

「中醫門診總額研商議事會議」103 年第 1 次會議紀錄

時間：103 年 2 月 20 日下午 2 時

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	曹代表永昌	曹永昌
王代表清曉	王清曉	陳代表憲法	陳憲法
朱代表日僑	請假	黃代表林煌	請假
朱代表明添	翟慎言 ^代	黃代表祖源	請假
吳代表福枝	吳福枝	黃代表偉堯	請假
巫代表雲光	巫雲光	黃代表福祥	黃福祥
李代表政賢	徐昌基 ^代	黃代表蘭嫻	黃蘭嫻
李代表豐裕	李豐裕	詹代表永兆	詹永兆
何代表語	何語	潘代表延健	潘延健
何代表永成	何永成	蔡代表魯	蔡魯
柯代表富揚	柯富揚	林代表阿明	林阿明
林代表啟滄	林啟滄	蔡代表三郎	蔡三郎
張代表棟鑾	張棟鑾	錢代表慶文	請假
張代表景堯	張景堯	謝代表明輝	莊興堅 ^代
張代表廷堅	張廷堅		

列席單位及人員：

衛生福利部	蘇芸蒂
全民健康保險會	魏璽倫、黃偉益
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、賴宛而
本署臺北業務組	馮震華、陳淑華
本署北區業務組	倪意梅

本署中區業務組	程千花
本署南區業務組	唐文璇
本署高屏業務組	李金秀
本署東區業務組	張瑋玳
本署醫審及藥材組	王本仁
本署資訊組	姜義國
本署企劃組	詹孟樵
本署醫務管理組	陳真慧、張溫溫、甯素珠、 楊秀文、劉立麗、李月珍、 洪于淇、林淑範、鄭正義、 歐舒欣

主席：蔡副署長魯

紀錄：李健誠

壹、主席致詞：(略)

貳、中醫門診總額研商議事會議 102 年第 4 次會議紀錄，請參閱(不
宣讀) 確認 (略)

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：中醫門診總額研商議事會議 102 年度第 4 次會議結論事項辦
理情形。

決定：洽悉。

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案。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：102 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	102 年第 3 季	
	浮動點值	平均點值
臺北	0.93155849	0.95344699
北區	0.94400532	0.96372750
中區	0.91146966	0.93960464
南區	0.95515830	0.97184076
高屏	0.97337806	0.98307689
東區	1.30753921	1.2000000
全區	0.94318552	0.96238804

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：103 年「中醫門診總額預算四季重分配」案。

決定：洽悉。

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：101 年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：103 年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫(草案)，詳附件，提請 討論。

結論：修訂重點如下：

(一) 實際收入預算占率由 78%改為 74%。

(二) 每人於各分區就醫次數之權值占率由 5%改為 9%。

(三)另指標六，偏鄉人口預算分配調升機制之偏鄉定義(每萬人口中醫師數小於1.5人且中醫師數不大於9人之鄉鎮等條件)，請中醫師公會全聯會攜回討論，送本署確認後辦理報部核定公告事宜，並於103年5月之會議報告。

第二案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：建請刪除支付標準第四部中醫第一章門診診察費註2案(詳附件)，提請討論。

結論：暫予保留。

第三案

提案單位：中醫師公會全聯會

案由：建請調整支付標準第四部中醫針灸、傷科處置支付點數案，提請討論。

結論：

- 一、通過中醫支付標準第四章、第五章、第六章及第八章針傷科相關診療項目支付點數均調升10點。
- 二、中醫門診總額醫療給付費用非協商因素成長率計2.975億，其中人口結構改變率0.713億、投保人口成長率0.431億、「醫療服務成本指數改變率」1.83億。按101年針傷科申報量，推估調升支付點數後將增加1.98億預算(19.8百萬件*10點=1.98億)，由「醫療服務成本指數改變率」之1.83億預算支應，不足部分約0.15億由非協商因素其他部分(投保人口數年增率及人口結構改變率)支應。

伍、與會人員發言摘要，詳如附件。

陸、散會：下午4時15分

※附件-與會人員發言摘要

報告事項第一案「中醫門診總額研商議事會議 102 年度第 4 次會議 結論事項辦理情形」

主席

請代表們針對本會 102 年第 4 次會議決議事項辦理情形表示意見。

黃代表蘭嫻

反應第四案會員在執行顱腦損傷碰到的一些問題，希望健保署能提供協助：

- 一、因為 103 年 1 月 27 日才發布顱腦損傷執行的訊息，所以醫師在 2 月份要申報時就遇到了困難，是不是能將迄日開放至 2 月 1 日來申報，才不會造成會員的困難。
- 二、開藥天數在包裹支付之下為 7 到 14 天，因為要酌收部分負擔，需要等到療程結束後才可知道實際開藥天數，之後要再去收取部分負擔是有困難度的，所以建議是否可將開藥天數 7 到 14 天之間，視為計算整個療程結束之總天數。那部分負擔之收取方式以當日門診實際開藥天數為基準收取，舉例來說，開 3 天藥就收取 3 天的部分負擔、開 7 天藥就收取 7 天的部分負擔，依據當時開立的天數來收取部分負擔，整個療程中開藥天數符合 7 到 14 天之情事即可，如此才不會造成院所行政上的困難。

