

# 「西醫基層總額支付委員會」101年第2次臨時會議紀錄

時間：101年12月5日下午2時

地點：中央健康保險局18樓會議室(台北市信義路3段140號18樓)

主席：蔡委員淑鈴

紀錄：楊耿如

出席委員：

王委員正坤	(請假)	莊委員維周	(請假)
王委員錦基	(請假)	陳委員宗獻	陳宗獻
古委員博仁	溫國雄 <sup>代</sup>	陳委員信雄	(請假)
何委員活發	(請假)	陳委員相國	(請假)
何委員博基	何博基	陳委員晟康	(請假)
吳委員首宝	(請假)	陳委員夢熊	賴靖文 <sup>代</sup>
吳委員國治	吳國治	黃委員柏熊	蘇美惠 <sup>代</sup>
呂委員和雄	(請假)	黃委員啟嘉	(請假)
李委員明濱	蔡有成 <sup>代</sup>	廖委員本讓	廖本讓
李委員昭仁	鄭英傑 <sup>代</sup>	劉委員文漢	(請假)
李委員茂盛	(請假)	潘委員仁修	潘仁修
李委員紹誠	(請假)	蔣委員世中	(請假)
林委員正泰	郭俊宏 <sup>代</sup>	蔡委員明忠	蔡明忠
林委員昭吟	(請假)	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
林委員華貞	林華貞	鄭委員悅承	鄭悅承
林委員義龍	(請假)	盧委員世乾	王榮濱 <sup>代</sup>
施委員肇榮	施肇榮	盧委員信昌	(請假)
徐委員超群	徐超群	盧委員榮福	盧榮福
張委員孟源	張孟源	賴委員明隆	賴明隆
張委員智剛	謝天仁 <sup>代</sup>	錢委員慶文	錢慶文
張委員德旺	張德旺	謝委員武吉	陳瑞瑛 <sup>代</sup>
梁委員淑政	梁淑政	鍾委員清全	(請假)

(依委員姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

行政院衛生署	葉青宜
全民健康保險醫療費用協定委員會	盛培珠
中華民國醫師公會全國聯合會	黃幼薰、陳弘毅、吳春樺 劉俊宏、陳哲維、程嘉蓮
台灣醫院協會	王秀貞、林佩菽、何宛青
中華民國藥師公會全聯會	林家瑜
本局臺北業務組	張照敏、李祚芬、范貴惠 丁香豔
本局北區業務組	楊淑娟、謝欣樺
本局中區業務組	陳麗尼
本局南區業務組	鄭嘉玫
本局高屏業務組	許碧升
本局東區業務組	(請假)
本局醫審及藥材組	(請假)
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、李純馥、張溫溫 王淑華、張桂津、鄭正義、 張益誠、林子量、賴宏睿

一、主席致詞：(略)

二、討論事項：

(一)案由：102年「西醫基層醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」新增指標「衛教宣導」之操作型定義及相關待確認事宜，提請討論。

決議：

- 1、「診所月平均門診申復核減率」、「診所之每位病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」3項指標，核發指標值以不超過100年度該分區所屬科別之90百分位。
- 2、新增「衛教宣導」指標，請中華民國醫師公會全國聯合會提供可執行之操作型定義，經雙方共識確認後辦理。

(二)案由：有關「102年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」(草案)，提請討論。

決議：

1、本方案主要修訂重點如下：

- (1)與會委員原則同意本方案102年度預定公告之施行區域，惟潘委員仁修表示原列於101年度施行區域之宜蘭縣頭城鎮雖醫人比不滿2600人，但確有醫療資源不足的問題，請臺北業務組再與宜蘭縣衛生局確認宜蘭縣頭城鎮是否繼續保留為本方案102年度施行區域。
- (2)執行本方案滿6個月，巡迴點每診次平均就醫低於8人次(不含)，應提改善計畫書或變更巡迴點，交本保險分區業務組核定。
- (3)新增申辦診所之專任藥事人員參與本方案巡迴醫療服務時，經向分區業務組報備同意後，得依本方案規定比照護理人員給予論次計酬獎勵。
- (4)修正執行本方案巡迴醫療服務之診所及醫事人員，不得跨縣市及健保分區，但經各分區共管會議同意得跨縣市執行本項服務者，不在此限。
- (5)參與本方案醫事人員應以執業登錄於申請方案之診所為限，醫師的部分，應以專任專科醫師為優先原則，但不具

專科醫師者，經各分區共管會議審查通過則不在此限。

(6)鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供新開業醫療服務：

A、每月保障額度 20 萬元。承辦本方案後第 13 個月起，若連續二個月未滿保障額度 50%，則自次月起終止保障，改僅以診察費案申報點數加計 2 成支付，至第 36 個月止。

B、執業醫師同時提供執業及巡迴醫療服務時，已接受前項 20 萬元保障者，其巡迴醫療服務之論次費用以 30% 支付。

(7)為鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供巡迴醫療服務，其診察費案申報點數支付方式，由原申報點數加計 1 成提升為 2 成。

2、前開方案將依行政程序送請行政院衛生署核定後，由本局辦理公告事宜。

(三)案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請 討論。

決議：

1、依據費協會102年度西醫基層給付費用總額及其分配決議「以家庭醫師整合照護計畫為主，納入診所以病人為中心整合照護計畫」辦理。

2、本次修訂重點摘要如下：

(1)擴大照護規模，以完整體系為目標：

A、合併「診所以病人為中心計畫」：於「家庭醫師整合性照護計畫」分社區醫療群及單一診所兩種型態辦理，繼續鼓勵診所執行全人照護。單一診所型態之醫師受訓資格

需比照醫療群，評核指標及配分沿用101年「診所以病人為中心計畫」指標，收案會員支付維持每人全年600點。鼓勵單一診所尋求合作醫院、設置諮詢專線，但102年不強制規定。亦鼓勵單一診所加入社區醫療群，分享既有合作模式，擴大照護體系。

B、依家庭醫學醫學會來函建議，家庭醫師專業教育訓練課程由24小時減少為8小時。

C、取消合作醫院受停約處分停止參與家醫計畫兩年之規定，另修改放寬當年度受停約1個月處分無需退出本計畫，以符合比例原則。

(2)增進醫病關係，增加忠誠診所名單連續性：較需照護族群名單中，慢性病個案門檻就醫次數，配合慢箋開立由5次降為4次，忠誠診所名單計算範圍改為連續2年，朝向慢性病個案增加，縮減非慢性病族群。

(3)加強醫療群對全人、全家的整合性照護，加強兼具過程面與結果面之財務責任：依據實際執行家庭責任醫師全人照護情形，每位會員至多申報250點，本項需於前半年執行完成，但不超過原來VC-AE所占385點權重，「家庭責任醫師全人照護評估單」依據家庭醫學醫學會設計格式，經全聯會與本局研議小幅修訂後併同計畫公告。

(4)醫療群品質指標計分方式，配合執行實務修訂。

A、急診率、住院率、固定就診率之進步率 $>0\%$ 可計分，急診率得3分，住院率、固定就診率得5分。另急診率指標權重由10%降為5%，住院率權重由10%增為15%。

B、預防保健指標，增加「未達應照護族群60百分位數，但高於應照護族群50百分位數」，得3分(滿分5分)。

C、轉診率較去年同期進步，得3分(滿分5分)。

D、滿意度調查醫療群提供份數由100份減少至50份，分區抽測20件減少至10件。

(5)基於預算有限，若超過專款預算，原本健康管理成效鼓勵VC-AE(385點)採浮動點值計算，改為績效獎勵費用(醫療群型態550點、單一診所型態420點)採浮動點值計算。

(6)退場輔導機制：評核指標得分未達50%，應退出本計畫。介於50-60%者，接受保險人分區業務組輔導改善，第2年仍未達60%續辦標準者，應退出本計畫。

3、前開方案將依行政程序送請行政院衛生署核定後，由本局辦理公告事宜。

(四)案由：基層每月看診合理日數建議25日改為22日以上案，提請討論。

決議：本案因相關作業尚未周延，提案委員撤案。

三、討論事項之與會人員發言摘要，如附件(第7~50頁)。

四、散會：下午5點30分。

## 附件

### 本會 101 年第 2 次臨時會議與會人員發言摘要

#### 討論事項一『「102年「西醫基層醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」新增指標「衛教宣導」之操作型定義及相關待確認事宜』與會人員發言摘要

主席蔡委員淑鈴

- 一、100及101年基層總額品質保證保留款均將「藥品明細」列為核發指標，落實資訊公開，亦讓民眾瞭解所服用的藥品。實施兩年來，幾乎所有診所均能提供「藥品明細」於民眾。醫師公會於101年11月21日「西醫基層總額支付委員會」提出「藥品明細」指標已達成效建議刪除，102年改新增「衛教宣導」指標，若診所提供衛教宣導，就可核發品質保證保留款，但是「衛教宣導」之操作型定義於101年11月21日「西醫基層總額支付委員會」暫予保留，希望醫師公會再提供「衛教宣導」指標之操作型定義至本會確認。
- 二、有關醫師公會所提之「衛教宣導」操作型定義共計4點，詳會議資料第2頁。
- 三、另 102 年品質保證保留款之「診所月平均門診申復核減率」、「診所之每位病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」3 項指標，醫師公會建議核發指標值以不超過 100 年度該分區所屬科別之 95 百分位。據本局統計後，建議核發指標值以不超過 100 年度該分區所屬科別之 90 百分位。
- 四、請醫師公會先就「衛教宣導」合格及不合格資格予以說明，避免日後再有爭議。

