

「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」103年第4次

會議紀錄

時間：103年11月20日下午2時

地點：中央健康保險署18樓會議室(臺北市信義路3段140號18樓)

主席：林組長阿明^代

紀錄：邵子川

出席代表：

王代表正坤	(請假)	陳代表威仁	(請假)
王代表錦基	王錦基	陳代表炳榮	陳炳榮
古代表博仁	溫國雄 ^代	陳代表晟康	(請假)
何代表活發	何活發	陳代表雪芬	陳瑞瑛 ^代
余代表忠仁	(請假)	陳代表夢熊	夏保介 ^代
吳代表國治	吳國治	陳代表聰波	(請假)
吳代表進興	吳進興	彭代表瑞鵬	彭瑞鵬
李代表昭仁	李昭仁	黃代表永輝	黃永輝
李代表紹誠	(請假)	黃代表啟嘉	(請假)
周代表慶明	周慶明	楊代表芸蘋	(請假)
林代表正泰	林正泰	羅代表世績	羅世績
林代表阿明	林阿明	潘代表仁修	潘仁修
林代表昭吟	林昭吟	蔣代表世中	蔣世中
林代表義龍	(請假)	蔡代表明忠	(請假)
徐代表超群	徐超群	蔡代表登順	蔡登順
張代表志傑	張志傑	鄭代表悅承	(請假)
張代表孟源	張孟源	盧代表榮福	盧榮福
張代表金石	張金石	賴代表明隆	賴明隆
張代表嘉訓	張嘉訓	謝代表武吉	林佩菘 ^代
梁代表淑政	梁淑政	藍代表毅生	藍毅生
莊代表維周	(請假)	嚴代表孟祿	(請假)
連代表哲震	連哲震	蘇代表清泉	(請假)
陳代表宗獻	陳宗獻		

(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

葉青宜

衛生福利部全民健康保險會

魏璽倫

中華民國醫師公會全國聯合會

吳春樺、陳哲維、陳宏毅

黃幼薰、劉俊宏

台灣醫院協會

吳心華、王楨強

中華民國藥師公會全聯會

王韻婷

物理治療師公會全聯會

李建志

本署臺北業務組

賴香蓮、范貴惠、黃湘婷

本署北區業務組

盧珮茹

本署中區業務組

王慧英

本署南區業務組

龔川榮

本署高屏業務組

蔡秀珍

本署東區業務組

梁燕芳

本署醫審及藥材組

王本仁、林進鴻

本署資訊組

姜義國

本署企劃組

李碩展

本署醫務管理組

張溫溫、李純馥、陳貞慧、

王淑華、張美玲、劉林義、

甯素珠、楊秀文、洪于淇、

劉立麗、歐舒欣、張桂津、

鄭正義、邵子川、陳信樺、

蕭靜怡、張益誠

一、主席致詞：(略)

二、確認「103 年第 3 次會議」會議紀錄。

決 定：確認。

三、報告事項：

(一)案 由：本會 103 年第 3 次會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

(二)案 由：西醫基層總額執行概況報告。(全聯會)

決 定：洽悉。

(三)案 由：西醫基層總額執行概況報告。(健保署)

決 定：洽悉。

(四)案 由：西醫基層總額 103 年第 2 季點值結算結果報告案。

決 定：西醫基層總額 103 年第 2 季點值確認(如附表)，將依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8465	0.9066	0.8599	0.9050	0.9213	1.0113	0.8788
平均點值	0.8918	0.9276	0.9014	0.9301	0.9419	0.9921	0.9147

(五)案 由：104 年西醫基層總額部門研商議事會議召開會議時程。

決 定：104 年西醫基層總額部門研商議事會議召開會議時程為 3 月 5 日、5 月 21 日、8 月 20 日、11 月 19 日與 12 月 3 日。

三、討論事項：

(一)案 由：104 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義。

決 定：依 103 年保障項目持續辦理，詳如附件 1，將送全民健康保險會同意後執行，詳如附件 1 摘要如下：

1. 論病例計酬案件以1點1元方式執行。
2. 「促進供血機制合理方案」乙項，血品相關項目與醫院總額部門同一處理方式，以1點1元方式執行。
3. 藥品依藥價基準支付。

(二) 案由：修訂「西醫基層合理門診量折付方案」。

結論：修訂重點如下：

1. 調整月合理量以實際看診日數計算，每月看診日數超過 25 日(含)者以 25 日計算合理量。
2. 將調整第五階段合理門診量支付點數，使總診察費達預算中平，不增加總額財務負擔。
3. 未來將定期監控醫院例假日急診量、診所每月看診天數的分布、診所例假日開診率與看診人數，若診所例假日開診率低於以往水準，則應恢復現制，以確保民眾就醫可近性

(三) 案由：修訂「104 年西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)」。

結論：本方案修訂詳如附件 2，修訂重點，為新增 1 項核發指標「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」，原指標 4 項增為 5 項，每項指標核發權重仍為 25%，若達 4 項即可拿到 100%核發，將報部核備後公告實施。

(四) 案由：修訂「104 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)」。

結論：本方案修訂詳如附件 3，修訂重點如下，將報部核備後公告實施。

1. 施行區域，104 年 121 個(基層診所 88 個，醫院 33 個)，較 103 年減少 5 個鄉鎮(新北市五股區、桃園縣大溪鎮、嘉義縣太保市、台南市安定區、屏東縣崁頂鄉)。
2. 巡迴醫療服務計畫修訂重點：
 - (1). 修正巡迴醫療服務時間、巡迴時間與地點之異動次數、與休診相關規定。
 - (2). 修正相關醫事人員或藥事人員，應依各該醫事人員法之規定報備支援與相關藥事法令規定執行業務，若不符規定者不予支付。
 - (3). 新增西醫基層與醫院部門預算可相互流用。
3. 獎勵開業服務計畫修訂重點：
 - (1) 增訂請產假之負責醫師，產假期間之門診服務可全數由支援醫師提供，及不受累計請假休診達 2 個月應終止之限制。
 - (2) 明訂本計畫依現行部分負擔規定辦理。
 - (3) 新增西醫基層與醫院部門預算可相互流用結算方式。

(五) 案由：修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」。

結論：本計畫修訂詳如附件 4，修訂重點如下，將報部核備後公告實施。

1. 加強擇優汰劣，退場標準提高至 65%。
2. 預防保健指標提高標準，將成人健檢率及老人流感注射率，會員接受該等服務 \geq 較需照護族群 65 百分位數(原標準為 60 百分位數)得滿分。
3. 配合政策推動，健康管理與個案衛教(權重 10%)改為透過「鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案」：醫療群內診所「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」 \geq 當年全部西醫基

層診所查詢率 70 百分位，得 10%。

4. 新增指標，醫療群內至少一家診所完成「安寧居家療護」教育訓練或提供「全民健康保險在宅醫療服務」。
5. 收案會員名單中，將慢性病患者擴大，改為選取最高之 85 百分位(原為 80 百分位)。另門診高利用個案，增加連續兩年忠誠病人之條件。
6. 參與醫療給付改善方案個案不另支付本計畫的個案管理費(250 元)，但得納入績效獎勵費用計算範圍。
7. 「單一診所型態」依據評核會議及協商 104 年費用協商結論將單一診所型態刪除

(六) 案由：「104 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」(草案)。

結論：修訂詳如附件 5，修訂重點如下，將報部核備後公告實施。

1. 全年提撥 5,500 萬元予東區，用以保障偏鄉醫療服務品質，並依 104 年西醫基層總額預算四季占率分季提撥。
2. 104 年西醫基層總額五分區一般服務費用預算，依據不含東區之 R 值及 S 值重校正計算分配；五分區(不含東區)依公式計算後，五分區成長率不得低於五分區預算成長率之 15%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
3. R 值：保險對象人數及人口結構校正比率均依預算年(104 年)人口計算；SMR 及 TRANS 則以 99-102 年度數值四季依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。
4. 新增將 102 年西醫基層總額六分區查處追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 104 年六分區地區預算分配。