林組長阿明

因全聯會臨時提出此資料，建議請中醫師全聯會正式來文再做討論，畢竟這牽涉到資訊系統的修改，原則上本署是儘量朝方便、簡化作業來努力。

黃代表蘭嫻

好的，另外就是會碰到前一個醫師已經登錄病患的資料，但是病患想轉去另一家診所就醫，使得後面一位醫師無法登錄，建議健保署是否能建立一個平台或是用發文的方式，讓病患的照護不會因為前任醫師而鎖住無法執行，大致上是這三個問題。

林組長阿明

是否將三個問題同時提出，本署會審慎研議。

黃代表蘭嫻

好的。

主席

是否還有其他代表有疑問？如果沒有，剛剛的問題請全聯會正式行文健保署，我們會再評估資訊系統的可行性，如果還有更細部要討論的，待會會後可以先跟林組長或副組長討論較清楚。如果沒其他提問，繼續下一案報告。

報告事項第二案「中醫門診總額執行概況報告案」

主席

針對報告事項第二案的資料，各代表有無提問？

王代表惠玄

請教高屏地區看到醫事機構數是增加，但無中醫師鄉鎮數增加，無中醫師鄉鎮戶籍人口也增加，而每萬人口中醫師數組距在 0 與 1 之間鄉鎮的中醫師數減少，是否有特殊的情形發生？

黃代表福祥

高屏地區在琉球有減少一個點，但是目前琉球已有醫師進駐了，原本這個地方是有兩個巡迴點，但其中一位醫師退出了，現在就變成一位醫師長期進駐在琉球，所以今年在偏鄉這部分會獲得改善。

李金秀(健保署高屏業務組)

高屏偏鄉無中醫師會增加是因為有一位醫師死亡、另一位是遷出，而遷出的點今年已有巡迴點進駐，而琉球鄉今年一月確實有醫師長駐，但我們怕這位醫師是否能長期留下來，所以巡迴點繼續執行至 2 月份，其餘則是都非常順暢。

王代表惠玄

補充一下投影片第 35 至 36 頁看到，中區雖然每萬人口中醫師數組距大於 3 的鄉鎮，中醫師數繼續爆增，不過也要恭喜的是組距 0 至 1 之間鄉鎮的中醫師人數也是有所增加，所以要感謝中區前輩的努力。

何代表語

我一直認為無中醫師鄉鎮為何推動的很困難，102 跟 101 年比較只減少一個鄉鎮，到底有什麼辦法可供改進的。

主席

趁這個機會可以多向健保會委員陳述說明。

詹代表永兆

主席、各位委員午安，我是無醫鄉召集人。首先，中醫師鄉鎮這麼多，表示我們的中醫師還不夠多，事實上許多無中醫鄉是位於中央山脈或是離島，這些地方如果以巡迴點進駐是 ok，但假如一位醫師長期進駐，生活上就會出問題了，因為看診量不夠多，例如很多鄉鎮是土地面積大，但是人口不集中，因此許多山地離島是不容易有醫師進駐。所以今年在健保會委員的支持下，偏鄉已經進駐四個中醫師開業，有所展獲，屆時無醫鄉的預算可能會不足，會先挪用一般預算墊付處理，也請委員於爭取明年度預算時多多協助。

何代表語

補充說明一下，第一點，目前政府有針對醫學系偏鄉招收學生，畢業後要回其故鄉服務，不知道中醫部門有沒有？因為像慈濟有學士後中醫學系，中醫界為什麼不向政府申請中醫師偏鄉名額，例如原住民或離島地區可以考，人才方面是要去培養的。第二點，假使偏鄉很難生存，能不能跟地方衛生所結合？政府能在衛生所設立中醫師的制度，可以提供基本的薪水，我想有很多方案是可以去討論推動的，這樣就可以解決偏鄉缺醫的問題。

黃代表蘭嫻

回應一下委員的意見，事實上這些意見中醫師全聯會在面見衛生福利部的時候，已有將這些意見請衛福部協助，我們也期待中醫有公費生，因為在分布上中醫師確實有比較不均的情形，也期許能夠提升中醫的利用率，一定要從偏鄉著手，這也是全聯會目前很願意且努力的方向，謝謝何代表。

主席

健保會何委員長期關注中醫的發展，所以剛剛所提意見，請中醫師全聯會再跟衛福部、中醫藥司等相關單位爭取，其實我們有邀請中醫藥司來參與類似的會議，但是他們沒有派員出席。如果沒有其他意見，我們繼續第三案。

報告事項第三案「102年第3季點值結算結果報告」

主席

針對102年第3季點值結算報告，有沒有要提問的？如果沒有，就依全民健康保險法第62條規定辦理102年第3季點值公布、結算事宜，接著第四案。

報告事項第四案「103年中醫門診總額預算四季重分配案」

主席

請各位就第四案103年中醫門診總額預算四季重分配計算方式提供意見。

何代表永成

主席、各位代表及各位長官好，本人代表全聯會感謝健保署的長官很有效率，馬上把資料試算出來，並且相較去年，103年第1季多了將近2億元，所以我們比較有信心在未來四季分配上會較均勻，我代表全聯會向健保署謝謝。

