

「中醫門診總額研商議事會議」107年第3次

會議紀錄

時間：107年8月16日14時整

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)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

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
千代表文男	千文男	陳代表憲法	陳憲法
王代表惠玄	王惠玄	陳代表博淵	陳博淵
朱代表日僑	朱日僑	陳代表建霖	陳建霖
呂代表世明	請假	黃代表光華	黃光華
巫代表雲光	巫雲光	黃代表怡超	林聖傑(代)
李代表純馥	李純馥	黃代表科峯	黃科峯
林代表展弘	林展弘	黃代表俊傑	請假
柯代表富揚	柯富揚	黃代表頌儼	黃頌儼
施代表純全	蔡三郎(代)	黃代表蘭嫻	黃蘭嫻
胡代表文龍	胡文龍	楊代表禾	陳志超(代)
許代表中華	陳建宏(代)	詹代表永兆	詹永兆
許代表怡欣	許怡欣	劉代表富村	劉富村
陳代表旺全	陳旺全	羅代表永達	羅永達
陳代表瑞瑛	請假	羅代表莉婷	羅莉婷

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	蘇芸蒂、孫嘉敏
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴、劉于鳳
衛生福利部醫事司	呂念慈

台灣醫院協會	吳洵伶
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、賴宛而、李敬
本署臺北業務組	馮震華、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	洪穰吟
本署高屏業務組	施怡如
本署東區業務組	鄭翠君
本署醫審及藥材組	曾玟富、陳宛均
本署資訊組	李冠毅
本署企劃組	吳千里
本署醫務管理組	劉林義、洪于淇、鄧家佩、 劉勁梅、朱文玥、鄭正義、 林 蘭、邵子川

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉，有關中藥之飲片政策方向，邀請衛生福利部中醫藥司於下次會議列席說明。

參、報告案

第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：洽悉。

第二案：中醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案：107年第1季點值結算結果報告

決定：

一、一般服務部門點值確認如下表：

分區 \ 項目	浮動點值	平均點值
臺北	0.88208709	0.92152866
北區	0.90513213	0.94055811
中區	0.87476068	0.91681738
南區	0.94089582	0.96303426
高屏	0.89223208	0.93108897
東區	1.29882464	1.20000000
全區	0.89984247	0.93484878

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、107 年中醫門診總額地區預算分配說明、第 1 季參數表及結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案:106 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告

決定:洽悉。會後請補充 106 年中醫品保款層級別核發家數及總金額分布。

註：106 年中醫門診總額品質保證保留款層級別核發家數及金額分布

核發金額 百分位	院所家數		核發金額(單位:千元)	
	醫院	基層	醫院	基層
核發金額為0	42	746	0	0
0-10百分位	2	304	1	512
10-20百分位	3	303	12	1,232
20-30百分位	2	304	11	1,842
30-40百分位	6	300	46	2,361
40-50百分位	4	302	38	2,909
50-60百分位	5	301	58	3,535
60-70百分位	5	301	70	4,328
70-80百分位	8	298	149	5,245
80-90百分位	6	300	147	7,101
90百分位以上	30	277	2,563	12,609
總計	113	3,736	3,096	41,675

第五案：中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷，僅具中醫師資格者，開具檢查(驗)單進行初步判讀及出具報告案

決定：有關衛生福利部醫事司函示旨揭資格者「得開具檢查(驗)單(普通血液及生化檢查、常規尿液及糞便檢查、普通放射檢查與靜止狀態心電圖)，進行初步判讀，惟正式報告應由相關專科醫師出具」一案，考量「正式報告」及「相關專科醫師」定義不明確，因事涉給付，將俟衛生福利部醫事司釋示後再行辦理。

肆、討論案：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表

決議：

- 一、「使用中醫師門診之癌症病人同時使用西醫門診人數之比率」及「中藥藥袋標示合格率」兩項指標，同意刪除。
- 二、「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」與「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」指標保留，繼續觀察。
- 三、「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」與「使用中醫師門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率」兩項指標，同意比照依前次會議紀錄之排除條件。
- 四、「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」及「使用中醫師門診者之平均中醫就診次數」三項指標之建議參考值修正，未達共識，下次再議。
- 五、「申報2年內未看診患者比率(A90)」與「健保雲端藥歷系統查詢率」兩項指標同意新增，並依建議參考值以前3年同季平均值 $\pm 10\%$ 計算，「申報2年內未看診患者比率(A90)」指標名稱修正為「兩年內初診患者人數比率」。

伍、散會：16時47分

陸、與會人員發言摘要詳附件。

與會人員發言摘要

主席

今天有 5 位新任代表，請理事長幫我們介紹一下。

陳代表旺全

謝謝主席，我想從這邊來介紹一下。高屏區新任主委陳建霖，再來南區新任主委楊禾今天請假，請代理人陳志超醫師出席。再來中區的新任主委陳博淵；本來的中區主委是大臺中中醫師公會理事長張瑞麟醫師，我請張醫師努力推動過敏性鼻炎專案，一定要拿出成績來，張醫師身體微恙後由陳博淵醫師擔任主委。再來就是北區新任主委黃科峯，他是新竹市的中醫師公會理事長，希望大家工作之餘也要把身體照顧好，大概跟各位介紹一下。

主席

謝謝，還有一位新任代表是東區主委黃俊傑醫師，本人還沒到場。歡迎各位新任代表，現在會議就正式開始。上次會議紀錄從第 2 頁到第 5 頁，各位委員如果對會議紀錄沒有問題就確認，接下來請接報告事項第一案。

報告第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形(宣讀略)

主席

謝謝。前次會議決議辦理情形各位代表有無意見？

羅代表莉婷

想請問前次會議臨時提案有關會議將採無紙化方式進行，議程資料將以電子郵件寄送部分，本人參與中醫總額一年多一直沒收過健保署之電子郵件，這次也是拿到開會通知單後自己去下載議程資料，想要確認以後會議資料的提供時間跟提供方式，如果議程資料須等到收到開會通知單再自行下載，則會議通知可否提早寄送？因為我昨天下午才拿到開會通知，感覺會前準備的時間有點倉促。

主席

請醫管組說明。

劉林義專門委員

假如我們這邊有代表的 email，發文後就會寄送電子檔議程；我們在開會通知單上也會附上議程放在本署全球資訊網的路徑，也可以由網路上下載。

主席

請現在確認羅代表的電子郵件信箱，以後不要再發生這種事情。其他代表如果有類似情形也請跟我們連繫，包括這次 5 位新任代表的連絡方式，請正確維護。謝謝，接下來請接第二案執行概況報告。

報告第二案：中醫門診總額執行概況報告

主席

好，謝謝，有關這個執行概況報告各位代表有沒有意見？請羅院長。

羅代表永達

主席，各位先進，大家午安。想請教中醫全聯會點值預估的簡報說明中，提撥風險基金金額 900 萬，在資料裡面可以看到 900 萬後來怎麼運用跟分配給各分區的詳細細節嗎？請問有沒有提撥各分區的金額跟方式的說明，讓醫院總額作地區預算分配時參考。

主席

好，謝謝羅院長，等下一起回答，大家還有沒有意見？請干代表。

干代表文男

謝謝陳理事長跟臺中區中醫師對兒童過敏性鼻炎專案推動的努力。案子的執行。只是我看資料，第 2 季也才執行 210 萬點，距離我們的目標還差很多，不管有沒有認真去執行，下個月就要進入協商，也會決定專案明年能不能繼續做，以上。

主席

好，請醫管組說明。

劉專委林義

中醫風險基金的分配方式是先分配給該鄉鎮只有一家院所提供中醫服務，餘款再用特定比率分配給臺北跟北區院所，在結算報表上都有呈現；請參考議程第 47 頁開始，全年預算 3,600 萬四季均分，每季預算 900 萬；先撥補給各分區只有一家中醫院所，用掉 117,398 元，剩下 800 多萬元依照一定比率分回臺北與北區分區，分配金額請參考議程第 48 頁有明列，請代表參考。

羅代表永達

另外想請教：風險校正基金本來是為了預防某些區出問題才做的，但現在是目前全國只要鄉鎮裡面是單一診所就優先補，接下來補給北區跟臺北，是因為點值比較低，還是什麼原因？下個月的健保會可能會討論到這件事情，醫院協會想知道這邊是怎麼擺平的？

