

「中醫總額支付委員會」101年第2次委員會議紀錄

時間：101年5月17日(星期四)2時0分

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)

主席：黃召集人三桂

紀錄：孫嘉敏

出席委員：(依姓氏筆劃排列)

委員姓名	出席委員	委員姓名	出席委員
白委員裕彬	白裕彬	吳委員材炫	吳材炫
巫委員雲光	巫雲光	李委員政賢	傅世靜 ^(代)
林委員金龍	林金龍	施委員純全	施純全
孫委員茂峰	孫茂峰	張委員廷堅	黃福祥 ^(代)
張委員志鴻	(請假)	張委員景堯	張景堯
張委員棟鑾	張棟鑾	張委員繼憲	張繼憲
梁委員淑政	梁淑政	郭委員乃文	郭乃文
潘委員延健	潘延健	陳委員立德	邱永標 ^(代)
陳委員志芳	陳志芳	陳委員福展	陳福展
彭委員堅陶	彭堅陶	黃委員林煌	(請假)
黃委員鈺生	黃鈺生	葉委員宗義	(請假)
詹委員永兆	詹永兆	趙委員正安	趙正安
蔡委員三郎	蔡三郎	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
鄭委員耀明	鄭耀明	謝委員明輝	莊興堅 ^(代)

列席單位及人員：

行政院衛生署	洪禕琪
全民健康保險醫療費用協定委員會	林宜靜、邱臻麗
中華民國中醫師公會全國聯合會	賴宛而、王逸年、賴宛而
本局臺北業務組	馮正華、吳秀惠
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	王世華
本局高屏業務組	李金秀
本局東區業務組	江春桂
本局醫審及藥材組	王本仁
本局資訊組	姜義國
本局醫務管理組	張溫溫、王淑華、林寶鳳、 林淑範、歐舒欣、張桂津、 楊耿如、李健誠、吳明純、 鄭正義、張曉雲、王金桂

一、本委員會 101 次第 1 次委員會會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

二、主席致詞：（略）

三、報告事項：

（一）案由：本會 101 年第 1 次委員會會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉

（二）案由：中醫門診總額執行概況報告。

決定：洽悉。

(三)案由：100 年第 4 季點值結算結果報告。

決定：

1. 一般服務部門點值確定如下表：

項目 分區	100 年第 4 季	
	浮動點值	平均點值 (含資源缺乏地區改善方案_論量計酬)
臺北	0.979258300	0.98599163
北區	1.009347900	1.00598065
中區	0.956522480	0.97087339
南區	1.026827340	1.01661363
高屏	1.050492630	1.03174464
東區	1.385159930	1.22687477
全局	1.000759300	1.00049547

2. 中醫照護計畫之 100 年第 4 季暫結每點支付金額及 100 年全年結算每點支付金額：

醫療試辦計畫	100Q4 暫結 浮動點值	100 全年結算 浮動點值
腦血管疾病西醫住院	0.80154392	0.83076015
腫瘤患者手術化療放射線療法後之西 醫住院	0.60370852	0.62427827
小兒腦性麻痺	1.00000000	1.00000000
小兒氣喘緩解期	0.62613034	0.65111987
腦血管疾病後遺症門診照護	0.71337807	0.90682373

3. 依全民健康保險法第 50 條規定辦理點值公佈、結算事宜。

(四)案由：有關101年7月1日(費用年月)起，醫療費用申報格式變更
為XML檔案格式案，目前準備情形報告案

決定：洽悉。

四、 討論事項

(一)案由：有關「中醫門診總額品質確保方案專業醫療服務品質指標項目」項目名稱修訂案，提請 討論。

決定：將「重複」字樣改以「再次」字樣，故修正名稱有「各區 7 日內再次就醫處方之用藥日數重疊 2 日以上比率」、「各區同日再次就診率」及「各區隔日再次就診率」等 3 項。將報請衛生署核定後，辦理修訂公告事宜。