主席

如果沒有問題，就按照報告案內的說明二來執行103年中醫門診總額預算四季重分配。

報告事項第五案 101年中醫門診總額品質保證保留款核發結果報告

主席

請問各位代表對於101年中醫門診總額品質保證保留款核發結果有沒有疑義？

何代表語

請問目前已經核發完畢，但若有爭議、申復通過的院所，還要再給予核發，此經費是由102年第1季一般部門支應嗎？

張科長溫溫

對。

何代表語

那第1季一般服務預算應該是用於醫療服務的支付，而非用於品質保證保留款才是，還是補付的金額是用102年度的品質保證保留款來支應？

張科長溫溫

目前是從一般部門支應，原因是品質保證保留款不一定每年都有，再來就是申復爭議的程序比較長，一般來說需要兩個月的時間，但重點還是不一定每年都有經費來支應補付的金額。

林組長阿明

依照以往的經驗，會來申復審議的量很少，若是要補付的金額也很小，所以當時有考慮到重要性的原則，所以就直接併入一般服務預算支應，總體來說影響是不大的。

王代表惠玄

請教一下會議議程 61 頁有許多附註，但是在資料中沒有呈現，我是想請教註 3，不符合(品質保留款)分配院所家數合計 713 家，表示這些院所品質是比較不理想的，請問是否有相關的輔導或改善方案？因為就品質的指標來講，受到影響的就是民眾，是否有其他措施來改善？

張科長溫溫

不好意思，原本表是比較複雜，所以在會議議程上是有簡化，因此附註的說明就沒有放上。目前的措施方面，因為多數不合格院所是有違規情形，因此就是給予處分的輔導。

主席

如果沒有其他提問，就以剛剛的報告執行，接下來進行討論案。

討論事項第一案 103 年中醫門診總額一般部門預算分配試辦計畫(草案)，詳附件，提請 討論。

主席

請各位代表針對討論案第一案一般部門預算分配試辦計畫(草案)是否有疑義？

張科長溫溫

補充說明，上次在健保會有討論到，為了保障偏遠地區民眾之就醫權益，應檢討偏鄉人口預算分配調升機制之執行情形，我們有檢視 102 年第 3 季資料，於會議議程第 46 頁，指標 6 的預算約有 5,814 萬元，但事實上僅執行 1,174 萬元，剩餘約 4,000 多萬仍舊以指標 1 的方式來執行，這部分是否要再調整？因為此部分是有在健保會提及的，是否請中醫師全聯會作相關加強？

林組長阿明

請各位看會議議程第 65 頁，目前偏鄉的定義為每萬人口中醫師數小於 1.5 人且中醫師數不大於 9 人之鄉鎮，補助之院所須排除各季月平均申報醫療費用點數大於 102 年全國每月申請報醫療費用點數之平均值者(含)，所以是否就這些條件再酌予放寬？建議是每萬人口中醫師數小於 1.5 人的部分再給予調整，不然指標 6 有 1% 的經費，若沒有支付完，又回到指標 1，使得都會區的院所獲利更多。

主席

行政部門有發現執行率不甚理想，所訂指標是否應再檢討？再來就是，真正該鼓勵的偏鄉沒有鼓勵到，經費又回歸一般部門統一分配，會造成城鄉差距難以去平衡，所以剛剛所提的偏鄉條件，中醫師數不大於 9 人之鄉鎮固定後，另外兩個條件是否能考慮調整。

詹代表永兆

關於偏鄉部分，今年預估專案的 7,400 萬元會不足支應，至少要再貼補 2,000 萬元，也就是需要 9,400 萬元，所以是否這部分的錢可移撥過去？因為今年鼓勵偏遠進駐已有 4 家，這 4 家約會用到 2,000 萬，加上去年延續的 2 家，因此目前專案的 7,400 萬元是絕對不夠的，不然無中醫鄉的巡迴點將會變成浮動點值，降至約 0.6 到 0.7 左右，原因就是目前經費的執行是先將鼓勵開業的扣除，再來作巡迴點的執行。

黃代表蘭嫻

全聯會確實有發現健保署的意見，而詹理事長的建議是第一個想法，第二個想法就是透過幾位專家學者們討論，在無中醫鄉的偏遠地區給予支付點數的加成計算，目前全聯會正在規劃這些方案。

何代表永成

我記得鼓勵偏鄉在 99 年的時候就有診察費要增加 20% 來執行該計畫。但是這個意義不大，因為全國每月申報醫療費用點數之平均值不高，因此院所若超過平均值就拿不到鼓勵的費用，所以許多院所在該鄉鎮作很久了，卻享受不到加成的鼓勵，而新執業院所也很少進駐，這個立意是很好，但是實際上效果是有限的，因此全國的平均值的門檻是要提高呢？還是有其他的促進因子？不然用加成方式來鼓勵，是沒什麼效果的。

主席

先釐清各代表的意見，目前全聯會是建議維持同樣的偏鄉條件？

何代表永成

是要修改。

李代表豐裕

何理事長的意思是，每萬人口中醫師數小於 1.5 人的鄉鎮，又再加上後面兩個條件限制，是否就把後面兩個限制取消，就是小於 1.5 人的鄉鎮都可以使用這樣也是有達到鼓勵的目的。至於詹理事長提到無中醫鄉巡迴的問題，是牽涉到專款專用的部分，而本案討論的是一般預算的支應，若是專款計畫經費不夠，應該是要到健保會再爭取預算支應，而目前討論的指標 6 預算，就不適合挪用到專款使用，使用的項目是不符合的。

