

「中醫門診總額研商議事會議」105 年第 1 次會議紀錄

時間：105 年 2 月 25 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	請假	曹代表永昌	曹永昌
朱代表日僑	朱日僑	陳代表志超	陳志超
江代表瑞庭	江瑞庭	陳代表俊明	詹益能(代)
何代表永成	何永成	陳代表瑞瑛	陳瑞瑛
何代表紹彰	何紹彰	陳代表福展	陳福展
呂代表祐吉	呂祐吉	陳代表憲法	陳憲法
巫代表雲光	巫雲光	賀代表慕竹	請假
李代表永振	李永振	黃代表怡超	請假
李代表豐裕	請假	黃代表偉堯	黃偉堯
李代表政賢	李政賢	黃代表蘭嫻	請假
林代表文德	請假	詹代表永兆	詹永兆
柯代表富揚	柯富揚	趙代表銘圓	趙銘圓
張代表廷堅	張廷堅	羅代表永達	羅永達
張代表景堯	張景堯	龐代表一鳴	龐一鳴

列席單位及人員：

衛生福利部	蘇芸蒂
全民健康保險會	陳燕鈴、黃偉益
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、賴宛而、陳建霖
本署臺北業務組	賴美雪
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	林財印
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	曾玫富、郎淑琮
本署資訊組	姜義國
本署企劃組	何恭政
本署財務組	張晃禎
本署醫務管理組	陳玉敏、陳真慧、張溫溫 劉林義、楊秀文、洪于淇、 廖敏欣、劉立麗、李宜珊、 鄭正義
本署查處小組	馬炳義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：歐舒欣

壹、主席致詞：(略)

貳、前次中醫門診總額研商議事會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

主席裁示：同意李代表意見，以下內容請修正：

- 一、日後各項決定或決議中提及本署請統一名詞為「健保署」。
- 二、104年第四次研商議事會議紀錄中討論第六案「新增學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫草案」、第七案「中醫支付標準修訂案」及第九案「女性醫師產假時執業院所應保障合理量」案提案單位誤植，請修正為「中醫師公會全國聯合會」。
- 三、每次會議報告或討論議題均將辦理情形列入追蹤，並於應辦事項完成後解除列管。

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：序號8中醫門診品質保證保留款修訂案、序號11學齡兒童

過敏性鼻炎照護計畫新增案、序號 14 研議女性醫師產假執業院所合理量保障與序號 15 中醫特約院所及醫事人員 VPN 登錄問題仍有應辦事項，繼續列管外，餘同意解除列管。

第二案

案由：中醫門診總額執行概況報告案。

決定：

- 一、報告內容洽悉，例行會議簡報新增各項中醫專案執行報告(含醫院層級執行情形)。
- 二、另請健保署醫審及藥材組與中醫師公會全聯會就高屏分區審查之疑義乙節深入了解後，於下次會議進行報告。

第三案

案由：104 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	浮動點值	平均點值
臺北	0.91674838	0.94348054
北區	0.94251074	0.96307281
中區	0.91085367	0.93965317
南區	0.97004533	0.98113497
高屏	0.98986927	0.99350658
東區	1.29893473	1.20000000
全區	0.94281978	0.96220009

- 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

案由：105 年「中醫門診總額預算四季重分配」案。

決定：洽悉，各季預算按 99~103 年各季核定點數平均占率重分配後

之占率如下:第一季 23.48%、第二季 25.18%、第三季 25.45%、
第四季 25.90%。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫通則二、第一章
診察費及第七章其他註3文字修訂案

決議：全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫通則二、第一章
診察費及第七章其他註3文字修訂如下:原「經中醫評鑑合格
之中醫醫院或醫院附設中醫部門」修訂為「經中醫醫院評鑑合
格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新
進中醫師)醫院」。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂案

決議：

- 一、不予核發指標「年平均核減率」，依前次會議決議修訂，由「95
百分位」調整為「90百分位」。
- 二、減計原則規定中醫師未修滿繼續教育點數者不予核發之標準，
由每年24點調整為每年20點。
- 三、其餘文字同意修訂，將依程序辦理後續行政事宜。

