題，所以說我們沒辦法達到 100%，不過一般來說，應該要前後測都有做到才能拿到這筆錢。

**主席**

1,000 點是 6 個月申報 1 次。

**詹永兆代表**

1,000 點是另外一碼子事，這邊主要強調明年還能繼續承作，關於前後測的完整性，現在是第一年執行，不能保證能 100% 回收，這是關係到明年還能不能再承做到這個計畫。

**主席**

是否再提高目標值？60% 真的太低了。

**詹永兆代表**

醫院端可以嗎？你們前後測的回收率有多少？我擔心一堆人陣亡，很多人不能承作。

**吳清源代表**

報告主席，我們會盡力完成，60% 是參考先前一些專案的執行問卷回收率比率，因為後測的執行率不易執行，可能病人因病況嚴重或家庭因素而無法執行，我建議第一年目標訂為 60% 較為寬鬆，第二年數據沒有問題，目標值再提升。

**主席**

1,000 點要通通回收才能申報，至於明年退場訂 60%，當然要盡力回收才能看到成效，所以 60% 只是退場機制，還是要力求更好，不然成效評估只有前測沒有後測，這代表病人不回來，對中醫沒有信心，根本沒辦法完成，大家還是要審慎看待這個問題。

台灣腎臟醫學會邱主任

我想補充，EQ-5D 量表是病人生活品質評估，在西醫是屬於輔助型評估，功能型評估還是以腎功能變化為主要。

## 主席

生活品質還是以病人自己填寫，重點是檢查的數值有沒有改變，所以我們要求要有科學的數據，透過 VPN 上傳，這項你們也同意，原來的方案好像沒有提到？

## 王玲玲科長

討 2-31 頁附件 2 的支付標準表：開藥、針灸、開藥加針灸這幾項，如果個案沒有開藥及針灸，可以申報加強照護費嗎？請中全會說明。

檢視支付標準表處置的組合，如果個案未接受這些治療處置，就不是收案的對象。

請看討 2-33 頁的支付標準表，健保署意見第 4 點：建議「中醫慢性腎臟病治療功能性評估」(P\*\*012) 新增需申報 3 次加強照護費及 1 次疾病管理照護費後，始得申報。功能評估希望病人至少要接受本方案的衛教指導與照護後才能去做，避免有些病人到後期 9 月、10 月才進來，馬上就做一整年完整性的評估，就可申請評估費。

第 5 點：有關「CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表」需每 6 個月執行一次：該表中「如何發現自己有腎臟病」應為新收個案填寫為宜，另症狀史及藥物史應為病患每次就醫，醫師皆須瞭解病人狀況，做為治療處置的依據。所以該表是否適合做為每 6 個月評估之量表，請中醫全聯會說明。

建議在支付標準表要做這樣設計：第 1 開藥組、第 2 開藥加針灸組是否限制僅能擇一申報？且給藥日不能重複；第 2 開藥加針灸組與完全針灸組應該是不得併報。

## 主席

請代表回應。

## 詹永兆代表

關於討 2-33 頁第 4 點，申報 3 次加強照護費應改為 2 次。因為 3 次會到第 8 個月才能申報；第 5 點 6 個月評估的內容不只有 EQ-5D 表，還包含其他基本及臨床資料上傳；第 6、7 點尊重貴署的建議。

## 主席

謝謝，請問支付標準科同意嗎？好，同意。本案如果照剛剛的決議修正，請問預算是否還能容納？

## 王玲玲科長

如果按照全聯會同意的 ICD-10 碼從 N182-N186，這邊預估約為 5,800 萬左右，因為剛剛還有修正照護費，會扣除掉 300 萬，大概會維持在 5,500 萬。

## 主席

尚在合理範圍內。本案討論到這邊。台灣腎臟醫學會邱主任還有什麼建議嗎?中西醫還有什麼部分是新計畫須執行的?

**台灣腎臟醫學會邱怡文主任**

我們會觀察後續執行狀況，評估西醫可協助的部分再予以建議。

**主席**

麻煩邱主任回去跟會員說明，計畫內這一部分 stage 的人會看中醫，你們的病人也會有 PRE-ESRD 或 early-CKD 的病人，請西醫師也要留意病人是否同時接受中西醫的照護，有可能重疊照護。

**台灣腎臟醫學會邱怡文主任**

所以基本上署的立場是其實他是不會互斥的。

**主席**

希望能做到不互斥。

**台灣腎臟醫學會邱怡文主任**

對於同一個病人要同時接受中醫和西醫，站在署的立場其實是沒有意見的，兩個 program 都加入，基本資料同時收集。

**主席**

您的意思是病人加入西醫計畫就不能加入中醫計畫嗎?