何代表永成

補充說明，全國平均申請醫療費用應該約 40 多萬，若是以高屏分區來講，若平均申報費用為 28 萬，而一位醫師於偏鄉 1.5 人以下鄉鎮執業，而申請費用卻超過 30 萬，這樣就無法得到診察費加成鼓勵，所以是要提高全國平均值，才能讓這些院所真正受惠，因為許多老醫師可能在該地區執業許久，申請的費用可能超過 30 萬，卻連加成的 20% 都享受不到，所以平均值應該要提高。

主席

理事長的意思是全國平均值的條件要取消？還是有其他的條件？

何代表永成

如果把這個條件拿掉，我相信錢可能就不夠了。

主席

當然，在鼓勵的措施之下，我們也不能排擠到一般預算經費，這樣對於一般醫療服務的院所就會受到衝擊，我們有對這個條件去試算，若是放寬到某個程度，就會出現很奇特的現象，例如連內湖、南港都會被列為偏鄉，這樣就第三者的角度來看，就變得不妥當，所以這些條件該怎麼設計，就要請大家費些心思來思考。

張科長溫溫

我們有去分析，確實像南港每萬人口醫師數是低於 1.5，但是中醫師數卻很多，若以 102 年 12 月份的資料來看，若不排除申報超過年平均之鄉鎮，約有 280 間院所及 314 位中醫師，若排除超過年平均之鄉鎮後，依照結算資料之補助院所約是 229 家，因此，若將此條件拿掉後，能夠補助的院所將增加約 51 家，所以差不多有 20% 的院所是超出申報量的。

林組長阿明

這有沒有可能只保障到平均就好，然後每萬人口醫師數 1.5 以下之條件能夠給予放寬，那指標 6 有 1% 的預算若超過的話，就給予點值浮動處理。

主席

這個標準條件的問題，是不是等王代表及何代表表示意見後，技術性的問題再來討論試算，不然就第三者來看，這個會議竟然訂出內湖、南港為偏鄉地區，確實比較奇特，光台北市不能接受，南部也不能接受，要怎麼樣訂定獎勵條件又不會造成奇怪的結果，這真的有點難，因為醫師數的分布本來就有困難度，這些要排除的條件需要我們去定義討論的。

何代表語

因為在健保會對於偏鄉有 1% 的獎勵，但是應用於每萬人口中醫師數小於 1.5 人是很奇特的問題，第一個，都會型的人口是會重疊的，一樓到五樓都有住人，但是在偏鄉則是單一人口數，例如農村就只有一個屋簷，住了少許的人口數，所以用人口數再去換算小於 1.5

人就屬於偏鄉，定義是不太確實的！第二個，若以總面積來看，也是很難評估，例如北投將整個陽明山區都劃分進去，那麼面積就太大，太不實際。依據我們的概念來看，偏鄉應該為民眾到就醫地點的路途遙遠，是要考量進去的，也就是就醫可近性，像臺北市只要30分鐘就可到了，而偏遠地區可能要花1~2小時，另外就是離島，現在問題在於我們有103個鄉鎮是無中醫醫師鄉鎮，其餘的鄉鎮要再納入偏鄉定位，從台灣整個面積來思考，參考國外的定義可以有：(一)教育程度、(二)通訊的方便度、(三)網路的結構普及度，還有(四)每百萬人運用電腦的程度，都可以參考，例如都會型城市用電腦的比率可能為3點多，或是會使用電腦的人口比率很高，來換算的，所以先進國家在算計時，就包含生活水平、平均收入值、消費能力等等，是個很精密的估算，建議全聯會是否可用「正面表列」的方式來辦理偏鄉的定義，不能只用每萬人口醫師數在1.5以下，這樣有時候就會有偏差，應該由各縣市中醫師公會來過濾這些鄉鎮討論。

王代表惠玄

用數學平均來做統計可能很適當，但運用在醫療資源分配上就會有值得商榷的地方。誠如剛剛何委員所說，人口密度、就醫頻率等因素都需考量，當然就健保署的執行上不太可能一直用google map來檢視偏鄉人口多集中或分散，所以何委員剛剛提到的正面表列，行政幕僚已有整理，是不是可以把資料提供給全聯會或各縣市公會來檢視。按照數學的定義，列出的偏鄉，是否符合各位心目中的偏鄉，的確有討論空間。例如我居住在一個很奇怪的「偏鄉」：新北市林口區，90%的住民都集中在交流道出口，林口台地範圍內，一棟棟高樓大廈，民眾開車經過林口會覺得這怎麼可能是偏鄉？但是超離開林口台地到海濱的地區，就很符合「偏鄉」的樣貌。所以我贊成何委員的意見，把這些偏鄉正面表列出來。透過各位先進，在當地提供醫療服務的經驗，相信會更了解當地偏鄉的情況；檢視所列出來的偏鄉名單，再來做定義或偏鄉名單的調整。

何代表永成

關於這個定義，我們全聯會帶回去中執會討論後再行文來報告，像是條件的訂定，或是正面表列的討論，不知道這樣可行嗎？

主席

行政部門可以嗎？

張科長溫溫

這個計畫依法是今年度要公告，因為現在是 102 年第 3 季結算，如果移至下次 5 月份會議，是勉強可行，因為下次是 102 年第 4 季結算，當然愈快確定是愈好，畢竟太晚公告也是不太適當的，所以是否可在會議上達成共識，請全聯會正式來文，健保署會依據全聯會的條件先行辦理報衛福部核定事宜，再把結果於下次會議中報告。

