

「中醫門診總額研商議事會議」107年第1次 會議紀錄

時間：107年3月8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)

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表惠玄	王惠玄	許代表怡欣	請假
干代表文男	干文男	陳代表志超	陳志超
朱代表日僑	朱日僑	陳代表旺全	陳旺全
江代表瑞庭	請假	陳代表瑞瑛	請假
何代表紹彰	黃科峯(代)	陳代表憲法	陳憲法
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	黃怡超
李代表純馥	請假	黃代表頌儼	黃頌儼
林代表展弘	林展弘	黃代表蘭嫻	黃蘭嫻
施代表純全	請假	楊代表啟聖	楊啟聖
柯代表富揚	柯富揚	詹代表永兆	請假
胡代表文龍	胡文龍	劉代表富村	劉富村
張代表瑞麟	請假	羅代表永達	羅永達
許代表中華	劉佳祐(代)	羅代表莉婷	羅莉婷

列席單位及人員：

中醫藥司	蔡素玲、陳聘琪、陳昭蓉
全民健康保險會	劉于鳳
社會保險司	蘇芸蒂
台灣醫院協會	吳洵伶
中華民國中醫師公會全國聯合會	顏良達、王逸年、賴宛而、

	李 敬
本署臺北業務組	林照姬、方淑雲、賴美雪、 侯佩辰、林雨亭
本署北區業務組	楊淑娟
本署中區業務組	林淑惠
本署南區業務組	洪穰齡
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、杜安琇、陳宛均、 鄭盛倫、賴彥壯
本署資訊組	李冠毅
本署企劃組	余侑婕
本署醫務管理組	劉玉娟、林淑範、韓佩軒、 劉林義、王玲玲、吳明純、 劉勁梅、鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

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：洽悉。

第二案：中醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

第三案：106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：

項目 分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.86475534	0.90659868
北區	0.87685665	0.91983842
中區	0.85163542	0.89798165
南區	0.90290317	0.93724938
高屏	0.89540605	0.93104181
東區	1.29019827	1.20000000
全區	0.87967999	0.91892133

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：中醫藥政策未來方向報告

決定：洽悉。

第五案：隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明。

決定：洽悉，同意中醫門診隨機抽樣回推倍數上限值為 20 倍，將依程序辦理後續報部事宜。

肆、討論案

第一案：修訂「107 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 及 1-2 施行區域案

決議：

- 一、通過修訂醫療資源不足地區改善方案之施行區域：「屏東縣九如鄉」變更為可申請巡迴服務地區，另「澎湖縣白沙鄉」、「臺南市北門區」及「台南市東山區」變更為獎勵開業區域。
- 二、將依程序辦理後續行政事宜。

第二案：增訂 107 年「全民健康保險中醫急症處置計畫(草案)」

決議：

一、 計畫重點如下：

(一) 同意新增「全民健康保險中醫急症處置計畫」，預算 2 千萬元。

(二) 支付方式拆分為中醫急症診察費及針灸處置費，並依現行支付標準核實申報。

二、 將依程序辦理後續行政事宜。

伍、 散會：16 時 34 分

陸、 與會人員發言摘要詳附件。

與會人員發言摘要

主席

出席人數已經過半，現在開始今天的會議。請參閱議程第 2 到第 8 頁確認前次會議紀錄，沒有問題就先確認。進入報告事項之前，我們歡迎新委員黃頌儼醫師。接下來進入報告事項第一案。

報告第一案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

謝謝宣讀。所有決定/決議事項共 12 項，辦理完成都要解除列管。請問代表有沒有意見？沒有意見就進入報告事項第二案。

報告第二案：中醫門診總額執行概況報告

主席

好，後面還有一些資料請各位自行參考。以上執行概況報告有沒有意見？過敏性鼻炎好像執行率不太好。請問各位代表有沒有意見？請干代表。

干代表文男

先祝在場的婦女今天婦女節快樂。今天很高興見到中醫藥司司長出席，我是外行人不懂，各位中醫界的內行人可以盡量提問。想請問第 16 頁南區的預估點值超過 1.0015。點值不是最高每點 1 元嗎？高於每點 1 元表示利用率還可以再增加，可以多多鼓勵；再來是兒童過敏性鼻炎計畫，新聞報導中提到中南部的空氣汙染、北部的潮濕，如果有成效的話，希望明年度預算裡再增加，好好照顧國家未來的棟樑。鼻子不舒服除了腦袋不清楚外睡眠也受影響，我兒子有這個狀況後才知道有這種現象。剛才主席提到還有執行空間，希望這方面能夠再增強。另外議程第 19 頁中醫師占率部分，北區的戶籍人口一直在增加，在北區執業的中醫師增加比例不對等，希望等一下告訴我們發生什麼事，謝謝！

