

# 「中醫門診總額研商議事會議」102年第1次會議紀錄

時間：102年2月21日下午2時

地點：中央健康保險局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	黃代表林煌	高文惠 <sup>(代)</sup>
朱代表日僑	朱日僑	黃代表祖源	黃祖源
吳代表福枝	吳福枝	黃代表偉堯	黃偉堯
巫代表雲光	巫雲光	黃代表福祥	黃福祥
李代表政賢	傅世靜 <sup>(代)</sup>	詹代表永兆	詹永兆
施代表純全	施純全	劉代表德才	劉德才
孫代表茂峰	孫茂峰	潘代表延健	潘延健
張代表棟鑾	請假	蔡代表三郎	洪啟超 <sup>(代)</sup>
張代表繼憲	張繼憲	蔡代表淑鈴	蔡淑鈴
陳代表志芳	陳志芳	蔡代表魯	蔡魯
陳代表志超	陳志超	鄭代表耀明	鄭耀明
陳代表福展	陳福展	錢代表慶文	錢慶文
陳代表憲法	陳憲法	謝代表明輝	莊興堅 <sup>(代)</sup>
彭代表堅陶	彭堅陶		

列席單位及人員：

行政院衛生署	蘇芸蒂
行政院衛生署健康保險會	林宜靜、黃偉益
中華民國中醫師公會全國聯合會	賴宛而、王逸年、盧怡伶
本局臺北業務組	馮震華、吳秀惠、王文君
本局北區業務組	倪意梅
本局中區業務組	程千花

本局南區業務組	唐文璇
本局高屏業務組	李金秀
本局東區業務組	張瑋玳
本局醫審及藥材組	王本仁
本局資訊組	姜義國
本局企劃組	詹孟樵
本局醫務管理組	林阿明、張溫溫、張曉雲、王金桂、呂姿曄、許明慈、吳明純、鄭正義、廖子涵、劉軒秀、楊秀文、林子量

主席：蔡召集人魯

紀錄：林子量

壹、主席致詞：(略)

貳、中醫門診總額支付委員會 101 年第 4 次委員會會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項：

第一案

報告單位：本局醫務管理組

案由：中醫門診總額支付委員會 101 年第 4 次委員會會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：本局醫務管理組

案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：101 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	101 年第 3 季	
	浮動點值	平均點值
臺北	<b>0.93955132</b>	<b>0.95911940</b>
北區	<b>0.96199676</b>	<b>0.97565323</b>
中區	<b>0.90323506</b>	<b>0.93495328</b>
南區	<b>0.94707942</b>	<b>0.96706628</b>
高屏	<b>0.97188045</b>	<b>0.98223399</b>
東區	<b>1.31432015</b>	<b>1.20000000</b>
全局	<b>0.94432651</b>	<b>0.96349609</b>

二、中醫照護計畫之暫結每點支付金額：

醫療試辦計畫	101 年第 3 季暫結 浮動點值
(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 (2)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患 中醫輔助醫療試辦計畫 (3)小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫 (4)小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫	<b>0.7542</b>
(5)腦血管疾病後遺症門診照護計畫	<b>0.4827</b>

三、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：本局醫務管理組

案由：100 年中醫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：中醫師公會全國聯合會

案由：有關102年專款項目中「受刑人之醫療服務費用」本會應如何執行案，續提請 討論。

結論：有關中醫師公會全聯會續提案102年「受刑人之醫療服務費用」應如何執行乙節，同意由已提出需求之桃園監獄及嘉義看守所兩家矯正機關先予試辦，惟請全聯會須先提出具體執行方案，與本局醫管組討論後再公告實施。

### 第二案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請 貴局同意將支付標準第八章針灸(合併傷科)治療比照針灸處置同一療程自第2次起免收部分負擔，請 查照。

結論：有關第八章針灸(合併傷科)治療同一療程自第2次起是否收取部分負擔乙節，因健保之部分負擔，需全面考量各總額之收取標準和公平性，目前本案亦已報署核定中，將請署於核定本案時參考本次會議中醫全聯會和專家學者之意見。