伍、散會：下午4時整

陸、與會人員發言摘要詳附件

※附件-與會人員發言摘要

中醫門診總額研商議事會議前次會議紀錄確認

主席

請各位代表確認前兩次會議紀錄(含臨時會)內容。

李代表永振

第7頁會議地點重複了，臨時會地點應該是在9樓；另外會議決議或決定中如果提案單位是中醫師全聯會，決議事項應為請”健保署”，提案單位若為健保署內單位，決議事項應該寫請”本署”，希望表示方式能一致。

主席

請醫管組注意，除了修正會議紀錄討論第六、第七與第九案為健保署文字外，以後類似情形請寫健保署。

趙代表銘圓

請問議程第2頁第四次會議紀錄刊載出席代表為蔡登順代表，因蔡代表已經在104年10月29日退休，全國產業總工會在10月14日正式行文推派新任代表，時間上兜不攏，請問是刊載錯誤還是行政上有時間誤差？

主席

健保署是依據健保會發文通知更換代表時間更動委員名單，健保會發文時間可能落在11月12日之後，請健保會補充說明。

健保會陳組長燕鈴

雖然蔡代表10月底從原服務單位退休，依作業程序，本部於接獲推薦單位更換推薦委員之來文後，須辦理相關改聘作業，並於下次委員會議推派接替擔任總額研商會議代表之人選後，再行文健保署更換代表，因此需要一些作業時間。

主席

健保署需要接到健保會更換代表的公文後才會辦理發聘以及發開會通知單，這兩次會議之間的確碰到代表更換，謝謝趙代表提醒。請黃老師發言。

黃代表偉堯

請問第四次會議紀錄與第一次臨時會紀錄中，同一案的提案單位從健保署變成中醫師公會，是提案單位改變或是其他原因呢？

主席

是健保署寫錯了，請通盤檢視所有提案單位後一併修正會議紀錄。如果沒有其他提議，會議紀錄修改後確認，也謝謝各位代表幫忙確認內容。

報告第一案 本會決議/ 決定事項辦理情形。

趙代表銘圓

有關序號四 (P.15)：導入 ICD-10-CM/PCS 準備工作進度報告部分，當時通過的結論事項是：請中醫師公會全國聯合會協助尚未通過預檢院所及早通過。幕僚單位填的辦理情形是：「經洽中醫師公會全聯會，該會已定期以函通知或以電話協助尚未通過預檢院所」，並且要把他列為解除列管。個人想瞭解是不是已經達到我們政府的目標了，所以要解除列管？

歐專員舒欣

10 月時就只有 8 家中醫診所未通過預檢，另 105 年全面配合費用申報 ICD-10-CM，應該已經全部通過了。

龐代表一鳴

跟代表報告，105 年各總額都全力推 ICD-10-CM，1 月 1 日起格式不符的案件都拿不到錢，茲事體大，目前絕大部分院所費用都申報成功了。

李代表永振

如果這樣應該是全部完成，請改變辦理情形的寫法。建議序號第 8 到第 14 案第四次會議延至第 1 次臨時會的討論案，配合決議事項，請使用臨時會的序號，以免回頭檢視會議記錄時對不起來，也比較明確；另外過敏性鼻炎討論後到 1 月 30 日才函請中醫師公會全聯會提出計畫草案，希望效率能改善。

張專委溫溫

謝謝代表指教，下次依代表建議配合辦理。

主席

請健保署日後寫清楚：若在臨時會上達到決定/決議，為免代表誤解，案號部分就敘明臨時會，也方便閱讀。其他部分若無意見，則序號第 8、11、14、15 項繼續列管，其他項目解除列管。