羅代表永達

想請教議程第 25 頁跟 26 頁部分，專案計畫支用數如果超過預算，要怎麼處理？

主席

請醫管組先回應。

劉科長林義

有關點值結算部分請參考第 39 頁中醫專案計畫，當結算費用超過預算時，點值就會浮動。所以 106 年第 3 季部分專案計畫點值落在 0.7、0.8 左右。

羅代表永達

有些專案經費超支，另外一些專案經費使用不足，不知道有沒有可能專案之間預算金額相互流用？今天健保會兩位委員在場，可否爭取委員的支持，讓剩下的錢流用？因為 107 年度預算協定金額已經公告了，107 年的費用顯然會超過，在結算前拜託健保會同意的話現在還可以扭轉。

主席

健保會代表有要補充嗎？這個要列入協商，如果有需要更改協商需回到健保會去處理。其他還有沒有要回應的？那有關過敏性鼻炎這部份，理事長要補充說明嗎？

陳代表旺全

干委員非常重視的過敏性鼻炎，全聯會內部開會時做了很多功課，配合度較高的區域也承諾我會再努力監督與推動。另外也感謝羅委員的提醒，我們在協商明年總額時會提出把癌症相關的專案經費互相流用。至於干代表提到桃園地區人口增加，中醫師人數減少部分，我們現在有個為期兩年負責醫師的訓練制度，因為北區的參與受訓人數比較少；我們之後會請北區的中醫師加強參與負責醫師的訓練，就目前情形跟干代表報告一下，謝謝！

干代表文男

再請教一下，桃園是一個新的工業城。人口數增加的速率很快，開

業中醫師與看診人數卻減少，整個利用率不高，也會影響中醫的點值，可能要好好考慮一下。

主席

謝謝補充。請問大家還有意見嗎？如果沒有，執行報告就先到這裡，請接下一案。

報告第三案：106年第3季點值結算結果報告

主席

請醫管組補充說明，如果專款部分有結餘的處理方式，是不是可以流用到下一季？

歐專員舒欣

如果費用當季有結餘，會流用到下一季。

主席

當季預算有結餘則流用至下一季，預算不足則當季結算點值。這樣補充大家應該都瞭解。

干代表文男

請問是按季結算嗎？如果是按季結算，年間預算還可以流用到下季，如果流用到最後一季結算時還有餘額，就我所知，好像過了這個年度就沒有了。

主席

專款在不同年度間無法流用，但是同一項專款在同年不同季間是可以流用的。如果要改變現在的規則，在下次協商時就要先提出來。大家還有沒有其他意見？如果沒有，去年第3季中醫門診的點值就確認了。接下來請中醫藥司就中醫藥政策未來方向提出報告，請開始。

報告第四案：中醫藥政策未來方向報告

黃代表怡超

主席及各位代表，我是中醫藥司司長黃怡超，因為每禮拜四下午都有部長主持的部務會議，我跟李伯璋署長共同出席，很多研商議事會議場次都沒辦法到場，先跟各位說聲抱歉。另外想補充的是從陳部長 106 年 2 月上任以來一直很重視中醫藥部分，也督促我們要整個大格局作規劃，本司也從 106 年開始有中醫藥發展條例的研究計畫，還會延續到明年，也會省思臺灣將來面臨不管是老人人口、疾病型態以及醫療照護情形等等，中醫藥能做什麼，如何跟西醫來相輔相成，以上先做補充。

除此之外，中醫藥司所有政策規劃和業務都有個重要觀念：臺灣包括中醫師在內的所有醫師都要以民眾跟病友為中心，以教育、訓練以及終身學習等方式持續增進專業知識及技能，同時提供有品質且親切的服務，讓大家放心把生命和健康交在中醫師手中。另外，我當中醫藥司司長四年以來，跟何永成前理事長、全聯會理監事、各縣市幹部以及現任陳旺全理事長一直有很好的工作關係及互動；另外中醫界一直呼籲應該考慮國立大學成立中醫系，衛福部的立場也樂觀其成；最後是臺灣從去年開始面臨 65 歲以上人口多於 15 歲以下人口情形，所有高齡化、疾病型態、慢性疾病以及長照因應的所有課題，都是對我們中醫藥司、全聯會以及所有醫療從業人員的挑戰，除健康、疾病整體照護外，也能在長照等相關產業提供中醫藥之健康照護，我們中醫藥司在未來規劃裡也會秉持初心，以上報告，謝謝。

主席

謝謝司長的補充以及兩位科長的報告，內容非常完整。請問各位代表有什麼其他的問題？，請理事長。

陳代表旺全

非常感謝中醫藥司的報告。想請問蔡科長報告中中醫藥司業務職掌部分，第一個是組織架構部分：這邊寫的是中醫及民俗科，從人力規劃、人力編制等等都是中醫及民俗科，可是今天衛福部網站上放的還是中醫科，請問是未來想要改為中醫及民俗科，還是有另外的原

因網站內容跟簡報不同，這部分想請您先作說明。

蔡素玲科長

謝謝理事長提問。當時在組織改造時，民俗療法之前屬醫事司職掌，組織改造後整塊業務移到中醫藥司；雖然組織改造時確實把一科是定位在中醫科，可是本科列管民俗調理後，發現從業人口跟問題都非常多，尤其是消費爭議部分；總共 20 萬人的民俗調理從業人口，由 3 個承辦人負責，加上四個行業別非常複雜，雖然組織章程專注於中醫，民俗調理只是用傳統調理帶過去，事實上民俗調理從初步規劃到後續部分中醫藥司還是責無旁貸，這部分要特別跟理事長說明。