### 第三案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：建請修訂中醫支付標準通則六，複雜性傷科處置執行人數每月上限為16人次調高為30人次案，提請 討論。

結論：支付標準通則六「複雜性傷科處置執行人數每月上限為16人次」，同意調高至30人次，其相關費用由一般服務預算並支應。

### 第四案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：新增全民健康保險醫療費用支付標準第四部第九章「特定疾

病門診加強照護」中醫支付標準案，提請 討論。

**結論：**支付標準第九章「特定疾病加強照護」是否保障每點1元乙節，經考量結算邏輯端及行政程序成本，本年該類案件均以浮動點值計算。

**伍、討論事項與會人員發言摘要，附件1(第6-16頁)。**

**陸、散會：下午4時00分**

## 附件1

### 討論事項第一案「102年專款項目中受刑人之醫療服務費用」與會人員發言摘要

#### 蔡召集人魯

針對討論案第一案，請各位委員表示意見，提出討論。

#### 孫代表茂峰

受刑人納保前，中醫已在各矯正機關提供一萬多人次的服務，而中醫有熱忱及能力解決相關執行面的問題，期望能盡快投入相關的服務。因在受刑人納保前，投入矯正機關中醫服務的醫療機構只有10家，若這10家同時投入中醫服務，相信我們有承作的能力。若無法同時開放，是否可先從各區中需求比較大的矯正機關，由公會協調醫療院所提供服務。

#### 蔡代表淑鈴

1. 在受刑人納保前，接受中醫服務之受刑人，大部分為自費，而非公費，西醫部分則是由法務部編列公務預算提供服務。受刑人納保後，健保給付範圍確實含有中醫，而由法務部提供的統計資料中，在未納保前中醫就診共有一萬二千多人次，但目前無法釐清這一萬二千多人次之處置是否皆屬健保給付內容。
2. 我們持續與法務部密切開會討論相關事宜，而這少數自費延醫的受刑人當中，目前只有兩家矯正機關提出有少數受刑人有中醫的需求，分別是桃園監獄和嘉義看守所，甚至有些監所還表示先暫緩開辦中醫。而過去有提供受刑人中醫自費延醫的院所，一年最多約二千五百人次。因目前各總額皆有編列受刑人服務的專款項目，故提供相關資訊給理事長和各代表參考。

#### 孫代表茂峰

1. 這一萬兩千多人次不論是否使用健保給付的科學中藥或是健保不給付的飲片，理論上只要有看診就有診察費，故這一萬兩千人次診察的需求量不會受到健保給付範圍的影響。
2. 考量各方面困難下，建議至少對有提出需求的矯正機關，開放投入中醫服務，以符合受刑人對健康照護的期待和需求，與醫療資源的公平分配原則。

### **蔡代表淑鈴**

1. 再補充一下，現在我們對監所提供的服務，西醫的部分皆採論量，而不是論次。
2. 目前有提出需求的只有桃園監獄和嘉義看守所，在 100 年度，桃園監獄約 830 人次，嘉義看守所 2000 人次，101 年桃園監獄較 100 年多，而嘉義看守所降為全年 1500 人次。

### **孫代表茂峰**

受刑人大多為經濟弱勢，若採自費延醫都能接受，表示受刑人有其需求，而其需求存在與否與健保無太大關係。

### **蔡召集人魯**

目前資料看來，在受刑人納保後，僅桃園監獄和嘉義看守所提出中醫服務需求，先針對這兩間矯正機關開放服務，而其執行方案是否請中醫師公會提出具體構想。以西醫為例，有公開評審程序及具體實施方案，不知中醫師公會針對進入矯正機關提供中醫服務有否訂定相關執行辦法？

### **孫代表茂峰**

這部分在過去執行醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫等計畫時，在行政流程上已有經驗，故這部分並不困難，且在公平性及品質上，我們是有能力掌控的，若今天決議這兩個矯正機關可先開放，但要先有相關實施辦法，我們回去著手擬訂辦法，再送至健保局核定後公告試辦，若其成效不錯再逐步開放其他矯正機關。

## 蔡代表淑鈴

在提供服務內容方面，也是採逐步開放。若今天決議先開放這兩矯正機關提供中醫服務，請中醫師公會先提計畫，我們再擇期討論，但若本身並無需求，我們也不刻意提供服務，以避免誘發需求。

