

「西醫基層總額研商議事會議」105年第2次會議紀錄

時間：105年5月26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
王代表正坤	王正坤	陳代表志明	陳志明
王代表榮濱	林鳳珠(代)	陳代表宗獻	陳宗獻
王代表錦基	王錦基	陳代表威仁	陳志麟(代)
古代表博仁	古博仁	陳代表炳榮	陳炳榮
何代表弘能	請假	陳代表晟康	請假
何代表活發	請假	陳代表夢熊	夏保介(代)
吳代表國治	吳國治	彭代表瑞鵬	彭瑞鵬
李代表來希	李來希	黃代表振國	黃振國
李代表昭仁	李昭仁	黃代表啟嘉	請假
李代表紹誠	李紹誠	楊代表芸蘋	楊芸蘋
周代表慶明	周慶明	廖代表慶龍	廖慶龍
周代表穎政	請假	潘代表仁修	王維昌(代)
林代表義龍	請假	蔡代表其洪	蔡其洪
林代表慶豐	陳瑞瑛(代)	蔣代表世中	蔣世中
徐代表超群	請假	盧代表榮福	王宏育(代)
張代表志傑	張志傑	謝代表武吉	林佩菽(代)
張代表孟源	張孟源	藍代表毅生	藍毅生
張代表金石	請假	羅代表世績	請假
張代表嘉訓	張嘉訓	譚代表慶鼎	請假
張代表維仁	請假	龐代表一鳴	龐一鳴
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表清泉	蘇清泉
莊代表維周	請假	蘇代表榮茂	蘇榮茂
莫代表振東	請假		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司
全民健康保險會
中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會
中華民國藥師公會全聯會
中華民國醫檢師公會全聯會

本署臺北業務組
本署北區業務組
本署中區業務組
本署南區業務組
本署高屏業務組
本署東區業務組
本署醫審及藥材組
本署資訊組
本署企劃組
本署財務組
本署醫務管理組

葉青宜
謝瓊慧
陳哲維、陳宏毅、洪郁涵、
吳春樺
吳心華
洪鈺婷
宋佳玲
賴香蓮、黃湘婷
陳祝美
張黛玲
林育彥
陳瑩玲
馮美芳
王本仁、曾致富、陳淑華
姜義國
何恭政
黃千華
陳真慧、林淑範、劉林義、
谷祖棣、林右鈞、洪于淇、
楊秀文、林 蘭、黃曼青、
邵子川、鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李宜珊

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）
確認（略）

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：洽悉。

第二案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：

- 一、報告內容洽悉。
- 二、代表所提雲端藥歷與重複用藥核扣相關問題請醫審及藥材組與醫界持續進行深度溝通，其中涉及審查指標等細節，請健保署各分區業務組研議並加強與醫界溝通。

第三案

案由：104 年第 4 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	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.9050	0.9558	0.8851	0.9496	0.9628	1.0184	0.9290
平均點值	0.9334	0.9716	0.9199	0.9661	0.9755	1.0157	0.9498

- 二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：醫師公會全國聯合會

案由：105 年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂草案。

決議：同意 105 年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂如附件 1，將依程序提報全民健康保險會。

第二案

提案單位：醫師公會全國聯合會

案由：西醫基層 urgent care 試辦計畫(草案)。

決議：本案暫保留，俟醫師公會全國聯合會有共識後再提會討論。

伍、散會：下午4時05分

陸、與會人員發言摘要詳附件 2

※附件 1：105 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案

xxx 年 xx 月 xx 日健保醫字第 xxxxxxxx 號公告

壹、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。

參、預算來源：

- 一、依健保會第 1 屆 103 年第 9 次委員會議決議，品質保證保留款應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率額度為限。
- 二、本年度預算來自 105 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「品質保證保留款」成長率 0.1%(1.009 億元)與 104 年度該項目之成長率 0.1%(0.982 億元)，全年經費為 1.991 億元。

肆、核發資格：

- 一、西醫基層特約診所於 105 年 1 月至 105 年 12 月期間之 12 個月之門診醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月 20 日前)以電子資料申報(如未按時申報者，以 2 次(含)為限)，符合第一次暫付，且無本方案第肆點二之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。
- 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條至第 40 條所列違規情事之一者，於 105 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期認定之。

伍、符合下列一至五情形，各給予核發權重 20%，符合下列六至

八情形，各給予核發權重 5%，各診所核發權重和最高以 100% 計算：

- 一、診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 1)
- 二、診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)
- 三、個案重複就診率不超過該分區所屬科別 80 百分位，即 <80 百分位。(註 3)
- 四、健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。(註 4)
- 五、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 $> 10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率 $> 15\%$ 。(註 5)
- 六、藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 6)
- 七、藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 7)
- 八、藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 ≤ 80 百分位(開藥病人數<該分區 20 百分位者不列入計算)。(註 8)

陸、經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以 105 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。