主席

所以連中醫都沒有單獨一科，現在跟民俗科併為一科。

陳代表旺全

蔡科長的說明我可以了解，還是建議要跟組織架構內容一致。長期以來我們一直有相關合作，雖然是在中醫科，你應該是兼民俗調理的相關業務，要不然現在網站上的組織架構是中醫科，簡報上卻是中醫及民俗科，是不是對未來有所暗示，我們在國醫節大會跟外賓介紹時也很難解釋；希望司長在這個地方作相關簡報時再多考慮一下，怎樣的名稱會更適宜；這是我的建議，謝謝。

黃代表怡超

謝謝理事長這麼看重中醫藥司。中醫一直是中醫藥司的重心，現在所有中醫藥從業人員中，只有中醫有證照，中藥師、民俗調理人員都沒有；我們的心思、大部分預算也都在中醫，魂牽夢縈想的也是中醫；但我們也不希望民俗調理業在管理上出現問題或是到衛福部來抗爭，就像兩年前 1000 多個中藥商去拜訪我們，這樣都不太好。當然中醫是民眾健康促進及醫療照護的主要關鍵，四年來我的願景一直是中醫藥產業可以共存共榮，就像廟會一樣，除了歌仔戲，布袋戲，旁邊還有賣黑輪，賣香腸的，整個中藥廣義的產業要發達，是不是中醫以外的產業也能發展起來，像是西醫有好幾個司署負責相關業務，也值得我們考慮，但是整個相關產業發展的重點還是中

醫，想先作以上補充。

陳代表旺全

司長沒關係啦，今天的會議是邀請中醫藥司來報告，我們也不能決定哪一科的名稱；既然我們已經有個溝通平台會議，就在其他場合討論這件事，謝謝。

主席

謝謝說明，請千代表。

千代表文男

牙醫想要獨自成立一個司都不可能，因為組織改制前已經有獨立的中醫藥委員會，後來轉換成獨立的中醫藥司，像現在牙醫跟心理照護業務合併為一起的心口司，現在要爭取獨立出來一個口腔司又要多費唇舌；公開來說執政者可能不太看重中醫，組織改制後人員編制跟經費都減少，負責業務又那麼多，預算占比這麼少，中醫全聯會身為地方的頭頭，希望可以協助中醫藥司，例如透過地方立委這種管道，這是關心到所有消費者。我今天是站在消費者立場，我現在也是在吃中藥，如果大家共同努力，經費上能夠爭取更多，業務上也能更督促，如果中醫藥司自身能力不足也可以公權力委外。中醫藥司權力很大，但是講到用水煎藥，辦理這麼久都沒個結果，我講得滿肚子火，為什麼變成這樣，連中醫師也看不起自己，在報上登載黃麴毒素占中藥材比例多少，在整個健保會要爭取水煎藥的最後階段整個否決掉。

今天這個組織改革跟業務分工，我們小老百姓沒有這個權力，可是沒有中醫師科，沒中醫藥科，其實是本末倒置的，其他部分你們都在政策規劃，好像沒有實踐。抱歉今天講話語氣比較重，還是希望中醫藥司再努力，可以公開徵選，訂出規範後釋出公權力，讓別人實際執行。

主席

謝謝，請羅代表。

羅代表永達

先感謝中醫藥司長跟各位長官蒞臨，我是這個委員會裡面醫院代表，也謝謝司長關心醫院中醫部的發展。這邊有幾個概念：很少的資源要做這麼多的事情，大家也很辛苦，從很早以前中醫藥委員會時就很辛苦，很多東西想做都做不到。今天報告部分，有兩件事想請教：其一是司長提到國立大學設立中醫系部分，這代表國家重要的政策宣示，現在臺大是不承認中醫也不設立中醫系，臺大附設醫院是沒有中醫科的，成大作為台大的延續也沒有中醫科，新光跟國泰大部分都是台大體系過去，他們也沒有，這是很明顯的事情；國家並沒有正視甚至承認中醫的正統性，我想這是很嚴重的事情。一個司裡的經費資源只有萬分之五，真的少到可憐，還要仰賴在座很多中醫界的前輩的共同努力，包括透過立委等方式，也要重新思考中醫在台灣未來扮演的角色，這是回應司長補充國立大學設立中醫系的這件事情。