(二)案由：建請將各項專款專用試辦計劃之民眾看診次數，不列入高就診次數統計，提請 討論。

決定：請本局醫務管理組分析參加「腦血管疾病後遺症計畫」之保險對象，同時又被列為「高就診次輔導計畫」之輔導對象之人數，俟有相關數據後再繼續研議。

(三)案由：檢送「中醫門診總額支付制度分區總額調整暨運用方案」，提請 討論。

決定：

1. 方案名稱修改為「全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案」，內容詳附件 1。
2. 經費來源：該分區點值超過 1.20 元的保留款。
3. 保留款運用之計算方式分 4 階段：
 - (1) 以季為結算期：補助該區每季結算平均點值小於 1 元，最高補助至每點 1 元為限。
 - (2) 以年為結算期：先補助該區醫療不足地區之論量計酬案件，其結算點數以每點點值最高 1.5 元給付鼓勵；若有餘款再補助該區醫療不足地區之基本承作費用，最多補助至 2 成。若

有餘款，補助其他各區醫療不足地區之論量計酬案件，其結算點數以每點點值最高 1.2 元給付鼓勵。

4. 將報請衛生署核定後，辦理修訂公告事宜。

(四)案由：建請修訂支付標準第四部中醫部門「診察費」支付標準案，提請 討論。

決定：將於 101 年 6 月第 2 次醫療給付協議會議，併同西醫基層及醫院總額部門之診察費調整作衡平性考量後調整。

(五)案由：建請修訂支付標準第四部中醫部門每日藥費點數案，提請 討論。

決定：依中醫師公會全國聯合會委員代表建議撤案。

(六)案由：建請統一院所內專任醫師及支援醫師間，有關申報診察費規定的一致性，提請 討論。

決定：為確保照護品質，實不宜將各專任醫師之合理量予以流用，另支援醫師不得為合理量醫師之計算，只能補專任醫師的餘額數，係比照牙醫及西醫基層醫師之計算標準，考量支付衡平性，不宜更動。

五、臨時動議

(一)案由：有關「101 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」，新增「巡迴服務鄉鎮一覽表」及「獎勵開業服務鄉鎮一覽表」地點案，提請 討論。

決定：巡迴服務及獎勵開業服務之鄉鎮增加金門縣金湖鎮。

六、檢送與會人員發言摘要，如附件 2（第 9-20 頁）。

七、散會：下午 4 時

全民健康保險中醫門診總額 點值保留款機制作業方案(草案)

壹、依據：

行政院衛生署○○年○○月○○日衛署健保字第○○○○號核定函及中醫總額支付委員會 101 年第 2 次委員會會議紀錄。

貳、目的：

為鼓勵提高總額醫療服務利用率，保障民眾就醫可近性及提昇地區醫療品質。

參、經費來源：該分區平均點值超過 1.20 元的保留款。

肆、保留款機制：

- 一、依分區別設立保留款。
- 二、以季為結算期，分區每季結算平均點值大於 1.20 元部分之預算則列入該分區保留款。

伍、保留款之運用：

- 一、該分區平均點值小於 1.0 元時之補助款。
- 二、鼓勵該分區醫療資源不足地區之醫療服務獎勵款項。
- 三、鼓勵全國醫療資源不足地區之醫療服務獎勵款項。

陸、保留款運用之計算方式：

- 一、以季為結算期，如該分區每季結算平均點值小於 1.0 元時，則由分區保留款補助該季該分區預算，最高以補助至平均點值每點 1.0 元為限。如保留款不足分配，則依該分區院所結算點數比例分配。

- 二、於年底結算年度分區保留款，剩餘分區保留款列入該分區醫療不足地區之論量計酬案件，其結算點數以每點點值最高 1.5 元給付鼓勵，如保留款不足分配，則依所獎勵院所結算點數比例分配。
 - 三、前一、二項分配後若有餘款，則列入鼓勵該分區醫療不足地區之基本承作費用，補助 2 成；如保留款不足分配，則依所獎勵院所結算點數比例分配。
 - 四、前一、二、三項分配後若有餘款，則列入鼓勵其他各區醫療資源不足區之論量計酬案件，其結算點數最高以補助至點值最高每點 1.2 元為限，如保留款不足分配，則依所獎勵院所結算點數比例分配。
 - 五、前一至四項分配後，若有餘款回歸該分區次年第 1 季該區保留款。
- 柒、本方案由保險人與中華民國中醫師公會全國聯合會研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並送費協會備查。