## 張代表繼憲

1. 補充孫理事長的說法也代表我個人意見，在102年總額預算包含這項服務預算，在全聯會也承受會員說，既已編列預算，就應該可以執行此項業務，今天執行案件數少或受刑人對中醫需求少，以致於無法使用完全部的預算，至少中醫全聯會盡力了。如果全聯會無法爭取使用預算或提供受刑人醫療服務，中醫全聯會幹部對會員無法交代。
2. 承如孫理事長的說明，若自費延醫都可接受，那健保是否可給受刑人接受中醫提供醫療服務的機會，至於其執行後之需求量及成效，皆可分析評估。若參與受刑人之醫療服務，那我們可評估投入中醫服務的成效，也同時照顧了受刑人的就醫權益，同時也執行預算。事實上我們也了解到監所等矯正機關裡執行醫療服務，其實牽涉的問題很多，只是我們可在管理很嚴謹的情況下，讓受刑人有機會利用到中醫醫療資源，這部分我們應該可以努力去嘗試，以上代表我個人的想法。

## 蔡召集人魯

本案結論為先針對有提出需求的桃園監獄及嘉義看守所兩點作試辦，請中醫師公會全聯會提矯正機關中醫服務的相關計畫，再與本局醫管組討論後公告實施。

## 討論事項第二案「支付標準第八章針灸(合併傷科)治療比照針灸處置同一療程自第2次起免收部分負擔」與會人員發言摘要

## 張代表繼憲

1. 針灸與傷科處置同時治療因規定需要擇一申報，在沒有增加醫療費用下，有很多院所是採針灸申報，故療程第2-6次是沒有收部分負擔的。可是現在因有新的申報醫令代碼，卻造成醫療院所需



與病患說明與過去相同處置下卻需要增加部分負擔的困擾。

2. 假設是針灸(合併傷科處置)第 2-6 次要收部分負擔，是因為避免傷科治療規避部分負擔而增加針灸處置，這部分應使用管理面做處理，而不是用增加部分負擔來做規範。
3. 增加一個醫令代碼是為了能夠呈現病歷跟申報上的真實性，但不要因此將部分負擔轉嫁到民眾身上。
4. 基於上述理由，針灸(合併傷科)治療的第 2-6 次也比照單純針灸處置免收部分負擔。

### 施代表純全

1. 在民國 88 年通過要實施部分負擔，那時復健要收部分負擔，又分簡單的物理治療要收部分負擔，中度、重度的不收部分負擔，而後又來個命令說，中醫傷科比照復健的物理治療來收取部分負擔，本來連針灸也要比照來收部分負擔，經過討論得到的共識是，針灸比照中重度的物理治療沒有收部分負擔，而傷科比照輕度的物理治療，故收部分負擔。
2. 目前醫療院所做了兩種處置，擇針灸來申報，而病歷中的傷科無法由申報資料呈現，希望透過針灸(合併傷科)治療醫令的申報，完整呈現實際病歷，既然主體叫針灸，當然他就不用收部分負擔。

### 陳代表福展

在一般情況下，大部份的疾病針灸都可以治癒，但加上傷科治療主要是可使患者好得更快，故應是以針灸為主，傷科為輔，那現在還要收取部分負擔，我想這不太合理，若醫師要規避的話，可直接申報針灸即可，為何要合併申報呢？是因醫師認為合併治療是對患者最好的處置，故我認為不應該收部分負擔的，針灸合併傷科治療是屬於針灸治療，又比純針灸治療付出更多的心力，使疾病更快痊癒進而節省更多的醫療費用，應該是獎勵而非懲罰。

### 蔡代表淑鈴

1. 此案子因牽扯到部分負擔，目前現況是已報署核定，但現在署尚未核定。

2. 目前針對免部分負擔已被質疑浪費的情況下，我們也在進行整體的檢討，目前的部分負擔邏輯是很久以前討論的邏輯，而所謂的複雜，其實西醫有很多的複雜也都有部分負擔，目前針對部分負擔的討論會議皆認為不應該免部分負擔，甚至應檢討重大傷病是否也可部分負擔。
3. 我是認為說剛剛各代表提到都是申報，其實我們現在在講的，是病人端，其實對院所來講你們並沒有減少拿到的任何費用，但是若服務裡面有一部分是完全免費的，其實是容易誘發需求的。