主席

剛剛王教授提的方向我比較贊成，由健保署這邊把訂定的標準先行試算，資料結果交由全聯會各分區的主委作檢視，經過微調後，儘快把定義回文給健保署，或是全聯會在備註中把要排除的定義列好，我們就依照辦理，今天是 2 月 20 號，是不是在 3 月初完成？這樣在 102 年第 4 季結算前就公告，可以嗎？

巫代表雲光

是不是在提供資料的時候，第一個就是按照現有條件，第二個就是以每萬人口醫師數 1.6、1.7、1.8 等等增加之鄉鎮及院所來提供？

主席

可以，資料提供後請各縣市再去檢視，有沒有出現奇特現象的鄉鎮，若是有的話要如何調整？那討論事項第一案就先做這樣的決定。

討論事項第二案 建請刪除支付標準第四部中醫第一章門診診察費註 2 案(詳附件)，提請 討論。

主席

請問討論事項第二案中醫全聯會有無補充？

黃代表蘭嫻

這個議題是全聯會長期以來的共識，因為同一個療程有 2 到 6 次的醫療行為，但卻只有支付處置的費用，並沒有給付診察費，而針灸、傷科及脫臼整復同療程第二次以後，就依每日併入合理量計算，其實是不合理的，既然沒有支付診察費，就不應該納入每日之合理量，事實上沒有給付診察費，但如果是審查醫師核扣，卻還是以 200 元來擴大回推，這更不合理，所以我們認為有醫療行為，沒有給付診察費，又併入每日合理量計算，對針傷科的醫師是極度不尊重，故我們要修改診察費的給付方式和計算公式，就是 2 到 6 次的計數不要放入合理量合計。

謝代表明輝

中醫師親自執行傷科就是為了醫療品質，但也沒申請診察費，卻被列入合理門診量，這樣是非常不公平！基本上都有醫療行為，對醫師的專業應該給予尊重及肯定，也是社會大眾希望醫師們親自執行的，服務量的多寡全聯會都以在做管控，但是對每個病患的醫療品質都是提高的，這樣的作法等於是打折了，而且原本的給付就不高，為 200 元，又從內科打折，這跟牙醫不一樣，一顆牙齒需要的照顧時間基本上差異不大，但是傷科有的簡單、有的複雜，醫師會去評估，既然是療程之中，這個患者作快作慢，都是在療程內，所以我認為這個應該取消掉，至於點值的好壞，作傷科的醫師也是很辛苦的，也是希望各位對整個中醫師團體的尊重，謝謝各位。

張代表廷堅

針傷科原本就有設定合理量，現在又把針傷科納入一般 2 到 6 次的合理量，我認為這是一隻牛剝兩層皮，這樣的給付方式是不公平的，我認為應該做適度修改，謝謝。

張代表棟鑾

我和慈濟醫院的中醫部主任閒聊談過，他們院內，現在新的住院醫師都不願意作針傷科，其工作量與所得報酬率，比較純內科醫療服務有相當大的差異。如果說因為健保給付而扭曲了醫療生態，對於

中醫師的生存空間是很大的威脅，謝謝。

巫代表雲光

這個案子在中醫全聯會大概討論超過十年以上，在觀察醫療費用的時候，一直關注這個案子通過對費用影響的強度，是不是中醫界可以接受？實際上在前幾年，整個工時是由醫師指示下的助理來協助的，而目前完全是醫師本身的工時，接著就是整個針傷的服務量由於助理工時的排除之後，是大幅的下降，所以以這個時間點來看，這個案子本來就要回歸醫療經濟的公平正義，根本沒有領取費用，卻占用原本該領費用的級距，這是極度的不公，但是中醫界長期以來，在考慮這個案子時，影響高達10億到15億，非中醫界所能接受，目前為止已經壓縮約4億多的增長，我想這跟預算的成長是沒有關係的，這是整體中醫師在執行醫療業務的公平正義問題，所以這次全聯會提出這樣的案子，希望署能考量十多年來中醫費用的分配隱藏著一些不公平的模式，使它正常化，而費用的衝擊則是由中醫提出，中醫界自己承受。

黃代表福祥

這個案子主要沒有增加健保的費用，我在想健保署會擔心的是，提高了申報點數之後，會造成點值的下降，這個部分中醫界也有在討論，而這樣的衝擊因應方式和管控，中醫界也有在思考，但依照公平正義原則，還是希望本案能通過。

何代表永成

全聯會推估點值的影響大約在0.0215到0.03之間，大致上還能夠承受，上星期五我去拜訪前中醫藥委員會主委張成國，他語重心長的交代說傷科目前在走下坡，現在都要去作西醫的復健，已經排擠到愈來愈多醫師不願意作傷科處置，像現在103年就開始執行負責醫師兩年的訓練計畫，長期的計畫也是要朝專科醫師制度，要有內科、婦科、兒科、傷科和針灸科，如果現行的醫療給付是如此的話，我想這會步上西醫四大皆空的後塵，我們的專科醫師就沒有傷科，也沒有針灸科的醫師，就如同剛剛張棟鑾理事長所提，慈濟醫院已經有傾斜的情形，希望健保署考量中醫專科醫師制度的發展作考量，我們中醫界內科醫師大概都能接受如此的點值損失，從實務上比較精細的數字向各位報告，一位作針灸科的病患，整個療程處置費為200點，而多作了傷科或針灸申請了200點，可是這樣會吃到第一階段的診察費，從310降到220，損失多少？損失了90點，針