一、討論事項第一案『有關「中醫門診總額品質確保方案專業醫療服務品質指標項目」項目名稱修訂案』與會人員發言摘要

黃召集人三桂

各委員對本案是否有意見？若無，則依本局醫審及藥材組之建議，將部分指標「重複」字樣修訂為「再次」，修訂項目共計 3 項。

二、討論事項第二案『建請將各項專款專用試辦計劃之民眾看診次數，不列入高就診次數統計案』與會人員發言摘要

黃召集人三桂

本案請各委員表示意見。

白委員裕彬

對於高就診次保險對象，健保局並沒有限制民眾就醫次數，在總額預算制度之下，這種作法是將財務風險推向醫療服務提供者。民眾一年門診就醫甚至可以高達 100 多次，對於高就診次民眾，如果持續僅止於柔性勸導而不予以強制規範，本人認為這是不恰當而且是對於醫療服務提供者相當不公平的。

蔡委員淑鈴

白委員所提與中醫師公會所提建議是相反的，中醫師公會建議專款專用試辦計畫之就醫次數不列入統計，本局認為專款試辦計畫亦屬於看病就醫次數，故應列入計算。另本局並未將高就診次病人推給醫療院所，故計算高就診次數時應將病患做歸戶，不應排除專款試辦計畫，按白委員的說法應該是將專款試辦計畫就醫次數列入計算。

邱委員永標(陳委員立德代理人)

本區有部分醫療院所會員反映，雖然我們有告知會員，轉達民眾，可繼續為民眾提供診療服務，但對民眾而言，心裡排斥，且對醫師有意見，故建議專款專用試辦計畫之就醫次數應予以排除。

(示同意，不列入高就診次數統計案。)

施委員純全

一般部門針灸案件的計算方式為 6 次屬同一療程，腦血管疾病後遺症計畫為每次針灸即計算一次就醫次數，兩者計算方式不同，故在許多指標監測或高診次保險對象輔導就會列入計算。

張委員繼憲

1. 對於「關懷民眾就醫次數」或「提醒民眾珍惜醫療資源」是項美意，然而民眾接受關懷信件後，自己會擔心是不是看病次數太多，會不會造成民眾即使身體不適，亦不敢就醫，進而影響就醫權益。
2. 實際上使用腦血管疾病後遺症計畫之保險對象應屬少數病患，若高診次予以排除，應不影響民眾就醫意願。

林科長寶鳳

1. 醫療辦法有明訂同一療程(如針灸及傷科)，試辦計畫在醫療辦法未定義屬同一療程。
2. 目前各部門總額之專款試辦計畫不止 20 至 30 個，若皆要排除，高診次保險對象輔導專案計畫恐會殘缺不全。
3. 另本局之高診次保險對象輔導，藉關懷函表達對保險對象健康狀態之關懷是好意，並不影響保險對象就醫之權益，請醫師詳加溝通，應不影響試辦計畫之美意，或降低保險對象接受試辦計畫之意願，因為該醫療需求如係必要應是優於一切。

陳委員福展

1. 本案涉及民眾就醫與管理兩個層面，就民眾部分，假設院所參與腦血管疾病後遺症計畫，一星期來三次，一個月約 13-14 次，再加上其它院所之治療，不到半年便已是就診上百次需輔導之對象，如此不但違反服務患者之美意，更增加貴會行政資源之浪費。另就管理這個層面來說，假設一家管控良好之院所，先前病患門診月平均就醫次數 1.5-1.6 左右，因該院所醫師為病患執行腦血管計畫後療效不錯，深受患者信賴，而有很多此類病患，如此月平均就醫次數可能增加至 2. 至 2.3，從管理層面來看，管理這類院所亦是貴會行政資源之浪費，因其行為模式沒變，只是從六次為一格變成一次一格，本來應不需嚴格管理該類院所，如此亦

是大家的損失。

2. 建議腦血管疾病後遺症計畫列為同一療程之項目，並將其就醫次數予以排除。

白委員裕彬

就我個人瞭解，對於高就診次使用者，健保局似乎傾向列為論人計酬方式管理，若專款試辦計畫不列入就醫次數計算，高就診次保險對象輔導計畫將面臨支離破碎的問題。

黃召集人三桂

1. 各位委員是否有不同意見？
2. 本案請本局醫務管理組分析參加「腦血管疾病後遺症計畫」之保險對象，同時又被列為「高就診次輔導計畫」之輔導對象之人數比例，俟有相關數據後再繼續研議。