### 朱代表日僑

1. 部分負擔的目的原在於受益者付費，本案部分負擔如傾向收取，就會使民眾在第 2-6 次療程會增加部分負擔；若傾向不收，則可能會被質疑有過度浮濫而須加強病歷審查的情形。本次修正支付標準就是要瞭解執行面與申報面差異，是否有需要加強審查或注意之處，初步建議認為應進一步觀察一下，以便於未來在檢討部分負擔時有實證依據。
2. 倘本案現在調整部分負擔，一個小的變動，可能也會牽動到其他部分負擔的調整，而部分負擔的變動需請保險人先提到健保會進行討論，故初步建議在有實證論述的依據下，再提會討論比較好。
3. 同一療程的意涵，是對於在同一診斷，依據醫療需要所需連續實施的治療。且現行規定如有門診中醫傷科治療時，於同一療程第二次起每次須付部分負擔 50 元，本案在未修正前，可依實際執行情形處理。

### 鄭代表耀明

過去討論調整針灸跟傷科的部分負擔，一為傷科有部分負擔，二為針灸沒有部分負擔，過去當我們嘗試將兩者統齊一時皆有人反對。我們樂意看到有具真實面的申報資料作為往後的討論依據，但是否應與針灸一併討論，可解決針灸跟傷科部分負擔不同所造成的爭議，也避免院所難以解釋的窘況，所以目前最好一動不如一靜。

### 蔡代表淑鈴

檢討部分負擔當然連針灸、同一療程也一併檢討，連過去部分負擔的邏輯可能也需一併檢討。在健保資源有限情況下，並不希望提供免費的服務。那現行申報確實有一項是針灸(合併傷科)治療，這醫令的部分負擔應盡快處理，針對此項已報署，至於部分負擔的整體檢討也要提到健保會去討論。

### 張代表繼憲

因為之前申報代碼是純針灸跟純傷科，針灸傷科同時治療則一申報，因今年多了一個針灸(合併傷科)治療，若只變動一部分只會更複雜。在研議修改部分負擔收取時，希望純針灸和針灸(合併傷科)治療一起考慮，若要收取部分負擔就一起收，不要一個收一個不收，102年如果可行，是不是可暫時不收取部分負擔，當純針灸要收取時再一併修改，我們比較傾向這樣的意見。

### 施代表純全

針灸(合併傷科)治療沒有增加給付，卻要加收部分負擔，這並不合邏輯，當初增加此醫令單純只想讓病歷更完整，故我認為應和針灸一樣不收部分負擔。目前實務上收取的差異造成很多困擾，我們也願意整體性的檢討部分負擔，未來應設計更完善的制度來解決。

### 黃代表偉堯

1. 一開始部分負擔應是全面收取部分負擔，但因同一療程院所皆申報診察費，故考量醫療費用和民眾負擔的情形下，同一療程第2-6次沒有診察費及部分負擔。所謂同一療程是以單一診斷或疾病作為單位看待，並非連續性治療的後續療程就一定免部分負擔，以上是我對部分負擔，所謂同一療程上的認知，供大家參考。
2. 建議以醫療為出發基點，透過臨床指引了解一個診斷或疾病其整套的治療為何，將每一診斷或疾病的合理療程視為一次疾病治療，故收一次的部分負擔。

### 孫代表茂峰

1. 原先增加此醫令是為了要解決申報資料無法得到真實醫療處置的問題，但卻造成這麼多困擾，導致此支付標準難以執行。若經檢討決議比照西醫複雜性復健，針灸須收取部分負擔，我們可以接受，因全都收取，可免除對病人解釋的問題。但就過去的邏輯，針灸較複雜，針灸有侵襲性，所以免部分負擔，現在針灸(合併傷科)治療難道就不複雜，這邏輯實在不合理。
2. 若此爭議無法解決，我建議讓行政簡單化，取消這個支付標準，因為醫療院所只要繼續申報針灸即可，只要不申報針灸(合併傷科)治療，就可免部分負擔，對費用是完全不會有影響的，只是申報無法呈現醫療處置的真實面而已。