柒、支用條件：

- 一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。

二、每家診所核發金額=(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。

三、保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。

捌、本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。

105 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義
註 1：診所月平均門診 申復核減率	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：106 年 2 月 28 日前核定之 104 年 7 月至 105 年 6 月之門診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：104 年 2 月 28 日前核定之 102 年 7 月至 103 年 6 月之門診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位)</p> <p>2. 公式：A/B</p> <p>分子 A：診所每月「門診申復後核減率」之合計。</p> <p>分母 B：該診所核定月數。</p> <p>3. 本項之門診醫療費用(含申復)，計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。</p>
註 2：診所之每位病人 年平均就診次數	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 106 年 1 月 31 日前申報之 105 年 1 月至 105 年 12 月門診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 104 年 1 月 31 日前申報之 103 年 1 月至 103 年 12 月門診醫療費用計算。(如附件)</p> <p>2. 公式：A/B</p> <p>分子 A：全年診所申報總案件數。</p> <p>分母 B：全年診所歸戶總人數。</p> <p>3. 本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>
註 3：個案重複就診率	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 106 年 1 月 31 日前申報之 105 年 1 月至 105 年 12 月門診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 104 年 1 月 31 日前申報之 103 年 1 月至 103 年 12 月門診醫療費用計算。(如附件)</p> <p>2. 公式：</p> $\sum_{i=1}^n \frac{Ai}{Bi} / 12$ <p>分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。</p>

指標項目	操作型定義
	<p>分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。</p> <p>3. 排除代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>
<p>註 4：健保卡處方登錄差異率</p>	<p>1. 資料期間：西醫基層診所 105 年 1 月至 105 年 12 月健保卡上傳資料。</p> <p>2. 列計對象：資料上傳格式為正常資料。</p> <p>3. 健保卡處方登錄錯誤率=Σ【(A/B)×100%】/健保卡上傳月份</p> <p>分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之錯誤筆數。</p> <p>分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。</p> <p>註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。</p> <p>排除 ICD-9 診斷碼為 290、293.1、294、295、296、297、299、299.1、299.8、299.9、300、301、309、3083、V08、042、99553、99583。</p> <p>排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03.90、F03.91、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、F31.10、F31.11、F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、F32.8、F32.9、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、F34.1、F34.8、F34.9、F39、F40.00、F40.01、F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42、F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.8、F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、F60.4、F60.5、F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、F60.9、F68.10、F68.11、F68.12、F68.8、F69、F84.0、F84.3、F84.5、F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、T74.22XA、T76.21XA、T76.22XA、Z21、Z22.6。</p>

指標項目	操作型定義
註 5：門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	<p>1.資料期間：西醫基層診所 <u>105</u> 年 1 月至 <u>105</u> 年 12 月病人查詢資料。</p> <p>2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3.公式：A/B</p> <p style="padding-left: 20px;">A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。</p> <p style="padding-left: 20px;">B：門診病人數。</p> <p>備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。</p>
註 6： <u>藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率。</u>	<p>1.資料期間：西醫基層診所 <u>105</u> 年 1 月至 <u>105</u> 年 12 月病人查詢資料。</p> <p>2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3.公式：A/B</p> <p style="padding-left: 20px;">A：同藥理降血糖藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。</p> <p style="padding-left: 20px;">B：降血糖藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。</p> <p>4. 資料範圍：</p> <p>(1)西醫基層門診之降血糖藥物給藥案件。</p> <p>※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。</p> <p>(2)排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。</p> <p>(3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p> <p>(4)排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。</p> <p>(5)排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。</p> <p>(6)排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、</p>

指標項目	操作型定義
	<p>O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。</p> <p>(7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。</p> <ul style="list-style-type: none"> 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH。
<p>註 7：<u>藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率。</u></p>	<p>1.資料期間：西醫基層診所 <u>105 年 1 月至 105 年 12 月</u>病人查詢資料。</p> <p>2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3.公式：A/B</p> <p>A：同藥理降血壓藥物重疊用藥日數(同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。</p> <p>B：降血壓藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。</p> <p>4.資料範圍：</p> <p>(1)西醫基層門診之降血壓藥物(口服)給藥案件。</p> <p>※ 給藥案件：給藥天數不為 0 或 藥費不為 0 或 處方調劑方式為 1、0、6。</p> <p>(2)排除代辦案件：門診排除案件分類為 A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。</p> <p>(3)排除任一特定治療項目代碼為 H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD</p>

指標項目	操作型定義
	<p>者。</p> <p>(4)排除案件分類為 08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。</p> <p>(5)排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。</p> <p>(6)排除安胎案件：主診斷全碼為 O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。</p> <p>(7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。</p> <ul style="list-style-type: none"> 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX(排除 C02KX01、

指標項目	操作型定義
	C02KX02)、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。
<p>註8：<u>藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率。</u></p>	<p>1.資料期間：西醫基層診所 <u>105年1月至105年12月</u>病人查詢資料。</p> <p>2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3.公式：A/B</p> <p style="padding-left: 2em;">A：同藥理降血脂藥物重疊用藥日數(同院同ID同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數)。</p> <p style="padding-left: 2em;">B：降血脂藥物之給藥日數(查詢藥歷門診病人於各案件之給藥日數總和)。</p> <p>4.資料範圍：</p> <p>(1)西醫基層門診之降血脂藥物(口服)給藥案件。</p> <p>※ 給藥案件：給藥天數不為0 或 藥費不為0 或 處方調劑方式為1、0、6。</p> <p>(2)排除代辦案件：門診排除案件分類為A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。</p> <p>(3)排除任一特定治療項目代碼為H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD者。</p> <p>(4)排除案件分類為08(慢性病連續處方調劑)、02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。</p> <p>(5)排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為2、3(排除醫令即可)。</p> <p>(6)排除安胎案件：主診斷全碼為O200、O208、O209、O4400、O4401、O4402、O4403、O4410、O4411、O4412、O4413、O458X9、O4590、O458X1、O458X2、O458X3、O4591、O4592、O4593、O45009、O45019、O45029、O45099、O46009、O46019、O46029、O46099、O99119、O45001、O45002、O45003、O45011、O45012、O45013、O45021、O45022、O45023、O45091、O45092、O45093、O46001、O46002、O46003、O46011、O46012、O46013、O46021、O46022、O46023、O46091、O46092、O46093、O670、O99111、O99112、O99113、O9912、O468X9、O468X1、O468X2、</p>