報告第二案：中醫門診總額執行概況報告案。

陳代表憲法

請問投影片第 7 張點值預估假設 2-2 部分，5 分區占率公式應該是 103 年當季，請修正。

羅代表永達

請問中醫其他專案有哪些內容？另外第 37 張投影片中各年度其他專案申報點數起伏很高，是否與醫院中醫科別消長有關？

李代表永振

投影片第 5 頁協定結果公告，請更清楚呈現，不要專款金額跟成長率（百分比）在同一欄位；第二欄增加金額欄對應總額預估值列，如果呈現增加金額應該是 8 億，希望修一下比較清楚；另外投影片第 13 頁 100-102 年醫院執業中醫師數合計有誤，也請修正，另外想請問投影片第 26 頁及第 28 頁，高屏區藥品調劑費點數成長率單季與全年都特別低，與其他五區跟全局趨勢不一致，可否補充說明？

黃代表偉堯

有兩個問題：首先，關於中醫師數成長部分，除北區外，其他各區都是醫院中醫師數的成長高於整體，排除分母因素外，看起來中醫師執業開始往醫院移動了，版圖跟之前的分布出現變化。其次，簡報第 22、23 頁，申報件數整體負成長，但醫院中醫部門呈現正成長，相對的診所應該會負成長的更多，以上。

何代表永成

針對李代表針對高屏區的部分，一般來說藥品調劑費調升 3 點應該造

成全區成長率偏高，高屏區因為馬光事件，管控上較嚴謹，即使聘有藥師也傾向不會三診都報，申報量成長比較有限。

施專員怡如(健保署高屏業務組)

誠如何主委所言，因馬光事件，讓這些院所費用減少了不少，另此次違規調查上，查核有部分中藥師未親自調劑，是以分會也向會員加強宣導，除中藥師及醫師親自調劑外，不得申報調劑費，會員們也很配合輔導。此外，也因此事件，本分區在中醫藥師部分的管控上是有較嚴格。

何代表永成

高屏區有特別管控藥師申報的量不能超過太多。

主席

這樣可以嗎?高屏區把聘有藥師的申報部分特別管控，其他醫師不會反彈嗎?符合申報資格為什麼不能報費用?

何代表永成

因為高屏區分會與分區業務組的共識是聘有藥師院所每日申報量不能超過 120 人，如果藥師沒上班，就不能報那麼多，申報量就被刷下來了。

施專員怡如(健保署高屏業務組)

醫師如果沒聘藥師又沒有親自調劑就不能報藥品調劑費，轄區院所也很配合，沒有親自調劑就沒有申報了。

何代表永成

是高屏區管控特別嚴，其他區的藥品調劑費成長趨勢才正常。其他區醫師親自調劑的很少，還是聘有藥師的占大多數。

主席

特約院所申報權益可能要各區一致，如果各區支付條件不一，會不公平，這部分請醫管組再徹底研究一下，屬基期影響還是實務上過度壓

抑，是高屏區過度壓抑還是其他五區申報條件過度寬鬆也請釐清。

龐代表一鳴

高屏發生過馬光事件，當事人當過高屏主委，高屏在控管上是有問題的；如果看投影片 28 張全年資料，所有費用最直接連動的是醫師數，對照第 12 張投影片醫師數，高屏比率與東區、中區來看成長率不合理，實際發生費用上卻看不出來，表示原來基期有問題，馬光集團曾經造成醫界生態扭曲，現在扳回來而已。

何代表永成

另外跟黃教授報告中醫師往醫院增加趨勢：103 年開始推動中醫負責醫師 2 年訓練計畫，103 年時訓練機構都是醫院；105 年開始代訓的制度，有 90 位醫師在診所裡接受代訓，醫師集中在醫院的趨勢從 105 年開始應該會改善。

歐專員舒欣

回應羅代表提出問題：申報案件分類其他專案的案件是中醫的專款計畫，包括孕產婦、西醫住院中醫輔助醫療、今年的乳癌肝癌試辦計畫都在內；如果專案計畫導入支付標準後，申報案件類別就從其他專案變成中醫特定疾病門診加強照護項下。