三、討論事項第三案『中醫門診總額支付制度分區總額調整暨運用方案』與會人員發言摘要

黃召集人三桂

本案為中醫門診總額支付制度分區總額調整暨運用方案，請委員就健保局所提建議摘要(會議資料第 66 頁)，表示意見。

巫委員雲光

1. 建議分區點值設限維持 1.2 做為保留款，主要原因是中醫部門在花東地區實際執業中醫師數量少，歷年來雖東區在 1.3 至 1.4 高點值，但是東區中醫師流動是停滯，並未因高點值而促使西部中醫師前往東區服務，若將點值壓低至 1.15，有可能造成東區中醫師想外流疑慮。故建議點值維持在 1.2，給予花東地區服務醫師有鼓勵加成作用較理想，可使該區醫療服務提供呈現穩定狀況。
2. 有關第 66 頁說明三之(二)2(1)：「補助該區醫療不足地區之論量計酬案件，其結算點數以每點點值最高 1.5 元給付鼓勵。」乙節，建議考量巡迴醫療服務分為偏遠地區、山地地區及離島地區等 3 類，採以級距式的鼓勵分配，如偏遠地區點數補助以每點點值最高 1.4 元，山地地區為 1.5 元，離島地區為 1.6 元。
3. 另外第 67 頁說明三之(二)2(3)：「補助其他各區醫療不足地區之論量計酬案件，…。」乙節，建議併同上開方式以級距式的鼓勵分配，如偏遠地區點數補助以每點點值最高 1.1 元，山地地區為 1.2 元，離島地區為 1.3 元。

施委員純全

1. 剛才巫委員所提意見，不要調整設限點值 1.15，希望維持公會所提建議 1.2。原本點值設計超過 10%才需檢討，故可容許其他地區點值至 1.1 再做檢討，東區必需有特殊鼓勵，必需比一般地區點值監測值再超過 1 成，點值超出 1.2 以上做檢討及重分配才有意義。
2. 依保險精神本不應重分配，但若基於考量有預算無醫療之精神，設定保留款亦無不可，若訂點值 1.15 為上限會懲罰該地區之現有醫療，實際剩餘款分配至全國，分配的少，影響小且較無意義，

- 據了解其他部門之上限值也是 1.2，不是 1.15，1.2 屬合理的數值。
3. 其他則無任何意見。

張委員棟鑾

1. 我在花東鄉下地區居住 30 年，深感當地地區醫療分佈不均，民眾迫切需要醫療服務的需求，有 32%人口為原住民，300 年前接受西醫教會補助，以西醫醫療為主，經由我們中醫師在東區長期巡迴醫療服務後，目前原住民逐漸接受中醫醫療服務。若排除原住民人數，花東地區醫師服務該區人數比例不算低。
2. 多年來東區點值較高，對有意願到東區執業的醫師有正面的鼓勵作用，願到花東執業的醫師越來越多，高點值的保障實為最主要的誘因。醫師不願到東區，最大考量是社會生活機能的差異。子女教育及交通不方便等因素。若將點值訂定太嚴苛，則醫師至東區服務之誘因變少，或使得東區醫師往西部移動，會造成點值高的惡性循環。東區缺乏醫師服務，非大家所願，應慎重考慮，健保給付有相當的誘因，鼓勵醫師願到東區偏鄉服務，方為上策。

張科長溫溫

1. 先說明本局訂定分區點值超過 1.15 元之原因，係考量東區近年來預算保障 2.22%，但醫療服務量未相對提昇，希望將更多預算補助「至偏鄉地區巡迴醫療」之中醫師。以公會所提 1.2，試算其保留預算約 941 萬元，補助至第二階段論次費用 2 成就不敷使用。
2. 剛才巫委員所提醫療不足之論量計酬案件以偏遠地區點數補助每點點值 1.4 元，山地地區為 1.5 元，離島地區為 1.6 元，理論上是可行，但是本局實務作業上有困難，因無法由申報費用資料分辨偏遠、山地及離島地區之案件。