5. 扣除額度，臺北 5,427,609 元、北區 482,068 元、中區 966,166 元、南區 5,614,779 元、高屏 547,340 元、東區 127,604 元。
6. 104 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 102 年四季預算占率計算。
7. 各該季總減列之金額再依 102 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 104 年六分區各該季費用預算。

四、臨時提案

案由：修訂「104 年西醫基層總額跨區就醫結算方式」。

結論：西醫基層總額跨區就醫浮動點值結算方式，自 104 年起，由「前一季全區浮動點值」改為「前一季投保分區浮動點值」。

五、與會人員發言摘要，如附件 6。

六、散會：下午 5 點 40 分。

附件 6 本會 103 年第 4 次會議與會人員發言摘要
報告案第二、三案「西醫基層總額執行概況報告-(中華民國醫師公會全國聯合會、中央健康保險署)」與會人員發言摘要

醫務管理組李副組長純馥

有關第 23 第 3 張投影片：六區在診療費部份均顯著成長(6~11.6%)，除了蔣代表提到檢查數量的增加外，是否還有其他因素造成？102 年支付標準配合 RBRVS 調整，醫院部門 50 多億點，但基層部門景僅 1 億點，衝擊應不會這麼大，是否尚有其他因素造成診察費顯著成長，請各位專家提供寶貴意見。

陳代表宗獻

我是內科系，就這個部份比較清楚，明顯不一樣的地方在 guideline 的改變，就像低密度膽固醇、高密度膽固醇，現在要使用 STATIN 的藥物，必須 3~4 個月追蹤一次，如果已達 RISK 目標就減量。半年以後再檢查，檢查數據若屬異常，又開始恢復用藥，又檢查一次。有些項目以前一年難得做 2 次的，現在大概要做 3~4 次，這種影響還蠻高的。

蔣代表世中

如同 B.C. 肝炎，只給付 B.C. 肝炎的藥費，但做的檢查費用是否含在診療費內？因為要做生化檢查。

蔣代表世中

那不算專款的錢，專款裡面只能算藥費的錢，所以所有生化檢查在裡面算是相當高的，幾家大型診所專做 B.C. 肝的，他們 B.C. 肝的藥費專款專用沒錯，但是做的生化檢查、RAF 之外，還有超音波的檢查，這些費用往往沒在總額預算另外編列成長率。所以下次可以分析半年的診療費衝擊，可以做出數據顯示。這些增加的費用，其實不足以支付 sono、腹部超音波、肝臟的追蹤等生化檢查費用，這些檢查費用都很貴，我們可以試著做分析。

蔡代表登順

針對安全針具，總額協商給 390 萬元，執行率只有 0.43%，似乎太過偏低。如果不去執行，與政策有很大落差，不知署裡是否訂出清楚的政策讓西醫基層徹底執行？今年在醫院部門協商時有附帶訂出特別條件：如果沒去徹底執行，錢都要扣回。不知署裡說明政策為何？請說明。

醫審藥材組王專委本仁

希望醫界使用安全針具，健保也有納入給付，關鍵在於醫療院所加以宣導，大家注意這個議題。

陳代表宗獻

在我們來看似乎是立法脫序的狀況，立法院規定再過兩年要全面實施。之前曾有因注射(針扎)意外受傷的情形，現在用完就在旁邊銷毀回收。安全針具需要性根本很低，這條規定有商業的考量？現在(安全針具)價格居高不下，如果一般針具 3 元，安全針具高出 5~10 倍。等到(5 年)期限一到，前面一點點的費用即使滾入基期，到 105 年實施根本不夠，無法支付(安全針具暴增)費用。實務上局部麻醉須進出皮膚不同部位好幾次，安全針具進去再出來會往後縮，實務上不知要如何處理？要換針嗎？跟(醫療)品質關係實在非常的低。

張代表志傑

局部麻醉先用粗針(23 號或 25 號)抽麻藥，再換細針(27 號)注射病人，安全針具不能換(針頭)，對病人有利或不利？不可能拿 23 號粗針注射病人，病人不就痛死了，細針才不痛。

陳代表宗獻

(安全針具)現在就已經奇貨可居。後年期限到，全面實施(安全針具)，價格不可能掉，要轉嫁給病人嗎？還是健保要給付？但每年編列一點點費用，注射量大，數量又多，總額也不一定能支付，未來可能是大麻煩。

張代表孟源

補充說明：第一、精神科、骨科、復健科成長率有 6%~10%，主要在診療費增加。主要是 guideline 的改變。精神科藥費也成長很多。希

望未來針對此 3 科仔細分析申報多少診察費？第二、「安全針具」個人覺得有三個層面：1. 法律規定全面提供使用，曾請新北市衛生局請示衛福部：全面提供使用(安全針具)，意思為何？當初立法意旨在保護醫護人員，並不是保護病人。為何每年總額編列 360~390 萬元，可是使用率低？除了 cost 外，對醫護人員使用似乎沒那麼方便，或者沒那麼安全。這點是否先釐清？是否請健保署請衛福部在這部份做政策的宣示。如果解釋成 105 年全面使用，不是提供，應由醫師或護理人員依其專業考量針具是否安全？不應以強制方式要求一定要做。除非要求 105 年市面上所有「非安全針具」全部不准賣，那就全部都是安全針具，當然 cost 應該會降低，因為廠商競爭就會出來。個人覺得釜底抽薪把這個醫療法第 57 條修掉才是最根本的道理。醫院為了安全針具，成本增加很多的考量下，限制某些地方才能使用，在專業考量看來覺得荒謬。既然安全為何要限制使用？總額給了錢，但如果執行率偏低，明年(安全針具)就不用編(預算)，這個問題請從多面向考量。

李代表昭仁

相信大家看到執行率偏低 0.43%，感到很奇怪，卻還要推(安全針具)。在屏東縣，一般基層反應對(安全針具)沒有觀念。大醫院是部分實施，該做的都有做。公會有向廠商訂貨，卻因買的量少不出貨，是否有商業考量？我們是透過大醫院購買，分一批給公會，才拿到(安全針具)，才能介紹給會員知道是這東西(安全針具)，105 年就開始(全面使用安全針具)。所以我完全同意張醫師，大家想法都一致，請健保署向上級反應，經全盤考量使用率低、安全性、實用性等等，調整後再來實施。

藍代表毅生

我是外科醫師，向蔡委員報告：安全針具的使用，比較多是糖尿病病人使用胰島素注射，是單一次，打下去拔出來就算用掉。曾試著以安全針具處理外科很簡單的皮下脂肪瘤，發現根本沒辦法，因要確認麻醉藥是否有打到血管？要做回抽，但(安全針具)後面就縮掉了，要重新再用第 2 個。安全針具屬於退縮型針筒，外套大又厚，注射病患都痛到哇哇叫，既使加麻醉藥，病患還是痛到受不了。牙科也是一樣，

用最細的針頭以加壓方式處理，只要一回抽，後面就沒了。所以當初在談，牙科是例外(使用安全針具)。當政策全面實施有例外的時候，其他有侵入性治療是否也算例外？表示當時立法非常不嚴謹。基本原理在保護醫護人員，反而這種情況並沒有被保護到。常見護理人員發生針扎的意外，多因過度勞累，並不是在針具回收時造成。所以我非常贊同張代表，在法上要修正，不然外科醫師沒辦法做處置的時候，這個法就值得考量。