盧委員榮福

- 一、醫師公會所提之「衛教宣導」操作型定義如下：
  - (一)由全聯會提供三高(高血壓、高血糖及高血脂)衛教單張樣本，

或各診所自備該專科常見疾病衛教單張或各專科醫學會提供之衛教單張。

- (二)各診所應張貼衛教單張於診間，另由醫事人員衛教後交付病人並註記於病歷，以供共管會議審查參考。
- (三)本項資料由西醫基層總額各分區共管會議於103年2月底前完成審查，提供合格及不合格名單。
- (四)必要時行政院衛生署中央健康保險局各分區業務組及西醫基層醫療服務審查執行會各分會實施實地訪查。

二、前開「衛教宣導」操作型定義第(一)點執行沒問題；第(二)點現各科別均已提供衛教單張及張貼於診間，因呈現的資料困難度很高，建議不要做為核發標準。各診所提供的審查資料如張貼衛教的照片及病歷等，健保局亦需提供儲存空間。

張委員孟源

關於102年品質保證保留款之「診所月平均門診申復核減率」、「診所之每位病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」3項指標，核發指標值以不超過100年度該分區所屬科別之90或95百分位部分，請看會議資料第11頁，健保局是用六個分區做比較，註記科別為北區及中區復健科，我們建議是所有科別的95百分位，不能單以復健科做範例，請健保局以整體科別做考量，以達允當公平。

張科長溫溫

請看會議資料第2頁『102年品質保證保留款之「診所月平均門診申復核減率」、「診所之每位病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」3項指標，核發指標值以不超過前一年度該分區所屬科別之95百分位。』。以前基層總額核發指標均用前一年度資料，但全聯會來文表示，希望讓西醫診所先知道目標值，瞭解未來努力的目標，所以我們

配合提供100年度相關資料。品質保證保留款是由各分區各科自行比較，其中「診所月平均門診申復核減率」及「個案重複就診率」兩項指標之值非常低，90、95百分位，兩者並無太大差距。「診所之每位病人年平均就診次數」差異較大，台北復健科90百分位為5.35，95百分位為5.59；北區復健科90百分位為9.51，95百分位為22.5；北區復健科90百分位為8.3，95百分位為13.02；建議以100年度該分區所屬科別90百分位作為努力的目標。

主席蔡委員淑鈴

請參閱會議資料第2頁，核發指標值是計算至分區所屬科別。會議資料特別註記的復健科，所以95百分位顯然不合理。本局建議維持90百分位，請問委員是否還有意見嗎？

張委員孟源

- 一、有關102年品質保證保留款之「診所月平均門診申復核減率」、「診所之每位病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」3項指標，係以100年度為目標值，請列入會議紀錄。
- 二、指標之訂定，請不要僅看某區單一科別，進而影響整體判斷，故建議仍維持95百分位。

張科長溫溫

對於「衛教宣導」部份，因該項指標是由全聯會提供，本局原則上尊重該會意見，其中「..註記於病歷，以供共管會議審查」乙節，本局認為三高病人均需衛教，若非屬三高病人，認定確實有其困難度。所以「衛教宣導」操作型定義無法明確時，執行面會有困難，本項涉及錢的核發，請全聯會審慎考量後，再提供意見供本局參考。

張委員孟源

- 一、102 年要用「衛教宣導」或「藥品明細」當指標，個人尊重委員會的決議，可否先確認要採行何種指標，也請委員表示意見。
- 二、至於「衛教宣導」操作型定義，上次會議已有溝通，且「衛教宣導」不限於三高，醫師公會已函請24個專科醫學會，請就該科特定疾病，提供衛教資料。

盧委員榮福

- 一、100及101年將「藥品明細」列為指標，診所均有配合，若再繼續用已無意義。
- 二、以後「衛教單張」比照「藥品明細」作業方式，診所將重點衛教內容，腸胃科如B、C肝炎，寄到共管會議就算達到標準。

主席蔡委員淑鈴

請專家學者錢慶文委員表示意見。

錢委員慶文

「衛教宣導」指標無法量化，不同科別有不同想法，若將「衛教宣導」列為指標，恐會有麻煩，雖國家極力推廣代謝症候群之衛教，但其他疾病亦需衛教，衛教構想很好，但實際操作會遭遇很大的困難。就病人數很多的診所與病人數很少的診所來看，衛教時間與深入程度都差別很大，但無法以衛教時間長短證明衛教成效，所以不建議將「衛教宣導」列為指標。

徐委員超群

本人贊成錢慶文委員的意見。衛教每位醫師均有執行，但不易量化。衛教屬醫學倫理範疇，醫學倫理不能用錢加以衡量。因衛教不易量化

，如果討論不出能夠量化的操作型定義，我建議再以「藥品明細」當指標。

#### 蔡委員明忠

全聯會應有一貫的主張，既然選定「衛教宣導」為指標項目，全聯會所有會員就應支持。本項指標就是各科將該科衛教單張寄回，診所製作衛教單張，不可能不使用。第一年診所將所屬科別之衛教單張當佐證即可，就是鼓勵所有診所要提供衛教服務。量化部份就是寄回各診所所屬科別之衛教單張。建議從可執行的方向處理，較為妥當。

#### 謝天仁委員(張委員智剛代理人)

這個案子看起來沒有那麼急，請全聯會好好檢討後，認為適宜可行再提會討論，現提出全聯會推派的委員又有不同的意見，認為衛教宣導量化會有問題，這又何必呢？我的看法，現才101年12月，尚有很長的時間，全聯會為何不從長計議。本次臨時會提案很多，若非屬急迫性提案，則沒有必要討論。

#### 吳委員國治

- 一、同意蔡明忠委員意見，量化就是診所若將所屬科別之衛教單張寄回，診所最常被詬病的是，衛教做太少，若將「衛教宣導」列為指標項目，可導引基層診所往衛教方向努力，亦宣示將「衛教」列為品質指標項目。只要踏出這一步，意義就非常重大。
- 二、至於核發指標值以不超過100年度該分區所屬科別之90或95百分位部分，於「診所月平均門診申復核減率」、「診所之每位病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」3項指標中，僅有「診所之每位病人年平均就診次數」指標的95百分位出現異常，這應從管理面處理，本區復健科部分，我會進行瞭解，若有需要再予

以輔導。整體來看，95百分位的值仍屬合理範圍。

#### 錢委員慶文

- 一、醫師公會若要朝品質面邁進，則應選90百分位，而非95百分位，因95百分位太鬆了，檢定方式很多，不能直接從統計值來看，若要求品質，則要往中間靠，而非往邊靠。
- 二、請不再將衛教單張是否寄回當作核發基準，衛教目的在於讓民眾瞭解生活應注意事項…等，與其讓診所寄回單張，不如讓民眾當面蓋章，於醫療費用申報更方便。目前仍無法佐證衛教時間長短與民眾接收訊息之相關性。因「衛教宣導」於操作上仍有困難，且醫師公會內部尚無共識前，為避免爭議，仍建議不要將該項列為指標項目。

#### 主席蔡委員淑鈴

有關102年品質保證保留款之「診所月平均門診申復核減率」、「診所之每位病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」3項指標，核發指標值以不超過100年度該分區所屬科別之90或95百分位乙項，本項參採錢慶文委員建議，以不超過100年度該分區所屬科別之90百分位。

#### 張委員孟源

100年及101年以「藥品明細」當指標項目。建議102年將「衛教宣導」列為指標。倘大家仍有疑慮，102年可否恢復以「藥品明細」為指標項目。

#### 主席蔡委員淑鈴

- 一、品質保證保留款是希望從品質角度，於一般費用外，又額外撥付

的款項，是鼓勵的項目，所以需區分品質優劣，才是合理。若各家診所均核發品質保證保留款，就不是品質保證保留款核發的目的。錢慶文委員建議之90百分位，目的亦在於區分品質優劣，若用95百分位就回到通通有獎的概念。

- 二、「衛教宣導」是很好的概念，但操作不易。張孟源委員建議回到「藥品明細」，若是診所99%皆已符合核發資格，就不應該回到「藥品明細」，實不符核發品質保證保留款的目的，所以不贊成將「藥品明細」再列為102年基層品質保證保留款核發指標項目。

#### 張委員孟源

- 一、主席決議102年品質保證保留款之「診所月平均門診申復核減率」、「診所之每位病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」3項指標，核發指標值以不超過100年度該分區所屬科別之90百分位。
- 二、衛教是努力的方向，操作型定義是由診所寄到共管會議確認，若委員同意以「衛教宣導」為核發指標項目，操作型定義部分由醫師公會與健保局討論，並於下次支委會報告。