張委員繼憲

1. 若是西部的某區點值超過 1.2 元，是否比照該方案辦理？
2. 論量計酬費用以該區前一季點值計算，若該區前一季點值為 1.1，是否最高以不超過 1.5 元支付？
3. 有關第 66 頁：「補助該區醫療不足地區之基本承作費用，最多補助至 2 成。」及第 72 頁：「基本承作費：偏遠地區 3000 點，山地

地區 8800 點，離島…」，年度結算後若有餘款，是否按基本承作費點數再補助 2 成費用？

4. 以公會建議 1.2 元保留款約 941 萬，按第 68 頁表 3 補助至第二階段，則餘款不夠？
5. 最後建議仍以分區點值設限 1.2 元。論量計酬部分尊重健保局以該區前一季點值計算，最高補助至 1.5 元。

張科長溫溫

1. 西部的某區點值超過 1.2 元，依照該方案辦理。
2. 假設該區前一季點值為 1.2，則該區醫缺論量之點值最高補助至 1.5 元。超過 1.5 部分之餘款，再補助第二階段。
3. 按照 101 年中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之「巡迴醫療」論次支付方式補助最高 2 成，如偏遠地區基本承作費 3,000 點，乘以 1.2 後最多補助至 3,600 元。
4. 本案分 4 個階段補助，假設保留款不足分配第一階段，則依所獎勵院所參與結算點數比例分配。若第一階段分配後有餘款，則補助第二階段，故每個階段之補助以所訂最高上限補助，該階段若餘款不足再按比例分配；若該階段補助後有餘款再進入下一階段補助。

施委員純全

原本點值超過部分之保留款保留在當區，是一種作法；若要將保留款補助其他區，則違背「錢跟著人走」的精神，故必需「先確認有費用，而無醫療利用」之前提，才可訂定點值為 1.15，我是反對訂定 1.15，贊成 1.2 是一種妥協，應該將預算留在當區使用，才符合保險的精神。

巫委員雲光

應考量花東地區醫療資源、交通、經濟及社會背景等困難因素，建議以 1.2 為保留款基礎，分配及運用模式以貴局所提修正方案為主。

詹委員永兆

第 73 頁本局建議之說明『101 年醫療資源不足地區改善方案…，山

地地區 8000 點，…』有誤，應為山地地區 8800 點。

潘委員延健

1. 東部每個鄉鎮中醫師數有高有低，在大範圍補貼內是否要更重視其他地區偏遠鄉鎮中醫師數更不足，是否應照顧更不足地區之鄉鎮。若是將點值訂 1.2 則無法補貼其他地區偏遠鄉鎮。
2. 依「點值保障」字面意義為 1.0，過去點值超過 1.0 以上屬超越保障，未來若東區平均點值小於 1.0，代表該區中醫師數已達飽和，這是我們要努力的目標及好的結果。
3. 在所需要保障點值應如何拿捏狀況下，有可能中醫師數更不足之鄉鎮將無法受到更多的鼓勵。

張科長溫溫

1. 點值 1.15 或 1.2 最後請主席裁示。
2. 東區的確是偏鄉地區，過去「東區預算獲保障，卻未見服務量提昇」一直被費協會委員詬病，本案當初想法是，希望提供較好的誘因，使其他分區中醫師願意前往東區偏遠鄉鎮提供醫療服務，其目的增進該區民眾獲得好的中醫醫療照護。

施委員純全

1. 我認為將東區保留款補助其他分區之偏遠鄉鎮，是不妥當；目前醫療資源不足地區改善方案之巡迴醫療計畫已考量照顧偏鄉地區民眾健康，兩者應有所區分。
2. 我們是允許一般部門點值至 1.1，若訂 1.15 則差距太小，另相同的方案在牙醫或西醫基層總額皆訂 1.2，應該要有相同的考量點，故我希望維持在 1.2 之明顯差距，若差距在 5% 範圍易因一位醫師的移動而影響點值。