盧代表榮福

受全聯會委託收蒐集「使用安全針具」的資料整理並報告，所以到醫院瞭解安全針具的使用情況。目前做法是針具絕對不回套，希望健保署及消費者代表能到醫院了解實際的做法。量大的門診抽血，利用卡樺按一下，針掉入收集袋，針絕對不回套。病房部分每個推車備有收集袋，患者注射完就丟到收集袋，蓋子關閉後就不能再打開。醫院已做到不回套，發生扎針的事已經很少。所以了解這部份的安全措施，安全針具其實沒有很大的需要。希望立法去看人家怎麼做？是否有意義？如果目前做法無法保護醫護人員扎針風險，再要求一定要使用安全針具。現在(安全措施)已經在做、也很方便、也熟練了、價格也不高，換用不熟悉的安全針具，那時反而增加護理人員扎針的情況，又要花很多錢。這問題值得消費者、衛福部，健保署實際想想，去醫院見習。

蔡代表登順

基於我是總額協商健保會委員，看到這筆錢是用五年編足，這是政策目標。也聽醫界講，安全針具其實在保護醫護人員，並不是保護病人。但使用安全針具反而造成病人不舒服，使用安全針具就有很大的疑慮。那我建議請衛福部就安全針具的使用的政策是否可以重新研議。

醫審藥材組王專委本仁

這是蠻醫療專業事務，如果有意見，還請專業團體提出，提供給衛福部參考比較適合，保險人配合政策推動。

陳代表炳榮

現在大家在此開會，有意見盡量溝通，而不是一味推諉，卻要全聯會去反應，難道與健保署一點關係都沒有嗎？其實與消費者、醫界、政策都有關係。健保署屬於官方機構，若對政府的政策有疑慮，官方機構難辭其咎，應該要幫忙去協助解決這問題。

蔡代表登順

我對這個答覆不能接受，編下去就是要推行。錢已編列每年滾入基期，每年繼續成長，這是民脂民膏，非常浪費。我剛講很客氣只說建議重新研議，沒說不要推動。政策一定要推動，對醫界、消費者都有得到某方面的好處及利益。既然會引起病人痛苦，醫界也覺得不好用，證明安全針具有很大問題，若強力推動有很大困難，建議是否可以重新研議？不只西醫基層，醫院104年編2億，明年則滾入基期，醫界也不會主動退給你，除非我們追回，這醫療總額是民脂民膏，要好好看緊荷包。

醫院協會陳代表瑞瑛

醫院協會很早就向衛福部反應，醫院與基層問題不太一樣，委員所說抽血，執行率低，依現有醫令，其實都不能申報，不能算量，那是使用率最多、最危險的一群。抽血常是護理人員或醫技人員去做。買很貴但不能申報，說含在檢驗費裡面。所以可以申報的安全針具其實量很少，1億是不夠的，明年要求2億，可能還是不夠。健保署醫審訂的安全針具價格太低，很多廠商不願賣，已經反應很多次了。醫院要使用很多安全針具，但能否買到？能否申報？當時立法是好意要保護醫護人員，但現在要做到，還有一段距離。廠商全部提高價格，就算基層全聯會去買也買不到，因訂的價格太低。為何基層執行率偏低？那是因為檢驗部份的安全針具不能申報，使用量與申報量的計算要脫鉤。所以數字是虛的。基層診所絕對不是這麼少。

主席

安全針具部分彙整各委員意見向衛福部反映。希望全聯會能依政策繼續推動。預算執行率偏低部份，在105年編預算會列入考慮。診療小計部份確實成長率偏高，下一次研商議事會議會再做深入分析，原因

在哪裡？若沒有其他代表有不同見解的話，報告事項第 2 及 3 案就先討論到這，進行下一案。

蔡代表登順

醫院安全針具 3 年累計編 4 億預算，基層累計也有 1 千多萬，推行上有很多困難，建議協商 105 年預算時，安全針具政策推動成效如何？請提出報告。如確實引起病人不舒服，致推動障礙，建議就不要再編預算，前三年給的錢要扣回

陳代表宗獻

全聯會有小組評估過，真的很難。

醫院協會陳代表瑞瑛

如果不要推就要修法，要把那條修掉，那是立法院三讀通過的法，我們不去執行就違法。

主席

那報告事項第 2 及 3 案就先討論到這，進行下一案。

報告案第四案「西醫基層總額 103 年第 2 季點值結算結果報告案」與會人員發言摘要

蔡代表登順

東區浮動點值 1.0113，怎麼平均點值 0.9921？有固定點值加以平均。既然浮動點值超過 1，平均點值應該不低於 1 吧！其他五區浮動點值與固定點值平均計算，點值都有拉上來。

醫務管理組張專委温温

正常會在 1 到 1.01 之間，因為有跨區(就醫)，依前一季全區平均浮動點值計算，原來是 0.8 幾，在東區浮動點值這裡沒看到，但在算全區平均浮動點值的時候會被算入，大概是 0.86 左右，比 1 或 1.01 來的低，變 0.99。浮動及平均中間還有跨區的部分，會在平均點值部份呈現。

蔡代表登順

人口降低，醫療費用不可能降低。東區留下老的少的，中間壯年人口都外移。所以人口降低，醫療使用率反而提高，如果預算沒有特別挹注，點值會很差。

主席

點值結算還有沒有其他提問？如果沒有就確定。就依據健保法第62條規定辦理第2季點值結算公布及結算事宜。

報告案第五案：104年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」召開會議之時程案與會人員發言摘要。

主席

這是明年預定開會時間表，因代表的聘任到年底，是兩年一聘，明年會重新聘任。這部份請與會代表參考。還有沒有其他提問？如果沒有就到討論事項第一案。

討論事項第一案「104年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義」案與會人員發言摘要

主席

各位代表有沒有提問？如果沒有意見就比照103年的保障項目。進行討論事項第二案。

請看補充資料第1頁

討論事項第二案「西醫基層合理門診量折付方案」與會人員發言摘要。

主席

把原來每月看診25日合理門診量改為超過25天以25天計算，這部份是全聯會提出，請全聯會作具體說明。

陳代表宗獻

這個方案在全聯會已醞釀 1 年半，以前很難討論。但漸漸大家體認到重點，也是蔡委員提到的，以前 2500 億成長 3% 與 6000 億成長 3% 不一樣。在健保追求合理的成長的同時，減少支出也要考慮。25 天算 30 天，看得越快，點數越高，這與我們要的品質不相同。波特有講：真正降低品質成本的方法不是 cost down，而是讓病人併發症、治療做得更好。否則等於誘導大家都去拼門診量、門診人次，來保持 income。原來制度等於強迫醫師縮短看診時間看多一點病人。新制度會有挪移作用。在此感謝耳鼻喉科共體大環境困難，因耳鼻喉科看診天數高、看診人數大，新制度會使門診量低的婦科、外科、老醫師看的慢的 pay 可以高一點。看的多的 pay 會少一點，這是我們的基本理念。為共識此制度，我們內部還提供概算軟體供會員試算，才使得門診人次高的捐棄己見。

事實上，以前看 24 天不夠，要看 25 天才能算成 30 天。週日開診，有看到病人就關門。相反的，新制度的開診率才是真的，也讓醫師能去參加各醫學會課程。關於 2.1 億超出部份，如何中平再討論。中平是內部有共識：不能吃到診療費。影響以診療費為主的科的生態。

林代表昭吟

從表看不出第一、第二階段的意思。同意陳醫師做法：注意天數及合理量的問題，達到一定的天數民眾就醫才不會受到影響；合理量顧慮到醫療品質，確實有些科別看診慢。想瞭解第一、第二階段怎樣區分？才不影響到財務的衝擊，健保署有先試算出來，這樣的 impact 如何處理？因 104 年總額已協商完畢。第 3 與品質有關之就醫可近性，關心到假日就診及輪班的問題，當時有 promise 會有組成輪班、公開假日開診的診所資訊，相關配套措施是否已有腹案？