#### 主席蔡委員淑鈴

- 一、102年基層總額品質保證保留款之「診所月平均門診申復核減率」、「診所之每位病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」3項指標，核發指標值以不超過100年度該分區所屬科別之90百分位。
- 二、至於「衛教宣導」部分，同意列為102年基層總額品質保證保留款指標項目，惟因醫師公會提供之操作型定義，於執行面仍有困難，無法達到衛教的目的。本項請全聯會內部討論取得共識後函送本局，直接討論後定案。

## 討論事項二「102年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案(草案)」與會人員發言摘要

主席蔡委員淑鈴

請王淑華科長說明本案修訂重點。

王科長淑華

有關基層總額醫療資源不足施行區域之認定：

- (一) 依每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過二千六百人之鄉鎮(區)。除醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」之鄉鎮(區)。
- (二) 如係每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，低於二千六百人之鄉鎮(區)，惟經各縣市衛生局提供納入本方案施行區域，則巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點。
- (三) 102年刪除6個鄉鎮，新增11個鄉鎮。

主席蔡委員淑鈴

請各委員表示意見。

徐委員超群

醫師公會與健保局已先召開會前會，已獲初步共識，本案還有三點需在此次會議加以討論確認：

- (一) 會議資料第15頁，「有關執業醫師提供執業及巡迴服務時，若其每月所申報之論量及論次費用合計未達保障額度之一定成數，當月不予支付巡迴服務產生之論次費用。」，本人認為條件過於嚴苛，因新開業的診所不多，應多予鼓勵。
- (二) 醫師公會建議(會議資料第23頁)，「不得跨縣市申請醫療服務，

不得跨縣市，不得跨分區執行本項服務。但經各分區共管會議同意得跨縣市執行本項服務者，不在此限。」，請於本次會議確認。

(三)西醫基層醫療資源不足地區，是否規定具專科資格醫師方得執行巡迴醫療服務部分，健保局曾說過醫院總額部門反映，基層診所執行巡迴醫療的醫師，部分醫師不具專科資格，進而影響民眾醫療品質，不如醫院做巡迴醫療的品質，因醫院都有專科醫師。基層認同由具專科資格醫師執行巡迴醫療，以提升醫療品質。

主席蔡委員淑鈴

本會出席委員包括醫界代表、付費者代表及專家學者..等，付費者委員需瞭解本案修正的內容，請問付費者委員是否依照醫師公會與健保局會前會的共識，僅討論雙方爭議項目。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

本案是否一併檢討部分負擔的問題，山地離島地區是免部分負擔，醫缺的巡迴醫療依照健保法規定，民眾需繳交部分負擔，只有符合相關規定可減免20%。就我們瞭解，很多診所未收取部分負擔，這可能與看診人次有關，現規定巡迴點每診次平均就醫低於8人次(不含)，我認為這部分要一起檢討。醫缺地區的民眾，相對是比較弱勢，假使需付部分負擔，將會壓抑民眾就醫需求，本來利用率就很低，又收取部分負擔，低於8人次巡迴點又不做，這些人恐永遠無法接受健保醫療服務，這是矛盾的，請整體做檢討。

主席蔡委員淑鈴

有關委員所提問題，綜整如下：

(一)巡迴點每診次平均就醫低於8人次，暫停巡迴點醫療服務。

(二)「有關執業醫師提供執業及巡迴服務時，若其每月所申報之論量

及論次費用合計未達保障額度之一定成數，當月不予支付巡迴服務產生之論次費用。」(會議資料第15頁)。

(三)「不得跨縣市申請醫療服務，不得跨縣市，不得跨分區執行本項服務。但經各分區共管會議同意得跨縣市執行本項服務者，不在此限。」(會議資料第23頁)。

(四)西醫基層醫療資源不足地區，是否規定具專科資格醫師方得執行巡迴醫療服務部分(會議資料第34頁)。

王科長淑華

有關巡迴點每診次平均就醫低於8人次，暫停巡迴點醫療服務乙節，101年方案已有規定，每診次平均就醫低於8人次，就要考慮換巡迴點。據本局統計資料來看，部分巡迴點人次很多，但有些巡迴點僅有1-2人次就診，我們換巡迴點的目的，在於提高民眾就醫可近性及方便性。這只是監控項目，而不是施行巡迴醫療服務條件。

主席蔡委員淑鈴

其實巡迴點是變動的，地點包括廟口、活動中心、涼亭或大樹下，若是民眾不熟悉巡迴點，或是設立的巡迴點不便民，則於施行區域的鄉鎮(區)換巡迴點，以確保巡迴醫療服務效益。102年增列相關條文，「執行本方案滿6個月，巡迴點每診次平均就醫低於8人次(不含)，暫停該巡迴點服務，該診所須提改善計畫書，並經本保險分區業務組核定後始得恢復或變更巡迴點。」。

陳瑞瑛委員(謝委員武吉代理人)

有關「巡迴點每診次平均就醫低於8人次(不含)，暫停該巡迴點服務..」，建議將暫停修訂為更換。

主席蔡委員淑鈴

同意陳瑞瑛委員之建議，將「巡迴點每診次平均就醫低於8人次(不含)，更換該巡迴點服務..」。

陳瑞瑛委員(謝委員武吉代理人)

南區業務組很多鄉鎮屬醫療資源不足地區(會議資料第51頁)，聽說，該區有很多年紀很大，甚至不具專科醫師資格的年長醫師去做巡迴醫療，對當地民眾就醫並不公平。我們也請南區業務組去瞭解執行巡迴醫療醫師的狀況，獲悉，很多鄉鎮都是派年齡70-80歲以上的醫師，除部分醫師不具專科資格，年齡過高，這些地區較偏僻，交通不便，對年齡過高的醫師，是否恰當，請全聯會注意改善。我們亦聯絡南區業務組，改善醫師年齡過大的問題。

蔡委員明忠

很難用年齡界定「老」的定義。全聯會絕對重視品質，所以我們認為要以專科為主，專科是特別的點。至於年齡部分，現在介紹的好醫師，大部分年齡都80~90歲，若限定醫師執業年齡，恐被會告年齡歧視，建議以醫師的專科做處理。

主席蔡委員淑鈴

現請討論執行巡迴醫療醫師的條件是否需設限，包括年齡、醫師專科別及跨縣市。原來規定可跨縣市，但不可跨分區；醫師公會提會建議不可跨縣市支援。

張委員孟源

醫師公會希望巡迴醫療在當分區、當縣市提供服務為主，醫缺是就近服務最好；若要跨縣市亦沒有說不行，全聯會建議，若經分區共管會

議同意，醫師就可跨縣市提供服務。

主席蔡委員淑鈴

- 一、全聯會對於醫師跨縣市的意見，同意不跨分區，若同區要跨縣市，需經該分區共管會議同意，就可跨縣市。
- 二、至於醫師年齡過大部分，請委員表示意見。

施委員肇榮

- 一、現衛生署辦理鮭魚返鄉，若限制年齡，老鮭魚都不能回來。我們不能用年齡限制醫師執業，是要看能力。借牌的醫師要抓，但對具有能力、熱心、熱忱的醫師，不該用年齡來歧視。
- 二、家醫、外科、內科等科別都是專科，每個醫師開業都具專科，請問基層是要醫院的品質，或普及化的品質，請不要用醫院的觀點，來看基層的巡迴醫療。

陳瑞瑛委員(謝委員武吉代理人)

- 一、我澄清一下，不是用醫院的角度來看巡迴醫療的醫療品質，這是民眾投訴，我們也請南區業務組瞭解。截至目前為主，還有不具專科醫師資格的年長醫師去做巡迴醫療，這是南區業務組的回報，我只是據實以告。
- 二、若是外科醫師做巡迴醫療，若能看其他科，當然可以。我們絕不是用醫院規格，要求巡迴醫療醫師的資格。南區民眾也有繳保費，希望該地區民眾的醫療品質，能獲得保障。建議執行巡迴醫療的醫師具專科資格，對於專科別不限定。

蔡有成醫師(李委員明濱代理人)

醫師執業年齡不是問題，只要身體狀況許可，就可提供醫療服務。

為避免資深醫師提供巡迴醫療服務，所以醫師公會建議限定專科醫師才能執行巡迴醫療。事實上，許多資深醫師看得也很好，應該著重他的服務狀況跟專業知識，而且資深醫師很上進，認真積極學習，舉辦的課程講座都有出席。

#### 徐委員超群

- 一、據醫師公會統計，執行巡迴醫療最多的科別是家醫科也最適合巡迴醫療業務，其次是內科，再其次是其他各個科別，限定專科醫師是保障民眾就醫品質。
- 二、對於醫師年齡不該給予限制，只要能力好、身體健康狀況許可，不可剝奪醫師為病人診療的權利。