黃召集人三桂

請問大家有無其他意見？如無意見，我們尊重全聯會的建議，本案經費來源為「該分區點值超過 1.2 元的保留款」，但是請全聯會務必向費協會說明清楚，因後續影響非常大，我們同仁辛苦的以不同方式模擬試算的影響評估，如以花蓮市及臺東關山鎮中醫師數分別為 45 位及 4 位來看，好也是對這幾位中醫師，本局尊重全聯會意見。

四、討論事項第四案『建請修訂支付標準第四部中醫部門「診察費」支付標準案』及第五案『建請修訂支付標準第四部中醫部門每日藥費點數案』與會人員發言摘要

黃召集人三桂

1. 因全聯會補充第四案說明內容中，有提及到第五案，故第四案及第五案併同討論。
2. 全聯會建議調整每日藥費及診察費推估全年為 3 億 9000 萬。

施委員純全

1. 全聯會檢送新的提案，只調整診察費(第一階段 30 人次調降至 25 人次)，不調每日藥費，故推估費用新增 3.9 億；實際上近 10 年未調整相關支付標準，故非協商因素足以支應新增 3.9 億費用，預算來源無問題。
2. 有關調整每日藥費案，將涉及民眾部分負擔及會員感受(調整 1 元，為無感調整)，該案調整會員不滿意依然存在，故不調每日藥費。

黃召集人三桂

依委員說明，全聯會不調整每日藥費，所以第五案是否可以撤案？

蔡委員淑鈴

1. 有關診察費部分，今年雖未編列支付標準調整，除中醫總額外，醫院及西醫基層總額也鎖定調整診察費，過去診察費皆搭配合理門診量，各醫別之合理門診量設計不同，且差距大，以合理門診量的第一級做比較，有許多衡平性問題需考量，如醫院第一級診察費為 228 點，中醫及西醫基層皆比醫院第一級診察費高，雖然總額是分立的，就診察費概念，本局必需衡量各總額部門之間衡平性，故今年本局將針對診察費啟動協商，希望能改變各醫別之間診察費不一致現象，能導入較公平之支付。
2. 本局不反對中醫部門調高診察費，需一點時間將診察費及合理門診量等相關事項做釐清，本案會將全聯會建議收錄，併同醫院及西醫基層部門做全盤考量，再提協議會議討論。

施委員純全

1. 想瞭解組長所提之後續進度如何？
2. 本會在調整診察費案有考量中醫醫院及中醫診所部分，兩者數值雖不同，但是調幅一致，本會內部已做充分的討論，且有試算及評估其影響。目前點值接近 1.0，近 10 年未做適度調整，在管控上是無力的。

蔡委員淑鈴

1. 以中醫為例，診察費分醫院及診所兩部分，醫院合理門診量分兩級(55 人次以下及 55 人次以上)，診所分五級(診察費 200 至 90 點)；醫院及診所第一級診察費為 270 點及 290 點，診所點數較醫院高，調整後第一級診所 320 點及醫院 280 點，之間相差 40 點，就衡平性上全聯會是否可以幫忙解釋？是否和合理門診量有關(醫院 55 人次及診所 30 人次)？
2. 另外回答施委員所提調整診察費案之後續進展，我們希望診察費調整能反映在今年，實際上調整支付標準係在醫療給付協議會議討論，如果進度來得及，將於 6 月下旬醫療給付協議會議討論確認。

施委員純全

1. 各部門總額診察費不一定完全相同，如牙醫、中醫及醫院之各科性質完全不同，全聯會希望醫療行為不要因支付制度扭曲，目前醫院會嚴格要求所有住院醫師不得獨自申報門診費用，需經主治醫師，有的醫院採診所制度申報費用。
2. 另建議合理門診量之檢討，應將「支援醫師合理門診量計算不公」列入議題討論。