### 張代表繼憲

補充說明，以目前針傷科同療程的六次療程，我不確定全國的統計數字為何，但中區在同一療程的部分，平均約 3.3 次，院所都會以實際治療次數或是完成的次數去申報，故平均大約是 3 次，而不會到 6 次。

### 莊興堅 (謝代表明輝代理人)

1. 增加針灸(合併傷科)治療醫令是基於法律上的需要性，依據醫療法，醫師應據實記錄醫療處置。但因過去不管是技術員或是醫師親自執行等問題，造成只能擇一申報。醫師診斷患者需要針灸，表示他屬於較嚴重的，若又需加傷科治療，表示這患者病情比純針灸更複雜，目前來說針灸是較複雜，較嚴重的，所以不收部分負擔，但針灸(合併傷科)治療，反而說較簡單要收部分負擔，這理由上有點牽強。
2. 我們不反對使用者付費，但使用者付費這種觀念應該要灌輸給患者。免部分負擔也許會誘導需求，若未來也將針灸改成要部分負擔，到時便沒有爭議，但現在事實並非如此。患者說我本來只做針灸不用收錢，你又幫我做了傷科，反而給我收錢，醫生為了醫病關係又不收部分負擔，因為醫師為規避部分負擔不報傷科，這在法上就有爭議。
3. 我覺得針灸(合併傷科)治療在針灸收部分負擔前，應該先不要收

部分負擔，我覺得這對醫師、患者及制度來說比較合理，若未來經討論，針灸也需收部分負擔，那針灸(合併傷科)治療比照針灸，沒有爭議。

### 蔡代表淑鈴

1. 醫師在病歷上本應詳實記錄醫療處置，而申報是擇一申報，故不論申報針灸或是傷科，並不會因沒有詳實申報而有違法的問題，但申報必須與病歷相符。
2. 今天公會提案討論，因此案子在未提案前，因為知道有問題、有爭議，故報署核定，本局依照署的核定來辦理。

### 王代表惠玄

1. 部份負擔有其功能與目標；將臨床作業依名稱(「傷科」相對於「針灸」)將其劃分歸屬為「簡單」相對於「複雜」作業，而判定接受該臨床作業之民眾是否需繳交部份負擔的行政規範，恐怕過於簡化臨床作業與部份負擔的關聯邏輯。建議在全面檢討部分負擔之際，重新思考臨床面作業、行政稽核與部份負擔目標間，妥適關聯的制度設計。
2. 目前對於「針灸+傷科」歸屬於「簡單」或「複雜」療程，涉及向民眾徵收部份負擔的現實；臨床人員很難不顧慮民眾感受，進而選擇只申報針灸照護，以減免部份負擔。但此舉悖離實際診療行為(針灸+傷科)，涉及申報不實的問題；也造成中醫總額執行委員會及品質監督相關部門，透過申報資料瞭解診療行為樣貌及趨勢的困擾。但健保局未考量臨床人員面臨醫病互動微妙關係，以行政規範約束申報行為，恐怕亦是強人所難。
3. 委員提及，部份病患同一診斷，先以「針灸+傷科」治療 2~3 次，並收取部份負擔；經診察發現後續照護僅需以針灸治療；依現行規範，認定為同一療程，仍須收取部份負擔。對民眾而言，實難認同，或被說服。既然醫療人員有重新診察，臨床判斷建立不同治療方式的事實；是否可能以不同療程認定，重新計算民眾部份負擔的可行性，提請考慮。

## 蔡召集人魯

今日健保小組的代表也出席會議，此案子也已報署，各位的討論與看法也供作參考，那就由署去做最後的裁決。

## 討論事項第三案「修訂中醫支付標準通則六，複雜性傷科處置執行人數每月上限為 16 人次調高為 30 人次」與會人員發言摘要

### 蔡召集人魯

請提案單位中醫師公會要不要先做說明。

### 巫代表雲光

中醫傷科長期以來對閉鎖性骨折脫臼，可提供一個非常好的醫療服務，包含醫療費用的節省各方面，目前臨床複雜性傷科醫師已具備傷科專科醫師的水準，且服務量遠遠大於每月 16 人次，當初設計複雜性傷科每月 16 人次純粹是考量費用面，所以全聯會建議能將 16 人次擢升到每月 30 人次，實際上每月 30 人次是還不足，但考量整個費用的運用，建議調升至每月 30 人次。