#### 陳委員宗獻

- 一、請不要限制年齡，因會有年齡歧視的問題，而且部分老醫師醫術仍非常好。
- 二、專科醫師也有問題，因以前僅有醫師，專科醫師是經過訓練，通過考試才能取得資格。目前有1000~2000名醫師之科別屬不分科。

#### 主席蔡委員淑鈴

- 一、執行巡迴醫療醫師的年齡不予設限。
- 二、另專科醫師部分，因委員有不同意見，所以要去執行巡迴醫療服務的醫師是否需具專科醫師資格，請透過分區共管會議審查同意。

#### 徐委員超群

建議比照跨縣市條文，執行巡迴醫療服務限專科醫師，若不具專科醫

師資格，需透過分區共管會議審查同意。

張委員孟源

- 一、對於照顧偏遠地區民眾健康，醫師公會希望提供最好的醫療品質，全聯會建議具專科醫師是原則，對不具專科醫師資格，申請巡迴醫療的醫師必須提供6年內，至少有一定學分數的上課證明，在共管會議以供審查，以確保醫療不足地區的醫療品質。
- 二、前項建議請列入方案條文，以利後續作業之執行。

林委員華貞

對於至偏遠地區提供巡迴醫療的醫師必須具備熱忱，因仍有極少數醫師有虛晃情形，讓人擔心。因各分區共管會議對當區醫師較瞭解，藉由共管會議篩檢、過濾，較為妥適。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

執行巡迴醫療醫師的數量是否充裕，充裕當然擇優任用，若醫師數不足，還規定醫師資格，那醫療資源不足地區的民眾，恐永遠得不到醫療服務。建議若有專科醫師，就由專科醫師優先充任，若無專科醫師，由共管會議挑適合的醫師至偏遠地區提供巡迴醫療。我覺得這樣比較合理，而非只要經共管會議同意都可以，而不管是否具專科醫師資格，這樣民眾也會有意見。

張委員孟源

醫事人力以專任專科醫師為限，但經共管會議為原則，但經共管會議審查通過不再此限。共管會議審查內容包括繼續教育學分數、對病人態度、以及過去是否從事巡迴醫療，做為審核的條件。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

建議於文字清楚表達，若沒有專科醫師可充任，才需由分區共管會議審查同意，現但書是只要共管會議同意，就可執行巡迴醫療，並不妥當。

張委員孟源

醫師公會建議是以專任專科醫師為原則。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

原則不是這樣講的，這樣的描述，大家仍不清處原則是什麼？條文應明訂若無專科醫師，才經由分區共管會議審查同意的醫師擔任。

主席蔡委員淑鈴

有關專科醫師部分，請按照謝天仁委員的文字修訂，執行巡迴仍以專任專科醫師為優先，若非專科醫師要參加巡迴醫療，則需經共管會議討論通過。

張委員孟源

巡迴醫療就是以專任專科醫師為優先原則，若未具專科醫師者，需經共管會議做資格審查。

主席蔡委員淑鈴

有關專科醫師部分，執行巡迴以專任專科醫師為優先，若未具專科醫師要參加巡迴醫療者，則需經共管會議做資格審查通過，方得為之。

王科長淑華

有關參與巡迴醫療醫師資格規定，建議明訂於會議資料第23頁，申請

資格條文中。

主席蔡委員淑鈴

有關「執業醫師提供執業及巡迴服務時，若其每月所申報之論量及論次費用合計未達保障額度之一定成數，當月不予支付巡迴服務產生之論次費用。」(會議資料第15頁)，請王淑華科長說明。

王科長淑華

依102年修正方案新增執行新開業之醫師保障額度是20萬，這位醫師亦可參加巡迴醫療服務，若做巡迴醫療時，一般日每次支付4500點，例假日每次支付5500點之論次費用。若醫師在執業診所病人數很少，都出去就巡迴醫療，除了20萬，還可申請很多論次的醫療費用。我們認為論量及論次的金額，若未達保障額度，就不得支領論次的費用。

主席蔡委員淑鈴

牙醫也有相同的問題，有些巡迴醫療後就在當地設立診所，因健保局已給保證薪，不管看診人次都可拿到保證薪。診所達到門檻後，就去巡迴醫療，診所就不再開診，巡迴醫療又額外領論次的錢，保證薪加上論次的錢，所以會有本末倒置的情形。既然健保局鼓勵開業，醫師應用心經營診所，讓民眾看病找的到診所，而非達到門檻，就去做巡迴醫療，拿論次計酬的費用。健保局希望醫師到醫療資源不足地區開業，就應該將診所做好，照顧當地民眾健康。

張委員孟源

(會議資料第21頁) 門診服務時數：執行本項方案之特約診所於執業地點，每週至少提供5天門診服務，總時數不得少於二十四小時，並包含3次夜診，每診次至少2小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時執行本項方案之特約診所於執業地點。總時數不得少於二十四小

時。大家擔心診所醫師沒有好好經營，若去巡迴就不算在24小時內。我們鼓勵醫師做巡迴，希望醫師做巡迴醫療是提供民眾衛教服務。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

我不瞭解未達保障額度的一定成數，譬如保障1個月20萬，請問成數是多少？

主席蔡委員淑鈴

請看會議資料第14頁，「第1年，每月保障額度20萬元。承辦本方案後第四個月起，若連續二個月未滿保障額度60%，則自結算次月起即終止保障，改僅以診察費按申報點數加計2成支付，至第12個月止。」。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

若開業診所未達保障額度，健保局又不給論次費用，就是開業加論次費用未達20萬。

主席蔡委員淑鈴

開業每月保障額度20萬元，若承辦至第4個月起，若連續二個月未滿保障額度60%，就僅以診察費按申報點數加計2成支付。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

蔡淑鈴委員回答是前面的問題，現我提問(會議資料第15頁)，

「執業醫師提供執業及巡迴服務時，若其每月所申報之論量及論次費用合計未達保障額度之一定成數，當月不予支付巡迴服務產生之論次費用。」的部分。診所開業又做巡迴醫療服務，領取的醫療費用恐有重複，才会有當月不予支付巡迴服務產生之論次費用。

張委員孟源

- 一、開業每月保障額度20萬元，僅有保障四個月，4個月後就需自給自足，20萬至少做12萬，健保局設計的機制，就是第5個月未達60%，診所尚需再努力。
- 二、至「執業醫師提供執業及巡迴服務時，若其每月所申報之論量及論次費用合計未達保障額度之一定成數，當月不予支付巡迴服務產生之論次費用。」之規定，太嚴苛的原因，若診所執業績效不佳，若只有做5萬，加計2成，也只有6萬，現是要將論次費用也刪除，這就是我們認為太嚴苛的地方。若醫師不認真經營，就不要讓他去開業，但有可能民眾繳不起部分負擔，而不願意就醫。醫師公會建議開業醫師巡迴時數不列入每週門診總時數24小時內。

主席蔡委員淑鈴

有關「執業醫師提供執業及巡迴服務時，若其每月所申報之論量及論次費用合計未達保障額度之一定成數，當月不予支付巡迴服務產生之論次費用。」之規定，醫師公會認為條件嚴苛，請提供說明建議。

陳委員宗獻

本人建議將「執業醫師提供執業及巡迴服務時，若其每月所申報之論量及論次費用合計未達保障額度之一定成數，當月不予支付巡迴服務產生之論次費用。」(會議資料第15頁)之規定刪除。因保障時間太短，至醫療資源不足地區開業，必須舉家喬遷，生活、就學等環境將面臨重大改變，其實我們給的保障太少，其實在鼓勵方面可在鬆綁。

主席蔡委員淑鈴

請問各位委員是否同意醫師公會全聯會的看法。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

我還是不太瞭解，所謂一定的成數，到第4個月起，只有加計2成的問題，第2年只有加計1成的問題，那個保障是什麼？我看不懂。我的意思說，醫師到偏遠地區開業，健保局要給基本保障才能做下去，包括開業及巡迴部分，若無達到保障額度，應想辦法讓他達成才對；現反而倒過來，加計2成，巡迴論次又不給醫療費用，這邏輯好像有問題。我的看法，不支付巡迴醫療論次費用，是擔心給保障額度20萬元，再加上巡迴醫療論次費用，可能領太多。若這樣，保障額度20萬元，不管再提供任何醫療服務，就只給20萬，才不會有重複的問題發生。健保局處理的模式就是在最低的保障額度內，讓醫師好好執業及巡迴醫療服務。健保局處理的重點是重複給付的問題，才是優先考慮的。前4個月已給保障額度20萬元，以後做巡迴醫療一般日領4500點，例假日領5500點，所以領取金額很驚人，所以健保局不支付巡迴醫療產生的費用，這是可以考慮的。但是後面的部分，執業醫師經濟有困難，必須開業加巡迴醫療才能活下去，在某個程度上，應有最低保障額度才對。102年方案建議考慮從這方面調整。

陳委員宗獻

這個規定是從人性本惡的觀點來看，因怕醫師拿20萬後就休診。巡迴醫療費用再怎麼加，錢依然都很少，比平地開業醫師薪資的50百分位還要低。對於醫療資源不足地區開業的醫師，限制再減少，鼓勵要保留。