陳代表旺全

我相信西醫基層總額在談年度分配的時候，也有一些委員提出相似的提議，臺北區好像就提了 3 億元；重點是各區要取得共識，我要說的是我們六區已經取得共識，才有這種機制。

羅代表永達

謝謝，我們要學習。

主席

好，請全聯會說明過敏性鼻炎執行方式。

陳代表旺全

干委員非常重視過敏性鼻炎，剛開始申報方式不是很理想，現在已經改變了，癌症跟急診處置專案也是類似的情形，醫院部門要為中醫部做資訊系統版本更新，每次更新都要收 5 萬以上；醫院的管理階層會覺得還沒有進帳之前就要先花錢，是不是真有需求；好幾家院所包括醫學中心都是這樣，所以我們一直在努力當中，這邊跟干代表報告，您的關心我了解，過敏性鼻炎如果使用湯劑效果才會更好，健保署也很尊重全聯會，可是這些湯劑都要 GMP 核可，台灣還沒有 GMP 廠商，我在韓國時也去參訪別人的經驗，因為國情跟國家體制不一樣，台灣現在健保署支付處置，在藥物風險上認為，湯劑要通過 GMP 認證才能提供給醫師跟保險對象，沒有認證的湯劑，健保署會覺得這樣會被質疑，怎麼能開這些藥。這點可能是關鍵問題啦，我們往後也會爭取那幾個方劑可以來使用，但是也必須要 GMP 認證以上的字號才有辦法來使用，所以現在就湯劑方面的使用上還有一點困難。

干代表文男

謝謝理事長。我本來要留到臨時動議再提，請中醫藥司回去好好檢討，這個是很嚴重的問題。民國 36 年時我們推行公醫制度，到 81 年的 5 月我們憲法去修正改為全民健保制度，並以傳統的醫藥結合研究，當時沒有排除煎劑使用，健保設計上擋掉原來的煎劑以科學中藥取代，如果能促成中藥研究發展我們都很高興，但是把傳統的

煎藥都擋掉以後，科學中藥只有 1/5 的效果，變成吃中藥沒有效用，然後否決所有的中醫，但是中醫最精華的是水煎劑，健保署說只要符合支付規定才能執行，這是中醫師要做還是中醫藥司？要訂一個標準，如果說生藥材，黃麴毒素甚麼的很多，結果這個檢驗也應該是中醫藥司要做，那為什麼不做？我們一直在呼籲，是不是要為水煎藥來個大動作，在立法院開個公聽會或是發起全民運動之類的；很多的障礙都因為不作為就一直在；像剛才你講的，你也到韓國去看，人家是講韓醫，把漢醫講為韓醫，將來變成不認識中國醫藥傳統的醫學理論，以後變成都是韓醫不是漢醫，為什麼都不努力推行呢？為什麼中醫藥司都不做呢？我們一直問，最起碼你這些檢驗要怎麼執行認證要怎麼做，希望能得到回復，以上幾點。

黃代表蘭嫻

謝謝干委員過敏性鼻炎的關注，用藥安全也是中醫一直放在心上的事情，國家當然要把用藥安全放在最首要，讓民眾能有安全的中藥使用。雖然過敏性鼻炎執行率在第二季只有 11%，但是參與執行醫療院所實際上增加很多；但是在醫院端，資訊廠商要求醫院必須為中醫科申報鼻炎修改程式，公定價格要 10 萬，變成醫院端有個費用門檻在。這部分我們全聯會希望能跟署裡討論一下申報方式，是不是可以更簡化程式端需求，這是現在努力的方向，簡單報告，謝謝。

干代表文男

謝謝黃蘭嫻代表，全民健保都說是以老百姓為中心，結果擋來擋去甚麼都不做，跟中醫藥司、你們中醫都是一丘之貉，為什麼呢？向老百姓收自費嘛，誰吃虧呢，都付了健保費，可以做的你們不做，所以你們要努力，中醫藥司更要努力，回到這個給付的問題，我希望副署長能夠解決，想辦法讓他們的申報給付改電腦程式，每次改程式都要付多少錢，實在是吃人夠夠，我希望這個能夠解決，過敏性這個是將來的棟樑，希望大家為下一代多費點心，以上幾點。

林代理代表聖傑(黃代表怡超代理人)

很感謝干委員對於水煎藥調劑的關心，這部分涉及到中醫藥司內部跨科的業務，之後會帶回去請他們研議，謝謝。

干代表文男

你們弄那麼久，全民健保已經 23 年了，有的東西你們不做，以前不是你們管現在是你們管，然後都不做，做也沒成果，老百姓吃科學中藥都不會好，水煎藥都收自費，就這樣。

主席

中醫藥司說要帶回研議，現場也沒有針對問題提出回復。另外醫管組有收到鼻炎申報問題的反映嗎？如果有的話我們當然會幫忙解決，今年也執行到 2 季了，執行率才 11%，來年要增加預算顯然不可行；另外想請問干代表是從那裡得到科學中藥療效僅有水煎藥的 1/5 的訊息？干代表的訴求一直是水煎劑，水煎劑沒辦法納入給付是因為沒有合格 GMP 把關，科學中藥有，至少精準度、含量跟安全性比較符合用藥安全的標準，我們也是依據衛福部核定的 GMP 藥廠的科學中藥來給付，但是水煎藥目前除了沒有 GMP 認證外，每次水煎劑的成分可能又有些微不同，標準化方面我們真的要去跟韓醫學習。源頭的主管機關還是中醫藥司，如果主管機關始終沒能讓水煎劑經過合格認證，包括在源頭的藥材是否合格，煎煮過程是否符合標準，健保要付也很困難。干代表不只一次在健保會中提醒，這邊希望中醫藥司把議題帶回後，看能不能下一次會議提出完整的說明。

干代表文男

中醫藥司說要研究跟支付標準怎麼訂都屬於源頭，中醫藥司也講很久了，從中醫藥委員會到現在也很久了，為什麼都沒有時程呢？至少讓我們知道一下預期的進度嘛！憲法有規定的東西卻沒有做，這樣很不對。

主席

憲法增修條文第 18 條講到健保的法源依據，跟干代表報告，健保從 84 年開始實行時就是為了憲法中有提到中醫，第一時間把中醫納入給付，包括診療、針灸、傷科都有納進來；唯一不足的是水煎劑，這邊不再重複說明。如果台灣有合格水煎劑產業跟合格中醫師開立藥劑，健保當然會研議納入給付，不能說沒給付水煎藥就違憲。中醫也隨著時代需要有在改變，中藥製劑也越來越進步，這些都是證明；當然未竟之處，需要衛福部相關單位多努力。另外想知道干代表提到水煎劑效果只有 1/5 這件事，我第一次聽到，可以請理事長說明一下實證基礎嗎？

干代表文男

我先講，1/5 的數據是中醫界反映給我，我也拿到那個圖表，有用成分才零點一幾。另外 84 年把中醫納進來不是恩惠，傳統水藥有 5,000 年歷史，沒有西醫前也都是用這個水煎劑在治療，如果吃得死人早就死光了。再來就是，傳統的藥，本來他寫傳統的藥本來就是水煎劑，不然可以花錢作一個對照，馬上做馬上知道，水煎劑跟科中作比較，有用的話中醫就不會廢掉了。如果沒用，剛好落實了人家以為中醫只能吃補沒有療效的想法，沒有比較的狀況現在要怎麼辦？憲法已經想到這一點，我們也可以科學檢查以後再用傳統來治療啊，講到傳統兩個字其實就是水煎劑，現在就剩下一包藥 33 元，人家包一個處方箋就 70 元，藥師就現拿 70 元，怎麼可能吃得好？不然就自己去選水煎藥，一天 300 元。還是希望中醫藥司回去弄一個時程出來，中醫師也做一個對照，應該你們都有資料可是不敢講，結果就是害死被保險人，被保險人都付不起水煎劑時就都吃西醫，中醫就被人家唾棄了，謝謝。