指標項目	操作型定義
	<p>O468X3、O678、O26859、O4690、O4691、O4692、O4693、O679、O26851、O26852、O26853、O6000、O6002、O6003、O4700、O479、O4702、O4703、O471、O6010X0、O6010X1、O6010X2、O6010X3、O6010X4、O6010X5、O6010X9、O6020X0、O6020X1、O6020X2、O6020X3、O6020X4、O6020X5、O6020X9、O6012X0、O6012X1、O6012X2、O6012X3、O6012X4、O6012X5、O6012X9、O6013X0、O6013X1、O6013X2、O6013X3、O6013X4、O6013X5、O6013X9、O6014X0、O6014X1、O6014X2、O6014X3、O6014X4、O6014X5、O6014X9、O6022X0、O6022X1、O6022X2、O6022X3、O6022X4、O6022X5、O6022X9、O6023X0、O6023X1、O6023X2、O6023X3、O6023X4、O6023X5、O6023X9。</p> <p>(7)排除醫令類別為 G 且醫令代碼為 R001、R002、R003、R004、R005 之整筆案件(任一醫令符合則整筆案件刪除)。</p> <ul style="list-style-type: none"> 降血脂藥物(口服):ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。

103 年西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位

科別	科別代碼	臺北			北區			中區		
		月平均門診申復核減率	每位病人年平均就診次數	個案重複就診率	月平均門診申復核減率	每位病人年平均就診次數	個案重複就診率	月平均門診申復核減率	每位病人年平均就診次數	個案重複就診率
家醫科	01	0.0057	4.7354	0.0000	0.0076	4.6789	0.0000	0.0070	5.1884	0.0000
內科	02	0.0086	4.7402	0.0000	0.0102	4.4722	0.0000	0.0072	5.1149	0.0000
外科	03	0.0257	4.3015	0.0000	0.0113	4.0563	0.0000	0.0043	4.9351	0.0000
小兒科	04	0.0010	4.6942	0.0000	0.0029	4.2507	0.0000	0.0017	4.5812	0.0000
婦產科	05	0.0088	3.6411	0.0001	0.0073	3.3888	0.0000	0.0039	4.1002	0.0001
骨科	06	0.0689	3.4663	0.0000	0.0139	3.2483	0.0000	0.0273	3.1287	0.0000
耳鼻喉科	09	0.0041	3.5775	0.0000	0.0021	3.2544	0.0000	0.0034	3.6436	0.0000
眼科	10	0.0032	2.4203	0.0000	0.0023	2.2111	0.0000	0.0026	2.4680	0.0000
皮膚科	11	0.0016	2.6282	0.0000	0.0032	2.6181	0.0000	0.0017	2.6989	0.0000
精神科	13	0.1116	6.9825	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0178	7.2150	0.0000
復健科	14	0.0324	4.6693	0.0000	0.0458	6.2000	0.0000	0.0460	7.3447	0.0000
不分科	XX	0.0266	4.7670	0.0029	0.0395	5.6714	0.0000	0.0062	4.7472	0.0000
科別	科別代碼	南區			高屏			東區		
		月平均門診申復核減率	每位病人年平均就診次數	個案重複就診率	月平均門診申復核減率	每位病人年平均就診次數	個案重複就診率	月平均門診申復核減率	每位病人年平均就診次數	個案重複就診率
家醫科	01	0.0047	5.3853	0.0000	0.0044	5.3970	0.0000	0.0134	5.8796	0.0000
內科	02	0.0039	5.0817	0.0000	0.0087	5.1902	0.0000	0.0132	5.1611	0.0000
外科	03	0.0050	4.8372	0.0000	0.0090	4.7332	0.0000	-	-	-
小兒科	04	0.0008	4.7930	0.0000	0.0019	4.5389	0.0000	-	-	-
婦產科	05	0.0037	4.2109	0.0000	0.0024	4.1748	0.0000	-	-	-
骨科	06	0.0030	3.4378	0.0000	0.0204	3.5910	0.0000	-	-	-
耳鼻喉科	09	0.0010	3.2917	0.0000	0.0017	3.4662	0.0000	-	-	-
眼科	10	0.0016	2.6928	0.0000	0.0024	2.7526	0.0000	-	-	-
皮膚科	11	0.0007	2.6870	0.0000	0.0010	2.6188	0.0000	-	-	-
精神科	13	0.0061	7.5784	0.0000	0.0242	8.4130	0.0000	-	-	-
復健科	14	0.0175	4.4991	0.0000	0.0554	5.2948	0.0000	-	-	-
不分科	XX	0.0103	4.4780	0.0000	0.0283	4.8864	0.0000	0.0063	3.9283	0.0000