陳代表宗獻

看圖表第 1 頁方案 2，第一階段原來是 25 人，現在是 30 人，點數不變。一直到第五階段才變，原來這一階共 80 人，因為不平衡，降低為 70 人，每日的量乘以天數再乘點數(點數降到中平為止)。這一階以上(150 人以上)遞減到 50 點。

林代表昭吟

可以問每日看診超過 70 人或 80 人的診所數比例？

陳代表宗獻

- 1、將限制 80 人($80 \times 30 = 2400$ 人/月)改為 70 人($70 \times 30 = 2100$ 人/月)，
- 2、現在大多月看診人次約 1000 人上下，1200 人左右。
- 3、現制 25 天可以算 30 天的合理量，大部分的人看診 25~26 天。
- 4、新制規定超過 25 日算 25 日，量大才有影響(對於 2400 人的診所)。
1500~2100 人的(診所)就沒甚麼影響。
- 5、委員關心，假日看診的部份，86%星期六看診，其他日子 90 幾%看診，星期天約 15%看診。新制不會影響這種狀況，只把不符合人性的在新制度修改，像過年期間除夕到初三，要醫師不休息不可能嘛。

蔣代表世中

林委員所關心的問題，協商結束了，不可能再因制度改變而總額預算，更何況衝擊總額點值。原則上，希望以預算中平為原則，請看補充資料 p3. 把第 2 方案 70 人(第五階段)就是 80~150 人，從 90 點變 70 點，可以少 1 億 8 千多萬，其實已經符合中平原則，但還是要請健保署試算，第 1. 預估會影響到門診量高於 2400 人次以上的院所，支付點數從 90 點變 70 點。第 2. 對中間 1000 人次以內的診察費多 20~30 元，對總額預算中平原則沒影響。第 3. 委員關心假日看診的問題，一般有 86~90%在星期六看診，25%在周日看診，依區域、偏遠的情形有所不同，原則上都會區醫療資源豐富，假日看診比例會比較少。醫療偏遠地區假日看診比例會比較高，中南部亦同。都會區剛開業的診所或看診量無法維持的診所，他一定會看週六週日，否則就關門大吉。全聯會樂意與各分區及健保署合作監控點值，不會影響民眾就醫權利。

林代表昭吟

想要澄清一下 25 天有點像月合理量的感覺

主席

原來看診日數 25 天算成 30 天，現在是超過 25 天，還是以 25 天月合理量計算。

陳代表宗獻

如果我的診所看診 25 天，1200 人數，26.27.28.29 還是會繼續看診，因為合理量吃不飽，原來乘 30，現在乘 25，如果連 25 都吃不到，還是要開診。我們有計算過，看 25.26. 27.28 很少，30.31 很多，可是統計發現，30.31 天的不是小戶，總件數是反倒是 25 天的 1.5 倍。新制是希望那些需要花很多時間看病的醫生及科別，能有一些補償。

連代表哲震

主席不用擔心診所當醫生的看到一個量夠了就會休息，門診的時間都是固定的，不可能讓病人撲空，撲空久了就不來啦，這種事情很少發生在醫界

主席

今天蔡委員有來，每年的七月有評核會，如果基層量少勢必跑到醫院急診，看蔡委員有何看法？最基本的建議是說不會影響，是否每個月做追蹤，在協商議事會議提出統計數字，假日.週六週日看診不得低於之前水準，要有這樣的 promise，怎麼調整，健保署沒其他意見。

蔡代表登順

我相信此案在西醫基層討論很久，也有不同意見，因為看的科別不同，有難易度。有的看診速度快，有其特殊性；有的科像婦科、外科看的時間比較長。病人看診心裏不舒服，抱怨掛號慢、領藥慢、看診快 2~3 分鐘就出來，一般反應都這樣。你們說維持中平為原則，健保署看來總點數會增加，雖然不影響總額，但點值會下降，到時又抱怨點值給太差。我們也不希望醫界拿太差的點值，也無此用意。健保署算出的數字有其根據，我們也尊重健保署核算出來的結果。如要推動，醫界也有共識，非常不容易，五月提出又撤案，我們也不好站在反對立場，要共同承受總點數增加，浮動點值會下降。看診日數部份調整月合理量以實際看診日計算，我支持。希望兼顧到就醫可近性，站在消費者立場，希望身體不舒服，隨時可到診所有醫師看診，因為診所是最方便的，醫院不見得方便，花費更大。希望就醫可近性能提升。

陳代表宗獻

感謝蔡委員很理性、深入了解我們的狀況。蔡委員站在推動就醫可近性的立場，我們會在每年的評核會提出檢討。我們有信心不會（增加點數，或減少看診日數），每個人都 25 嘛，如果有的話，全聯會盡力消弭化解。2.1 億部份如果調整後還有，希望在後面那一段 70 人部份調輕。

蔡代表登順

表示細算出來點數不會增加，如果原則上承諾點值不會降低，我個人代表就更支持。但假日看診及就醫可近性部份一定要落實。

蔣代表世中

一定會考慮到中平原則，浮動點值已造成台北、中區影響很大。委員也很在意，預估影響到的是每月 2400~4500 人次，影響到 10~20 元，90 點變 70 點，大概減少 2.4 億，最後的數據請健保署試算，全聯會也不希望調整造成點值衝擊，影響到其他各區，這點請委員放心。全聯會將來在評核會與健保署合作監控，如果發現異常，可以協助改善。

林代表昭吟

第 1. 比較關心假日看診及就醫可近性部份，主席所提假日的急診量是否有改變？將來作為監測的一部分。第 2. 資料附表 3，自 102 年看診天數大於 25 天的診所數量多。明年底或 105 年初就知道這樣的比例。看看假日醫院的急診量是否增加及看診天數大於 25 天的診所數量會有何改變？並建議可以此二項數據做為新制評估的指標。

藍代表毅生

六區之中只有中區實施科管理制度，前提是週休 1 日，月休 4 天，不限哪天休息。實施已經超過 7 年，我們的可近性、民眾滿意度不比其他分區差。某些新開業的診所，想增加看診量的人會自動選擇別人休息我看診，相對的人次較多，形成自然平衡。以中區經驗提供全聯會參考。

李代表昭仁

此案其實已講 n 年，好不容易全聯會終於達成內部共識，我們很珍惜，也希望長官根據這個做出好的考慮。蔣醫師所提超出的額度從另一方面扣除，這方面要細算。林老師所講的非常贊同，也許明年可看到成果。各位一直關切假日門診可近性，其實沒有醫師量看到就不看，在偏遠地區的醫生其實很辛苦，365 天全年無休的醫師很多，甚至只休 2~3 天還找代診醫師。公會辦活動，教育訓練，醫師都很難參加。各位不必擔心沒醫師看診。

梁代表淑政

現行看診天數超過 25 天以上，就可以報 30 天，是鼓勵醫師多的看診天數，全聯會所提的看診天數超過 25 天只能報 25 天，就字面看似乎是不鼓勵醫師看診天數多，會讓民眾誤會，引起假日不看診的問題。這部分是否就以實際看診天數申報，不要設 25 天的上限。另外有增加費用部份，全聯會將再自行規劃如何讓預算中平，因此，這案子是否就先帶回去試算再議？另外目前評估資料，看不出來對城鄉就醫可近性的影響。