陳代表旺全

其實講到研究，因為中藥沒有那麼方便，包括我現在還在細部做研究；我們先講活性成分：干代表提到的 1/5，應該是換算比率上 1 克濃縮中藥等於 5 克的生藥 **未** 這樣來講，可是，現在我們科學濃縮過程中會看每一種藥性，有些會加上澱粉等等，可能就稀釋掉他的成分；不過我要跟各位講，這個我們還有來路方長的研究，因為包括我現在還在跟西醫做很多的研究，像是用了 PG1、PGL1 等等，做的過程當中發現中藥的妙用無窮，但是因為他要找出他的活性成分，不是現在他們的科學濃縮藥裡面，要去找兩個主要指標成分，其實單獨一味，例如黃耆有一個活性成分，還有很多個其他成分，都清楚了才能顯現黃耆對某一種疾病的作用。所以你說的五分之一，那要看他的活性成分是在治療那些疾病。另外我在日本一段時間，日本他們有 **要求** 一定比率 **濃縮**，相關要求也比較細緻等等。

非常感謝代表對中醫的重視，傳統的醫藥裡面包括科學濃縮，現在科學濃縮有許可字號，民眾運用上也方便；如果今天因為源頭，剛剛主席講的，源頭就剛剛我們現在這個科學濃縮也是要從進口之後，這個飲片他要通過相關檢查後才能做相關的濃縮；以一個中醫界代

表來說，如果飲片有獲得 GMP 字號，製造方式也都 OK，這樣才有辦法。另外的重點是說，如果藥方已經核准了，處方上當然 ok，那如果說要藥廠做這個水煎劑，那也是要用固有成方，比如玉屏風散只有三味藥，做出來也是類似科學濃縮中藥的運用方式，因為中藥沒有那麼單純，就連我們作黃耆也要看他的基因圖譜，如果兩株植物的基因圖譜不一樣，效用就不一樣，我們會來努力；另外水煎劑跟科學濃縮中藥的效用比較，這個都有 IRB 的相關規定；雖然在我的有生之年也不一定達得到，我來想辦法看能不能做這一種，科學濃縮跟水煎劑到底懸殊在那裡，至於外面講的五分之一，不知道怎麼說，數據呈現上要嚴謹，不能隨便說說就算，先這樣簡單作說明，更深一層的資訊，可能要另外找團隊來說明，謝謝。

干代表文男

我希望要找團隊啦，健保署裡也應該匡列預算讓他們來做一個研究，不要聽陳理事長講他這一輩子看不到，大家都沒有指望。中醫接下來要怎麼辦？你們自己自毀前程，都沒有打拼，該做的也都沒有做，你們百姓要吃，就自己去吃就好了，都沒效果又怎麼樣。現在自費吃的藥也有 GMP 進口的，那為什麼會沒有標準？這樣說實在說不過去，原料都是進口的，科學中藥也有 GMP 進口的，用 GMP 進口的藥材，來做水煎藥又不行，現在自費用的就可以，這樣要怎麼解釋？

主席

自費的部分要請中醫藥司來解釋，現在自費市場，健保也沒有權限去處理。管理單位是要衛生局或衛福部。

干代表文男

但是我消費者有立場來講話。我就買回去自己煎，買回去自己煎，又不是他自己製作的，買回去自己煎都可以，把他磨成粉，那那些藥材都賣到那裡去？你當垃圾燒掉，也不會啊。

主席

中醫藥司要不要回應一下？今天來都沒有辦法回答，希望以後代表能現場回應大家的問題。

干代表文男

來了 3、4 個，也沒有辦法有人來回答，一樣嘛！我帶回去再研究嘛！

林代理代表聖傑(黃代表怡超代理人)

水煎劑的部分在第一次會議時，我們藥政科長有代理出席，已表示這個是市場機制的問題，還是要藥廠他們願意去做 GMP。我在這邊先作初步的回應，轉請我們藥政科研議。

干代表文男

主席，希望請中醫藥司相關業務的人都請來坐一整排專門來對談啦！為什麼一般市面買回去的水煎劑都可以用，都用得很好，來到這裡就不行？自費的可以，只有醫師開的不行？藥廠做的也不行，藥廠也有 GMP 材料，也不做，如果要保證他可以賺多少錢才願意動工這樣，我們國家怎麼辦？。

羅代表永達

今天干委員有備而來，問題已經不在這個層次了，中醫始終都是政治問題，民國 81 年憲法條文增修時，我在中國醫藥學院其實有參與到；一開始政府都覺得好像中藥 90% 以上都來自於大陸，我們所有的藥品裡面去買這個中藥人家都覺得這樣叫資匪，當時中國大陸他們在研究很多東西，想看資料還要具名才能看，沒想要互相交流過，這根本就是政治問題。現在回頭看看每任衛生署署長，有誰支持中醫藥，以前衛生署裡也只有一個中醫藥委員會跟中醫有關，目前所有公立大學的附設醫院，包括臺大跟成大，中醫到現在還進不去，也不願意設中醫系，表示政府從一開始根本就沒有打算好好做這件事，是因為太多人要求才不得不做，中醫藥司一年的預算才 1 億 2,000 多萬，其中 85% 付人事費用，剩下的錢光是要分給這些都不夠，干代表把很多政策的問題拿到這個會議裡面來講，沒辦法解決啦！拜託干代表，能不能發動去跟政府講，不管是行政院或是跟總統講，能不能夠去改變這樣的氛圍跟事實，尤其是政治層面的東西，否則今天干代表所提的東西在這裡都沒有辦法解決，因為這裡是健保署，健保署上面還有衛福部，然後你要看中醫藥司也沒有幾千萬元去作一個研究，這個會議上沒辦法解決所有的問題，以上。

主席

謝謝羅院長。現在健保會委員以為健保會可以解決所有問題，但事實不然，因為各單位均有各自職掌，誰負責那一段在政府部門都有不同的職掌與分工，那健保署也沒辦法包山包海。健保署能做的是我們醫療系統裡只有夠成熟、安全的醫藥產品，才能給付給民眾；那當它不夠安全、不夠穩定時，就如同西醫部門一些新手術或新藥也要能符合國人需求，技術純熟、有實證基礎以及相關文獻支持，這些通通具備後，健保才有可能去考慮要不要納入給付。中醫也一樣，健保給付必須要有一個好的環境，否則就是由市場自己決定，健保無法完全滿足大家的所有需求；剛剛干代表提到中藥行也在賣水煎劑，那理論上科學中藥的源頭也是這些中藥材，其實源頭都一樣的，只是科學中藥經過一個完整的製程，能夠確保沒有任何對人體不好的東西，然後做成一個比較標準的製劑，大家來使用，其中科學中藥加入澱粉讓成分比較穩定，但是西藥也是有，當然這些比率都是很科學的問題，沒有辦法在這邊回答。中醫代表為什麼在健保會每年都在爭取日劑藥費要提高，說明就是源頭藥材的成本提高、進價提高等等。現在市場上就有這兩種選擇，原始藥材沒有任何人可以保證品質、安全、成分等等，所以也就沒有辦法用健保提供，中醫藥司代表表示要帶回去研究，就算要編經費研究這個議題也是要請中醫藥司，不是健保署；以上說明，這個議題就討論到這裡。

干代表文男

我想這個政策是不是要拉到總統選舉前再講，這樣中醫藥司就有責任，中醫在各縣市都有代表跟公會，是不是要施加壓力要求候選人對水煎藥劑表態；如果大家都不在意，以後我也不要再提，你們就自生自滅。我問很多，從來沒有人去提過這個問題，我一直耿耿於懷，為什麼？我已經 70 多歲了，吃什麼藥可以，什麼藥不行，心理有數，我是相信中醫，從小吃到老，還會不知道這個東西有沒有用，所以是希望說，你們如果要拉到總統層次，你們說帖先寫出來，把證據都加進去，羅院長說得很好，如果方向是對的，大家就互相打拼一下，這樣就有了，謝謝。

主席

好，這個議題就討論到這裡，謝謝干代表對這個議題的深入與熱心，顯然大家各有職掌，在這個會議上就算要深入討論也不適宜；

我們今天討論到這裡，接下來第三案。

報告第三案：107年第1季點值結算結果報告

主席

謝謝。今年第1季的中醫點值要結算，點值大家有沒有意見？沒有意見點值就確認了。專案計畫裡就是西醫住院中醫特定疾病補助計畫預算這一季有使用超過，可以列入明年總額協商的時候再來提出來，預算編列上可以再做確認。請接下一案。