第二個想請教簡報中提到所謂多元服務：很多醫學中心一直以試辦計畫的方式執行，例如中國附醫以中西醫聯合門診的中醫腎臟病照護計畫，到現在已經3、40年，也都沒推廣到院外的地方，事實上很多計畫在台灣各個試辦醫院都已經做出很好的成果，可是說實在話，沒有人有能力去把他推廣到醫院以外的地方，應該是中醫藥司的責任吧？只有中醫藥司去更改法令跟投注資源，才有辦法整合很多醫院願意去做，現在我們光法令就卡住了，光中醫跟西醫聯合門診同時看診這件事情，很多法令其實是扞格的，到底是誰簽名才算數？西醫現在有聯合門診，兩位醫師同時看診都算數，健保局也給付；可是現在中西醫沒有啊，包括出問題後到底誰該負責，到目前為止法令也不解釋，所以很多的醫院就不敢做。說實在話，既使在沒有資源的情況下，法令的解套與配合是未來能不能多元化，中醫更精進的關鍵。資源不足我們都清楚，但是法令就在那裡啊！剛剛委員所提到，可以選擇外包後權力下放，很多東西就委託有能力的人作，剛剛也看到15家醫學中心，事實上已經加入，每個醫學中心有類似這樣的計畫，可是沒有人可以推廣出醫院以外的地方，這個就要拜託司長多努力。說真的，沒有衛福部或是司的支持，只以院內計畫方式進行，院內計畫都在賠錢，在座很多醫學中心的中醫部主任開會時講話越講越小聲，因為沒有辦法創出利潤出來，即使靠健保署

的試辦計畫，執行超過預算的還要被打折。當中醫可以發展的東西被限制時，中醫藥司應該站出來，幫衛福部、健保署甚至中醫界講一下話，才有辦法解決這些問題；否則大家看到中醫這幾年是很進步的，可是這些進步裡被劃地自限，我想司長將來可能要幫我們很多的忙。

黃代表怡超

謝謝羅代表。中醫的發展我們也看到了，本司想補充的是：除了多年來努力外，現在醫院體系運作也不是衛福部能夠置喙的，包括要不要參與中醫師訓練計畫等等。重點是我們要好好面對，中西醫結合既然對民眾有幫助，大家要共同努力，現在中醫在醫院決策時實際上的話語權很小，也都點到了這一點；謝謝羅委員對我們的督促，中醫藥司還有待努力的地方，整個醫療照護體系這麼失衡，這個現象，要共同努力，包括很多好醫院對於中醫負責醫師訓練所開的員額這麼少等問題；另外也想補充台北市立聯合醫院中醫部門，算是業績非常好的，並非所有醫院的中醫部都是虧損的。相對也督促我們中醫在民眾的醫療照護、健康促進上貢獻這麼大，對應的政策制度或資源卻不成比例，以上報告。

主席

謝謝說明，接下來請干代表。

干代表文男

我一項項請教：現在中醫人才訓練，參加的院所這麼多，每年中醫系畢業生有多少，現在要開業必須要經過兩年訓練，執業管道會不會就這樣受限了？

黃代表怡超

目前我國設有中醫的學校為四校五系，每年約 365 位畢業生，其中雙主修約 105 人，假設雙主修要先執業中醫的人有 50 位，目前我們每年最多要媒合接受中醫負責醫師訓練之受訓醫師大概有 300 位，這幾年未接受訓練的總數約 400 多人，在受訓員額部分，中醫藥司和中醫師全聯會密切合作，媒合中醫師及訓練醫療院所，我們一直在處理這種排隊的事情，最近密集跟各縣市公會、全聯會、中醫團

體、及受訓醫師開會。現在所謂的員額落差其實沒有想像中嚴重，以上報告。

千代表文男

再請問一下議程第 73 頁提到專家會議討論專科定位時，推動中醫專科醫師訓練制度初步應與健保制度脫勾，請問這是什麼意思？

黃代表怡超

目前推動的專科醫師訓練不會影響現在執業的中醫師，現在中醫師 9 成以上是在診所執業，是以大概 9 成以上都是在個人診所，為了不引起多數執業醫師恐慌，專科醫師訓練制度主要是培養具有教學、實證研究基礎及臨床照護能力之中醫師，是否具有專科醫師資格與健保給付間的關聯，在制度尚未成熟前不會跟健保給付扣連，這也是跟全聯會溝通後的結果，先跟千代表報告。

千代表文男

如果說這些畢業生卡個 2 年訓練期間不能出來開業，像這些鄉下地方怎麼有辦法顧及？那麼多無醫鄉沒人要去開業，這些人力要怎麼誘導到無醫鄉去？我們在健保會聽得很刺耳，中區跟南區無醫鄉那麼多個，到底欠多少個中醫師進去？

陳代表旺全

千代表我補充一下那個專科醫師制度，畢業生受訓完拿到專科醫師後，申報的健保費用不會因此增加，資格跟健保支付點數沒有關係，黃司長的意思是這樣的。中醫專科醫師制度現在還沒成立，已經成立的是部立專科醫師，那個以後再談，以後也會爭取更高的經費。

千代表文男

用藥規範跟老人照護部分，雖然在簡報裡都有，不曉得何時可以健保給付，水煎藥部分也一樣；簡報裡整個都是計畫、規劃、法令制度，整個目前的政策我身為老百姓最關心的部分都沒有，難怪人家要批評。司長要幫忙中醫師，現在中藥在 GMP 檢查完後還有多少後續，物價漲這麼多，到現在每天藥費才 33 元，療效如何也不知道，難怪科學中藥都很糟，有吃跟沒吃一樣，所以一口就否定中醫的療效，