註：其他係指該分區該科別院所不滿 20 家，而將視為其他，包括：神經外科、泌尿科、神經科、整型外科.....等。

※附件 2-與會人員發言摘要

西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄確認

主席

請各位代表確認上次會議紀錄內容。

各位代表沒有意見，會議紀錄確定。

報告第一案：本會決議/ 決定事項辦理情形。

主席

上次會議決議/ 決定事項辦理情形，各位代表沒有意見，本案確定。

報告第二案：西醫基層總額執行概況報告案。

陳代表宗獻

- 一、雲端藥歷成效顯著，但擔心 9 月總額協商時會將各種管控措施致節省之經費列為減項。因為節省費用最大的成效是點值下降，這裡要先釐清點值下降造成的節省效果比什麼都大。今年管控措施致節省之經費扣了 3200 萬，幸好消費者代表支持將這部分的錢回饋到基層總額來，在執行績效把 3200 萬補回來，先說明這是不必要的爭執。
- 二、思覺失調症用藥重疊率降幅接近 40%，但是要說節省費用就不能這麼說，舉例說明我綜整衛福部的資料，101 年、102 年每十萬人思覺失調症人數從 497 人增加 504 人，每年增加 1368 人，人數增加，費用也增加，我把他統計再除以 2，就是一年費用增加 1.6 億。換句話說我們表現出來的是雲端藥歷省了這些錢，在談判時會有一個爭端是「省下來的錢是健保署努力的成果而非醫界的努力成果，所以要扣掉」，這是不對的，因為我們每年光在思覺失調症增加的費用是 1.6 億，高血脂用藥差更多，一年增加 3.6 億點，從我的角度來看，費用是增加的沒有減少，再扣費用就剝了二層皮，在此向與會代表做澄清，希望今天雲端藥歷成效的資料不要拿到 9 月份的總額協商做談判。

蔣代表世中

- 一、醫界絕對肯定重複用藥核扣，因為我們也不希望病人重複用藥。醫界會有意見，第一是因為資安問題，我們會員也在反應，不

管是閱覽或下載資料，都希望健保署能給我們公文，讓會員安心。第二是操作介面要清楚，應該是醫師直接點進去就能看到 Norvasc 有沒有重複，病人還有幾天藥，醫師可以開幾天藥，就像 stilnox 一樣，因為我們沒有時間到處找畫面去算用藥天數，健保署已經設計專門有一欄讓醫師去看，這樣才對。

- 二、藥費下降是很多因素造成的，包括雲端藥歷成效是否已排除藥價調降，未施實雲端藥歷之前的比例如何？還有醫院的因素，單憑雲端藥歷實施就說下降 2 成到 3 成，我是存疑的。
- 三、呼應剛剛陳代表宗獻所提，像我們配合高診次政策，還列為減項，真是情何以堪，總額本來就不足了。104 年第 4 季重複用藥節省的錢是 699 萬，報紙寫 104 億，到時健保會委員就要從醫院和基層的總額中扣掉 104 億。高診次就醫輔導是整體醫界的努力，如果今天的點值有 1.0，就讓你扣，今天才 0.8 還讓你們扣掉，所幸健保會委員還幫我們補了 3 千多萬。
- 四、很多措施我們沒有反對，醫界注意病人安全不會重複用藥，但是一直要我們把病人看好，又要看電腦數藥粒，所有責任都在醫療端，並不公平。縮短了病人看病時間，病人罵我們，健保會、健保署又要扣我們的錢，當一個醫師兩面不是人。我當執行長一定要講，雲端藥歷我每天都被罵，配合做還要被扣錢。

蘇代表清泉

- 一、呼應蔣代表世中，我用 105 年第 1 季總醫療費用，推估 105 年基層大約 1050 億點，包括西醫(醫院+基層)、牙醫、中醫全年大約會到 6600 億點，健保總額只有 6195 億元，專款有的用績效，根本拿不到，醫界一直說每年有 4、500 億的缺口就是這個，問題出在健保總額不足。基層和醫院總額一樣，操作得非常辛苦。
- 二、我看到林奏延部長這次在 WHA，從頭到尾都在講健保，剛剛看到民眾滿意度高達 93%-96%，整個內閣滿意度從 53% 開始往下掉，臺灣不管走到哪裡都在讚美健保，是在座的每一個人的努力，基層、醫院、健保署都是血汗，健保署行政經費一年比一年少，立法院混帳到極點，我們在醫院裡面還有空調，健保署 5 點 10 分就關了，我們要爭取的是總額增加，大家才有好日子過。

三、這星期醫師公會全聯會要改選理監事，下一屆基層執委會都會改組。基層有1萬多家診所、1萬5千多個醫師，對臺灣的貢獻非常大，臺灣醫療這麼完善，基層的功勞不可抹滅，我們的基層比德國、日本好，都是血汗，勞工都週休二日，居然要醫師假日看診，希望大家將心比心。

四、在此懇請健保會委員不要只聽健保署一面之辭，要聽陳宗獻、蔣世中的，健保署的資料會誤導。

主席

健保署資料是公開資訊，大家可以一起看。

王代表正坤

延續上一個議題，我們身為醫界及民眾很樂見雲端藥歷的使用，造成藥費歷年來最大降幅的成效，對財政上，在用藥浪費及醫療品質都有正向幫助。在推動初期以鼓勵措施就有顯著成效，建議未來持續以鼓勵方式推動，不要用處罰手段處罰院所，以免造成醫師反彈。