第四案：106年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告

主席

好，106年品質保證保留款的核發結果如附件3，先確認一下去年的品質保證保留款的結果，大家有沒有意見？一共結算了4,400萬。

干代表文男

我對錢的分發有意見，已經發完也就不要再講了，但是你們一定要做到，健保會在協商時要求擇優選給付，不是通通有獎，現在79.5%幾乎大家都有拿到錢，這樣算什麼獎勵呢？獎勵是獎勵有配合政策還是怎麼樣的，如果標準訂比較高也沒關係，但是要擇優不是一律都給，應該是獎優不是獎勵；另外指標還可以多一個雲端藥歷的指標，中藥成分都一樣了，寫出來就沒有偏方跟秘方的問題，要研究對人體有沒有效用，如果有水煎劑就可以藉這個機會研究，有一個數據，這個才可以進步，不然你們都拿這麼多錢分一分，如果有指標也有工具還不做，這樣就沒意思。

主席

謝謝。干代表講得是品質保證保留款指標要有鑑別度，目前中醫指標也不能說完全沒有鑑別度，至少20%的院所是拿不到品保款，那到底是要訂在多少才叫做是有鑑別度？沒有人能說得準。這些指標在去年就討論過，如果覺得鑑別度還是不夠，那討論明年方案的指標時再來討論，現在依據去年通過的指標來執行。那目前是80%院所拿到品保款，目前呈現的就是核算的結果，大家有沒有意見？

王代表惠玄

主席，回應剛剛委員的提問跟主席的回應，是不是在表 5 這個主題可以增加分布的分析，因為並不是每一個院所都領到基數 100% 的品質保留款。先前曾經建議就領到 20% 以下的、領到 20% 到 40% 的、40% 到 60% 等 5 個區段的院所數進行統計，讓我們來看看這樣的分布是不是合理，未來也可做跨年度的比較。是不是可以建議表 5 的一個製作內容，加上這樣的一個分布調整，謝謝。

主席

中醫品質保證保留款一共有 10 個指標，請看一下表 3，王老師可以看一下表 3，一共 10 個指標，每個指標不符合的比率都有列上去，像第一個指標是 3.3% 不符合，表示有 96% 的人是符合的。每個指標達標的情形大概從這邊都看得出來，從這張就是可以約略表示出來說現在領的 80% 的人有領到品質保證保留款並不是每個指標都達標，有的人達 1 標、有的人達 5 標、有的人達 10 標，程度還是有別，所以現行的指標當然都可以討論，覺得說這些指標還不夠好，那還可以再加什麼指標，那些指標是可以不要的，那這個等到今年要討論明年的指標時再來討論，作更細緻一點的話可以呈現符合兩項、三項到全部符合的院所比率，這些都是事實，後，後面的表也都可以相互呼應，請問大家有沒有意見？

于代表文男

主席，請問一下，你們有沒有分階級？拿到 100% 品保款的多少？80% 多少？

柯代表富揚

80% 拿到品保款院所拿到的錢也不是權重 100% 的，金額有高有低。

主席

現在所有院所是 3,849 家，3,061 家有領到錢，20% 院所沒領到錢；這個分配還不夠好，永遠都可以討論。所以我們先把品質保證保留款的核發先來做通過好不好？請王老師。

王代表惠玄

謝謝主席對表 3 的解說。表 3 原因別 1 到 10 條件之間並不是互斥的，同一院所不符合的指標項目可能不僅一項，也就是說，同一院所可

能重複出現在不同指標項目的統計中。同理，表 4 各項指標項目所統計的院所也可能重複，因此，符合減計項目院所數的統計(總計)，應該是歸戶後的院所數，而非就各項指標的院所數直接加總，這樣會更能理解整體情況。

主席

同仁可不可以去跑一張更細部呈現的資料表，這樣才會清楚。

李組長純馥

已經請同仁下去做表了，如果來得及就在會議結束前發給委員，來不及就會後另外提供給委員，這樣可以嗎？

王代表惠玄

針對原因別 10，7 日內處方用藥日數重複 2 日以上的比率超過全國 90 百分位者，那從表 3 看起來有占到 20%居多，這個公式的計算方式建議再釐清(註:事後釐清，該指標定義為: 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上的比率超過全國 80 百分位者)。總體而言，20%的院所”不符合”領取品保款的資格，是不是要考慮檢討這個指標的適宜性或計算/定義的正確性，又或是有什麼樣的方案來檢視這個問題，以輔導院所，這個部分可能要請全聯會做一個思考，謝謝。

主席

好，謝謝。從表三可以看出來，不符合比率很低的各項指標表示大家都做到，的確有值得檢討、退場或修正的空間。但是如果占比很高，指標表現比較不好的，可以探討指標不合理還是真的大家做得不好，這些都列入討論明年方案時再一起討論。王委員這部分意見我們就收錄，大家還有沒有意見？沒有的話，核發結果就確認了。現在請醫管組說明一下說明六的部分。

李代表純馥

因為國發會接到賴院長指示要推動各個行業都用行動支付，可能有點要跟對岸拚場一下，覺得大家都不用帶錢出門很方便，所以要求各部會都要配合，健保署對應的是各醫療院所，所以希望在品質保證保留款裡，有個獎勵指標是獎勵院所願意用行動支付。行動支付需要一些買設備、跟銀行洽談等等的成本，所以我們是希望今年的品保款裡把這部分放進來，讓大家去推動。因為中醫有很多是自費

的項目，其實民眾要帶這麼多錢在身上也覺得不方便，如果有行動支付對他們也比較好。現在大部分醫院其實都有行動支付，直接用金融卡可以付款，也是因為考量住院病人的費用其實很昂貴，或是有些自費項目其實是不方便的，如果你們有這種行動支付，對院所來講也可以增加民眾使用的動機，以上。

陳代表旺全

當然這是響應國家政策，在都會區也非常方便，問題是中醫也有很多在偏鄉。

主席

希望從都會區先做。

陳代表旺全

我知道，那你要收在品質保留款，但鄉下區沒做，你卻把他扣掉。

主席

我們是加計項目，不是減列；總分再加5分，有做的就加分，沒有做的不影響。

陳代表旺全

這要普遍性，既然行政院提了，就要想辦法補助相關設備。

主席

現在是因為國發會希望我們的診所端，不是只有中醫診所，包含西醫、牙醫診所等等，都能夠慢慢推廣行動支付；像西醫診所大部分都健保給付，自費內容比較少；現在現金交易比較多的是牙醫、中醫門診。比如西醫診所就是掛號費與簡單的部分負擔，他們就收這些錢，若他們還要做行動支付，其實一些民眾也會認為付現金就好，另外診所還要買設備也不是很划算。但是有在大額交易的就是牙醫跟中醫診所，所以你們是被認為第一波要配合的，才在品質保證保留款這邊提出來，我知道理事長的意思是攸關所有院所的權益，鄉下地方，說不定民眾也不需要行動支付，也沒有什麼自費項目；所以我們這個是列為加分題，也請理事長幫忙推動一下，不能說我們都不做，特別是臺北市要帶頭做。請林代表。

林代表展弘

雖然臺北市是都會區，但是會做自費的院所也不多。如果品質保留款來評鑑少數也不盡合理；我是覺得品質保留款是要整體品質提升，如果自費比率很高，健保申報也不會太多，如果是以健保申報

為主院所，健保署要求他的品質才有意義，如果院所健保報很少又給他獎勵，這個邏輯性可能還要再思考，謝謝。

于代表文男

我想這個好的政策應該支持，現金交易可能會慢慢淘汰，這還是要做，以加分給予比較合理。但是健保署可以給付刷卡機嗎？未來四個總額通通都要，經費數目也不少，如果醫師說不要自己買刷卡機，經費是不是要由健保署自行吸收？如果政策一定要做，但刷卡機經費部分，你們要先想好要怎麼處理，今天是第一次提出來，如果同意的話在健保會先提出來討論。

陳代表旺全

到時候提出來，你就答應我們。

主席

不可能由健保的保費來補助，健保會也沒有辦法討論這個。說明六的內容，今天先拋出來，理事長跟各位代表就攜回研究，下次會議討論 108 年品保款時會再提出來，這次先預告，我們也會在牙醫跟西醫提出來。第四案就先討論到這裡，請接第五案。