灸處置費只領 110 點，但是還要再加上點值折付，大概就不到 100 元，如果送審被審查醫師核扣後，不是只被核扣 100 點的費用，而是按照 200 點回推，如果按照審查回推 50 倍，是要被扣減 1 萬元的，醫師申請 100 點卻被核刪 1 萬元，這樣符合公平正義嗎？這裡舉的是針灸科，如果是傷科就更嚴重了，傷科有部分負擔 50 元，只申請了 150 點，又被扣掉 90 點，就只剩下 60 點，60 點依然是依 1 萬元在核減，所以確實有很多個案是申請 60 或 90 點，卻被扣掉 1 萬塊的，這樣有醫師願意去執行嗎？希望健保會和健保署慎重考慮，不然再過幾年中醫就沒有傷科了！

主席

本案中醫界已有大多數代表發言，我先請醫管組林淑範科長就健保署的意見說明，再請何代表及王教授發表意見。

林科長淑範

向各位代表、專家學者以及何委員報告，首先大家都有共識的是，針灸、傷科及脫臼整復是中醫師要親自執行的，而提案內有提到要符合公平原則及中、西、牙醫總額的一致性，所以我提出以下兩點：第一點，復健科若醫師親自執行物理及語言治療，其執行量亦併入門診合理量計算，這是一致性的問題，第二點，中醫親自執行這些處置，重點不是在看診時間，而是要看總看診時間，包括對民眾看診的時間，以及執行針灸、傷科的時間，因此以一個早上為例，不是只有看診，還要納入作處置的費用，所以我們認為同一療程第 2 次以後的處置都應該計入合理量計算，是基於總工作時數的概念，以上補充。

何代表語

我在 100 年的時候，接到工業總會的通知，要我去全民健保監理會及費協會開會，實際上從內政部、教育部、經建會、勞委會等等，現在來到了衛福部，我擔任了 7 個部會的委員會議要參加，當初在費協會時我就有發現，委員們對中醫的針灸及傷科有很多的意見，我就感覺很奇怪，為什麼對這些項目的預算增加，委員都反對到底？後來去請教後才知道都是非醫師在執行，所以不應該增加費用，就一直延續作法，後續衛福部就要導正這種醫療行為，由醫師親自來執行，這對民眾來說是很好的作為及政策，可是因為整個歷史的延續，造成許多委員對中醫部門的支持度不是非常高，而我一直都很支持中醫的發展方向，但問題就出在，去(102)年 9 月 27 號在協商

103 年度總額協商時，中醫界有提出 4.5 億的協商因素成長，但是委員會沒有通過，考量就是所有診察費都不予提高，但是針對西醫四大皆空的診察費調整，以及護理人員的補助款，我們都很支持，但是就中醫部門來看，現在健保會已經作出決議，非協商項目都已經固定了，不能將診察費算作非協商來支付，這個要是提到健保會的話會造成很大的爭議，對中醫界來說就不是很有幫助的想法，因為這樣對費用的衝擊會很大！根據剛剛健保署的推估，經過本案的調整會增加約 4.33 億，跟去年協商中醫界提出的 4.5 億元是很接近的，但是就是被反對掉了，而現在又要增加到 2.975 億元由一般預算支應，我想這是很難過關的，若是今天的會議通過，下次的健保會可能就會受到攻擊，造成更多的對立。因此我一直在思考針灸和傷科該如何改變，才不會對中醫總額造成太大的衝擊，也讓健保署在執行上也比較順暢。

王代表惠玄

何委員提到的是行政程序及政治上的問題，當然行政程序上在健保會討論是沒有通過，後續再由本次會議翻案，是否會造成紛擾？因為我是新生，也是學習出身的學院派，對於政治或陳年舊帳比較不了解。但我從另一個角度切入，在健保的支付標準中，診察費及診療費的精神是什麼？就呼應幾位前輩一直強調的醫師親自執行此服務，這是屬於診察費還是診療費的範疇？還是兩者皆有？本案就字面上來看是同療程，健保支付的理念上，同療程第 2 次之後，基本上診察費是不予納入，但實際上當然不可能同療程第 2 次以後閉著眼睛執行針傷整復療程。若是要比較西醫基層、牙醫及剛剛提到的復健治療，這種跨領域部門對於同療程第 2 次之後，如何建立給付原則及標準？可能要再去確認及理解。現行的支付標準從勞保時代開始，所謂的相對公平性在同一個專業團體內還有很多爭議，目前健保會也努力要去處理這部分的問題。另外，許多專業團體將其沒落或繁榮都歸咎於健保，這還是要回歸支付標準，畢竟這是由各位前輩訂立出來的。所以就各位來說，是要從醫療行為去撥亂反正支付標準，還是要配合支付標準來改變醫療行為？這才是決定中醫命脈的重要決策，也是反映針傷科是向上繁榮，還是向下沉淪的一個決策關鍵點，所以在支付標準的部分，健保署都會針對各界意見來考量，不要帶太多情緒，相信大家都很樂意溝通的。

健保會魏組長璽倫

如同何語委員所提，去(102)年9月27號協商時於協商因素的支付項目有提，但協商結果是沒有成功，如今今(103)年1月22號也公告了各部門的協商結果，所以建議循一貫程序，為明年度努力。

黃代表蘭嫻

謝謝委員和王教授的意見，但可能對本案有所誤解，本案不是要爭取診察費，而是希望把2到6次的人數不要併入合理量，因為在實際執行上，2到6次的針傷科給付是相對降低的，所以2到6次的人數不應該併入合理量計算，這是我們的訴求，而不是診療費的提升。