其實我也很同情。雖然我只吃水煎藥，科學中藥藥效才水煎藥的四分之一而已，我不否定科學中藥，他萃取的方式以後還有提升空間，但是這個藥 GMP 要去控制，藥材也要去控制跟檢驗，就讓民間成立幾個公司，輔導跟授權給他們訂一個規範，不要說我想吃水煎藥，成份裡可能含重金屬，這麼沒保障。我特別要提出來，這些聲音立法院不知道，中醫師也不敢講，變成我這個外人一直講，每天 33 元的科學中藥品質真的有達標嗎？GMP 什麼的拿出來的檢驗大家真的相信嗎？再給 2 個鐘頭都講不完。

重要的是整個政策應該要誘導，不然中醫只會越來越小，現在還有一個專門負責中醫的中醫藥司，最終政策裡我覺得司比部重要，中醫藥司規劃出具體方向中還欠什麼就跟部要，沒辦法拿出來的話再請地方上的理事長、立委等等幫忙，這樣不只是為了我好，也是為全國百姓好，先說到這裡。

主席

好，請問司長有要回應嗎？

黃代表怡超

失智症部分，目前已經在跟桃園的失智共照中心和中醫師公會共同努力，至於長照的部分其實我已在禮拜二跟部長報告了中醫介入後對生活品質、失眠、泌尿道感染的改善情形，他也說現在中醫參與長照的辦理情形如果成果良好，將來可以跟長照司表達合作意願，就像現在中醫藥司很多委辦計畫，不管是急診或是簡報中多元照護所列的部分都是這樣，希望這邊的代表、先進們能看到好的成果；第三是水煎劑部分，只能說國情不同，在中西醫雙軌的國家中，大陸和南韓水煎劑其實蠻重要的，他們連中藥材都有 GMP，連院方也有代煎服務。臺灣是因為健保給付只有針對濃縮顆粒劑，剛才委員呼籲中醫藥司要站在病人那一邊，不管是兒童過敏性鼻炎還是其他病症，如果水煎劑各方面考量都比科學中藥好，是不是所有的人包括醫師都應該站在民眾病友的立場？中藥司也會加強規劃水煎劑的部分，我們很積極在配合品質管控部分，最後要謝謝各位代表的督促，讓中醫藥司知道面對所有民眾的期望，期望能把事情做好，做得越好也是在造福民眾，福國利民；提供以上說明，謝謝。

干代表文男

傷科對於中醫來講是相當重要，臨床治療當中一定要有團隊配合，沒辦法靠中醫師獨自完成；請問這方面有好的建議嗎？如果不會占用太多時間，希望能提供文字補充說明。另外請教簡報所列政策方針是只有今年嗎？如果是持續好幾年的政策方向，希望特別說明。在中醫傷科團隊以及傷科人員部分，希望不要限縮臨床發展；另外在藥材部分，如果做不到也希望能設個標準，授權給別人去做，這樣才有公權力去實施。我還有聽到中醫師反映目前 GMP 品質降低，沒有以前管控得好。

中醫藥司陳科長聘琪

有關中藥材品質規範部分，已公告中藥材二氧化硫、黃麴毒素、重金屬(砷、鉛、鎘、汞)、殘留農藥等規範。除執行中藥材邊境查驗外，每年也都有抽驗計畫，持續對中藥房、中醫診所及醫院之中藥製劑及中藥飲片作監測及抽驗。

干代表文男

謝謝科長補充。有關飲片部分健保署之前都說不能給付，我會在健保會再提案。

主席

干代表非常關心的飲片部分，其實健保署真正在意的不是科長所說中醫藥司至各院所查驗部分，我們在意的是飲片是否有品質保證，如果中藥廠也可以製作符合 GMP 規格的飲片，才能確保飲片的品質。干代表希望飲片納入健保幾付，因為每個方劑標準都不一樣，誰來幫飲片品質掛保證？。雖然中醫藥司執行了邊境查驗及藥材抽檢，但考量人力有限，能夠抽檢量也是有限。這部分可以補充說明未來方向嗎？

陳代表旺全

黃司長曾和我們一起去韓國考察，可否幫忙規劃 GMP 中藥飲片管理內容，並在衛福部提出。

主席

西藥從原料藥到藥品都有嚴格的製程，但現在中藥是各自處理，每一家都不一樣，品管及價格還都屬於三不管地帶，沒有人能夠替民眾做把關，請問誰來保證品質？這對於健保給付也有相當的困難。今天報告都沒有聽到中醫藥司在這部分的說明，可以幫忙解決這個問題嗎？