陳代表宗獻

中醫最多以 26 天計算，上去就沒有了。我們上去還有。

梁代表淑政

它的就醫率及覆蓋率與西醫不同

陳代表宗獻

以前沒有合理門診量是論日的，大家拼命看，到 70 個就不看了，因只有 50 元。所以每天看 70 人，晚上休息。隔天繼續看，看到 30 天。變成競爭的世界，完全無法 control，之後申報診察費點數很難預計，等於逼死大家一定要看 30 天，少看一天就少算合理量。之前有拜訪謝委員，提出新方案 22 天算 30 天，委員說 25 天算 30 天就很過份，我若同意 22 天算 30 天，出門會被民眾打。我建議請委員思考：若論日計算，會出現的狀況。

文獻報告，78%在假日看病的病人是不需要看的，11%的病人多數是老

人，平常日在看慢性病的，有錢、自認身體健康的人在假日看病用的量反而最大。所以（點值）會從未段處理到 balance。

蔣代表世中

補充說明：衛福部所考慮的，第 1. 總額以中平為原則，以 2401~4500 人次算，從 90 點變 70 點，是大家的共識點。第 2. 民眾在城鄉的差距，都會區開診率一定低，因旁邊有醫院。鄉村偏遠地區確實開診率一定高。我們會分組做監測，與健保署合作做 monitor 監測。

張代表志傑

一個簡單的想法提供各位參考：醫生一個月看 25 天或看 30 天，哪個看診品質會比較好？現在企業鼓勵員工休息，公務人員休假，醫生為什麼都不休假？應該鼓勵醫療院所適度休假。

陳代表宗獻

一開始強調波特的看法，事實上我們是在總額內做移動，同樣的一群醫師，怎麼會改變醫療行為和看診型態？

林代表昭吟

全聯會提出確實是移動的部份，是否要移動這麼大？超過 25 天，以 25 天來算，是不一樣的方式，如果回歸大家都一樣月合理門診量，以實際看診日計算，不鼓勵、不限制多看天數的。

陳代表宗獻

基本上認為多看天數的是？

林代表昭吟

讓他選擇要衡量，滿足 700 人次以上，不設限 25 天以上以 25 天來算。換言之，採每日合理門診量方式計算。

陳代表宗獻

其實他看 30 天還是有 pay(50 元)，如果看 2100 人，看 30 天是沒有影響。

林代表昭吟

原本第一階段，看 26 天，按實際算乘 26，現在每月看診超過 25 天以上以 25 天來算，就是乘以 25，對嗎？

陳代表宗獻

你要這樣講，我要 1 年半才有東西出來，因 base 不同，算法是不同。

林代表昭吟

其實差異不大，大家都以實際天數，日合理門診量計算，也是有拉下來了，原本 25 用全月份用 30 或 31 來算，改成看 26 以 26 來算月合理門診量計算，也是有降下來了。

陳代表宗獻

我們有想過，如此就無法預估醫師的醫療行為，因為 26*26，27*27，30*30，那個會一直墊上去，就醫次數以沒有慢性病、重大傷病、自認健康的人，一年平均看 11 次。

林代表昭吟

中醫現在以 25 或 26 日計算，在同樣健保系統，盡量不要讓制度太複雜，可能比照中醫現在方式先試辦 1 年看看，做一個對照。另外如果有不同制度，例如 26 天有 26 天的算法，27 天有 27 天的算法，就會更複雜，將來要修正會很麻煩。

陳代表炳榮

今天醫界難得有共識，綜合有兩個問題，1 是總額錢的問題，醫界承諾 2.1 億把它抹平，不會有點值的問題，這部份應該 OK。2 是就醫可近性的問題，剛才報告發現基層的開業醫師幾乎往聯合診所方式處理，聯合診所不會只開 2 診，或只看早上晚上，也不會一天只開 8 小時，總是希望每天開門，絕對不會周日不開診，像這種情形可近性會降低嗎？我覺得一定會增加。代表說要做 monitor，我們有很大的信心。錢與可近性的問題都解決了，希望各位代表能讓醫界有一個滿意的結果帶回去。

蔡代表登順

醫界有共識不容易，我們當然給予尊重。但你們在文字表達部份有些問題：「調整月合理量以實際看診日數計算」，後面又加這句話是矛盾的，「每月看診超過 25 日，以 25 日計算合理量」前一句與後一句意思有矛盾。

陳代表炳榮

前一句是指看診低於 25 天的，後一句指超過 25 天的，其實意思不衝突。

陳代表宗獻

同意委員所說：加一句「但上限以 25 日計」。

李代表昭仁

所以請委員詳細解說，語句上稍微修飾。

陳代表宗獻

蔡委員，我們在做的是好的方向，如果有一點點不一樣的地方就去處理它，追蹤可近性就好。

蔣代表世中

這比照中醫所寫，寫 26 日，做適度調整『調整月合理量以實際看診日數計算，但上限以 25 日計。』但中醫寫『每月看診超過 26 日者含，以 26 日計算合理量』，在文字上的疑義可以解決。

蔡代表登順

蔣醫師講以費用不增加、預算中平為原則，你們會調整。就醫可近性，於假日看診都可以兼顧到，不會有假日找不到醫師的狀況，如果這方面能夠做得到，我是尊重我們西醫基層的共識。

主席

大家還是在意假日開診的問題，醫界代表的承諾，我們會每個月監測。例假日開診的比例要維持以往的水準，如果有下降，要恢復原來支付標準的規定。

陳代表宗獻

如果有明顯下降，我們全聯會處理，讓他們看的到醫生。回復到原來也包含在內。

主席

本案實施後請定期監控醫院假日急診量、診所每月看診天數分布及診所例假日開診率，如診所例假日開診率明顯低於目前水準，則回復現況辦理，請依程序辦理後續事宜。第二案討論到這邊。

2. 討論事項第三案 「104年西醫基層總額品質保證保留款實施方案」與會人員發言摘要。

主席

請醫管組劉科長補充說明，針對補充說明，與會代表對104年品質保證保留款實施方案的內容是否要提問？

陳代表宗獻

圖表資料103Q1的查詢比率0.0418與103Q2的查詢比率0.0244應該是顛倒！我們的目標值合不合理，根據張麗雲教授在「就醫行為的潛在類型」2002年的研究資料，訪問二萬多人，57.09%是該月零就醫，就醫1次的17.6%，大於1次的23.7%，重度使用的0.8%，所以雲端藥歷要查的是那0.8%，Q2的查詢比率4.18%。我是家庭醫學科，慢性病患多，查詢率在10%，只要看健保卡就知道，一年看5次，有4次是在我這看的，查詢是假動作，真正慢性病病人需要查的，比例絕對不是20%。我們鼓勵雲端藥歷，但不要放進來。像皮膚科、復健科要怎麼辦？如果是內科、家醫科，依個人經驗需要查的，不超過10%。

周代表慶明

呼應陳主委的講法，像有些科別，慢性病的病患少，根本不需查雲端藥歷。像我是耳鼻喉科，就沒有慢性病的病患，所以我不知在雲端藥歷查什麼？像復健科、皮膚科、小兒科、耳鼻喉科很少開慢性病的藥。核發品質保證保留款資格是否要修改？在台北區執委會通過：新開業會員依看診月數比例，核付品質保證保留款。例如，只有新開業半

年，就給 6/12 的品質保證保留款，保障新開業會員的權益。

張代表嘉訓

這是貴署的政策，我個人非常認同雲端藥歷的想法，減少病人重複用藥，減少浪費，對點值也有幫助，也是為了病人安全及醫療品質，但覺得不能將政策當成獎勵處罰的指標。要去瞭解病患過去用藥的歷史，該看的就去看，不應以點擊率呼應健保署的要求。20%有何意義？在 HIS 上面都有。為了品質保證保留款，每 5 位就按 1 次，有意義嗎？個人非常反對以雲端藥歷點擊率給你品質保留款。2. 有科別歧視的問題：婦產科 100 個不用查到 1 個，以雲端藥歷點擊超過多少比率給你品質保留款是對科別（耳鼻喉、小兒、皮膚、骨科、復健）最大的歧視，我婦產科絕對反對。不要以此強迫醫界怎麼做，發想雖好，但要尊重醫界的專業。