何代表永成

為何9月27日協商已經提過，今天的會議還要再提出來？協商時提出是因為全聯會要爭取預算，既然拿不到預算，但這又是非常不合理的事情，沒有增加健保的費用，而是希望中醫往正常的方向來發展，舉個例子，假如我是看內科，今天只有看幾個針灸科，那2到6次療程中，可能看了3到4次，但是這3到4次是吃內科的診察費，執行針灸卻排擠到內科的費用，這算合理嗎？因為針灸費用很少，但2到6次一定比較多，內科看診26天也申請不到650個第一階段的合理門診量，這是電腦軟體設計的障礙造成嚴重的扭曲，不是只有費用不公平，是很不合理的。

何代表語

我提些比較題外話的事情，第一點，我的手因為打球常扭到，但是我從來沒去中醫針灸傷科治療，後來才發現是軟骨破裂，一定要進行手術，經過手術後韌帶也斷掉一條，這一拖就是6、7年，經過手術就一次解決；第二點，去年協商時有一名付費者代表就質疑為什麼我要一直支持醫界的要求？我就當場反駁，因為我認為只要是對患者有利的事情，而且合理、合情、合法的支付，今天我認為中醫為什麼要自己去吃內科的診察費？這應該要去提出很多說帖，從今年6、7月開始就要對委員們進行說明，這個真的很不合理，因為現在是為了針傷科而排擠到內科的點數，正確的作法應該是正面的去爭取預算，因為假使本案通過，會讓委員們認為中醫界的預算可以互相挪用，就會被人很不合理的對待，所以現在就要開始準備有說服力的說帖，中醫界都沒有透過電子郵件來向委員們提供資料，這方面是比較薄弱的，我認為朝這個方向比較好，目標就放在總額協商。

林組長阿明

我想第 2 次療程之後還是中醫師在親自執行，如果說一個醫師在 60 分鐘內看 30 個病患都沒有針傷科，另外一位看 30 位病患又加上其他針傷科，確實是對就醫品質會有影響，這是健保署比較擔心的，再者，在沒有預算來源或相對支援下，原則上是要預算中平，這邊要增加 4 億多，那在另一方面是否要作適度的調整，不然其他部分就會比照，像是西醫基層的診察費很低，他們可以調整為很高，雖然沒有預算，但是經過調整後點值也是會下降，所以外界都關心點值的情形，雖然理事長有提到降約零點多，但是影響還是滿大的，我是建議本案緩議，畢竟非協商因素的部分中醫總共約 2 億多，一下各個項目都要調，點值還是會衝擊。

主席

本案已經討論有一段時間，我也感受到何語委員真的在健保會很支持中醫界，他所提的意見真的很好，是否在今年 6 月以前，中醫界可以正面地多提供說帖資料給健保會委員參考，本案是否先予保留，後續的討論案第 3 案再以預算中平的方式來調整。

何代表永成

感謝何代表對中醫界的支持，可能我們的資料對於付費者代表不能完全的了解，包括中醫界的一些苦衷，以及針傷科的不合理對待，今天我們把它提出來了，後續會有更多的資料來向委員們說明，也希望今年協商時能真正了解目前針傷科的困境，以及未來中醫界的發展瓶頸作努力來支持，本案則稍作保留。

主席

好，那剛剛王教授所提意見也請各位參考，第二案就暫予保留，繼續第三案。

討論事項第三案 建請調整支付標準第四部中醫針灸、傷科處置支付點數案，提請 討論。

主席

本案先請中醫界提出說明，再請健保署作回應說明及是否有折衷的方法。

黃代表蘭嫻

謝謝各位對中醫界的支持，我們一定是往上提升，針對本案的說明，以前後續處置由助理協助，當然整個醫師時間是比較充裕的，現況則是由醫師親自執行，因此整個時間成本是增加的，再著，醫師全程執行更具專業，且醫療服務品質是相對的增加，理應尊重醫師的專業，合理調高處置的費用，最後，目前CPI的指數是往前提，醫療的耗材因民生物價日漸高漲，早已經不敷成本，我曾去訪查高屏區的連鎖診所，他們在討論價格時，應該是能取得更低的價格，但是統計99年到102年之中醫醫療耗材成本是日益增加的，舉其中一個例子，在背膠每一卷由60元提升到75元，所以成本增加了25%，在藥布的部分，成本由每片2.7元上升到3.2元，所以也增加了20%，而棉球的部分費用也成長26.3%，這是一間聯合診所的情形，相信這些價格在議價時遠比個人診所容易多的，所以個人診所的成本費用相對是更高的，所以希望本案是否能合理增加傷科、針灸的支付點數調整，以上說明。

潘代表延健

就支付點數的調整來看，這是所有的項目無條件增加30點，其實另一種作法是從比率的關係來考量，因為每個項目有其點值的高低，剛剛黃代表提到各項目有成本的增加，大約是2成到3成左右，如果通通都加30點，可能有些是加到百分比，有的高、有的低，所以在整體上說服力就比較低，當然我認為要適度調高，以反應成本，但是我是建議以固定定率的方式，而不用定值，可能會比較好表達，接著是，預算就是這麼多，大約是2.975億元，是不是能夠壓縮在這個範圍內，或許對整個點值衝擊會比較小。