羅代表永達

還是想知道五年趨勢中 103 年跟 102 相比申報量明顯下降，希望可以知道原因是執行不力、醫院無法配合還是有什麼訊息要帶回加強宣導。

陳代表福展

我是高屏區主委，高屏區管控一直非常嚴格，成長率受到長期壓抑，例如看超過 15 次案件列入必審、看病兩、三次病情一樣就強制開慢性病處方箋否則就很可能被核減、另外內針傷也被要求要合併，就算看感冒但這個病患在這個月有開療程就被要求合併在療程中，內針傷不合併就很可能會被核刪，有點不符合人性的管理，本區氛圍就是如

此，有些高屏區的會員反映說為何其它分區可以而高屏區卻不行，我會告訴他這也是沒辦法，因為管控就是這樣。有時我們會在會議上表示，當時說實施一段時間看看。現在是用論人歸戶來抽查，大部份被核刪後會放大 50 倍左右，所以院所乾脆就自行吸收，因為針灸一次 210 點，全院內整月治療超過 15 次的部份次數可能只有不到 10 次，約可申請 2100 點，但一核扣就是 10500 點左右，所以大部份的院所都選擇自行吸收不申報，但這樣做真實的生態已經被扭曲了。

主席

主委既然覺得不合理，健保署已經委託專業自主了，為什麼不改正？

陳代表福展

高屏區大都是尊重審查醫師的專業見解，有時我們中執會的共識提供給審查組參考，但還是會尊重審查醫師的個人專業見解，例如診斷為貧血，雖然以中醫的專業記載都很齊全足以診斷為貧血，但沒有檢驗值抽審到就很可能被核減，這是以現代醫學角度來看，雖然審查醫師的個人專業見解沒錯，但中醫沒辦法檢驗啊！而且以中醫的專業記載都很齊全足以診斷為貧血，但抽審到就很可能被核減，會員反彈很大，沒有檢驗值但以中醫的專業記載都很齊全足以診斷為貧血時該怎麼辦。

主席

中醫審查事務也在委託契約中，如果高屏區有這麼多問題，委託內容可能要再檢討。請高屏業務組同仁與醫審及藥材組同仁說明一下。

施專員怡如(健保署高屏業務組)

主委所提部分，在上次分區業務組跟中醫界座談時也有提及，我們也說明了，在醫審端都沒有接到申訴的情形，如果分區接到會員反映時都會跟會員溝通或開會討論，這幾年並沒有類似案例，當時也請主委提供類似案例供業務組參考，只是至今我們仍在等待提供的案例。另外針傷次數 15 次以上及內針傷交替部分，這只是抽審指標，並非必然核刪，有很多針傷次數 15 次以上案件抽審後並沒有核刪，整個審

查結果也有回饋給醫界了解狀況。

主席

請問醫審及藥材組:健保署的委託契約中有沒有針對跨區審查歧異很大時該怎麼處理之規定?

曾科長玫富

專審委託原意是要落實專業自主及分區共管,分區業務組與全聯會各區分會因地制宜,協商各項管理指標;也規範全聯會審查執行會要負責統整各分區共管結果,雖允許各分區因分區特性有不同作業方式但也不能讓其差異過大;另針對個別審查醫師的審查內容,合約中也要求作審畢抽審,找另一群醫師針對審畢案件重審一遍,如確定審查結果不合理後可以輔導審查醫師改善,審查醫師經輔導後未改善也有退場機制,以上說明。

龐代表一鳴

請參考第 22 張投影片:東區狀況特殊,每件費用點數最高,高屏與台北並列第二,單件費用上比較貴;另外第 24 頁投影片,各區中醫病人數都是負成長,對照其他總額病人數是正成長,其中高屏的病人流失比率最高,單次費用或每人就醫次數除了東區外各分區差異不大,相對是合理的,但是實際看診醫師卻覺得不合理,可能是比較基準的差別。