報告第五案：中醫學系雙主修或單主修(含學士後中醫學系)畢業學歷僅具中醫師資格者，開具檢查(驗)單進行初步判讀及出具報告案

主席

謝謝。這個是本署醫管組接到陳理事長反映，這邊有疑義需要解釋，所以特別請醫事司來列席說明。這邊比較大的問題是在背景說明中「需要為正式報告的應由相關專科醫師出具」，對比現在申報檢查、普通血液、尿液、糞便這些檢查，都是由檢驗單位出具，照衛福部的解釋是不是要西醫專科醫師出具嗎？顯然在執行上就不是這樣，文字上確實讓大家有所誤解。我們已經正式請辦醫事司了，雖然還沒有回復，今天主辦科的呂科長也到場了，請呂科長說明。

醫事司呂念慈科長

大家好，衛福部醫事司補充說明：，有關中醫師開具檢驗單、X光單跟 EKG 檢查項目已經討論非常久了，過程也很漫長；好不容易在 106 年 9 月 25 日由石司長跟黃司長兩單位主管一起召開會議終於達成共識，就是中、西醫雙重資格，另外就是說如果不是雙重資格具有中醫學習畢業者部分，就是達成共識可以開具。在 106 年 9 月 25 日的

會議結論之前，中醫師跟醫師公會全聯會其實都有多次的會談，當時公文是 106 年 12 月的時候有提供給健保署，結論是如果中醫學系單主修或雙主修畢業的中醫師，建議可以開單，但就結果判讀部分建議比照西醫執行方式辦理；這是中醫跟西醫全聯會達成的共識，就結果判讀部分，這公文寫得很明確。到 106 年 9 月 25 日開會，把這部分作 modify，因為在座當時應該都有在那個會議，因為在整個部的決議，既然中醫師有開單權，自然應該負起判讀的責任，如果有需要作 report(如果要打報告，不是講檢驗的結果單)；比如做 EKG，西醫師即便他們自己做 EKG，如果覺得情況需要請相關的專科醫師來打報告就會 refer 出去，中醫其實也是這個模式，所以整個來講是醫師要做 report 的部分，而不是檢驗師或醫放師的那個檢查或檢驗結果。所以當初應該還蠻明確的，但是我看到今天的議程我不太清楚到底是那裡發生問題。當然就 report 不是在講檢驗師或醫放師的那部分，而是就如果需要打報告那部分，我們講的不管西醫模式或中醫模式，需要 EKG 是為了確認 DM 狀況，是否需要請內分泌科醫師去判讀，這就需要去說明。第二個，如果是報告部分，其實報告是不是一定要由西醫師或相關專科醫師，其實回到臨床的概念去做處理，如果病人病情有點複雜、有些醫療責任，當然中醫師開單他有基本的判讀權，但是他為了瞭解病人確定的情況，他也是可以轉請相關的專科醫師來打報告，這是醫療責任，也是為了醫療後續的照顧需求，比如說她真的就是很精確的了解包括他的一些改善。再來如果健保上面有規定要申請給付，必須要有專科醫師的 report。所以我講說這邊沒有硬性寫說~這邊寫說報告需由相關專科醫師出具這件事，其實並沒有說所有的檢驗結果都需要正式的報告單，以上補充說明。

主席

理事長還有疑義嗎？

陳代表旺全

這樣聽起來就是真的要打報告時怕有醫療糾紛，另外我們在 107 年 7 月 17 日收到公文，重複的我不再說了；在第二個後半段叫我們轉知所屬會員，病歷完整記載相關專科醫師出具的正式報告，方可申報該項診察費用；你剛剛講的我都知道，因為我都有參與；但是健保署又給我們這個文，就是開了這個以後都要專科醫師的報告，

所以現在要澄清，開檢驗報告也不用給醫師看，患者自己都會參考，是怕健保署不給這費用，所以是要澄清是那幾項。

柯代表富揚

因為這件事我們也多次開會，事實上對於106年12月25日衛福部給我們的公文，我覺得是很正向的，也都沒有問題，有關健保署107年6月4日公文也告訴我們說只要C表部分，請看第68頁第2項，中醫師單主修或雙主修，也有寫到可以開具，這些公文都沒有問題。問題就出在7月17日後來又補充的公文下半段，「病歷完整記載相關專科醫師出具的正式報告」這項是我們有疑慮的，之前都說可以，只有這份公文才有疑慮。關於這個，我也直接找了立法院院長與署裡的長官，當時也提出共識版，其實這兩項不需要出具專科醫師正式報告；若真的有疑慮的部分應該在心電圖檢查，這或許需要附上西醫的專科醫師報告，才來判斷他是否真的需要開心電圖的檢查單，這邊或許有討論空間。可是在血液檢查跟X光，我們原本在衛福部跟醫事司會議中，我們都有提到我們確實可以進行初步判讀，只有在我們要出示正式報告才需要由相關專科醫師出具。舉例來講，今天如果患者來主訴骨折，我們無從判定，一定先照X光，所以這相關會議已經開很多年了，事實上這幾乎已經擬定、同意了，但不曉得7月17日的公文怎會這樣。剛醫事司已經做了說明，我想我們只是做了初步的開具是不需要相關專科醫師報告，如同西醫基層診所開具檢驗單跟X光也不需要出具相關專科醫師報告一樣，以上補充。

主席

其實是106年12月25日醫事司發的公文提到開具、判讀跟正式報告，語意卻有一點不清楚；用字是得開具，進行初步判讀，但是正式報告應由相關醫師出具，什麼叫正式報告，如果你看一、二、三、四的話，對於前兩項普通血液申報尿液、糞便，他一樣有正式報告，正式報告就是檢驗科出去的報告。檢驗數據出來就是一份檢驗報告也是正式報告。我同意一、二都不需要專科醫師，一、二就是檢驗科報告，西醫也是拿這東西判讀，但是放射、X光檢查跟心電圖，理論上X光檢查是由X光科醫師，會有一個X光檢查的判讀報告，心電圖也會有，所以這兩個才會需要專科醫師數據的判讀報告，但是醫事司把這四點寫在一起，就產生誤解，所以我們才會去請辦醫

事司，如果照他所寫，何謂正式報告，他沒有講說正式報告是三、四，他是一路寫下來，確實會有一點誤差。其實在我們認為的話，可以申報費用的一、二只要檢驗單位給的報告就可以了，現在也是這樣給付，沒有現在開始不給付的道理。但是三、四，如果透過醫事司解釋的話，理論上是需要有相關的報告。

羅代表永達

首先第一個，其實出去外面執業只要兩年，不一定拿到專科醫師就可以執業，我就不曉得為何要寫專科醫師。西醫也是一樣，只要在醫院裡面訓練兩年就具有資格，就可以跟健保署簽約，為何一定要相關的專科醫師？第二個，什麼叫相關的專科醫師，比如可能是一般的內科或家醫科，病人有需要去照 X 光，家醫科的醫師可不可以判讀骨折，可以呀，所謂的相關就沒有定義呀。第三個，現在心電圖裡面都有診斷報告，我也不相信中醫科會去判讀很特別的 X 光，他這指的是一般普通放射，就是看 X 光片有無骨折而已，我覺得這件事真的強中醫界之所難，不管是相關醫師還是相關專科，這件事情本身就不合理。再來，他只做普通的放射檢查，並沒有很特別的 CT-MRI 或是看韌帶有無斷裂那種；另外心電圖有很多種，他也只說普通的 EKG，這現在設備都會自己打報告出來，所以我覺得今天鼓勵中醫界，不應該再設很多障礙，西醫都沒有這樣要求了，怎會要求中醫做這麼重的事情，所以我建議，這看起來應該署裡面就能解決的，關於 7 月 17 日的文，拜託署裡面把後面那句整個劃掉重新行文，我想這整個就解決了。

主席

現在是這樣，如果醫事司不解釋清楚，我們很難執行。

羅代表永達

對不起我打岔一下，其實他講的正式報告是兩件事情，第一個是健檢，第二個是診斷書，所有的東西我們在行文裡面所謂的正式報告指的是這兩件事情。這兩件事情中醫不要做就好，所有的正式報告寫在病歷上又要專科醫師做這個，這真的是強人為難，我也不相信中醫師會在健檢裡面敢去打這個報告，我想他們也沒有這麼做。所以醫事司在重新考慮這事情的時候，是不是就直接認為所謂正式報告的定義是什麼，只要不是在病歷之所需，就允許他們開具醫師自己判讀，因為所有的責任還是要自己負責，以上。