藍代表毅生

我是外科，品質保留款是改善照顧病患的醫療品質，在處理病患傷口前還要點閱雲端藥歷，一般不會用到。反而因為查詢系統延誤，病程看診時間相對變長，病人覺得滿意度更低，這是外科的痛。

張代表志傑

以資訊的角度，可以做到 100% 的點擊率，只要安裝程式在掛號系統，就可自動登錄，這樣有意義嗎？改 HIS 系統就可以做到。

吳代表國治

實在看不出點閱雲端藥歷就算品質？雲端藥歷可以控制病人用藥重複率，如果把病人用藥重複率過高當品質(指標)還可接受，把看雲端藥歷當品質(指標)就不對了，健保署的苦心，各業務組都有壓力，北區業務組發函給所有院所：在 12 月底以前，一定要去看 10%，不然要抽審。我去查證，它們說沒這回事，但文字就是要抽審。代表已經很難做還被認為失職，在操作上應為代表考量。

何代表活發

從健保卡處方寫入的紀錄，就可以看到前兩個月的慢性病處方，不一定要從雲端藥歷查詢，當初的設想為了減少用藥重複的情況，但對有些科別及醫師造成許多不便。不贊同以雲端藥歷查詢率當作評分的依據。

夏保介醫師(陳代表夢熊代理人)

實際用雲端藥歷還不錯，但幾天前的資料又可能不在雲端藥歷，可能沒寫入或修改或可寫入但匯入時出問題。還要考慮醫療科別差異性。尤其是小兒科前一天用藥已磨粉，無法因重複用藥而保留到隔天再用，若要因為看電腦雲端藥歷時間變長，造成病患不耐等候，常起衝突。

王代表錦基

重複拿藥的病患也有一些責任，尤其慢性處方箋病患不用付藥費自付額，所以越多越好，我們都知道重複用藥不但危險又沒意義，責任全歸醫師並不公平。病患需負擔自付額，自己就會在意用藥有無重複。覺得不該用雲端藥歷點擊率來看，資訊廠商在問我們是否需要 100% 的點擊率，只要在上傳之前做批次檔就可一次解決。我認為病患要增加慢性處方箋自付額，關心自己用藥情形。

醫審藥材組王專委本仁

1. 西醫慢性病案件比率不只 10%，印象中約有 30~40%。
2. 雲端藥歷的功能，提供就醫病人之診斷及用藥情況，避免重複用藥提升用藥安全。雲端藥歷提供工具，幫助臨床醫師瞭解病人病史。
3. 建議仍保留查詢雲端藥歷的指標，品質保留款方案有 5 項指標，但若考慮各科醫療之差異，建議評估如果 5 項取 4 項，任 4 項做的很好即可得滿分的可行性。

張代表孟源

1. 醫界表達的就是醫療的必要性，根據個人資料保護法，考慮到病人權益，如有醫學的必要性，我們查詢病人資料並利用，依第 6 條是可以的。假如是為達到 20~30% 的數據，就違背個人資料保護法的精神。

有醫療的必要性，醫生自然會查。如果有些科醫生認為沒必要性，依其專業，一定盡全力照顧病人。是否要訂 20% 的門檻，有商榷的必要性。

2. 醫療機構代碼變更，視為不同的開業主體。陳情案是我幫忙寫，耳鼻喉科診所在同地址、醫師及招牌沒變，只因原負責醫師出國，更換另位負責醫師，就不符合品保款發放資格，請衛福部在法、理、情的考量，為了提升醫療品質，在相同地址、醫師及招牌狀況，視為相同的主體。等於鼓勵更多醫師提供更多醫療服務。以上 2 點，希望署方考量。

蔡代表登順

醫界提到重複用藥、增加用藥量，超過部份，病人自付額提高，我完全不能接受。醫師是專業，經診斷開藥。病患無理的要求可以拒絕。重複給藥是不可以發生的事，給藥的醫師要負責。

張代表嘉訓

聽到醫審及藥材組的解釋，我個人不同意。他說雲端藥歷是病史，醫生看病問病史，應該定 100%！怎麼訂 20%？雲端藥歷不是病史。感謝健保署設置雲端藥歷，讓醫師有個管道很即時知道病人過去用什麼藥？醫師看診他覺得有需要就會去查雲端藥歷。這與醫師科別有很大的差異性。訂 20%，有些科別達不到。雲端藥歷有其侷限，最近發現資料輸入有時間差，反而看不到。查詢健保卡過去 6 次就醫紀錄，反而看的到資料。雲端藥歷查詢率這指標，請健保署再做考量。

林代表昭吟

雲端藥歷可減少重複用藥，對費用與品質的控管有幫助。查詢雲端藥歷：第 1. 有必要性。第 2. 大家對此制度並不熟悉。希望能先對制度加以熟悉，故先以查詢作為品質指標應可理解。從前慢性處方箋釋出也被當品質保留款的指標。若雲端藥歷在品質與成本有不錯的效果，也可視為品質保留款的指標。至於查詢率是否要一次訂到 20%？102 年 Q4 到 7%，若暫訂為 10%，也可讓醫生們先熟悉這制度。

主席

大家在意因科別會有不同的雲端藥歷查詢率，方向上對病人是好的，建議5個項目選4個項目，雲端藥歷查詢率項目保留，但每個項目配分仍維持25%。

陳代表宗獻

建議雲端藥歷查詢率訂為10%，因家醫科也差不多10%。

吳代表國治

我不贊成改10%，應該以用藥重複率要小於多少，才是有品質。看雲端藥歷說是有品質，邏輯上說不過去。

主席

雲端藥歷主要功能在跨院去看，您講的可能是自己診所之間，跨院有些沒辦法算到責任範圍內，鼓勵跨院要去看，對病人也是好的。

醫務管理組張專委溫溫

建議每個品質指標核發權重各25%，最高以100%計，第5項查詢率目標值以10%算，5項有4項達標就OK。

陳代表宗獻

我贊成這樣，建議署不要對自己期待太高，如果真正的查詢率有10%就夠了。

主席

104年先訂10%查詢率

蔣代表世中

5項有4項達標，第5項查詢率大於10%。

陳代表宗獻

可否分訂慢性病科別及非慢性病科別。

醫務管理組張專委溫溫

如同醫界所說差異性很大，建議改成權重各 25%，最高以 100%計，第 5 項查詢率以 10%算，就符合權重。

張委員提到：「狀況特殊」很難認定，還是以 12 個月計，指標之一：年平均就診次數，大家都一致。建議核發資格為當年度，醫療機構代號變更，即為不同的開業主體，分別計算。還是要回歸規定辦理。

林代表昭吟

前面的指標已多次討論，每年指標在更動，前四項指標已有基礎，現在 5 選 4，擔心忽略前面指標。第 4 項指標已多次討論，希望大家小心登錄處方，才有處方登錄差異率，現在鬆綁，之前建立的基礎會失去。這指標是漸進累計，希望可以保留。新增的指標門檻可以降低。因為此指標還有討論空間，不是所有科別都適用，再回去思考調整。

醫務管理組張專委溫溫

向委員報告：差異率 8%，執行有改善。增加第 5 項，確實科別的差異很大。擺在這，希望在政策上能引導，建議這個項目還是擺進來。

陳代表炳榮

資料第 57 頁第 7 點，『有關品質保證保留款實施方案(草案)，柒、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。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。』