陳代表福展

單價高是因為被要求所有療程都要合併,內科要合併在針灸傷科的療程中,看病兩、三次病情一樣就強制開慢性病處方箋,所以四次的內科很可能就變成一次或兩次的慢性病,所以單一案件的單價就高。開慢性病處方箋已經推行一段時間了,因為當時的平均就醫次數較高,所以希望若診斷是慢性病就盡量開慢方箋,另外的內針傷合併要求都是會使單價一直上升。

主席

專審委託單位是中醫全聯會，全聯會下有六個分區，如果有一區自認長期管控不夠人性、過度干預專業，理事長可能有責任去進行了解後改善，弭平會員長期累積的不滿。

何代表永成

高屏區的訴求是三個理事長未能參予審查醫師會議，無法就會員反映內容與審查醫師直接溝通；至於控管嚴苛與否就像兩面劍，各分區錢就這麼多，管得嚴就點值好看點，有些不同看法，希望管控寬鬆些點值低點無所謂或管控嚴格只要規則明確就好；我們會尋求共識，如果高屏區的共識是想改變，未來高屏區共識會議時可以提出，我會親自列席與溝通。

施專員怡如(健保署高屏業務組)

再說明一下，審查上除了轄區自己審外，署本部也有完善的審畢抽審評量作業，將審查案件跨區互審，檢視是否有應刪未刪或是應給未給的情形；這部分高屏的符合率維持在 98~99%以上，在分區也屬前段班；分區審查結果合理性應該還不錯；另外主委提及會員反映，我們有案例就可以開審查醫師共識會議，進行案例研討。

陳代表福展

審查醫師會議縣市公會理事長是否可以出席？另表達以上看法是因為我們的管控較嚴格所以會有以上的數據表現及點值較它區高，並非如其它人覺得我們管的鬆。

施專員怡如(健保署高屏業務組)

審查醫師遇到審查疑義時就可以啟動會議召開，因高屏分會配合度很高，分區有請醫師配合事項佈達下去都可以配合，這一年半因沒有審查疑義，所以沒有需即時召開之必要性，我們也詢問過分會審查組是否有需召開。

主席

這樣很奇怪：同仁的說法是沒有審查疑義，主委反映的意見是疑義很

多，到底是怎麼回事？

陳代表福展

高屏區理事長不能進去，主委才能參與，所以審查醫師無法聽到會員的聲音，也沒有機會表達。

龐代表一鳴

轄區開共管會議時為何不提出來？

陳代表福展

在共管會議上提出來好像不適當，這邊也是因為剛好提到高屏區申報趨勢異常才特別提出來澄清，不然我也覺得算了，就如同何理事長所說的：控管嚴苛與否就像兩面劍，一定有好有壞，好的就是點值高，壞的是部份會員反彈。

主席

其他各區主委在場，有沒有開審查共識會議？

曹代表永昌

補充說明：審查議事會議是審查組長決定召開，邀請主委、副主委列席；高屏區審查組長應該在陳主委的掌控下，另外審查醫師由中執會與業務組各推薦一半組成，理應不會發生高屏區所提問題，我們也聽得瞠目結舌。就我們所知，高屏區核減率比台北區還低，還有很多情形被核扣這我們也不太了解。

陳代表福展

因為我們都先行自我核刪了，當然核減率就低了，就是說有可能被核刪的部份會員都自行吸收了，不申報當然就沒有可核刪的部份了，就如同前面所說的五十倍再怎麼看也達不到其效益，倒不如先自我核刪。

主席

理事長，您也在高屏區執業，高屏區也許跟其他分區的內部運作不同，

拜託就近了解一下好嗎？

陳代表福展

若健保署的合約可以的話希望審查醫師共識會議也能讓縣市理事長參與，讓審查醫師聽到會員的聲音。

施專員怡如(健保署高屏業務組)

說明一下:103年第4次或104年第1次共管會議有為審查輔導機制訂定原則，也通過了作業流程，主委可以回頭看一下會議紀錄，上面都有寫;另外我回去也會把當時通過的作業原則提供陳主委參考。雖說審查會議應是由審查組長召開，但我們當然會邀請陳主委列席。