黃代表怡超

南韓和中國使用水煎藥比臺灣更多，所以中藥材才有 GMP。這邊先回答國家重大政策部分，其實在 84 年健保開始之前，所有保險給付都是以濃縮顆粒劑，如果今天政府除了濃縮顆粒劑以外，也願意給付水煎劑，我們在品質上都可以配合，也願意規劃中藥材 GMP，這完全是雞生蛋蛋生雞的問題。中醫藥司站在民眾立場，考量對民眾健康、疾病治療有幫助，除了濃縮顆粒劑外，水煎劑我們也希望納入健保給付。其實有些北區的中醫醫療院所，已經有優質的中藥材，如勝昌、順天堂等藥廠也幫我們做品質把關，這就是優質中藥材。現在的問題反而是要有成本反映；我知道台北、新北市很多中醫師開立的水煎劑都通過 GMP 標準。

主席

請問把關單位是中醫藥司或是中藥廠本身？台灣有沒有一個中藥飲片製劑的國家標準？剛才提到順天堂很多製劑都符合國際標準，請問是哪一種藥？

黃代表怡超

中藥材的國家標準就是臺灣中藥典。

主席

如果真的如司長所說，理論上這個產業應該在製程面也要有國家標準以確保品質。現在不是雞生蛋蛋生雞，而是沒有這個東西；目前診所提供之飲片均是各自炮製，但每家標準都不一樣，製程部分沒人管理，最後產品由民眾服下肚，請問誰來替民眾把關。

西藥有製程、PIC/S、GMP，還要通過藥效的檢驗，可是中藥這一塊一直沒有，干委員希望能納入給付，但現在沒有這個東西，健保根

本沒有辦法納入給付，台灣天天都有提供中醫服務，希望提供的是
一定水平以上的服務，替民眾把關品質，健保才給付，這樣才合理；
這邊也拜託司長帶回去研究。

干代表文男

請問下次會議可以把內容放進來嗎？

中醫藥司陳科長昭蓉

這邊想呼應司長雞生蛋蛋生雞的問題，目前的中藥廠要符合 GMP，
從原料到製劑都有把關；如果飲片沒有相對應的市場，相對會影響他
們投入的意願。其實中藥材成本都是倍數在成長，原料掌握在境外，
八成都來自於中國大陸。

我們詢問過中藥廠，其實是有能力投入飲片產製的市場，因為中藥
廠現在已經是 GMP，那為什麼缺乏意願？除了應付現有製劑市場端
的原料需求外，管理上需要花費很多心力，每項製劑檢驗費用都很
高，在商言商，還是先要有他的市場商機，如果健保給付水煎藥是
比較明確的方向，就會是一個良性引導，對中藥廠來說，會更願意
投入資源製造符合 GMP 的飲片。

主席

中醫藥司之前參訪日本及韓國，它們的水煎藥都比台灣普及很多，
可以請教他們水煎劑 GMP 制度發展，如何讓藥廠願意透過 GMP 來製
作水煎劑。

其實健保現在不給付也有自費市場，並不是毫無商機；消費者有疑問
的部分是現在中醫診所自己炮製中藥，製程完全不透明，每個院所
的處理過程可能都不一樣，沒有國家幫忙把關。剛剛司長也說明了
中醫藥司人力不足，雖然有抽驗制度，但能確實把關的量還是有限。
如何替民眾好好把關，健保該如何去給付，這部分請司長多費心。

干代表文男

如果中醫藥司訂出整個規劃跟標準，有興趣的人自然會去做，不要
被商人的利益牽著走，反而沒考慮到消費者為中心的核心目標。如
果人力、經費真的不夠，委外辦理也可以。

中醫藥司 陳科長昭蓉

謝謝干代表。中醫藥司並沒有站在商人的立場，在102年5月3日也公告了飲片炮製廠GMP認證的作業規定，這是自願性方式，須檢具資料也有說明，但到106年12月31日截止日期為止，沒有任何一家有意願提出，這是目前的狀態。

干代表文男

如果比照韓國經驗依樣畫葫蘆，韓國的韓醫都用漢方，中西醫合併也做了很多，我們這邊什麼都沒有，中醫藥司身為最高主管機關都推不動，這樣永遠都停在那裡。

主席

謝謝干代表，今天大家的意見都反映在這裡，麻煩司長協助我們。本案就討論到這邊，請接下一案。

報告案第五案：隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明。

主席

大家有沒有意見？沒有意見就確認，按照回推20倍辦理公告。

干代表文男

想請問一下：如果違規是操作上的錯誤，從雲端看得出來，希望執行面可以寬一點；如果是刻意、立意或是故意為之，這個懲罰性還是要有。

主席

請各位代表放心，這裡說明的是隨機案件才有20倍回推，如果立意抽樣就不回推；如果是虛報費用的話，要採特約管理辦法停約處理，這都有不同的處理方式。大家有沒有意見？沒有意見的話，本案就洽悉。接下來請接討論第一案。