王代表惠玄

貼布、耗材等成本增加與最終定價的關係，應該視其在成本結構的占比。例如，一個東西總成本100元，其中某項5元的材料成本增加20%，也就是增加1塊錢，總成本應該是變成101塊。但是剛剛

委員的說法好像是 100 塊要調整成 120 塊。所以是否回應健保署書面意見，請再詳述全面調整點數的原因。醫師投入成本當然也很重要，在此類似第二案的狀況，一併補述。醫師成本很貴，不同的項目會投入不同的時間，即使相同時間，付出的心力也不盡然相同。建議就醫師投入時間、心力增加，相對總成本所占比率的評估來提出調增點數的訴求？如果難以估計，參照潘代表所說採定率通通加 5%，也是可以。另外，以醫師服務品質增加的訴求，調整針傷整復支付點數，相對其他也在主管官署要求下，醫師實質親自執行服務，卻未調整支付點數的項目，恐遭眾議。一般而言，為彰顯品質差異，建議是以鼓勵的方式，建立一項指標，甚或運用品質保留款，鼓勵成效較佳醫師。但醫師親自執行針傷處置本為必要項目，不宜以此訴求差異化品質，而增加支付點數。至於品質如何透過支付點數來反映，是有討論的空間。

何代表語

本案如果以調整 30 點來看，要 5.95 億元，可是一般部門非協商只有 2.975 億元，增加的預算又要挪用其他經費，我是比較建議從 2.975 億元中如何去做分配，由行政部門來分配比較清楚。

林科長淑範

一般部門非協商因素中包括三個部分，投保人口數年增率、人口結構改變率和醫療服務成本指數改變率，在健保會一直提到希望在醫療服務成本改變拿來作支付標準，以反應物價改變造成支付點數的改變，在 2.975 億元中，有 1.83 億元是醫療服務成本指數改變，可考慮從 1.83 億元中，不管是以定額或定率來作調整，都是可再討論。

林組長阿明

我們比較傾向用醫療服務成本來作調整，這樣推估的話，大概可調整 9 點，取整數就是 10 點，建議就以 10 點作調整。

主席

行政部門有試算過，資料也提供給何委員了，以約 1,900 萬件來推估，調整 10 點的話大約是增加 1.983 億元，可否接受？

何代表永成

我想大家都很努力，事實上是不太能接受這樣的結果，但今天都是零就更糟糕，所以懇求大家今年在協商中醫總額時能給予合理的支持，中醫界會持續要求醫療品質的提升，我們真的很擔心未來會找

不到針灸科、傷科的醫生，只剩下內科和婦科，也不是大家樂見的，身為理事長我就勉強接受，協商的時候希望能給中醫更大的空間。

林科長淑範

確認一下，這理講的針灸傷科是不管單純或複雜都是增加 10 點，確認一下。

主席

就依共識辦理，也謝謝中醫界勉為其難的接受，不知道有無臨時動議？

臨時討論事項

何代表語

最近新聞都有提及大陸進口的中藥材，含有過量的金屬，我認為中醫師全聯會應該出面向消費者來說明，怎麼控制中醫藥材的重金屬，第一點，你們應該跟大眾宣導目前使用的科學中藥都有經過什麼處理？再來就是原材料，應該建立主管機關、海關的監督機制，事實上先前跟部長面見的時候，就有提及對於大陸進來的中藥材應該要嚴格檢驗，不應該重金屬來傷害國人健康，中醫全聯會應該出來健全形象及信任度，應該出面推動相關說明，當然現在國家檢驗局要成立，要求進口商要送檢，並附上證明，就是大統油品的問題，未來進口藥應該都要提供檢驗證明，第二點，中醫師聯合會應該於 6 月份開始針對重點項目爭取預算，而不是每個項目都要爭取，要讓大家知道你們的困境，不管你們來多少資料我都會細心看，如果到總額會議才提供就太慢了，應該要重點分析，讓委員們理解。

李代表豐裕

重金屬的問題，目前中醫藥委員會中醫藥司有訂立標準，重金屬不一定都是不好的，有時候是治病必要的，但是鉛、鎘、汞、砷毒性較重的，一定要限制含量，而有些東西媒體在報導時就把重金屬說成像妖魔鬼怪，事實上重金屬的量要如何控制和管控，中藥材都是自然的東西，不像西藥是合成的，不能一竿子打翻一條船，把所有重金屬都當作毒蛇猛獸，對中醫界形象不好，當然我們全聯會和中醫藥司是需要提供說明的。

何代表永成

今早我們都在中醫藥司開會，也針對報導提出大陸進口中藥材重金屬及農藥含量的標準，比大陸和日本還要高，以台灣來講如果標準訂得太低，很多藥材是要被消除的，為什麼現在藥材價格這麼高？就像種植蔬果一樣，不可能完全沒有農藥，只要在安全劑量內，若是標準太低，完全進不來，甚至中藥商也會反彈，標準太高，對民眾健康也不好，所以這部分的拿捏，全聯會會在藥品的品質委員會來督促，在今年的國醫節 3 月 15、16 號，會擴大舉行請臺北市辦理，舉辦記者會，並邀請健保會和健保署來指導，中藥材這部分也會呈現出來，先邀請各位。

主席

第三案重複一下，用 10 點調整並提到共同擬訂會議中報告後執行，謝謝各位代表、尤其何委員及王教授的意見，也謝謝各位的出席，今天會議到此結束。

散會：下午 4 時 15 分