龐代表一鳴

總額雙方協定是按合約進行，合約中有載明要付款的要件與執行事項，組織規範都要提報，相關人員也可以查閱;現在健保署委託窗口是醫審及藥材組，可能要就合約約束內容與執行事項檢視，如果有很多事情沒作，錢又付出去了;這是很嚴肅的問題，要認真面對。

曾科長玫富

委託契約之履約驗收均會請各分區業務組依驗收查檢表提報分區執行驗收結果，確定均有履約後才會驗收撥款。

主席

看起來分區跟理事長之間看法不同，其他區也覺得高屏區跟自己不太一致，基於委託契約，這部分請理事長跟高屏業務組深入了解，包括履約程序，行政上有沒有需補強的部分等。除了跟分區同仁反映外，也可以跟署本部醫審及藥材組反映。

李代表永振

實務部分我不太懂，好像在高屏區雙方溝通不良，建議健保署站出來協助一下;調劑費成長率0.2%看起來也不是分母的問題，尤其是已經牽涉跨區的問題了，理事長也難為，希望問題可分析清楚，在下次會議提出讓代表了解。

主席

這件應辦事項就列入會議紀錄，請醫審及藥材組跟中醫全聯會深入了解，下次會議雙方就改善結果提出報告，讓其他與會代表了解。

羅代表永達

這幾年醫院在中醫界擔任中醫師訓練、未來試行評鑑，雖然現在占率15%以內，現在也開始院內合作，包括中風住院試辦計畫等等；但是報告案中很少著墨，也看不到預算執行細項或檢討報告，希望以後例行報告中可以加進來。

劉科長林義

羅代表關心簡報第37頁其他專案負成長部分，因為102年與103年分別有專案導入支付標準後更改申報方式。

羅代表永達

簡報38頁看起來導入支付標準後看起來還是一直萎縮，不知道專案執行效果好不好，也看不出預算執行情形。部分醫院與中醫密切結合，例如安南醫院中醫內科跟神經內科、神經外科之間配合很好，還是想在中醫總額會議看到醫院中醫科的大致情形，身為醫院出席代表回去也好交代。

龐代表一鳴

健保署可以答應提供，中醫這幾年專案變化很大，特別是今年，不像西醫基層已經執行多年，報告內容相對完整；另外去年總額協商時也對專案執行上大家對數據認知與執行率發生爭議，平常如果備有相關數據應該會好一點；專案預算支用上是不分區的，將來呈現上會包括預算支用情形、服務量等，按季提到會議上報告，也方便作控管及績效評比。