做一件事一定要考慮效益和成本，醫師反彈就是一個很大的成本，在國外也是這樣，我讀了一些論品質計酬的論文，美國實施論質計酬的最大弊端就是醫師為了得到給付，會改診斷內容使指標達標，於是美國就以加強醫師品德教育的方式來降低醫師做假診斷的惡習，我們都是凡人，社會的最低標準是法律，法律以下是罪人，倫理以上是聖人，罪人和聖人中間是凡人，我們要做好本份，也請不要對醫師太苛刻，以上小小請求。

夏代表保介(陳代表夢熊代理人)

會議資料雲端藥歷成效呈現是103年與104年比較，問題是實際上做用藥重疊率是從104年第4季開始實施，105年4月開始扣錢，門診高血脂用藥重疊率降了35%，其實是從0.96%降到0.62%，重疊率很小，藥費以台北區為例，差距最顯著，從3721到2373相差甚大，平均每張處方箋差異1000點，每人平均藥費降幅是否減少重複用藥所致？是否有其他因素造成藥費降低？第一是藥價調整，第二是複方藥使用藥品項數下降，從2種變成1種藥的價錢不會差距這麼大，所以內科系很可憐，以前開藥有1千多點，現在不敢開了，請健保署將這個因素納入考量，因為醫師怨氣很大，每天在罵。健保署為了民眾著想，做很多管控也很辛苦，但重複用藥不是我們醫師造成的。舉一個例子，

有個病人有 3 天的藥，已經包好了，這裡有 1 個月的藥其中一顆重複了，只能請病人先只完 3 天的再吃 1 個月的藥。

藍代表毅生

我代表外科醫師，我們中區非常配合雲端藥歷查詢，所以我們的查詢率在六區中名列前茅。我今天要提出的是科別差異，在中區有雲端藥歷查詢的輔導指標，就是一般查詢率 $<20\%$ 、特殊查詢率 $<30\%$ ，特殊查詢率有 6 項，就是三高且 65 歲以上病人，關懷名單拿鎮定劑的、高診次的，包括藥師居家訪視，75 歲以上，加上中區實施分科管理，在婦產科和外科系會達不到指標，像我的病人 80% 以上都是外傷，三高的、拿鎮靜劑的病人我一個也沒有，所有的病人都查詢雲端藥歷也達不到 30%，所以我要被輔導。建議將科別差異納入目標訂定標準，只針對必須的人進行輔導。

黃代表振國

- 一、我想要大家先瞭解雲端藥歷查詢之重複用藥日數的定義。它很明確告訴我們除了思覺失調症、三高用藥外，其他的藥不在查詢核扣的範圍。以臺北區為例，我們去年第 3 季開始輔導，第 4 季開始進行同院所的核扣，雲端藥歷的重點是我們希望在病人的用藥安全上多著點力氣，我們看到 104 年前三季重複用藥率大約有 5.8% 的下降，比第四季高，還未核扣就已經減少，可見不是雲端藥歷的效果。
- 二、查詢雲端藥歷會造成一個問題，在座很多醫師都有領慢連箋的病人，我們醫療院所會重複 10 天的藥，以前在病人病情有變化時，我可以補到 15 天的藥，現在只能補 10 天，另外 5 天須提早回診，這樣醫療費用有省嗎？有的病人因為要遠行或從其他縣市來看診的會提早拿藥，我們對慢性病患都會給他方便讓他領藥，但全年度用藥日數是沒有增加的，因為這個月提早拿藥，下個月會延後回診。所以我建議應看整年度的用藥日數，現在的基準是單次單筆，就算病患延後來也不能彌補超過時間而遭核扣的用藥。
- 三、剛剛陳(宗獻)主委講的很清楚，事實上用藥數量是增加的，但是重複率減少，因為我們知道如果給病人方便會造成我自己的不便，不知道這個體系這樣下去能給病人多大方便，我現在的標準動作是一手打電腦，一手壓著 IC 卡，因為病患的 IC 卡從

83年到現在還沒換過，IC卡接觸不良。推行這個制度的同時，花了很多心血，想控管醫療費用，扣醫療院所的費用，最大的益處不是在同院所，而是跨院所，我今天看了一個90歲的老人家，在2家醫學中心拿了巴金森氏症的藥，重複了3種，中間只差7天，我還認真地要病人家屬把藥拿來幫他把重複的藥拿掉，但是我們對這樣有利於病人健康的行為卻沒有鼓勵，反而只有懲處，如果像陳主委所講，用不是雲端藥歷節省的經費還列為總額減項，整個醫界都會哭，我們的辛勞沒有人肯定。

四、最近病人都會覺得我變很冷漠，因為我都在看電腦及IC卡，只因為我想趕快讓雲端藥歷從電腦中顯示出來，遇到接觸不良的還要重按，相關軟硬體的配套應該提升，我很肯定雲端藥歷有助提升病人用藥安全，但對費用節省，操作型定義要很清楚。