白委員裕彬

之前有提中醫醫療服務有下降趨勢(如傷科)，全聯會所提診察相對點值的調整方案，是否有考慮民俗調理人員退出中醫院所後之傷科相對點數調整？

施委員純全

全聯會刻正通盤檢討傷科支付標準，有兩案：

1. 傷科標準品質提昇方案：在費協會做最後確認。
2. 研議不同疾病別之傷科點數支付標準調整，而不是單一價格。

陳委員福展

1. 回復組長所提「中醫診所及醫院診察費申請點數之不同」之問題，中醫醫院有二種申報方式可以選擇，一是和一般診所同一模式，一是以總醫師數去計算，例如中醫醫院有 10 位專任醫師，其中一位醫師看 100 位病患，其它醫師看 20 位病患，其診察費之門診合理量是可以平均的，而中醫診所其中一位中醫師看 100 位病患，其它醫師看 20 位病患，其合理門診量需分別計算，不可平均，簡單的說醫院內若門診量差別大用醫院法計算較有利，若相差不多用診所法計算較有利，且可以自由選擇用何種方法來計算。
2. 建議中醫門診診察費點數應和西醫門診診察費相同，有同工同酬之意義，在管理及指標之計算上亦較有意義。

孫委員茂峰

1. 診察費分兩種支付標準，因部分醫院嚴格要求住院醫師在學習門診階段，不得獨立開門診；且目前全國中醫醫院之住院中醫師訓練制度未一致。
2. 申報中醫醫院或醫院附設中醫部門診察費，必需為評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門，經向全聯會申請且審查合格者，才可以適用該項支付標準，該項分為 55 人次以下及 55 人次以上兩階段支付點數。目前全國有 4 家醫療院所准用該項申報。

黃召集人三桂

按醫管組意見，若來的及，所有各部門總額診察費調整將於 6 月份醫療給付協議會議做通盤考量。

五、討論事項第六案『建請統一院所內專任醫師及支援醫師間有關申報診察費規定的一致性』與會人員發言摘要

黃召集人三桂

1. 對於本案說明二部分，顯然中醫師公會全國聯合會對健保局規定有所誤解。
2. 另醫務管理組意見說明(二)，是否表示未經中醫評鑑之中醫院所，有未核實申報之情形。

林淑範視察

1. 有關本案醫務管理組意見說明(一)(二)均為現行支付標準的規定。
2. 中醫師公會的建議是針對說明(二)提出意見，建議未經中醫評鑑之中醫院所，專任醫師的合理量是可以流用的。合理量應回歸合理量的精神，實施合理量是要讓病人有充足的看診時間，藉由限制看診人數，進而提升醫療品質。當初會把支援醫師依序補專任醫師，只是當時的權宜措施，其實不應再變更相關規定；若中醫修訂規定，會與西醫基層及牙醫不同，所以本局仍建議依現行規定辦理。

邱委員永標(陳委員立德代理人)

實施門診合理量的目的，就是剛才健保局代表陳述的，在於提升醫療服務品質。醫院醫師可能有特殊原因，而無法看診，才會請相同資歷的醫師代診，在醫療服務並無差異，為何專任醫師的服務量，兼任醫師不能使用呢？所以我們建議專任醫師與代診醫師合理量人數得流用。因我們並非請無醫師執照的人來看診，或是原專任醫師已在看診，又找其他醫師來幫忙。既然支援醫師可流用，專任醫師提供相同的服務品質，為何不能流用。

白委員裕彬

1. 健保局之所以提出門診合理量的正當性理由，說是要讓醫師在看診時每人次的看診時間多延長一點。但是我們知道門診合理量之規定之後，就實務上的結果而言，並沒有增加醫師每人次的看診

時間。

2. 目前看來，門診合理量的規定是個扭曲醫療生態的政策，因上有政策，下有對策，造成門診量高的醫師雇用其他門診量低的醫師，用來規避合理門診量的限制而已。
3. 在總額預算制度起源地的德國，根本沒有所謂門診合理量的規定，而是基於品質管控，由保險單位與醫師公會共同組成委員會，對於門診申報量排名前茅的醫師進行實質審查。本人建議，健保局如果真的希望提升醫療服務之適當性，應抓大放小，盡可能減少目前干擾醫師專業自主性的抽審作法，而是針對申報點數超高排名居前百分之一至三的醫師申報大戶進行實質審查。

黃召集人三桂

本案其他委員若沒有相關意見，則依醫務管理組意見處理。

六、臨時動議第一案『有關「101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」，新增「巡迴服務鄉鎮一覽表」及「獎勵開業服務鄉鎮一覽表」地點案』與會人員發言摘要

黃召集人三桂

本案醫管組表示同意列入。