羅代表永達

這些專案很多是在醫院推動，還是希望切分到醫院與診所，每個專案其實都各不相同，品質部分也許這邊無法討論，有相關數據的話健保會消費者代表應該會支持。

主席

下次會議起請醫管組列入例行報告，請正式列入會議紀錄。

第三案：104 年第 3 季點值結算結果報告案

羅代表永達

從點值報告看起來，高屏區因為斷頭，點值都 0.99，也不知是福是禍。

主席

點值雖然高，也不能對個案不合理衍生民怨，還是要改善。沒有其他意見就下一案。

報告第四案：105 年「中醫門診總額預算四季重分配」案

陳代表福展

建議第一季挪出一些到其他三季，因為支付標準調升都還沒開始，第一季所用的費用一定會低於其他三季。

主席

支付標準調整進度請醫管組補充說明。

廖科員敏欣

跟衛福部電話聯繫結果，暫定 4 月 1 日公告實施支付標準調整結果。

何代表永成

4 月 1 日開始的話，第一季點值會明顯偏高，2-4 季較低；

龐代表一鳴

提醒大家技術上很難估算第一季要調低多少；現在四季預算重分配是用 5 年各季核定點數分配占率，過去支付標準調升也不是都從 1 月 1 日生效，參數計算上有困難。

主席

過去支付標準調整生效前有先辦預算保留嗎？

張科長溫溫

這次支付標準調升預算來自非協商因素成長率，如果保留後只分配

到第 2-4 季，下一年還要再調回來，技術上也有點複雜；日後看起來預算變動也不夠清楚，是不是要每年都這樣作？

主席

這次非協商因素約 7 億，占一般預算 3-4%，這樣高屏可能會碰頂點值超過 1.2。

曹代表永昌

請問上次臨時會討論到基期年，有講到基期年定在 95 到 98 年，四季重分配又可以用近 5 年(98-102 年)數據，高屏才會擔心破 1，邏輯上是不是不太一致？再說基期年西醫基層也有變動的先例。

張科長溫溫

現在討論的是四季分配，曹代表講的是分區分配參數，其實不太一樣。

曹代表永昌

分區分配時用 95-98 年費用當基期，四季分配用 98-102 年，這樣真的有認知上的落差；如果為了避免讓高屏點值破 1 來變動分配方式也很奇怪，我覺得分區分配基期有問題，高屏分配的預算太多，才會出現畸形的生態。

陳代表福展

分區跟四季分配是兩回事，不要混為一談；先不談高屏區，用這個分配方式有的分區點值可能會低於 0.9。

何代表永成

很難精算出要調多少，還是維持現在的分配方式好了。

龐代表一鳴

除了考量供給的因素外，高屏區是醫師成長較多的地方，另外今年第一季除了過年外 2 月又多一天，可能沒辦法調到大家都滿意。

主席

好，那四季重分配就照過去 5 年各季核定點數計算。

黃代表偉堯

想確認剛剛提到的基期是指六區分配百分比，不是四季分配百分比

吧?如果擔心四季分配不均，則與基期無關。此處分配的目的是依據最近5年各季核定數據，避免各季之間點值起伏過大。分配目的不同，這樣定義就清楚了。

羅代表永達

門診透析會議上署裡的四季分配結果是點值逐季增加，如果繼續下去會低者恆低，高者更高;加上門診透析點值在0.81-0.83間，這樣對醫院或診所的影響很深遠;建議四季分配前先檢視各區點值是否有類似的趨勢。

主席

沒有代表有異議的話，就維持過去的分配模式，第一季點值會比較高。

討論第一案

提案單位：中醫師公會全國聯合會

案由：全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫通則二、第一章診察費及第七章其他註3文字修訂案

羅代表永達

教學醫院在西醫分為好幾類、能收實習生、住院醫師、醫事人員訓練的都不一樣，這邊教學醫院的定義是指中醫還是乙類?因為現在勞委會等單位要求開診斷書或差別表，需要評鑑優等;我不確定這邊講的確切定義，是中醫醫院評鑑，還是丙級或乙級以上醫院，或是評鑑優等都可以?

柯代表富揚

中醫是接受中醫醫院評鑑，整個PGY訓練報到中醫藥司，評鑑通過後可以收PGY醫師。

羅代表永達

聽起來教學醫院定義是有收PGY中醫的才算數，但是文字敘述上是丙級教學醫院合格，不收PGY可收醫事人員，經教學醫院評鑑合格後附設中醫部就算，兩者範圍不太一樣。

主席

這樣修訂會不會如羅代表所提產生疑義?

陳專委真慧

教學醫院評鑑有兩塊：其一是針對醫事人員，其二是醫師類，在細分為中牙西醫師，跟羅代表所提不太一樣。另外要補充的是中醫藥司原來辦中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑，效期只到 103 年；100-103 年時醫事司把中醫教學訓練放在教學醫院類別，因為教學醫院評鑑規定有急性一般病床 100 床以上才能參加教學醫院評鑑，有部分中醫醫院病床數不夠，所以中醫藥司在 103 年辦理中醫醫院評鑑，包括中醫醫院與醫院附設中醫部門；也為了配合名稱修訂，更改支付標準內容。