前後敘述不一致，後面這句「屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。」留下來，等於全盤否定，與全聯會共同研訂都沒意義，等於都不用談了。

梁代表淑政

不好意思，文字讓大家產生誤會。因後面附表的計算係屬於細節的部分，就不需要到主管機關核定。為了提高行政效率，屬執行面的部份，大家在此會議確認 OK 了，就直接由保險人公告即可。

陳代表炳榮

所謂執行面部份可否明列？這草案就是所有要執行的項目，執行面就是可以去經營，去修正公告，上面談這麼多就沒意義了。希望能明列執行面的項目，何種表格、統計資料？

梁代表淑政

這部分在核定的時候，再考慮文字怎麼修訂。

主席

林老師考慮的部份，我們先執行看看，如果原來的指標又變了，再來做調整。

如果大家沒意見，第三案討論到這裡。

討論事項第四案 「104 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)」與會人員發言摘要。

主席

有先與醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會研商，醫院的研商議事會議也有通過，與會代表對修正重點有無問題？

徐代表超群

10月23日與健保署充分溝通，花一個下午逐字來審查草案，如果沒什麼特別，是不是就照這樣通過？

林代表昭吟

減少的5個地區，為什麼減少？是沒符合原來的標準？

醫務管理組張科長美玲

這5個地區有與各分區業務組及當地衛生局討論過，例如大溪去年有做一年，但是後沒這必要才減少。

徐代表超群

老師，請看資料第 90 頁，上面有說明 5 個鄉鎮刪除的原因。

張代表嘉訓

新北市衛生局曾與我談過：雖然醫缺地區有個標準，但有些特殊地區很缺某一科的專科醫師，例如八里區沒有眼科診所。貴署可以考慮在特殊的狀況下，雖然不屬於真正的醫缺，可是依當地民眾照顧需求，可以比照醫缺方式，允許特殊的專科診所設立，條件比照醫缺。

主席

明年再來考慮看看，有些是當地衛生局支援，我們同意論量部份，衛生局補足論次。

張代表嘉訓

地方衛生機關提出建議與需求，在大會中請我轉達：在辦法內加此條，若有人願意去開業，不管病人數有多少，可以保障與醫缺一樣的條件。現在的做法是衛生局請醫院支援特殊的專科醫師去，但醫院的專科醫師出現人力調配的問題，當地民眾就得不到這方面的照顧

主席

請新北市衛生局來文再研究，有其特殊的情況。原則上這方案暫時不去做修正，第四案大家如果沒有其他意見，就照原來修訂內容通過。

討論事項第五案 「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案 與會人員發言摘要。

主席

- (一)家醫計畫修訂案本組於 103 年 10 月 23 日先與全聯會召開會前會討論，
- (二)僅有部份項目尚未溝通，請張益誠專員予以說明。

醫務管理組張益誠專員

有關 103 年 10 月 23 日「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修

訂案會前會，是日會議對大部份內容已充份討論溝通，且獲得初步共識。囿於時間限制，對於未討論之項目，說明如下：

(一)加強擇優汰劣

1、退場標準提高：

(1)評核指標未達 65%者(原來 60%)，應退出本計畫。

(2)評核指標介於 65%至 70%者(原來 $60\% \leq$ 評核指標 $< 65\%$)。

(3)第 2 年仍未達 70%續辦標準者(原來 $< 65\%$)，應退出本計畫。

2. 預防保健指標提高標準：將成人健檢率、子宮頸抹片檢查率及老人流感注射率，會員接受該等服務 \geq 較需照護族群 65 百分位數(原標準為 60 百分位數)得 5%； $<$ 較需照護族 65 百分位(原標準為 60 百分位數)，但 \geq 較需照護族群 55 百分位數(原標準為 50 百分位數)得 3%。

(二)修改會員滿意度調查問卷評分標準：修改附件五第 1 題若「會員不知道自己是本計畫最優先要照護的會員」，以前得分是 0 分，104 年則扣 10 分。

主席

(一)本計畫於評核會扣減 2000 萬，104 年預算為 11.8 億元。

(二)評核會委員建議本計畫加強擇優汰劣機制，所以本次計畫修訂亦符合委員之意見。

(三)最近立法院審查衛福部及本署預算時，要求本署於執行家醫計畫讓民眾有感，讓病人瞭解計畫內容，進而獲得最優質的醫療照護，所以本署才會將相關指標做嚴謹的調整。

(四)對於本計畫修訂案，請全聯會陳宗獻代表表示意見。

陳代表宗獻

103 年 10 月 23 日「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案會前會討論結果，大部份未獲共識，僅有一小部份有共識。雙方未有共識的項目包括：

(一)新增指標醫療群內至少一家診所完成「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」教育訓練並申請加入方案或提供「全民健康保險在宅醫療服務」，本項指標困難度高不易達成，「安寧居家療護」目前是由安寧療護學會負

責，課程安排包括上課及實習，診所沒有醫師願意參加安寧療護課程。

- (二) 安寧療護於基層診所執行是很大的問題，因安寧療護涵蓋範圍太廣，包括臨床醫學、心靈照護、社工及宗教信仰等等，基層診所僅能提供止痛醫療服務，無法提供病人實際需求。另因基層部門尚未準備就緒，基層部門是否辦理安寧療護仍有待討論，若要列入指標，內容則需再修正。
- (三) 有關「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」教育訓練並申請加入方案乙項，建議修訂為參加教育訓練，不必「申請加入方案」。
- (四) 「子宮頸抹片檢查率」指標較特殊，部份醫療群沒有婦產科，建議維持 103 年目標值。至於成人健檢及老人流感注射之推動，醫療群將會全力配合。
- (五) 家庭醫學會建議教育訓練將雲端刪除，並非全聯會之意見，特予說明。
- (六) 有關增加績優醫療群自行收案上限(原 200 名增加為 300 名)乙項，會員建議不要再增加，因收案人數增加給予病患照護程度亦會被稀釋。

蔡代表登順

本人以為本計畫修訂案只有部份項目沒有共識，但從陳宗獻代表說明，發現雙方意見分歧甚大，建議退回重新處理。

另在宅醫療及社區安寧，基層是否適合有能力這塊？要給答案。

陳代表宗獻

當然不適合。

主席

- (一) 陳宗獻代表所提意見其實不大，我們再聽聽其他代表之意見。
- (二) 有關「安寧居家療護」及「在宅醫療服務」兩項是政策鼓勵項目，加 5% 是鼓勵。

林代表昭吟

建議先由陳宗獻代表說明，因全聯會是調整目標值百分位數及教育訓練方式，而教育訓練是上課或申請加入方案。

陳代表宗獻

會議資料第 116 頁，有關修改會員滿意度調查問卷評分標準：修改附件五第 1 題若「會員不知道自己是本計畫最優先要照護的會員」，本項刪除理由為病人需要來看病才會知道自己是會員。我們醫療群會寄健康照護手冊給病人，這是 3-4 月的事情，7-8 月來看病才知道是會員，若健保署於 7 月前調查，病人不知道自己是醫療群會員，則扣 10 分。

以前家醫計畫是病人要到醫療群簽同意書，而現在病人是指派的，既然是指派，就等病人來看病，才告知病人是會員身份，但有很多會員一整年均未有就醫紀錄。

張代表孟源

會議資料第 129 頁，子宮頸抹片檢查率部份(30 歲以上女性會員)，有些高齡的奶奶仍被列入子宮頸抹片檢查之族群，本人請教過婦產科醫師，65 歲以上再做子宮頸抹片檢查，是沒有意義的。本項檢查為 30 歲以上女性會員，年齡並無上限，建議訂定年齡上限，讓指標執行趨於合理。