陳代表旺全

這邊想先徵詢主席及各位代表的同意，把討論案第一案和第二案順

序調換。

主席

請問各位代表有沒有意見？無反對意見我們就先討論第二案。

千代表文男

其實討論第一案很快，念過就算數了。

主席

沒有關係，我們就從第二案開始，請中醫師公會全聯會說明。

討論第二案：增訂 107 年「全民健康保險中醫急症處置計畫(草案)」

黃代表頌儼

各位好，先針對健保署對本會提出急症處置草案意見回復：首先適用對象部分，107 年規劃草案時彰化基督教醫院中醫部已將過去執行成果在全聯會內部總額籌備會議中報告；另外急診適應症可能於醫院與基層院所無差別發生部分，原本方案規劃時僅考慮民眾罹患這些急症後到醫院急診部門，經過急診專科醫師檢傷分類與基本處置後會診中醫，由中醫提供治療，可以改善不適症狀。基於安全性考量，基層院所對這些未經檢傷分類的病人作處置可能不宜。

第三是比照現行支付標準的住院會診費 409 點部分，我們提出來第一次診治費 1000 點，第 2、3 次都是 400 點，第一次的支付點數包括會診與第一次處置費，第 2、3 次處置 400 點是比照西醫住院中醫會診計畫訂定的；最後是計畫前後評估表予西醫重疊部分，這些是中醫專家多次討論通過，其中多位同時具有中西醫背景，VAS 評估操作上也不費時間。以本院實務經驗來說，我們作的評估比這邊急診處置方案所列出來的還多，也沒有因為評估項目多而延遲從急診離院的情形；統計上有接受中醫處置的病人會比未接受處置病人更早離開急診，以上簡單報告，謝謝。

主席

謝謝說明。在代表提問之前，記得在預算協定場合上主要討論的療效是「止痛」，這邊除了止痛還有治眩暈、腸阻塞等等。這邊想要講

一個觀念:希望急診場域單純作緊急處理，處理後回到門診;如果當成在急診提供的中醫服務也不太對。考量這是中醫急症處置計畫，依照流程病人也是要經過急診醫師會診中醫，但是急診處置可以執行1-3次包括開藥的處置，在急診停留的時間會不會太長?可以再補充說明嗎?

陳代表旺全

這邊所提適應症除眩暈外腸阻塞、偏頭痛都跟痛症有關，納入眩暈的考量是執行中醫藥司研究中發現眩暈患者用針灸療效既好又快，可以減輕急診壅塞;另外腦中風也有很多主訴是疼痛的，急性青光眼也一樣，計畫重點還是放在止痛為主。

黃代表頌儼

回復主席提問:規劃1-3次治療主要是根據臨床上操作情形，如果是眩暈或下背痛病患，1次針灸治療就可以明顯改善，統計上也有顯著差異;另外提到急性腸阻塞在改善排便與疼痛緩解上也只需要1次針灸治療，雖然沒到統計上顯著差異，病人的反應還是蠻好的;這是比眩暈更嚴重的診斷，規劃時保留了2次以上處置的空間。

主席

請問有規劃3次處置的時間間隔嗎?是否反映為了完成處置病人需在急診停留多久?

黃代表頌儼

基本上急診留院觀察48小時內一定會決定要出院還是住院，沒有硬性規定要停留48小時。病人接受處置後經急診醫師評估病情確有改善可達出院標準就離院了，如果病人接受中西醫處置後還有身體不適，又有醫院接受中醫治療我們才會作第2次處置;中醫不會干涉急診醫師對病人的流向或是處置。

主席

這邊要特別澄清:急診沒有規定要留院觀察48小時。急診病人的流動性是很高的，像這邊所列的經痛、偏頭痛病人不可能留觀到48小時。

黃代表頌儼

主席可能有點誤會了，病人在急診流向當然是依病人狀況決定。

劉副組長玉娟

補充說明一下緊急醫療部分：急診停留時間一般不會超過 24 小時，如果有合併症的狀況才可能留院觀察超過 24 小時；這邊講到入院急診 48 小時內接受第 2、第 3 次處置部分，在醫院評鑑或是品質管理上都是重點管理項目，醫院會儘量避免；另外就是疼痛控制以外例如腦中風的兩種型態會與之後處理方式作連動，止痛已經不是急診處理腦中風的優先考量了，加上中風在急診案件量非常多，列進來後執行數會很難控制，以上說明供大家參考。

陳代表旺全

中醫在急診除了疼痛緩解外，另外實務經驗也有介入過病人到院時已經是昏迷狀態了，及使用針灸的放血後就醒過來了，這是最大的好處，所以把腦中風列進來。另外例如經痛，在沒有服用其他藥物的狀況下針灸的效果又快又明顯。我們著眼點其實是減輕病人的嚴重性，加上考量中醫療效明顯的適應症。例如眩暈是我看過相關的研究支持，才把眩暈放入，2 千萬的預算雖然不多，我們也費了很多心血，拜託醫院的急診配合，希望大家能多支持。

主席

如果專業認定這些適應症會診中醫後可以緩解，健保署尊重各位意見。但是建議支付標準表部分，可以拆分為會診中醫診察費、針灸部分比照支付標準針灸支付碼申報，給予幾次處置就報幾次費用，不要用包裹方式給付，比較符合現況外，病人緩解後該出院就出院，這樣可以嗎？