張委員孟源

一、健保局建議條文(會議資料第38及39頁)

- (一)第1年，每月保障額度20萬元。承辦本方案後第四個月起，若連續二個月未滿保障額度60%，則自結算次月起即終止保

- 障，改僅以診察費按申報點數加計 2 成支付，至第 12 個月止。
- (二)第 2 至 5 年止，倘開業地區仍為本方案施行區域之前一年度新開業診所，則無額度保障之獎勵，惟如每月申報點數未達 20 萬點之診所，其診察費按申報點數加計 1 成支付。
- 二、建議於刪除前項說明一(二)「第 2 至 5 年止，倘開業地區仍為本方案施行區域之前一年度新開業診所，則無額度保障之獎勵，惟如每月申報點數未達 20 萬點之診所，其診察費按申報點數加計 1 成支付。並將前項說明一(一)「…至第 12 個月止。」改為至第 5 年止。
- 三、為使醫療資源能夠延續至少保障至 3 年。

#### 盧委員榮福

- 一、健保局擔心，醫療資源不足地區開業的醫師，不認真工作，只想做巡迴醫療服務。
- 二、有關健保局條文「執行本方案之特約診所於執業地點，每週至少提供 5 天門診服務，總時數不得少於二十四小時」(會議資料第 20 頁)，建議規定每周開診診次，讓醫師專心於診所看診，另亦提供執行巡迴醫療空間。其實 20 萬，對醫療資源不足地區開業醫師並不高，有意願前往就值得鼓勵，只要診所醫師依健保局規定於診所認真看診，請不要再扣減相關費用。

#### 蔡有成醫師(李委員明濱代理人)

有關每月保障額度 20 萬元，4 個月是不夠的，我認為至少給 1 年 20 萬的保障，辛辛苦苦到偏遠地區，1 年不到就無法生活。這樣對醫師不公平，對當地民眾更不公平，因醫師離開造成民眾就醫不便。

#### 主席蔡委員淑鈴

- 一、有關「門診服務時數：執行本方案之特約診所於執業地點，每週至少提供5天門診服務，總時數不得少於二十四小時，並包含3次夜診，每診次至少2小時以上，夜診時間應介於每日18時至22時。」(會議資料第21頁)，其中門診服務時數與獎勵措施兩項需搭配，請醫師公會建議適合的搭配方式後，再與付費者討論。
- 二、因部分委員有不同看法，在此，無法馬上做決定，醫師公會是否先統整內部意見後提出。

張委員孟源

醫師公會意見統整完畢，向主席與所有委員報告。

- (一) 門診服務時數每周維持二十四小時，至少3次夜診。
- (二) 每月保障額度20萬元，需保障至第36個月。至於12個月以後，連續2個月未達保障額度之60%，只能以門診診察費按申報點數加成。
- (三) 開業醫師在該點未達60%門檻，不得申請巡迴醫療服務。

陳委員宗獻

假設某一部落，有1000人，其中300為年輕人外出工作，居住於部落內為700人。基層平均門診費用約為500元，診所若要達100%，這700個民眾，每年門診就醫次數需6.5次，平地基層每年門診就醫次數為7點多次。這樣好像要鼓勵民眾就醫，才能達到門檻。因門檻嚴苛，建議將未達滿障額度調至50%或40%。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

- 一、若按醫師公會邏輯，開業醫師未達保障額度60%，不能執行巡迴醫療，那就糟糕更糟糕。因診所病人數不多，醫師更有能量做

巡迴醫療。我的意思是，每月保障額度20萬元時，巡迴醫療可以去，而巡迴醫療只付某些項目之費用，因健保局已給最低保障，門診病人可以去看，但論次計酬是否要給到4500點或5500點，可加以考慮，我想這樣較為合理。門診病人數不足，去做巡迴醫療有何不可？若要規定不可做巡迴醫療，等於在消滅這些醫師。門診量少應讓醫師有機會去尋找出路與生機才對。

二、建議對於每月保障額度20萬元時，於巡迴醫療之支付方式建立機制。

主席蔡委員淑鈴

請醫師公會參酌謝天仁委員意見，研擬草案後再討論。

潘委員仁修

宜蘭縣頭城鎮屬特殊鄉鎮，地形狹長，占宜蘭縣30%之海岸線，開業醫師集中於3~4個里，以南8個鄉鎮沒有醫師，以北僅有一位老醫師執業，醫療費用申到金額約為12~13萬，這2年因生病休診，另一位醫師一周僅看3個早上門診，醫療服務功能很差，101年衛生局特別申請「頭城鎮」為醫療資源不足施行區域。因101年7月因宜蘭縣衛生局醫政科新任科長，不熟悉本項業務，於回復健保局公文時，102年未申請宜蘭縣頭城鎮為醫療資源不足施行區域。102年將宜蘭縣頭城鎮排除於醫療資源不足施行區域乙節(會議資料第20頁)，建議暫緩，俟宜蘭縣衛生局與台北業務組聯繫後再決定。

王科長淑華

宜蘭縣頭城鎮醫人比低於2600人。

潘委員仁修

宜蘭縣頭城鎮因醫人比低於2600人，101年才特別提出申請。

主席蔡委員淑鈴

- 一、有關潘仁修委員所提建議，請台北業務組再與宜蘭縣衛生局確認，若頭城鎮確有醫師人力不足影響民眾就醫，仍可宜蘭縣頭城鎮保留為本方案102年度施行區域。
- 二、請委員參考全聯會建議之修正條文。

張委員孟源

有關鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供新開業醫療服務，文字修訂如下：

- (一)每月保障額度20萬元，承辦本方案後第12個月起，若連續2個月未滿保護額度50%，則自次月起終止保障，改僅以診察費按申報點數加計2成支付，至第36個月止。
- (二)執業醫師提供執業及巡迴醫療服務時，已接受前項保障者，其巡迴服務之論次費用，給付50%。

主席蔡委員淑鈴

請問承辦本方案，是否從第13個月開始？

張委員孟源

是。

主席蔡委員淑鈴

若是，文字應修改為每月保障額度20萬元，承辦本方案後第13個月起。

王科長淑華

- 一、每月保障額度20萬元，承辦本方案後第13個月起，若連續2個月未滿保護額度50%，…，診察費按申報點數加計2成支付，至第36個月止。請問申報點數超過保障額度50%的醫師如何處理？保障額度20萬元領36個月，低於50%才加診察費2成至36個月止？
- 二、有關醫師公會建議之「執業醫師提供執業及巡迴醫療服務時，已接受前項保障者，其巡迴服務之論次費用，給付50%。」，可否修訂為「每月申報點數未達保障額度者」，以使本規定更加明確。

張委員孟源

每月申報點數未達保障額度的50%，巡迴服務之論次費用，打5折，本人同意。

主席蔡委員淑鈴

請問王淑華科長，文字部分是否修訂為「執業醫師提供執業及巡迴醫療服務時，如沒有達到前項保障額度者，其巡迴服務之論次費用，給付50%。」。

王科長淑華

有關已接受前項保障者，是保障到何種程度？

張委員孟源

就是已接受20萬保障者，巡迴服務之論次費用，給付50%。

主席蔡委員淑鈴

一、鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供新開業醫療服務，文字修訂如下：

(一)每月保障額度20萬元，承辦本方案後第13個月起，若連續2個月

未滿保護額度50%，則自次月起終止保障，改僅以診察費按申報點數加計2成支付，至第36個月止。

(二)執業醫師提供執業及巡迴醫療服務時，已接受前項20萬元保障者，其巡迴服務之論次費用，給付50%。

二、請付費者委員就前項修訂，表示意見。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

這部分，保障期限有點太長，我們本來說是一年。從第13個月起的話，若情況不好，就加計給予相關支付，至第36個月為止。若有保障，巡迴論次的費用，就給予折扣50%、40%或30%，都可以列入考慮。我的意思是說，若有保障，論次費用就應酌予降低。至於折扣50%，是否太高，請健保局考慮。至於第13個月起，若連續2個月未滿保護額度50%，則自次月起終止保障。那是不是只要做到60%，就可以保障。

張委員孟源

剛陳宗獻委員提到，在偏遠地區要做到50~60%，真的很拼，但最起碼要做到50%，因當地人口本來就不多。這不是無條件保障，亦需醫師自己努力。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

若這樣的話，「每月保障額度20萬元，承辦本方案後第13個月起，若連續2個月未滿保護額度50%，則自次月起終止保障，改僅以診察費按申報點數加計2成支付，至第36個月止。」，是可考慮，若是這種方式，我們強調保障型的，既然強調保障型的，巡迴論次的費用就應該可以調降，因可透過論次費用補門診的量，所以論次費用50%，就偏高，建議酌予降低。

徐委員超群

我贊成謝天仁委員的意見，如果院所已領有保障的額度，巡迴論次費用，可以再酌降，至於30%或40%都可以接受。

主席蔡委員淑鈴

有關鼓勵西醫基層醫師至本方案施行區域提供新開業醫療服務，文字部分確認如下：

- (一)每月保障額度20萬元，承辦本方案後第13個月起，若連續2個月未滿保護額度50%，則自次月起終止保障，改僅以診察費按申報點數加計2成支付，至第36個月止。
- (二)執業醫師提供執業及巡迴醫療服務時，已接受前項20萬元保障者，其巡迴服務之論次費用，給付30%。