主席

有關子宮頸抹片檢查年齡上限之規定，本署會與國健署確認。

張代表嘉訓

(一)剛張孟源代表詢問過我的意見，陳宗獻代表亦提出，子宮頸抹片檢查達成率，特優的也很少超過 65%，本次計畫修訂為 65%，恐很難達到目標值。台灣民風保守，高齡 70 歲以上的奶奶參加醫療群，要求她們做子宮頸抹片檢查，其實不符實際需求，若能將年齡限縮，或許子宮頸抹片檢查達成率會較高。

(二)至於「在地安寧療護」，我們非常認同，但基層準備好了嗎？對於好的政策之推動，應該循序漸進，而非突然修改指標項目，讓大家

措手不及，建議 104 年修訂案不要將「安寧療護」列入指標項目，若要納入，教育訓練部份較易達成，而加入方案困難度很高。若醫療群內至少一家診所完成「居家療護」教育訓練並申請加入方案之規定，將影響組醫療群之意願。

夏保介醫師(陳代表夢熊代理人)

- (一)有關「安寧療護」教育訓練課程需要 2 天 18 小時，並支付相關學會 10 萬元，還要再臨床實習，考量訓練時間長，且費用昂貴，我們雲林縣決定不辦理「安寧療護」教育訓練。
- (二)「會員不知道自己是本計畫最優先要照護的會員」，除了要扣 10 分外，還要再倒扣 10 分。子宮頸抹片檢查率沒有到 65%以上要扣 5 分，這樣很難達到 70 分，大家達不到就準備退場了。

主席

- (一)有關部份代表對子宮頸抹片檢查率原標準為 60 百分位數調整為 65 百分位數有意見，本署同意子宮頸抹片檢查率維持 60 百分位數，其他指標項目則請配合調整。
- (二)子宮頸抹片檢查率維持 60 百分位數，年齡部份不要調整。

張代表孟源

70 歲以上高齡婦女執行子宮頸抹片檢查，是沒有意義的。

主席

- (一)104 年子宮頸抹片檢查率若維持 60 百分位數與 103 年原來基礎相同，年齡就不要再變動。
- (二)新增指標醫療群內至少一家診所完成「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」教育訓練並申請加入方案或提供「全民健康保險在宅醫療服務」，參照部份代表意見，暫不列入指標。
- (三)有關增加績優醫療群自行收案上限(原 200 名增加為 300 名)乙項，考量會員照護品質，績優醫療群自行收案上限維持原 200 名。
- (四)會議資料第 116 頁，『修改會員滿意度調查問卷評分標準，若

「會員不知道自己是本計畫最優先要照護的會員」，則扣 10 分』乙項，參考代表建議，修改為 0 分，即是本項指標不倒扣。

林代表昭吟

剛有代表提到「安寧療護」教育訓練課程需要 2 天 18 小時，本人很想知道課程內容。基層可以執行「在宅安寧療護」相關項目，如 DNR 簽署、器捐等等。DNR 簽署及器捐在醫院推動，但成效不彰。若基層診所醫師受過「安寧療護」基本教育訓練，讓民眾也有這些想法，減少病患末期之無效醫療。

陳代表宗獻

有關「安寧療護」現由單一學會所把持，若由全聯會與健保署共同研擬「安寧療護」教育訓練課程，會鼓勵更多人關注「安寧療護」領域的內容。對學會而言，這是千萬的商機。

主席

有關新增指標『醫療群內至少一家診所完成「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」教育訓練並申請加入方案或提供「全民健康保險在宅醫療服務」…)』乙項，同意將「並申請加入方案」文字刪除。另本項做為加分鼓勵項目。

陳代表宗獻

新增指標『..安寧居家療護」教育訓練或提供「全民健康保險在宅醫療服務」)』乙項，權重太重了，建議調整為 3%。

主席

- (一)新增指標『.. 「安寧居家療護」教育訓練或提供「全民健康保險在宅醫療服務」)』乙項，權重 5%，是額外加分鼓勵項目。
- (二)本計畫修訂案部份有疑義內容，則依剛才討論的結果辦理；另在會前會有共識的項目，就不要再變動。

討論事項第六案「104年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」(草案)與臨時提案有關修正「西醫基層總額跨區就醫結算方式」案與會人員發言摘要。

陳代表宗獻

103年我們提出4億當風險基金，今年我們把風險基金拿掉，把跨區就醫點值，原來是前季全國浮動點值，改成依投保分區前季浮動點值計算，這樣可避免沒有錢、點值低的分區還要去補貼點值高的分區；我們全聯會已有經試算過，也經各分區同意。

蔡代表登順

醫院總額跨區也是調整為前季全國浮動點值計算。

蔣代表世中

1. 原本跨區就醫是採就醫分區浮動點值支付，以前台北分區浮動點值只有0.80，如果台北分區投保人跨區到南區就醫，南區點值0.99，台北才拿0.80，就要額外付給南區更高，後來改全區，一樣要再貼補錢，雖然比較少，但是台北分區都還要再貼補2億多的錢，這樣是不公平的，我們都有計算它的差異。
2. 另外，西醫基層一直希望東區點值可以穩定，雖然東區人口少，但是希望點值可以維持在1.0左右，讓東區的基層服務維持穩定，所以104年提撥5千萬給東區。
3. 第3點，西醫基層102年有一些因違約的款項被扣除，104年我們依各分區被扣額度的30%再扣一次，例如台北扣500萬、南區扣500萬，主要是希望各分區可以好好宣導與控管，落實負責，104年主要是做這3項校正。

梁代表淑政

請問，減列金額是用在那裡？

陳代表宗獻

104年只將30%的減列金額當成分區責任，由各區自行負責，其它

70%還是大家一起分擔，減列金額會再依各分區預算占率分配至各分區。

主席

本臨時提案，原則上尊重醫師全聯會的共識，跨區就醫結算方式，104年改成依前季投保分區浮動點值計算，關於討論案第6案，請溫溫專委補充說明一下。

醫務管理組張專門委員溫溫

如蔣代表所說明，104年最大的不同，第一是沒有依103年的方式先提撥4億元做為風險基金來補點值，而是先移撥5千萬給東區，跨區再採前季投保分區浮動點值計算方式等，來補助點值較低的分區；第二是將各分區違約扣款的錢，依30%扣減後，再依各分區預算占率回歸至各分區。

主席

有關104年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式，原則上也是尊重醫師全聯會的共識，本案依全聯會共識意見通過。

陳代表瑞瑛

第115頁有關新增指標安寧居家療護部分，非常同意全聯會意見，安寧的費用就是這麼貴，而且一定要在有安寧病房的醫院實習兩天，請問診所的醫師怎麼可能做到？如果衛生福利部的政策，是要把安寧居家也推展到基層診所的醫師都要一起參與，就不能讓安寧照顧協會全部把持，我相信所有的基層診所醫師做不到。

蔣代表世中

同意陳代表意見，第一個，絕對不可能達成，第二個，只有安寧照顧協會惟一在主導，第三個根本沒辦法落實，第四個經費太高，所以，是不是未來有可能健保署與全聯會、衛生福利部還是醫院協會合作，一起辦理學分班，也可以全國視訊，讓需要取得認證的醫師參與，不然，讓安寧照顧協會單一辦理，第一是經費問題，第二是時間問題。

陳代表瑞瑛

台大金山分院黃院長，已經幫忙訓練好幾個在金山開業診所的醫師做安寧，可是因為沒有證書，健保也不給付，所以他們是犧牲貢獻在做，我覺得這樣不合理，如果真的要落實，請健保署和衛生福利部好好思考這個問題。

主席

有關安寧居家訓練的部分，委員意見納入本署未來規劃參考，若各委員無其他意見，本次會議結束，感謝各位代表與會。