羅代表永達

我是評鑑委員，想釐清這邊提到的教學醫院定義是配合醫事司嗎？可是教學醫院在這邊又沒有明確定義；如果想限縮範圍是因為有中醫實習生要提高合理門診量也很合理，還是醫院品質不錯附設的中醫也可以，但是用教學醫院名稱又不適宜，這已經是不同的議題了，這邊用教學醫院反而定義上更模糊了。

何代表永成

實務上指合理門診量申請，如果教學醫院裡的實習醫師或 PGY 醫師不多，也不會有意願申請，執行上也不太困難，加上全聯會也會協助把關，要 103 年以後中醫醫院評鑑合格或負責醫師評鑑合格，可擔任主訓資格的才會來申請。

羅代表永達

合理門診量跟申請費用是兩回事，我的意思是說現在想限縮跟想鼓勵的內容為何，例如文字上中醫醫院評鑑合格醫院或評鑑優等醫院附設中醫部或中醫教學醫院等，可能會更明確。

陳代表福展

這個是中醫藥司給的名稱，我們直接用了；您說的是教學醫院評鑑合格附設中醫部，中醫藥司的想法可能是醫院經教學評鑑合格之附設中醫部，詳細內容可能還要跟中醫藥司確認。

龐代表一鳴

我來舉例：台大是無中醫科教學醫院所以沒收訓中醫師，評鑑時也不需評中醫師；長庚是有中醫科的教學醫院也有收訓中醫師，跟台大不

一樣，我們現在的教學醫院評鑑合格方式會附帶可訓練類別，這個是評鑑教學醫院合格又可訓練中醫師，這是文字表達問題。理論上如果教學醫院合格但是中醫部門不合格在這邊就會產生爭議。

羅代表永達

如果台大設中醫部就會有這個爭議；中南部有些醫院雖屬教學醫院，不具有中醫師訓練資格，如果增設中醫科別就掉到爭議範圍內了。

龐代表一鳴

如果修訂文字變成「或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫實習醫學生)」，這樣可以嗎？

主席

從中醫角度來看，具備一定條件才能來申請，修成這樣可以接受嗎？

黃代表偉堯

剛才有代表提到問中醫藥司，請問醫院中醫部門經教學醫院評鑑合格，在中醫藥司是否有專有名詞？如果有，可以直接採用，比較單純且一致性。

龐代表一鳴

跟黃老師說明，現在有兩種：中醫醫院評鑑是中醫藥司負責，教學醫院評鑑則是醫事司負責；中醫醫院同時受兩個系統評鑑，今天健保署概括承受兩種都寫；另外教學醫院評鑑有會銜教育部，現在評鑑方式直接寫明可訓練醫事類別，現在寫明也避免爭議。

主席

修改內容包括通則二、門診診察費跟第七章一起改可以嗎？

何代表永成

明年開始中醫醫院評鑑也是委託醫策會執行，跟醫事司一致。

主席

如果由醫策會執行後評鑑合格是由中醫藥司發文，那還是兩種都要註明，這樣比較好。沒有其他意見就進入下一案。

討論第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂案

何代表永成

核減率修改部分已經討論通過，第 71 頁第 9 點提到衛福部公告繼續教育點數從六年 180 點下修到 120 點，是否可以回去討論下修幅度？

主席

如果從 105 年開始下修，現在改成 20 點就不用再次提案。

黃代表偉堯

請問一下：如果繼續教育點數依據是跟著「繼續教育點數管理辦法」，是不是只標明依據「繼續教育點數管理辦法」即可，而不用提每年多少點？

何代表永成

規定是 6 年 120 點，全聯會希望每年都有一定的進修時數。

陳代表福展

以前規定 6 年 180 點要求每年 24 點就好，這次要求修到滿嗎？

何代表永成

健保會希望我們品保更有鑑別力，訂在 20 點比較有交代。

主席

那繼續教育點數就訂在每年 20 點，討論到此結束。請問代表有無臨時動議？若無臨時動議，今天會議就開到這裡，謝謝大家！