張代表孟源

雲端藥歷核扣，我們診所已經被核扣了，我想瞭解的是核扣的法律基礎在哪裡？醫療服務審查經審查後核扣是有健保法或醫療機構審查辦法的基礎。憲法有財產權保障，是不是要有法律保留的原則，我想要瞭解為什麼被扣，關於法源基礎可不可以給我們一個答案，謝謝。

蘇代表清泉

剛剛黃代表振國說得很對，一年365天，如果拿了400天的藥就重複太多，這就不對了，如果病人這次提早拿藥，下次晚回診，這是合理的，建議半年或更長的期間結算一次，才有意義。

主席

誠如蘇清泉理事長所言，我們有1萬家診所，1萬5千位基層醫師，確實很重要，未來若要推動分級醫療或轉診制度這種全面性的政策，基層醫療更重要，責任更大，真的是任重道遠。

代表所提雲端藥歷相關問題，請醫審及藥材組回應。

王專門委員本仁

各位代表的意見我們都會紀錄下來做審慎處理，謝謝大家。

主席

代表提到分區查詢指標或傳真公文，讓醫師感到不愉快，請分區的同仁記下來，任何事情有更好的做法，不要做到讓大家覺得不舒服。

李署長在前 2 次會議有提到也勉勵我們以後做事能讓醫師高興、病人高興、我們也高興。大家都非常有責任感，目前大家有點到達壓力點，非常抱歉，也希望大家能一起商量出比較好的方法。

另外(蘇清泉)理事長提醒的總額缺口，目前衛福部社保司報行政院 106 年總額政策方向，也有一條總額協商原則，是所謂的節省效益分享，就是您說的扣錢，其實是分享，這部分請社保司梁代表回應。

梁代表淑政

衛福部在擬訂總額範圍時，除了人口老化、醫療服務成本改變率及人口數的增加外，還有增加屬於政策部分的費用，其中也包含減項，就是依特約管理辦法相關扣款的費用。但是國發會的專家會議審查時，都提醒我們，針對相關執行成效有提升效率的部分可能要做分配處理。這是擬訂總額範圍的政策目標之一，至於該項目之實際額度，也是要到健保會協商時，才能決定其多寡。衛福部在擬訂總額範圍時，還是著重在增項的部分，以上簡單說明。

陳代表炳榮

剛提到扣款的部分，目前的做法是今年的違規扣款從明年的總額扣掉，建議應該好好考慮做得細膩一點，我們在審查時都知道違規的院所就是那幾家，做得細膩一點就是針對那幾家院所核扣殺雞儆猴，而不是從總額中扣掉，把奉公守法的會員全部賠上。

主席

陳代表所提意見，請社保司再研究。

大家對兩位付費者代表有很多訴求，請回應。

楊代表芸蘋

首先謝謝蘇理事長帶領的期間內為醫界做了很多事，大家有目共睹。也謝謝這一屆陳宗獻主委、蔣世中執行長很辛苦，不是和健保署對立，是用夥伴態度來處理相關事務，我們這些健保會的委員絕對不會光聽健保署的，我們會聽大家的意見，而且付費者代表很有自主性，個個伶牙利嘴，有自己的想法。協商機制是合議制，決不會以一個人的意見為意見，我們在討論時是每個人提出意見，不會亂刪也不會亂給，今年的預算會有多少，現在還不敢講，我先向辛苦的工作人員致意，醫師公會全聯會有優良的傳統和做事的範本，我想下一屆不至於會讓我們很難面對，希望這一屆的總額代表們繼續貢獻你們的心力，即使

不在這個位子上也要貢獻你們的智慧，讓下一屆接班的人能夠得心應手把總額的事情做好，謝謝。

至於剛剛提到扣款的事情，尤其是重複用藥部分，我自己也有拿慢性病的藥，頂多會重複 5 天或 1 星期，因為沒有藥也不行，藥多了放在抽屜也是浪費，核扣的部分建議要像蘇理事長講的用半年來算重複用藥日數，太多了造成浪費就一定要扣。

希望你們下一屆選出更好的理監事，繼續為總額付出，謝謝。請李委員說兩句話。

李代表來希

大家的意見我們都會聽，蘇理事長的文章我早上才在看，剛剛楊委員講完了，該給的錢會給，不該給的不會給。

陳代表宗獻

關於執行效益扣款，因為執行效益是年度的，今年度重複用藥查詢率下降是快速，假設下降 10%，明年不會再下降 10%，明年大概下降 2%，後年就沒有了，因為已經習慣查詢，甚至廠商已經發展出可以 check 的功能，這種情形下從總額協商成長率扣款是否合理？年度成果核扣一生，假設今年降了 10% 是扣 base，表示明年、後年繼續扣，明年、後年的成果疊上去又繼續扣，這樣並不合理。如果真的有效果，省下 1 千萬，核扣 1 千萬的話，表示 10 年扣了 1 億。請考慮執行時要怎麼做會比較合理，我們也才能向會員說明。