主席

我們健保署會出這個公文的源頭，就是 12 月 25 日醫事司的公文，我當然也覺得不合理，因為我們在說明欄裡頭已經有講現在醫院有 75 家，診所也有 8 家在開這些報告，我們付了多久了，那有說現在不可以。但是看醫事司的公文，確實很難理解意思是健檢跟診斷書，因為他說你可以開具單子也可以做初步判讀，但是正式報告要相關專科醫師出具才可以。所以源頭是這句話加起來，如果醫事司解釋我們不 follow，其實是我們不好，因為這是國家決定的原則，我們還以為他轉彎，我個人也覺得不合理，於是我們雖然照醫事司指示行文給全聯會，但我們有再去請醫事司解釋。如果呂科長現在講的正式報告，是指出具健檢報告或是診斷書的時候，才需要有相關專科醫師，那還需要解釋的空間，是不是醫事司聽完大家的疑慮後，要不要再做比較明確的說法，事實上我們不會因為轉這個公文而不給付，但是現在就是出現了疑慮，呂科長認為該如何做比較好？

醫事司呂科長念慈

我必須說明一下，當初的概念是會上大家討論出來的一個結果。例如當初講到 EKG 當然是看中醫師的需求。因為它是比照西醫模式辦理，當初全聯會來的意見是比照西醫師的模式辦理。

主席

西醫師有沒有相關專科醫師證照？

醫事司呂科長念慈

第一個，專科醫師的部分有涉及到有一些特別的報告單，本來就會需要專科醫師。

主席

可是這邊列舉的沒有什麼特別的項目，只是普通的放射檢查跟靜止的心電圖，有什麼特別嗎？

醫事司呂科長念慈

我們當初這整句話是必須寫完的，因為是會議紀錄啊。

主席

可是無法執行。

醫事司呂科長念慈

這是會議紀錄。我們今天來看正式報告，什麼時候會用到正式報告？

主席

檢驗所開具的難道不是正式報告？它也是一種正式報告吧。

醫事司呂科長念慈

所以我才說不是在講我們所謂的一般，所謂其他醫師以外的醫事人員，所開具的文件，不是在講這個部分。

主席

那可能要解釋一下「正式報告」與「非正式報告」之間的區隔，還是說非醫師出具的都不是正式報告。檢驗所出來的也不叫正式報告？

醫事司呂科長念慈

但我要講的是，他是一個醫師，是醫師的部分。檢驗單是檢驗師開具的，不是醫師開具的檢驗單報告！不是嗎？

羅代表永達

醫院裡面驗尿還沒看過一定要請醫師來判讀檢驗結果這種。

醫事司呂科長念慈

都沒有。醫檢師法本來就規定醫檢所可以開檢驗報告單，它可以出具檢驗報告。

主席

醫檢所的資料算是正式報告嗎？

醫事司呂科長念慈

在本司函文所講的只有 focus 在醫師這一端。醫師的正式報告。不是在講所有醫事人員出具的報告文件。

王代表惠玄

要不要試著舉一個例子，如果中醫師開一個 lipid profile，那麼就有膽固醇、高密度(HDL)、低密度(LDL)這些數據檢驗報告出來。所以，那還需要專科醫師出具正式報告嗎？符合衛福部認可判讀 lipid profile 的專科醫師包含那一些？

醫事司呂科長念慈

首先要不要有正式報告這一段：基本上我剛才解釋，中醫師他覺得有西醫師的一些報告單做為他可以佐證的依據，他才請他出具。所以，

我剛剛才講這個報告單並不是泛指所有的檢驗結果都需要做正式報告啊！

王代表惠玄

所以這裡的「惟仍需相關專科醫師」包含中醫師嗎？

醫事司呂科長念慈

現在只有西醫有專科醫師，中醫沒有專科啊！所以，它指的當然是西醫的專科醫師，當然也不會指牙醫，因為牙醫不涉及這個部分。我要講的是說，其實它這句話是接續「進行初步判讀」，判讀的部分如果需要出具正式報告，那就是由相關專科醫師來做出具，概念上是這樣，中醫師可以進行初步判讀啊！判讀的正式報告必須由相關專科醫師來做出具，概念上是這樣做。只是現在來講，就這4項而言，就中醫師如果認為他們不需要由西醫師來做正式的報告做出具來協助他們來做後續的一個醫療證據上面的保存，那當然是可以不用。所以，也不是說所有單子一出來，一定要請專科醫師來做一個正式的報告，這是第一個；第二個，相關專科醫師本來就依你的給付來做處理啊！我今天如果要診斷糖尿病，我這一張單子可能要內分泌科的醫師來幫忙出具、幫忙看一下、確認。如果是屬於肝臟疾病類的，也許可能會需要屬於肝膽科的專科醫師來幫忙，概念上是這樣子！

柯代表富揚

報告副署長，我想其實是我們7月17日那個公文，或許我們在部裡頭做一個重新解釋，請醫事司在詢問醫師「是否需於病歷內完整記載相關專科醫師出具之相關報告」。如果醫事司認為不需要，那這一段直接砍掉就行了！到目前聽醫事司的意思，其實他們認為不需要在病歷內記載那個西醫專科醫師的報告。

醫事司呂科長念慈

應該是說，如果我有西醫師的報告給了中醫師，中醫師本來就會併病歷保存。為什麼不會病歷保存？今天一個診所如果請放射科醫師幫我打報告，報告單不是要和病歷一起保存嗎？

王代表惠玄

不好意思，X光跟心電圖沒有問題，但是像常規的尿液跟血液檢查大概就是一張紙上有各式各樣的數字。譬如肝功能指數，可能陳理事長拿到的就是一份肝功能指數，有肝臟疾病的檢驗證明。如果理

事長做為一個醫師被病人要求要開具他有肝臟疾病的診斷證明的時候，那理事長這時候是不是就必具有肝膽胃腸科、西醫的專科醫師出具正式的報告，他才能夠給予這個診斷證明？可不可以釐清一下？

醫事司呂科長念慈

中醫師本來就可以依照他的專業去針對疾病做判斷啊！

陳代表旺全

她現在的意思是說，如果開肝膽科的檢查，需不需要經過肝膽科專科醫師來出具這個證明？

醫事司呂科長念慈

當然不需要啊，我們也不覺得需要；所以我才說這個報告是，如果中醫師覺得需要去做的，需要請西醫師做報告的時候才會需要用啊！

主席

什麼叫「正式報告」？這一句話的主詞都在講中醫師，這整個都在講中醫師什麼時候可以做什麼事？什麼時候需要做什麼事情？主詞既然都是中醫師的話，當然講的都是中醫師啊！剛剛舉一個例子說，我今天如果有一個病人來看中醫師，然後他希望開一個診斷證明，不管他什麼用途，如果我要開一個中醫師也看過病，認為他也有看過他的血液檢查，而他要開一個診斷書，那他就不能開囉？不能開這個診斷書，因為診斷書是一個正式報告，是這樣嗎？

醫事司呂科長念慈

我沒有解釋它是一個診斷書喔！我沒有這樣解釋啊！

主席

那正式報告是什麼？剛剛不就講它是一個診斷書嗎？

羅代表永達

請問病歷算不算是正式的報告？

醫事司呂科長念慈

比如說，我以前做特管，像 CT 我們不是要請放射科醫師打報告嗎？概念上像那樣。

主席

可是這裡沒有講 CT 啊！

醫事司呂科長念慈

我只是說概念上是這樣子！大家不要去想，這個報告就是一個診斷書，怎麼可能中醫師不能對自己的病人開具診斷證明，當然可以啊！這個醫師法已經明訂了！他們是可以去開，不能透過一個函釋去剝奪人家下診斷啊！