### 蔡代表淑鈴

此案當初設定合理量是基於醫療品質考量，因複雜性的傷科，相對付出的時間、人力比較多，若提升至每月 30 人次能否維持品質？長期來看，會超過 16 人次的家數很少，件數也不多，是否每月 16 人次是維持品質的一種方法。

### 孫代表茂峰

我想做一個簡單的說明，當初每月平均 16 人次，是考量成長率跟費用，擔心一開始訂的人次多的話，會影響到原先的點值，影響到整體的醫療費用，故壓縮原本能夠執行人次。那現在放寬到平均一天一人，應不至於會影響醫療品質，現在每月 16 人次，醫療院所每月就申報 16 人次，實際上並非真實面的呈現，建議擢升到 30 人次，也是基於醫療品質考量的。

## 蔡代表淑鈴

若在可確保醫療品質下，提升每月至 30 人次本局沒有意見，但因沒有預算故由非協商支應。

## 巫代表雲光

公會在收案管理及審查上會特別注意複雜性傷科的使用量。

## 蔡召集人魯

請公會陳述放寬至 30 人次的理由及如何確保醫療品質，未來修訂通則報署時，會將公會意見一併呈到署作參考。

## 討論事項第四案「建請支付標準第四部第九章「特定疾病門診加強照護」支付點數比照專款保障每點 1 元案」與會人員發言摘要

## 蔡召集人魯

要不要請全聯會先做說明。

## 孫代表茂峰

1. 兩項專款計畫在去年協商時回歸一般預算，而專款支付標準設計上涵蓋一部分評估的項目，現在回到一般預算，原先是在大型醫院才能夠執行，現在放寬到一般診所都可以執行，但基於費用的考量，基於服務品質的保障，所以經過精算後，利用包裹給付的方式，有一個整筆的費用，但沒有考量到是否要用點值，因包含藥費，因一般預算有點值的問題，可包裹給付藥費應是 1 點 1 塊，造成又要將藥費挪出，故能否整個包裹給付去做一個浮動，藥費不要獨立，或是堅持藥費 1 點 1 塊，藥費要獨立，那其他處置費用就變成浮動，若是如此建議說可否全部都 1 點 1 元。
2. 日後是否比照考慮尚早，目前這兩個計畫先前都討論過了，支付標準也通過，所以建議說是不是就整個包裹，全部都 1 點 1 元，抑或內含藥費全部浮動。

## 蔡召集人魯

請問醫管組，因為這個預算是 102 年的，那現在已經是 2 月份，在執行上，如資訊系統有沒有問題或困難，或是看法為何？

### 張科長溫溫

1. 原則上是沒有意見，但有可能幾點要考慮，就是有關保障項目在去年的 11 月已討論了，那也已送到費協會，故相關電腦程式邏輯也都已經做了處理，這部分要的話，建議從明年開始。第二個原因是，此項作業須修改申報規則，那會造成作業程序很複雜。
2. 從資料看來，現在的專款也不是都 1 點 1 元，像腦血管西醫住院或是腫瘤後化療放療的 101 年第三季平均點值不過只有 0.7815，那腦血管計畫甚至也只有 0.5304，根本都比第三季的一般浮動 0.944 或是平均 0.963 低來多。以第三季估算，就是小兒氣喘跟腦麻的話，其平均點值也不過 0.8154，事實上依現在一般浮動 0.944 都已經高於太多，所以是不是還要保障一點 1 塊。所以我建議是否整體考量後明年再一起來做會比較恰當。

### 蔡代表淑鈴

因為保障項目 1 點 1 元的已討論過，且已經開始執行，若要增加項目程序又需再走一遍，造成行政上的困擾。而一般預算的點值又優於專款點值，建議說今年先包裹給付整體浮動，那藥費也不要挪出來了，就整筆浮動，今年年底在檢討 1 點 1 元時再一併考慮。

### 蔡召集人魯

那決議就照主秘所說的處理，今年先包裹給付整體浮動，包含藥費。103 年的保障項目在年底第 4 次會議再討論，接下來有沒有臨時動議，沒有的話，那我們今天就到這裡結束，謝謝大家熱烈討論。