### 討論事項三『有關「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

主席蔡委員淑鈴

- 一、本項提案是費協會決議，希望將「家庭醫師整合性照護計畫」與「診所以病人為中心整合照護計畫」合併，因兩計畫都在基層進行。依照費協會決議，做了合併的動作，合併後名稱仍為「家庭醫師整合性照護計畫」，以兩種模式進行，分為社區醫療群及單一診所型。雖這兩計畫模式不同，但都希望參與的醫師能提供全人照護，執行家庭醫師服務的內容。
- 二、修正重點在於會議資料第2頁，本來家庭醫師計畫，除過程面與結果面以外，還有財務責任。醫師公會提出財務責任修訂，依據會員全人照護情形共有4項指標(家庭疾病風險評估、衛生教育及健檢資料列管、健康問題列表、家庭基本資料)，這4項指標是否部分取代財務責任，所以有這部分建議。
- 三、請全聯會代表向委員說明。

陳委員宗獻

全聯會修正建議說明，現行「家庭醫師整合性照護計畫」分為社區醫療群及單一診所型。醫療群運作方式，會員人數多，風險承擔能力高於單一診所型，「VC-AE」不適合用於單一診所型。社區醫療群無法以全部比率用「VC-AE」，要節省多少錢？這與「家庭醫師整合性照護計畫」之「家庭」兩個字是有所違背的。從2003年開始推動「家庭醫師整合性照護計畫」迄今屆滿10年，已需重新檢討評估。本計畫之結果面，並不是每年都有獎勵，所以不知真正標準何在？至於過程面，家庭醫師全人照護概念，把家庭生命週期、心理、社會等等因素列入過程面，上開因素列入，就可開創新的視野，所以醫師提供診療服務時

，亦需將整體家庭列入考量。醫師為完成「家庭責任醫師全人照護評估單」，進而引導基層醫師於病人生命週期，如空巢期面臨的問題，這些問題可能與病人失眠、心血管疾病惡化有關。健保局也接受這個概念，讓我們往前邁進一大步。執行過程會增加一些資料，僅有部分會員需評估，這對病人是有助益的。

主席蔡委員淑鈴

請其他委員表示意見。

錢委員慶文

- 一、本計畫將全人、全家都列入計畫範疇，對於評估全人、全家方式，有不同想法，除非可以很系統做評估，不然對不同家醫群或單一診所，可能會產生不同的結果。另評估差異很大，亦是管控出來評估的品質，這部分是否訂定相關機制，或現有的量表，這是各位醫師的專業，應可從專業中獲得部分東西。
- 二、若要用「家庭責任醫師全人照護評估單」評估會員是很rough，困難以得到客觀的依據，協助診斷會員。
- 三、評估基層診所醫療品質，並未將「病人健康狀態」列入。西方國家因有保險，於投保前已將「健康狀態」列入，才能很客觀的說，基層診所之品質優劣。目前健保局沒有這個機轉，無法用歸戶資料，得知會員去年健康情形。若是要推動本項目，就是要把這點做好，以利評估「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效。
- 四、本人建議提出更好的評估方式，因「家庭責任醫師全人照護評估單」，實在太rough。

主席蔡委員淑鈴

有關家庭醫學醫學會提供之「家庭責任醫師全人照護評估單」，請醫

務管理組說明本局建議項目。

張專員益誠

有關家庭醫學醫學會提供之「家庭責任醫師全人照護評估單」，健保局意見如下：

- (一)有關家庭醫學醫學會提供「家庭責任醫師全人照護評估單」，內容包含以下 4 部分，其中貳、疾病及健康狀態之家庭事件、心理及社會事件；參、致病原因綜合評估；肆、全人照護治療計畫；較現行家醫計畫執行「健康照護評估單」內容增進，加強家庭社會心理及非藥物治療照護，惟建議家庭醫學醫學會對參與家醫計畫之醫師加強全人照護評估相關訓練。
- (二)另家庭醫學醫學會建議對以下內容個別訂定點數，本組意見分述如下，建議仍依原提案規劃以「家庭責任醫師全人照護評估(250 點)」辦理：
  - 1、家庭責任醫師全人照護評估 (250 點)。
  - 2、家戶檔案建檔 (100 點)：基於家戶檔案建檔目的需與全人照護有關，家戶成員對個案照護有影響者才需建檔，建議合併於「家庭責任醫師全人照護評估單」貳、三、家庭事件內容。
  - 3、完整轉診檔案 (50 點)，建議醫療群診所繼續與合作醫院加強雙向轉診，轉診檔案依現行規定併入個案病歷處理。
  - 4、週期性預防保健追蹤管理 (80 點)，與現行家醫計畫執行健康照護評估單、四促進健康(一)預防保健，有類似內容，建議合併於「健康照護評估單」處理。
- (三)家醫計畫自 101 年起對每位照護對象須填報「健康照護評估單」，除原病歷記載外，若再加上前述之「全人照護評估單」，是否將造成過多文書工作，間接影響病患照護品質，請全聯會再酌。

主席蔡委員淑鈴

關於錢慶文委員及健保局就「家庭責任醫師全人照護評估單」之意見，全聯會是否要說明？

陳委員宗獻

- 一、我們現在看病，就是藉由醫療資訊系統為病人做相關評估。我們希望為病人提供全人照護的服務，在全人照護中，N是指negotiation，從聽病人主訴，必須與病人negotiation，病人同意才能治療，這才是全人照護最終目的，但是距離非常遙遠，所以我們只是踏出第一步。醫療群之醫療資訊系統，目前僅有病人轉診與就醫資料，以及IC卡等相關資訊，但沒有家庭及社會資料，因台灣不具備整合社區資源能力，所以我們只談家庭，包括家庭基本資料、個人健康資料及家庭健康列表。初步讓醫師接觸這領域，逐年完成基層醫師是每個家庭之照護醫師。
- 二、有關健保局意見2(1)，家庭責任醫師全人照護評估(250點)，就是基本承作費用，是家庭責任醫師全人照護評估費嗎？還是新增列費用項目？若是新增項目，點數雖不高，將會產生推動的motivation。

張專員益誠

家庭責任醫師全人照護評估(250點)不屬基本承作的個案管理費，這是會前會所提外加在VC-AE權重的費用，有額外執行全人照護評估才有。

主席蔡委員淑鈴

有關家庭醫學醫學會提出「家庭責任醫師全人照護評估」取代「家庭醫師整合性照護計畫」財務責任的部分，請問謝天仁委員及廖本讓委

員，看法如何？

陳委員宗獻

「家庭責任醫師全人照護評估單」之填寫要等到實施後，醫師就會發現執行不易，現因醫師完全不知病人職業狀態及家庭情形，但讓醫師走入病人家庭，發現相關問題，並協助解決，這是值得推廣的。

林委員華貞

二代健保要推廣家庭責任醫師制度，基層診所涵括各科別醫師，藉由全聯會所提建議，可增進基層醫師對「家庭責任醫師」及「全人照護」的概念，對於二代健保要推動家庭責任醫師制度是有幫助的。

盧委員榮福

這個構想很完美，醫師填寫「家庭責任醫師全人照護評估單」恐需30分鐘，另醫師填寫「家庭責任醫師全人照護評估單」之意願，以及病人回答問題的意願，兩者均需再考慮。推動「全人照護」是很好的概念，但連要幫病人衛教，病人以沒時間拒絕。

張委員孟源

本案全聯會建議事項：

(一)拾肆、計畫執行期間與期滿續辦標準，「二、社區醫療群如品質指標未達50%續辦標準者，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。品質指標介於50%至60%者，接受保險人分區業務組輔導改善；第2年仍未達60%續辦標準者，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫」。

(二)品質評核指標

1、會員急診率權重由10%修訂為5%。

2、疾病住院率權重由10%修訂為15%。

主席蔡委員淑鈴

有關全聯會所提3項條文修正，請委員表示意見。

陳委員宗獻

有關「家庭責任醫師全人照護評估單」，有填寫才給付費用，若通通不做，就維持原來的狀態，填寫「家庭責任醫師全人照護評估單」，是基於鼓勵的性質。

主席蔡委員淑鈴

一、有關家庭醫學醫學會及全聯會建議，需請委員表示意見：

(一)「家庭責任醫師全人照護評估單」部分，若委員沒有意見，則尊重家庭醫學醫學會意見，先行通過。

(二)拾肆、計畫執行期間與期滿續辦標準「二、社區醫療群如品質指標未達60%續辦標準者，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。」，本項規定是回應費協會委員，認為家醫計畫要有退場機制，否則會有不好醫療群繼續運作，所以才會訂品質指標未達60%，就需退場。