主席

所以，呂科長其實很多人來唸這段文字對於最後那句話就產生了疑義，最後那句話的冒號是這裡列出的四項簡單檢查，那怎麼可能會沒有誤解呢？如果你今天口頭說明好像輕輕帶過，問題是這個文字是重重的寫在那裡啊！你可以看一下那個原文嗎？12月25日函文列出的這四項檢查都不是CT、MRI這種高端檢查，就是這四項啊！這裡頭當然有疑義的是這四項有這麼嚴肅嗎？再來什麼叫做「正式報告」跟「相關專科醫師」？中醫師你又解釋不是相關專科醫師，那又是誰？這裡講的都是中醫師啊！所以，你講的中醫師做這些事情應由相關專科醫師，但是相關專科醫師就不包含中醫師啊！那就是另外一個醫師了！那個醫師還需要是專科醫師，那就不是在講什麼CT、MRI的問題了！是在講四項簡單檢查對不對？這確實不是我們轉文特別去強調，而是原文就不知道怎麼去適用啊！所以需要你們有一個比較完整的解釋。今天請呂科長來，也是請妳聽聽大家對於同樣這一句文字的解讀，真的會不太一樣。而且剛剛王惠玄老師也舉了例子，剛剛羅院長也講了，在西醫這四項簡單檢查也不需要什麼相關專科醫師，就可以出具。而你卻把它套在中醫師上面。到底要怎麼執行說明二的部分。

醫事司呂科長念慈

整個概念來講應該還要再提出個說明，我相信當初的會議紀錄也是這樣寫的，我們忠於紀錄當初的會場討論，在座很多人都參與，我今天所發言的內容，就是還原當初會議上大家討論的概念。我今天在場做這樣的解釋，當然是follow當初會議中的一個結論。

柯代表富揚

報告副署長，其實我們在106年12月25日衛福部的公文函。它裡頭提到的是第二大點的第二項「具中醫學歷雙主修或單主修…」它這裡有寫到「基於病情確診需要或輔助診斷得開具於診療相關之下

列檢查單，並進行初步判讀」。所以這就是表示中醫師可以開具的，這是沒問題的，只有在後面這一句話「惟正式報告應由相關專科醫師出具」，而現在就是說「正式報告」這四個字的一個疑慮。我想這裡是不牽涉到健保給付，也就是說，其實我們可以開具，就是在衛福部的立場看到是這樣子。在中醫師檢查我們也會去尊重 106 年 12 月 25 日所提到的，我們不會去開正式的報告。也就是說在 7 月 17 日健保署的公文來講的話，那一段「須於病歷內完整記載相關專科醫師出具之正式報告，或者申報該項檢查費用」這其實跟 106 年 12 月 25 日提的是兩件事情。我們並不會去開具正式報告。我們只是需要去開具檢查單進行初步判讀，也就是在 7 月 17 日的公文來講，只要去掉「不需要去記載相關專科醫師出具之正式報告」這樣就可以了！那正式報告也可以寫「正式報告應由相關專科醫師出具」，那麼其實這兩件事情是可以合在一起的。

主席

秘書長好像在幫我們寫公文，但是我們也有自己的公文倫理；我們有上游、下游，自己都覺得有疑慮的部分，還是要回到源頭去釐清。既然這件事情請辦單已經到醫事司那裡，那理事長的反映也提到會上討論了！相關的意見也讓醫事司知道了！我們也希望醫事司就我們的疑慮也給我們做一些解釋。這裡頭當然大家也有提到「正式報告」、「專科醫師」的定義，我們現在討論的都是這四項簡單檢查，不要去扯 CT、MRI 這一類的東西。CT、MRI 當然是要由放射科醫師去開具，這個不用講都知道。可是這麼簡單的這些東西，或者是說這幾句話根本就不應該存在。那剛剛舉例的健檢不算正式報告嗎？我不知道！不是健檢啦！就是醫師開具一個證明書給民眾，中醫師開具一個診斷證明書給一般老百姓，不管他做什麼用途，難道就不是正式報告嗎？

醫事司呂科長念慈

我們法律上用語叫做「證明書」。

主席

所以，那個不叫做「正式報告」，叫「證明書」。證明書不是正式報告？

醫事司呂科長念慈

如果我們今天在講法律上的文字概念，我們的正式報告絕對不是在講診斷書這件事情。

主席

那請醫事司還是要對這些幫我們解釋清楚，而我們再去處理我們發給全聯會這邊的公文。好！我們就討論到這裡，今天不會有答案！謝謝！我們進入到討論事項第一案。

討論案：修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表

主席

請業務單位先說明。

曾玫富專門委員

針對全聯會增刪的各項指標的意見作簡要說明，再請中醫全聯會補充說明。請大家看補充資料第一頁：

第一項指標「使用中醫師門診癌症病人同時利用西醫門診人次比率」，全聯會是建議刪除，因為這一項之前在檢討修訂品質資訊公開辦法公開指標的時候，因考慮中、西醫合治已是主流趨勢，而中醫全聯會也認為這是他們未來推動的方向，且該項指標也沒有那麼深刻的專業醫療品質意涵，所以在增修品質資訊公開指標這部分已經同意把它刪除。所以這一項我們是同意刪除。

第二項「就診中醫門診後同日再次就診中醫比率」全聯會有兩個建議，一為排除條件比照上次，上次研商醫事會議也有一些指標，有統一排除條件，而且已經在7月17日公告了，這一次這個指標全聯會建議比照一樣的條件排除，這部分我們同意，另一為修訂指標的參考值，全聯會是建議用96年的值去乘以1加減20%，這個我們請全聯會等一下說明，為什麼要用96年的值，因為96年距現在已經11年了，其實這11年蠻漫長的，各種中醫支付標準在這個過程裡都有增修，所以，建議有沒有可能，用近三年的平均值加減10%，就是漸進式地、持續地去改善，如果全聯會覺得這樣太嚴苛的話，有沒有可能考慮比較近的，例如100年或101年的值來當參考值，或者是前五年的平均值加減10%，用這種方向來思考。這是初步說明。

再來「中醫門診診療處方用藥日數重疊兩次以上的比率」有兩個建議，排除條件比照上次幾個指標的條件一致排除，這一項我們也原則同意。也是一樣這一項的參考值是用 96 年的值去乘以 1 加減 20%，這一塊等一下也一併說明。

接下來是「使用中醫師門診的平均就醫次數」也是兩個建議，基本上，排除條件我們同意，只是為什麼參考值用 96 年的依據請全聯會說明；再來看第三頁「就診中醫門診後隔日再次就診中醫比率」全聯會建議刪除。但是這一項指標，最近好像有兩個分區還是超出監測值。為什麼要把這項指標刪除？業務單位覺得還是要持續監測，而且這一項指標是有意義的，因為要監測重覆就診的情形。

指標「同病人在同院所針傷科處置每月大於 15 次的比率」這一項指標全聯會也是建議刪除。但是這一項指標在最近兩、三年的監測，臺北、中區，甚至全區都超過監測值，所以我們還是建議繼續監測。而且這一項指標也是攸關中醫利用，高頻次利用的一些監測管理，因此，建議繼續監測。

請翻到補充資料第四頁「中醫藥袋標示」全聯會建議刪除，藥袋標示是依法一定要執行的，沒有執行是依法要處罰的！我們最近在討論特約藥局品質資訊公開指標時，就有單位建議增列藥袋標示指標，當時也是考量這是法令上本來就要做的事情，這是基本要求，沒做到是要處罰的，故沒增訂。上次在品質資訊公開辦法指標增修中也有請中醫全聯會確認目前中醫院所的標示情形，基本上就健保特約院所部分應該接近 100%，故在品質資訊公開辦法中也已刪除本項指標了，所以這一項我們同意刪除。

新增「健保雲端藥歷查詢率」指標這一項，尊重會議決議辦理，剛剛干代表也有建議，業務單位傾向於同意新增。

最後一項「申報兩年內未看診患者的比率」，我們的意見是，這個指標的意義，好像還講不太清楚，等一下能不能請全聯會再說明這項監測指標的意義在那裡？而分子，所謂「申報兩年內未看診的人數」的操作型定義是什麼？例如，這一季有報中醫費用，而他是前面兩年都沒有看過中醫？是往前去 check 兩年？還是往後 check 兩年？指標的定義及意義都不太清楚？以上說明，謝謝！

主席

謝謝。健保署意見列在這裡，請全聯會這邊說明。

陳代表憲法

我來說明一下，採用 96 年的值，主要原因是採用全民健保的醫療給付總額協商參考指標要覽 96 年的資料，這個資料我是一年一年地往前追。這些指標如果用前三年的指標去做加減，這個情況在做評核報告的時候發現一個難處。有這個值，其實它已經很優良了，但是你一直往下壓的結果，像剛剛大概指一下針傷科處置每月大於 15 次指標，事實上它的數字只有一點點，它突顯出來指標的量，變成很大，所以，我是參考 94 到 98 年之間當時共用一個點值的情況之下，所留下來的參考值來做，其實那跟 10 年平均值也是很接近。如果你用近三年的值一直在延伸的話，有時候已經壓到幾乎等於 0 了，只要有一件就突顯它是不合格了，這樣幾乎沒有幫助，這是我的看法。我們是經過中醫師公會全國聯合會裡面共同開會後大家的共同看法。所以，這個用指標要覽的數字來做指標加減 20% 的方式。