另一個是新藥的問題，目前的情況下，如果衛福部沒有把肩膀扛起來，從 2011 年 Anti-PD1 新藥出來後快速成長，目前有 177 種藥 FDA 已經通過或等待通過，這些新藥如果全部納入健保給付，以美國的美元進口到臺灣來，我們乘以 30 除以 2，因為健保很會殺價藥價是人家的一半，如果我們不在共擬會議擋關，藥費大約 1 年 3500 億，但是我們在共擬會議全部擋下來，對消費者來說，沒有人性的是我們這些人，被罵的也是我們這些人，所以新藥應該是量入為出。新藥基層有 1 億，醫院有 20 億，21 億的新藥應該要去算 HTA，算哪一個藥進來，第一年應該用多少，如果只能容納一個新藥，其他的新藥就要排隊，我們衛福部如果真正去面對 2011 年以來的大衝擊，C 型肝炎的用藥過去 2 年總共用了 511 億美元治療 25 萬人，臺灣有 60 萬人，裡面至少 10 萬人急著要治療，這個我們承擔不起，總額也承擔不起，未來

會出現一個現象是點值不會下降，因為藥價在調，第1年超過500億沒關係，因為都是醫院用的，但第二年砍的都是般用藥，因為專利藥不能砍，藥費1點1元，所以從點值看不到，點值沒有下降，但是診所關門了，藥價再砍下去，就會變成負成長，所以衛福部一定要出來。

周代表慶明

第一，張孟源醫師一直要我再重覆他剛剛提的雲端藥歷查詢重複用藥核扣的法源依據，還沒給他一個答覆。

第二，我要發言的是關於查詢率的問題，因為剛剛藍醫師也說很多診所沒有慢性病的病人，像我的診所有1千多個病人，沒有1個慢性病人，這種沒有慢性病的診所，像我們臺北區有1200家診所的查詢率是0，因為雲端藥歷查詢是用來核扣的一個手段，今天這個診所沒有慢性病重複用藥的問題，應該沒有必要查詢雲端藥歷，臺北區的查詢率比較低，大約30%左右，應該是吊車尾的，我們開會時有提出來這種沒有慢性病人的診所，因為總局有這種競爭績效的問題，所以一直要提高查詢率，臺北區也在執行查詢率低時要被抽審的方式來增加查詢率，我覺得沒有必要用查詢率來造成各區比賽，因為這是假的比例，建議不要將查詢率當成抽審指標或各區競賽的指標。

主席

周代表所提抽審指標請各分區業務組記下來。

張孟源醫師和蔣世中醫師都有提到雲端藥歷，包括核扣的法源依據及法律基礎，請醫審及藥材組提供。

王專門委員本仁

整個重複用藥的核扣方案裡面就有包括法源依據，核減的部分，用的就是原來的醫療服務審查辦法，裡面有寫重複用藥是不適合的行為，而且目前的核減是針對同院所，自己的病人重複給這麼多天的藥也是有點怪，目前同院所重複用藥太多才會被核減。如同剛剛有先進提到慢連箋有容許10天緩衝，並不是重複1天就會扣，有很多排除的條件，像剛剛也有提到病人病情或醫師請假看診日期改變，目前也有R002、R003的註記，只要有申報註記也不會被核減。

張代表嘉訓

我覺得執行成效的用詞不能叫重複用藥，我個人認知重複用藥是藥品

成份一樣，我開了好幾種，所以這個用得很對，叫「用藥日數重疊」，用重複用藥感覺上醫師開藥都在重複用藥，貴署如果覺得這樣的名詞或解釋比較適當對醫界是很傷的事情。用藥日數重疊的原因是我的資訊無法及時取得，不是醫師願意要這樣做。

從健保署數字看到 104 年每個都是負成長 20%到 50%，好像很有效，我個人的解讀是 1%到 1.2%的重疊率，好像是銀行的呆帳一樣，是非常合理的，我們未來可以再看看成效是不是一樣，我們當然不希望浪費藥，會影響點值。

請問重疊率是怎麼算的？剛剛有提到 10 天的緩衝，可不可以算細一點？重疊一天的、兩天、三天、四天的…，有沒有最高重疊多少天的資料，我沒有看到這些細部的資料，只有整個加起來叫一個重疊率，不知道是怎麼計算的。有這些精確的數據，我們才可以回去看為什麼會開這些重疊的，我們才可以去管控這些診所。

這個方案，我上次一個會議才發現去年第四季的核扣才 690 多萬，我當時也發表說為了這 690 多萬的藥費，四個層級的醫療院所，藥費占整個西醫包括醫院加基層的總額 6000 億的 1/4，約 1500 億，1 季 375 億，藥費核扣只扣了 0.00089%，就為了核扣這 690 萬的藥費，大家搞得雞飛狗跳，到底這種方案有沒有太大的效率，我個人是存疑的。以基層診所而言，我看了數據大概是平均 1 家診所 3 個月總共扣 900 元，你覺得診所為了 1 個月 300 元的藥費會去做不當的處方嗎？我覺得這都是資訊的問題，如果今天健保署把資訊系統弄得非常簡便、非常完整，我建議下次去統計看診行為的改變，而不是處方行為。去問病人以前醫師看我 5 分鐘，大概 30 秒看電腦，4 分 30 秒看病人，現在大概 2 分鐘在看電腦，3 分鐘在看病人，處方行為得到的效益和看診行為的負面效益對病人到底是好還是不好？請健保署下次統計看診行為，這也是滿意度的其中一個指標。

主席

謝謝張(嘉訓)醫師將因為資訊比較完整而改善行為的這件事說出來，以本案而言，是自行改善比例遠大於核扣金額的比例。所以用核扣的藥費來看會覺得扣這麼少的錢，付出這麼大代價是不是值得？這確實也是我們最近在自我檢討的地方。