(三)品質評核指標

1. 會員急診率原權重10%，全聯會建議修訂為5%。

2. 疾病住院率原權重10%，全聯會建議修訂為15%。

二、請委員就全聯會修訂退場機制及品質評核指標權重調整建議，表示意見，若委員無意見，就依全聯會意見，本修訂計畫就通過。

主席蔡委員淑鈴

會議資料第1頁，250點是取代VC-AE的部分，並未取代基本承作費用

，最高就是250點。

陳委員宗獻

最高是250點，有些病人部分是不用執行的，即使項目拆開做，加總也不能超過250點。

主席蔡委員淑鈴

家戶檔案建檔（100點）、完整轉診檔案（50點）、週期性預防保健追蹤管理（80點），是否部分完成就採部分申報？

張專員益誠

家戶檔案建檔若是小家庭，根本不需建檔，就會出現「全人照護評估單」未填寫情況，就拼命做會員家戶建檔，這不是我們樂見的情況，我們希望以「全人照護評估單」為主，有需要才做家戶檔案建檔及轉診檔案。

主席蔡委員淑鈴

家戶檔案建檔、完整轉診檔案及週期性預防保健追蹤管理等3項，就併到原來的單張內。「全人照護評估單」為250點，內容包含個人基本資料、疾病及健康狀態、致病原因綜合評估及全人照護治療計畫等4部分。

陳委員宗獻

家戶建檔並不是所有會員都要做，若將家戶檔案建檔合併「全人照護評估單」，那「全人照護評估單」之家戶建檔資料就會呈現空白。若不是做完整照護評估，費用就分開計算，分開計算時，家戶檔案是家戶成員對個案照護有影響者才需建檔，這樣才不會浮濫建家戶檔，診

所隨便填寫就可申請 100 點，並不妥當。

主席蔡委員淑鈴

「全人照護評估單」250點，若不是每位會員均需填寫個人基本資料、疾病及健康狀態、致病原因綜合評估及全人照護治療計畫4個部分，至於各占多少權重？請醫師公會評估難易度，於會後提供本局參考。對於僅執行部分項目病人，則依執行項目申報醫療費用。

陳委員宗獻

依執行項目申報醫療費用，點數不可超過250點。另一種方式是給付250點，經審核發現空白欄位，對於空白欄位，可說明原因即可。

主席蔡委員淑鈴

請全聯會提供「全人照護評估單」(250點)，包括個人基本資料、疾病及健康狀態、致病原因綜合評估及全人照護治療計畫4個項目之權重分配，以利後續執行作業，院所依完成項目申報費用。

陳委員宗獻

若以250點分配權重，家戶檔案很重要占40%，即100點，但遇到複雜項目就沒有人做，如家系圖。建議維持原來點數，若僅做零星項目，就零星給付。

主席蔡委員淑鈴

- 一、有關「家庭責任醫師全人照護評估單」，尊重家庭醫學醫學會專業意見，給付250點。
- 二、因「家庭責任醫師全人照護評估單」分個人基本資料、疾病及健康狀態、致病原因綜合評估及全人照護治療計畫4個部分，部

分項目之處理方式，請全聯會於會後提供本局參考。(註：經過全聯會與本局研議修訂如附表)

## 討論事項四「基層每月看診合理日數建議25日改為22日以上案」與會人員發言摘要

主席蔡委員淑鈴

有關「基層每月看診合理日數建議25日改為22日以上案」已討論5次，101年11月21日是臨時提案，本次是正式提案。請委員就本案表示意見。

郭俊宏醫師(林委員正泰代理人)

林正泰、陳宗獻及何博基3位理事長，曾因本案代表醫師公會拜會消基會謝天仁委員，謝委員亦提供意見供我們參考，這些意見包括提高假日診所開診比率、基層診所或公會建構網路讓民眾能查詢院所假日開診時間、建置週末假日24小時電話提供專業醫療諮詢等。本案建議先以試辦方式辦理，若付費者或健保局有疑慮，可立刻停止辦理。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

- 一、本案已討論多次，提案委員不願意考慮消基會所提配套措施，只要降低基層每月看診合理日數，我想沒有這種道理，若要降低合理看診日數，很簡單，就是取消每月門診合理量，比照其他總額辦理。基層這種計算方式，就是生意好的診所欺負生意不好的診所，把每日合理門診量透過月門診合理量予以扭曲，原來扭曲我們可以忍受，是因為周六日基層診所尚有提供服務，若這都沒有了，我們希望回來原來的狀態。若醫師公會堅持22日，就刪除月門診合理量，再考量調整周六日門診診察費。其他，我認為沒有討論的必要。
- 二、各總額中就只有基層支付是不公平、不合理的，老實講，這實在很不應該。

陳瑞瑛委員(謝委員武吉代理人)

- 一、本人代表醫院協會，是謝武吉委員向健保局報備同意的代理人。
- 二、有關「合理門診量應以22天(含)以上為基礎，建議診所醫師當月看診天數之計算」(會議資料第37頁)之表格，是誰提供的？健保局原來設計每月合理門診量是25天，每日合理量1~25人是320點，現在改成這個表格是提案委員提供的嗎？所以會增加很多醫療費用。我贊成謝天仁委員意見，若照這樣，就沒有每個月的合理門診量。但林正泰委員所提，基層每月看診合理日數改為22日，可改善醫師的生活品質，我想所有人都希望有很好的生活品質。醫師要去接受繼續教育或出國，若是出國，就按實際看診天數申報，為何要將25日改為22日？我們最擔心明年2月春節連續9天假期，春節節間多數診所都休假，僅有極少數診所開診，病人只能到醫院急診，造成急診壅塞情形。以前醫院就規定，假日不能連休3天，因怕醫院急診醫師無法負荷。春節連續假期不只急診科醫師上班，其他科醫師亦需支援，急診醫師也要休假，也要有生活品質，所以後線醫師亦需參與值班。
- 三、另提案委員的說明，我們實在不能接受。
- 四、本案若今天通過，配套措施是什麼？若診所休診，病人當然去大型醫院看病。現又說，大型醫院病人太多，所以我們也不知怎麼做？
- 五、以上說明是醫院協會代表的意見。

徐委員超群

- 一、這又模糊醫師公會訴求的焦點，本案醫師公會5次提案，是有很大的委屈。
- 二、這是人權議題的討論，也算是資方與勞方的討論議題。現有99.9%已上的院所都加入健保，院所是領健保局的錢，廣義來說健保局

是我們的老闆，院所是勞工；相對於健保局的資方，院所是勞方，這個問題在於資方與勞方價格給付如何協定？我們認為原來規劃非常不公平，健保局領月薪，院所領日薪。健保局的月薪是算30天或22天？健保局月薪若算30天，周六日沒上班卻有支薪，也算是A納稅人的血汗錢。月薪若以22天計算，為何健保局可以用22天計算一個月，院所為何不能？這就是資方與勞方不對等的地方，是非常不公平的事情。我們只是希望跟健保局一樣，以月計算合理門診量。這是勞資問題、人權問題，我們是希望站在公平的起跑點。至於其他總額門診合理量計算方式，就舉例美國南北戰爭時期，因白人欺負黑人，黑人是白人的勞工，白人工作22天領一個月薪水，但規定黑人勞工做22天領22天，做25天給30天已經非常好了，有甚麼不滿意？如今有一個部門的勞工爭取領月薪的權利，雇主就說：其他部門的勞工都同意日薪，你們也不應該反對。基層爭取的是一個人權，就像黑人力爭自己權益，因為黑人也是人，和白人一樣。

三、至於配套措施當中，假日開診率部分，本人於上次會議已說明，但因當時消費者代表已離席，我想再說一次。我是嘉義縣醫師，之前的資料顯示，嘉義縣假日開診率太低。我深入加以了解，嘉義縣診所約200家，包含衛生所18家，公家衛生所約佔所有診所十分之一的比率，公家機關的衛生所周六日都不開診，所以嘉義縣假日開診率會被拉下來。若要提高假日開診率就是請公家機關的衛生所周六日開診，但上次主席說，他無權請公家機關院所周六日開診。公家診所不配合，假日開診率一定無法提高，所以這個配套是假的議題，因健保局不請衛生所周六日開診，卻要基層診所看診，對基層診所不公平。為何健保局門診中心，假日不看診，而基層診所卻要看診，這是雙重標準，請健保局將基層醫師做平等的看待。

四、關於醫院擔心，診所不看診，病人移轉至醫院的問題，不知這位委員是否參與費協會，費協會每季公開「醫院與基層財務風險監控指標」，內容有病人從醫院到診所或診所到醫院的流動情形，若有異常，報表就會呈現，這是很好的監控機制。請這位委員參考費協會「醫院與基層財務風險監控指標」。從「醫院與基層財務風險監控指標」中，若發現基層移轉至醫院情形，本案試辦計畫即立刻停止辦理。

陳瑞瑛委員(謝委員武吉代理人)

- 一、在此特別回應徐超群委員，費協會會議一年召開12次會議，本人至少參加11次。
- 二、有關病人移轉問題，其實「醫院與基層財務風險監控指標」看不出來，新店開大型區域醫院，診所病人馬上少很多；因是看全國的資料，無法看到個別區域。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