**台灣腎臟醫學會邱怡文主任**

沒有，我剛剛是強調資源是可以共享的。

**主席**

對，資源是要共享的，所以中醫診所的營養師及衛教師?像醫院的中醫科可以共用醫院的營養師及衛教師，那一部分營養師及衛教師跟西醫是一樣的

**吳清源代表**

醫院部分主治醫師有取到營養、衛教師資格，我們會在全聯會討論與營養、衛教師的醫學會共同討論，並將相關資訊轉知營養師及衛教師醫學會。在人員資格方面，醫院端資源是共用，會針對營養師及衛教師做相關訓練；在診所端希望將來有機會能跟營養師及衛教師做進一步結合，能像長照系統一樣能找營養師及衛教師來幫診所醫師、護理師及病患上課。

**主席**

謝謝。現在很特別就是這樣的疾病，有 2 個 P4P 的計畫在進行，一個就是西醫的軌道，一個就是中醫的軌道，既然有可能重複收案，將來中醫的總額會議跟透析的總額會議，我們會將這些重疊的病人他的臨床數據當成一組，然後純西醫一組，中西醫共同收案組，然後沒有收案組，然後他在我們的雲端實證的這些科學數據的比較。當然現在都不知道最後的結果

是什麼，第一年結束之後，我們可能會做這個動作，這個就是大家交流，那因為是第一年，剛剛中醫界有提供 19 篇的 paper，麻煩腎臟醫學會回去也幫忙看一看，中西醫如果可以合作，對病人是好的，因為都有給付，如果說第一年的情況並沒有想像的這樣的話，當然我們就要再檢討，目前其實現在限縮的是說有看中醫的，而且是 N182 到 N186 的病人，以這個範圍，這個是已經有判定，也不排除有新病人，這個都很難講，所以我們大概會這樣做，邱主任，你覺得這樣可以嗎？我們是需要監控，如果你還有提醒什麼，現在就跟大家一起說明。

### 台灣腎臟醫學會邱怡文主任

第一個就是 N182 第 2 期，剛又說要把蛋白尿移掉，那 N182 大概都是蛋白尿的病人，所以如果是這樣，其實就是我們學理上，是覺得比較奇怪一點這樣子，所以有可能會變成就只有第 3 期的病人以下可以被收案這樣子。另外一件事就是，我只是提醒一下中醫的代表們，就是說可能如果是在西醫的整個團隊裡面，大家認為說 EQ-5D，填這個報表也可以跟健保申請支付的話，這可能會引起大家很大的誤解這樣子，因為那其實真的是一個研究的一個工具，還有就是一個評值的一個項目，他幾乎都是納入在一個衛教的過程裡面的一個必需的東西而已，所以我可以建議說中醫如果要執行，你們的名目上面，還是可以用 EQ-5D，但是在名目上面是要用衛教費，要納入衛教費裡面去呢？或者是怎麼樣的疾病管理費裡面，個案管理費去，這樣子在整個大的政策上面，大家會比較覺得有比較一致這樣子。

### 主席

中醫的這個案子，大家比較會 confusing 的是有太多的照顧費，有一個叫疾病管理照護費，一個叫做治療功能評估費，對不對，就是這兩個，這兩個各有一個是 2 個月 1 次 500 點，另外一個評估費是 6 個月 1,000 點。事實上，疾病管理照護費，在中醫的話，營養跟衛教是中醫師親自執行的，所以他是要花時間的，就是 2 個月申報 1 次，這個部分跟中醫的加強照護費裡頭的給藥跟針灸是要搭配的，因為一方面是你給藥，一方面是病人的生活習慣要改變，才有辦法有共效。再來治療功能性評估，基本上 1,000 點，是要有前測跟後測，才可以有 1,000 點，這裡因為沒有做到臨床數據的蒐集，剛剛已經同意要加入，但是不要重覆做檢驗，但是你要去蒐集，蒐集是不管來自雲端系統，或者是來自於病人自己攜過來檢驗報告，這些你要在病歷上記載，這些才叫做功能性評估，那麼 EQ-5D 只是其中的一塊而已，並不是全部，而且是前測加後測，這部分是這樣，那這個 1,000 點也許蠻多，所以如果就衡平性的話，這 1,000 點也沒有再稍微下降一點的空間，那我們再收案多一點。

**詹永兆代表**

實際上西醫是有一個獎勵金，我們是沒有編進去。

**主席**

現在先不要講獎勵金。

**詹永兆代表**

我是說他們的計畫裡面是有個獎勵金，我們中醫沒有編列

**主席**

第2年以後如果做得很好就可以加。

**詹永兆代表**

我們沒有編，一開始就是這樣子。

**主席**

我的意思是說，你要留點預算去做是合理的。不是說進來都有錢，然後不管好不好，其實資源的放置是有鼓勵效果的，第一年是怎樣現在不知道，第2年如果真的好，有醫師做得很好，你本來就應該給做得好的醫師獎勵，所以這裡下修一點留點空間給未來好的獎勵這一塊。減一點，700點可以，治療功能評估費就700點。我們期待中醫這一塊，我們還是要repeat跟大家講，我們會就ID來歸戶，我們會有西醫組、中西醫併治組，然後再來是沒有參加的這樣子來比較。那大家對這個案子還有沒有別的意見，如果沒有的話，謝謝大家，今天就開到這裡，謝謝大家。

**散會：12時00分**