非常謝謝大家給了這麼建議，請醫審及藥材組納入參考。署長也認為如果行為因為資訊透明而得到改善，目的就已經達到一半，謝謝大家

不斷給我們鞭策，今天的意見我們會記錄下來向署長報告。

報告第三案：西醫基層總額 104 年第 4 季點值結算結果報告案

主席

各位代表沒有意見，104 年第 4 季點值確認。

討論第一案

提案單位：醫師公會全國聯合會

案由：105 年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂草案。

主席

本案有召開會前會，全聯會也有開會討論過，大家都沒有意見，本案通過。

討論第二案

提案單位：醫師公會全國聯合會

案由：西醫基層 urgent care 試辦計畫(草案)。

蘇代表清泉

請各位代表注意聽一下，這個草案本身的出發點非常好，也討論過很多次，但是還有一些人不太瞭解，在網路上亂罵一通，所以我建議這個案子保留，等 8 月份再來討論。就等下一屆的理監事產生和下一屆的基層總額執委會的人出來再討論。

我本身的出發點很簡單，就是大家的一直罵醫院的急診壅塞、病人滯留時間久、檢傷分類都是輕症病人，如果能夠疏散一些病人到基層來，會讓基層醫師做得更有價值與成就感，支付點數又可提高到 500 多點或更高，還有一些醫療處置支付可以加成，出發點非常好，和健保署討論提出這個案子，我是橫跨醫院和基層，所以才有辦法提出這種高度，但是有一些人聽不懂，我感到很失望，所以建議本案保留，以後有機會再繼續討論。

陳代表宗獻

這個案子和健保署討論 4 次，基本上也是在基層執委會討論 4 次，前面 2 次沒有文字，因為大家還在形成概念，還不知道要怎麼做，這是在上次的會議中，外科體系提出來的，在沒有文字之前我是用報告的

方式，第3次討論文字，最後一次就是5月4日的會議，來開會的人包括4個區，已經通過。我們在網路上公布已經通過的案子，大家有很多不一樣的看法，主要是因為不可能每個人都參加開會，沒有參加開會的人有些不瞭解，包括會不會吃總額之類的，一時之間也說不清楚。現在剛好快要選舉，所以建議本案讓下一屆基層執委會的委員再確認，做更多的溝通，讓大家瞭解本案與美國的urgent care是不一樣的，讓新的團隊去做推動和說明。很抱歉，這個案子不是我們否定，只是延遲一下，謝謝。

主席

本案依蘇代表清泉及陳代表宗獻之意見暫緩，俟全聯會有共識再提案討論。

請問有沒有臨時動議？

王代表宏育(盧代表榮福代理人)

我不是要提臨時動議，是要呼籲二件事。

剛才張代表嘉訓說每家診所扣900元，我很慚愧，我第一次被扣了4200元、第二次被扣3900元，他講的是有道理的，因為我的病人很多老年人住在很鄉下，要兒子載他來，有時會提早載他來，這次不給他藥，下次他會延後很久，所以建議例如100位病人中有1、2位提早拿藥，可以有豁免，不要核扣。

另外陳代表宗獻說新藥不能調藥價，只能調舊藥的藥價。向大家報告，常常藥師都會告訴我某些舊藥買不到，就是因為便宜的藥健保藥價一直降一直降，害診所必須一直換藥，老的病人會告訴我醫師，你的藥開錯了，和上次開的不一樣，所以建議已經很便宜的藥能不能不要調降，診所常常換藥很麻煩。

主席

這一點也請醫審及藥材組紀錄下來。

黃代表振國

我再回應一下王代表宏育，第一、要用重複用藥件數比或重複用藥日數比做指標的結果是不一樣的。第二、如果我們醫師為了病人方便就會造成自己的不便，以1家院所每月有1500件慢性病連續箋方箋為

例，其中只有 2、3 件因為給病人方便提前給藥，年度總用藥日數沒增加，但目前處方會以重複用藥的名義逕行核扣，如此會造成民眾的不便或因增加就診次數而增加民眾費用的負擔。第三、剛剛提到很多藥價不能再減了，例如我今天買了一個 KBT 藥，健保價是 0.55，我用 1.65 才買得到，健保藥價調降，但是診所向藥廠的進價並沒有調降，反而藥廠以成本不符提升藥價，我建議 2 元以下的藥價不能再減了，這並不是全民之福。我覺得不應引進新藥新科技後而排擠民眾現有的就醫權益。

張代表孟源

我想現在應該已經散會了，只是大家在表示意見，我對剛剛醫審及藥材組剛剛講的雲端藥歷核扣是基於醫療『行為不當』的原由，表示遺憾，我還是想要一個正確的答案，因為法律行為還是要有意思表示。

還有很多事情我都是尊重我們全聯會的決議，全聯會的決議我們就完全遵守，我們對任何一個法律程序或會議程序，我們都是予以尊重，因為既然有決議就遵照決議執行，這本來就是一個正當的行政程序，我要求的只是一個合乎法律程序，健保署、民眾和我們醫療提供者要有一個法律對等關係，做什麼事情要依法行政，讓我們能夠安心。

主席

謝謝各位代表，在會議快要結束了，還給我們一些殷殷的提醒，代表的意見我們都會記下來向長官報告，謝謝大家長期的支持，今天會議就開到這裡，謝謝大家！