再來說明「就醫中醫門診後隔日再次就醫」，這一部分往往會造成患者，今天來看內科，第二天他可能因傷科問題來就醫，院所會遲疑到底接不接受，不接受會影響到患者的就醫權利。因為我們的特管辦法第 25 條有規定不能拒絕患者，往往這沒接受治療的話，患者可能會去做一些客訴之類，院所對於被保險人就醫的權利是不能忽視的。這個是依據特管辦法的部分。

我們再看前面「使用中醫門診的平均就診次數」，每月就診高於 8 次是不予給付。所以這個指標，隔日就診跟使用中醫門診平均就診次數 8 次這件事情，其實它們兩個指標是雷同的。也就是說，已經有監測次數，但偶爾發生一件，限制隔日就診情況就影響到患者的就醫，我覺得這對患者是不公平的。所以，以上面這個情況來看的話，這個指標可以去除，我們用「使用中醫門診者平均就診次數」這個部分來監測應該就足夠了。

再來就是，「針傷科大於 15 次」跟剛剛的指標都是在 94-98 年的時候，共用一個點值，定後面 20% 的分配指標留下來的，一直在監測，檔案分析異常不予支付指標的部分是 26 次以上不給付，所以，這個在不予支付指標裡

事實上已經有監測到。對於品質來講的話也是一樣，當患者有急性疾病需要就醫時，例如，顏面神經麻痺、中風、急性扭挫傷等等這

些傷痛的患者，如果他的就診到 15 次，到底是接受不接受？過去我們常說超過的部分用自宮的方式來處理，很多學者、老師也說，自宮其實是不合理的，對於整體就醫來講他們反應事實，對於就醫的權益來講，可能會有些傷害，同時院所也不能拒絕患者的就醫。所以，我在想這個指標應該可以去除，這是我個人說明的部分。

主席

醫審是否要補充說明？

曾玫富專門委員

現在用前三年加減 10%，也許有人會有意見，但不一定要用 11 年前數字作為參考值；如果認為加減 10% 不合適，也可以考慮用前五年平均值加減 20%，例如：負向指標可採用近五年平均值加 20%；正向指標是五年平均值減 20%。中醫處方用藥日數重疊 2 日以上比率 106 年第 4 季是 0.54%、100 年 0.73%，跟 1.25% 還差一段。西醫用藥重複率由 6 類變 12 類現在變 60 類，雲端醫療系統也可以幫助降低重疊率。這項指標從 94 年開始監測，確實有改善。品保方案指標係進行全區整體監測，希望能控制在一定的範圍內，不能因為某些個案需要就做改變。最後全聯會建議新增申報兩年內未看診患者比率，請問全聯會監測此指標的意義為何？

陳代表憲法

就像抽審指標一樣，訂了指標以後不是就不能做，但指標數值一值壓到最後，只要超出一點就會很刺眼，也不好處理。如果由縱軸來看，各指標的比較，針傷次數其實沒有很多，可是作成表時，縱軸都拉到 100 分，看起來就變高，96 年的事情只是引用，明年再看就會更低，數值也可以再討論，但如果逐年減低仍再壓低數字就沒意義。

A90 這個指標實務上 96 年中西牙總額部門都有設定，為了提升就醫品質，實務上 10%，包含當年內未就診患者、第一次就診患者及兩年內沒有看過中醫就視同初診，以鼓勵中醫的就醫率，目前來看整體的趨勢是下滑，僅有臺北區跟東區上升，就像久旱逢甘霖。當時我們思考如何讓初診的數字呈現，分母的部分以所有就診的人數計算分子（第一次就診及兩年內沒有看過中醫的病患）。

曾玫富專門委員

依照剛才說明這支指標應該是中醫門診的初診人數或人次的比率。

操作型定義描述初診的定義是申報看診時之前兩年內沒有看過中醫。兩項新增指標的參考值全聯會都建議以前 3 年平均值加減 10%。

陳代表憲法

初診的個案會原始呈現，是屬於鼓勵性質的指標。

曾玫富專門委員

新增指標我們都同意新增，有兩項指標建議刪除，「中藥藥袋標示」及「中醫門診癌症病人同時利用西醫門診人數之比率」。「就診中醫門診後同日就診中醫之比率」、「用藥日數重疊二日以上之比率」跟「平均中醫就診次數」，我們同意比照排除條件。

至於監測值有三項使用固定值，建議以前五年平均值加減 20% 為參考值。「就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率」、「於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率」我們持比較保留態度，建議維持指標並請全聯會針對參考值提出修訂意見。

主席

第一個指標同意刪除，第二、三、四指標目前參考值有兩個建議一、是採用 96 年固定數值加減 20%、二、採用前五年加減 20%；第五、六指標全聯會建議刪除而醫審建議維持；第七、八、九雙方有共識，第七項刪除、第八項同意新增及第九項修訂名詞為「兩年內初診患者的人數比率」同意使用全聯會建議的計算公式與參考值新增。

第五、六項指標全聯會是否再維持一段時間，若監測發現意義不大再刪除？

陳代表憲法

同意再監測 1 年。

于代表文男

「同院所傷科處置次數每月大於十五次之比率」也是中醫的強項，如果限制 15 次會不會不好？

主席

沒有限制 15 次，超過也不會怎麼樣；各分區也不一定這支要納入抽審指標。除非是認同 15 次才會列為抽審。

陳代表憲法

當時 94-98 年因為分配的因素，所以才會針對這項指標加強抽審。

主席

全聯會建議刪除的目的是為了不讓這支指標列為抽審指標，但品質

指標不等同抽審指標。

陳代表旺全

在抽審的過程當中，審查醫師的拿捏也會有困難。

主席

抽審只是瞭解申報的合理性，但如果因病情需要處置需超過 15 次，就應該給他，而不是抽審超過 15 次的病歷就全部核扣。

曾玫富專門委員

不予支付指標是屬於行政核減超過 20 幾次才電腦核減。

主席

26 次才會直接核減，15-26 次就要請審查醫師判斷。

胡代表文龍

之前立意抽審只要超過 15 次就抽審。所以後來我們電腦程式就自己設定超過 15 次就不申報。

主席

你們誤解了指標的意思。不予支付指標設 26 次代表病人幾乎每天都去，尚不合理。當作抽審指標是請審查醫師看是否合理，這是整體面的監控，不是各位想的抽審就一定核刪。

柯代表富揚

過去我們關切使用量跟適當性，我個人也不贊成刪除這項指標，這樣會沒有針傷科的品質監測指標，恐會回到之前所看到的波動幅度很大的現象。針傷科若有更適當的指標請大家提出，若沒有合適指標，對於參考值可做適當的調整。

另外，我也贊成主席表示這項指標應該跟專業審查脫鉤，15-26 次是審查範疇，但大家都怕麻煩所以跟民眾說健保不給付。這是行政上所造成的誤解。總歸兩件事情，一件是次數的調整，另一件是務必和審查脫鉤。

主席

除了跟審查脫鉤，也不能跟病人說超過 15 次要自費。如果前面 2、3、4 的參考值目前無法確定，暫時保留，會後兩邊再研究一下。

胡代表文龍

請問針傷治療跟復健是有相關的，請問復健科對於每月就醫次數是否有意見？

曾玫富專門委員

復健原有一支不予支付指標，據瞭解已經停用了。

主席

沒關係，會後交流。

陳代表憲法

既然是保留討論，我說明一下，用藥日數重疊二日以上，應該排除 29 案件，有時療程中會加開內服藥。

曾玫富專門委員

26 跟 29 案件都要排，全聯會來函建議門診診察費大於 0 案件要列入排除，其實是要納入統計，在此一併提醒更正。

陳代表憲法

原兩項建議刪除指標，現在列為保留，兩項指標參考值範圍一起討論。

主席

是否有臨時動議？干委員所提剛才已列入，所以不重複，今天到這邊，謝謝大家。