羅代表永達

想替中醫講幾句話：現在用專案方式執行又是新增計畫，如果不用包裹給付，將來執行情形會不會散在龐大的申報資料中，將來找不到這些接受專案治療的病人也無法辨識？

主席

行政上可以給 P 碼來處理。

羅代表永達

這樣可以接受，只要可以找到研究對象也方便追蹤；另外常常聽到主席說尊重中醫專業，受過西醫訓練的人有共通的背景知識，腦中風分兩種有完全不同處置方式部分大家都知道；中醫背後的理論跟西醫完全不一樣，要接受中醫理論相對困難；現在好不容易有這個計畫，除了要尋求西醫急診合作外，本質上對中醫在急症上療效也是嚴厲的考驗；顛覆中醫治療慢性病有效的概念，加上只有 2 千萬，我覺得應該去鼓勵，經過 1、2 年試辦後追蹤中醫在急症上是否有療效。

主席

這邊只是想澄清，把急診部門保留給急症處理，需要時間調理部分還是回歸到門診進行；給 P 碼沒有問題，但是設定每個病人 3 次處置還是偏多，希望回歸到反映實際執行情形，執行幾次處置就報幾次，這樣可以嗎？

陳代表旺全

用西醫住院會診診察費 409 點來算，中醫作這個計畫是要夜間 on call 的，這樣會不會太少？

主席

急診診察費可以加成，加成後跟現在的 1000 點差距不大。

陳代表旺全

如果差距不大的話，好像可以接受。

主席

會後我們會跟黃頌儼代表確認金額，健保署只是希望不要硬性規定第二、第三次處置，把急診當門診用；至於評估成效上有治療前後分數，評核會報告成效時也有數據呈現。請問醫管組，有要求院所把評估量表分數上傳給健保署嗎？這些分數會由誰蒐集？

黃代表頌儼

臨床上會由醫院的個案管理師蒐集這些數據，包括中醫量表、衛教資料等等。

主席

確認一下：參與院所是設有中醫部跟急診部門的醫院才可以，是這樣吧？現在有中醫部的醫院 100 多家，都會參加這個計畫嗎？另外這些分數雖然參與醫院有蒐集，沒有人整理還是不知道成果喔。

陳代表憲法

議程第 108 頁，方案有提到相關規定。

主席

這邊寫的是檢送執行報告至中醫全聯會，內容有含量表評估嗎？

陳代表憲法

這邊比照孕產計畫。

主席

每個病人的評估資料都會送到全聯會嗎？

黃代表頌儼

原則上收案病人的分數都會紀錄下來送到全聯會，執行報告會包括這部分。

主席

好，評估量表結果收載部分就釐清了，其他部份大家有意見嗎？沒有其他意見請在會後修改支付標準，急診加成規定放入，本案確定，請接下一案。

討論第一案：修訂「107 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 及 1-2 施行區域案

陳代表志超

先報告現在資源不足改善方案執行情形：臺南北門跟東山區原來獎

勵開業醫師因 3 年期滿歇業，這兩個地區就變成獎勵開業的無中醫鄉了；澎湖白沙鄉也是一樣的情形。另外屏東九如鄉是有院所新開業，變成開放巡迴的區域，其實臺南的安定鄉也是今年 3 月才歇業，來不及提這次討論，大概是這樣。

主席

請醫管組補充。

林專委淑範

簡要說明：九如鄉從無中醫鄉改為可巡迴區域，白沙、北門、東山三個區域從可巡迴區域改為無醫鄉。件保署基於維護民眾權益是同意全聯會所提，也要拜託分區業務組跟全聯會好好把關。這次討論歇業的三個院所都是獎勵開業期滿就歇業，雖然計畫有規定同一位醫師不得重複申請本計畫，但是有沒有背後勢力支持很難知道，還是請各位幫忙好好把關。

主席

這個作到最後好像變成只有獎勵開業期間有人去，期滿很少有人留下來。

陳代表志超

其實有很多獎勵期滿留下來的，剛好這 3 家院所都不是。

主席

雖然方案有規定同一位醫師只能申請 1 次獎勵開業計畫，健保署還是希望獎勵開業醫師 3 年期滿後可以留下來繼續執業。

陳代表旺全

我贊同主席意見，但是真的能規定醫師不能換個地方重新開業並申請獎勵開業嗎？

主席

請醫管組唸一下方案的規定。

林專委淑範

獎勵開業相關規定中有提到，我照文字念：自辦理本計畫之年度開始起算，第三年年底終止計畫補助，且不再接受同一申請人申請本計畫。顯然是用計畫當單位，同一人不得重複申請。

主席

如果有醫師想要換地方重新申請獎勵開業，這邊已經明訂處理方式了。這個討論案還其他人有意見嗎？

千代表文男

這樣很合理，不要一直獎勵同一位醫師到處申請獎勵開業，資源運用上也不浪費。

主席

謝謝千代表，麻煩大家就照規定辦理。沒有其他意見本案就同意修訂，請問有臨時動議嗎？沒有本會議就進行到這裡，謝謝各位代表。