- 一、我是要幫陳瑞瑛委員講，證實她剛才說的話是事實。請不要指摘人家不懂，要說服人家才對，這樣人家怎麼聽的下去。
- 二、醫師與健保局不是勞資關係，若想進一步瞭解，可看看法律相關資料。醫師與健保局若是勞資關係，健保局要付醫師退休金；若在醫療過程中，發生事故，健保局要付職業災害的賠償，這兩件事通通不存在，若沒有，怎麼會是勞資關係。倘不是勞資關係，怎會有工作保障的問題，這樣講真的聽不下去。醫師與健保局是特約關係，契約條文沒有明訂基層診所要做22天或25天，既使要做10天也可以，只是您要做多一點，健保局認為您可能包括假日，所以用這種方式將給付拉高。講白點，這是增加給付方案，與我提的東西是一樣的，我只是回復原貌，讓你們很清楚看見，基

層診所醫師做幾天就算幾天，怎麼會提這種東西，無限上綱，好像全部人都對不起您，您可以做22天，現健保局是否有強迫您不能做22天，既然沒有規定，怎麼可以做22天要領30天的錢？這邏輯怎麼來的，請告訴我邏輯怎麼來的。那醫院是否也要做22天領30天，開刀22天領30天的錢，這樣可以嗎？

郭俊宏醫師(林委員正泰代理人)

我們做22天也是領22天的錢，不是領30天的錢。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

基層診所每月看診25天以上，我才認為您在周六日有執業，所以才給月門診合理量，拉高支付標準，目的在此，若沒有這東西就整個刪除，只要提高週六日門診診察費即可，何必用這種方式做呢？委員發言要有說服力，大家聽不下去。若診所要看22天，我們尊重，那原來鼓勵的月門診合理量就刪除，但對於週六日開診診所，則給予支付的獎勵，保障消費者生病，診所週六日開診，有診所可以看。這樣才能解決相關問題，這個東西都無法辦法解決，只想到對您有利的東西，其他的都不管。簡單一句話，就是不用再談了。

主席蔡委員淑鈴

請全聯會委員說明。

張委員孟源

在一個總額內，支付標準調整都在這個總額內給付的流動，每月門診合理量是25天或22天，大家都有不同的想法。剛消費者代表是擔心周六日看診問題，而醫師公會是希望醫師能更有彈性調配看診時間。如果醫界與消費者完全對立且沒有共識，與其今天破局，不如建議折衷

案將25日改為24日，就不會影響太大。

郭俊宏醫師(林委員正泰代理人)

現診所很競爭，診所若休診，病人就會到別家診所看診，醫師不會無故休診，有時是生病，或進修、出國探親，可否給醫師一點彈性，建議以試辦計畫方式辦理3至6個月，若有問題就立即停止，若不試辦。就一點機會也沒有。對於謝天仁委員建議，看幾天算幾天，這個想法可討論。建議健保局兩案併陳送衛生署裁決。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

若要兩案併陳，我會把我的建議案寫的更清楚。沒有看診多少天的問題，沒有一個總額部門是這樣寫的，現在只有每天門診合理量的問題，其他東西全拿掉，消基會方案就這麼簡單。

主席蔡委員淑鈴

- 一、若每月門診合理量是22天，點數增加1.9億點，稀釋基層點值；  
另基層病人移轉至醫院的情形，目前尚無法預測。
- 二、本案依委員建議，目前有三個版本：
  - (一)原案：基層每月看診合理日數建議25日改為22日。
  - (二)張孟源委員：基層每月看診合理日數建議25日改為24日。
  - (三)謝天仁委員：按實際看診日申報，其配套措施為調整周六日診察費。

張委員孟源

每月看診合理日數改變，這是在不同診所間給付的挪移。對於鄉間負責認真全年無休的醫師，因看診合理日數往下調整，對於該類醫師的給付會降低，全國平均78~80%給付會減少，有10%的診所給付會增加

，不一定會是大戶。每月看診合理日數改為25日，對所有基層診所影響並不相同。高雄市醫師公會多次提出每月看診合理日數改為22日之建議，是希望能給醫師多一點裁量空間。也不要從25日改為22日，這樣日數太多，怕影響過大。如果今天協商又會破局，建議每月看診合理日數25日改為24日，應不會對病人就醫型態有影響，所以不必有其他call center 或附加條件等配套措施，倘若對就醫型態有影響，就再調回25天影響也不大，這也是折衷的方案。但本案若付費者委員無法同意，就暫予保留。

謝天仁委員(張委員智剛代理人)

請問本案保留是撤案或擱置？醫師公會沒有提出配套，無法說服社會大眾。

郭俊宏醫師(林委員正泰代理人)

兩案併陳先撤案。

主席蔡委員淑鈴

本案因部分委員認為相關作業尚未周延，基於不夠周延的情況下，尚有很多顧慮，所以本案提案單位撤案。

# 附表

## 家庭責任醫師全人照護評估單

### 壹、個人基本資料：

1. 姓名	○○○
2. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
3. 出生日期	西元 年 月 日
4. 病歷號碼	○○○○○○○○
5. 主要照顧者	○○○
6. 聯絡電話 (或手機)	○○○○○○○○○○
7. 職業別	退休勞工
8. 宗教信仰	<input checked="" type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 其他
9. 主要居住區域	<input checked="" type="checkbox"/> 都會區 <input type="checkbox"/> 鄉鎮 <input type="checkbox"/> 醫療偏遠區域 <input type="checkbox"/> 未知

### 貳、疾病及健康狀態

#### 一、主要疾病及健康問題列表

1. 頭痛
2. 失眠.

#### 二、重要病史 (現病史與過去病史)

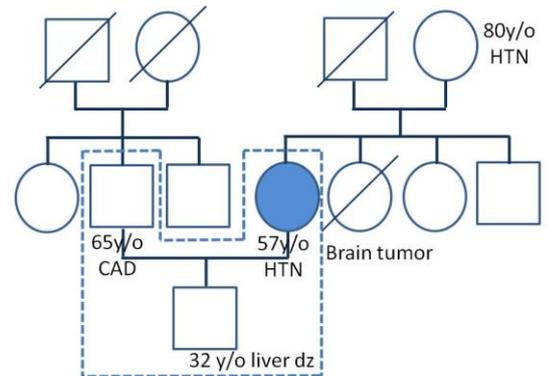
本病人為○歲婦女，長期因 HTN 於本院就診。血壓控制穩定。最近半年開始比較容易頭痛，沒有其他神經學症狀。已停經一年。偶有 hot flush，palpitation 情形。生氣或緊張時症狀加劇。

#### 三、家庭事件

##### 1. 家族病史及相關健康問題：

- a. 先生有心肌梗塞病史
- b. 兒子肝功能異常
- c. 母親有高血壓
- d. 妹妹因為 brain tumor 過世

##### 2. 家系圖：



- ##### 3. 家庭生命週期：
- 新婚夫婦 第一個小孩誕生 有學齡兒童 有青少年子女  
子女外出創業 空巢 老化的家庭

#### 四、心理及社會事件

1. 兒子為電子業工作辛苦，還要常往大陸出差，加上肝功能不好，非常擔心。兒子有一個論及婚嫁的女友，擔心結婚後移居大陸，兩老沒人照料。
2. 本身為 type A 人格。要求完美。
3. 與老公皆為退休勞工，靠勞保年金提供生活需求。
4. 妹妹最近半年因發現腦瘤過世。

5. 因關節不適較少運動。

### 參、致病原因綜合評估

1. 疾病因素：

無明顯神經學症狀。血壓控制良好。因失眠引起肌肉痠痛，導致肩頸頭部不適。

2. 家庭心理社會因素：

更年期症狀，加上妹妹的過世，可能對症狀發生有影響。近日勞保問題，擔心影響生計。即將進入空巢期的恐懼。擔心兒子的健康問題。

3. 其他因素：無

**評估結果：**失眠引起的頭痛，加上更年期、空巢期、與勞保年金的心理因素合併影響。

### 肆、全人照護治療計畫

1. 藥物治療：

給予一般 NSAIDs。簡單的 BZD，prn 使用。考慮加上 HRT 減緩更年期症狀。視力應進行檢查，避免因為老花或視差引發頭痛。

2. 非藥物治療：

鼓勵攝取大豆製品，補充鈣質。運動部份建議游泳或快走，運動前後應該伸展。進行睡眠的衛教(sleep hygiene)。

3. 其他健康照護建議：無

以下兩項視需要選擇建檔，不另支付。

◎家戶檔案建檔

◎週期性預防保健追蹤管理：(可自行新增預約項目，如各類疫苗注射)

項目	下次預約時間				
成人健檢	2013.01				
癌症篩檢					
FOBT	2013.01				
口腔黏膜篩檢					
子宮抹片	2013.0(生日)				
乳房攝影	2013.09				
疫苗注射					
流感疫苗	2013.10				
肺炎疫苗	建議接種				
衛教					
肥胖	2013.02				