

「西醫基層總額支付委員會」101年第4次委員會議紀錄

時間：101年11月21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：蔡召集人魯

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	戴昌隆 ^代	陳委員宗獻	陳宗獻
古委員博仁	古博仁	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	陳晟康
吳委員首宝	吳首宝	陳委員夢熊	夏保介 ^代
吳委員國治	吳國治	黃委員柏熊	蘇美惠 ^代
呂委員和雄	呂和雄	黃委員啟嘉	(請假)
李委員明濱	石賢彥 ^代	廖委員本讓	廖本讓
李委員昭仁	(請假)	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	蔣世中
林委員正泰	林正泰	蔡委員明忠	蔡明忠
林委員昭吟	林昭吟	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
林委員華貞	林華貞	鄭委員悅承	(請假)
林委員義龍	(請假)	盧委員世乾	王榮濱 ^代
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	王宏育 ^代
張委員孟源	張孟源	賴委員明隆	賴明隆
張委員智剛	(請假)	錢委員慶文	(請假)
張委員德旺	張委員德旺	謝委員武吉	謝武吉
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
中華民國藥師公會全聯會	林家瑜
本局臺北業務組	李祚芬、范貴惠
本局北區業務組	陳祝美
本局中區業務組	陳麗尼
本局南區業務組	龔川榮
本局高屏業務組	蔡秀珍
本局東區業務組	梁燕芳
本局醫審及藥材組	蔡文全
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 李健誠、張桂津、歐舒欣 劉立麗、鄭正義、吳明純 張益誠、林子量、劉軒秀

一、本委員會 101 年第 3 次委員會會議紀錄確認。

(一)報告事項第五案，配合二代健保實施，研擬「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」。

決定：

1、西醫基層總額支付委員代表增加藥品提供者乙名，另基於公平原則，台灣醫院協會推薦至西醫基層總額支委會代表改為 2

名，中華民國醫師公會全國聯合會推薦至醫院總額亦修訂為 2 名。據上開決議，本局前公告之「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」，亦請配合修訂。

2、餘確認。

二、主席致詞：(略)

三、報告事項：

(一)案由：本會 101 年第 3 次委員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。(健保局)

決定：洽悉。

(四)案由：西醫基層總額 101 年第 2 季點值結算結果報告案。

決定：

1、西醫基層總額 101 年第 2 季點值確認(如附表)，將依全民健康保險法第 50 條規定辦理 101 年第 2 季點值公布、結算事宜。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
浮動點值	0.90344044	0.88991116	0.90651339	0.96814729	0.92510595	1.12098807	0.91928434
平均點值	0.93114458	0.92411207	0.93357621	0.97280082	0.94687609	1.05890573	0.94235241

2、請於下次會議提供近年各分區各季自墊費用核退點數、與申請核准及駁回比率供委員參考。

(五)案由：「二代健保業務宣導簡介」報告。

決定：洽悉。

(六)案由：102年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」召開會議之時程案。

決定：洽悉。

(七)案由：102年西醫基層總額一般服務部門預算四季重分配案。

決定：102年「西醫基層總額預算四季分配」，依各季原預算執行，第一季24.800284%、第二季24.901987%、第三季24.326488%、第四季25.971242%。

(八)案由：102年度西醫基層總額之「人口風險因子及轉診型態」(即R值)之計算公式及操作型定義案。

決定：

1、102年度西醫基層總額之「人口風險因子及轉診型態」(即R值)之計算公式及操作型定義案，同意中華民國醫師公會全國聯合會所提方案及本局之計算過程，另函送全民健康保險醫療費用費協定委員會備查。

(1)預算65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數(R值)，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配(S值)。

(2)各分區成長率下限不得較全局預算成長率低17%。

(3)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。

2、本方案計算過程說明(如附件一)。

3、本方案將函送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

(九)案由：有關醫院及基層總額增修訂外、婦、兒科支付標準部分診療項目，並追溯自 101 年 1 月至 9 月之差額費用，由本局統一辦理核算補付之相關點值計算案。

決定：101 年基層總額增修訂外、婦、兒科支付標準部分診療項目，並追溯自 101 年 1 月至 9 月之差額費用，由本局統一辦理核算補付併於 101 年第 3 季結算，預訂自 101 年 11 月起陸續進行補付費用作業，並於 101 年 12 月底前完成費用過帳作業。前述補付費用之點值以下列方式辦理：

- 1、以每點 1 元補付者：論病例計酬案件。
- 2、餘暫以西醫基層各該區(院所所在地分區點值)最近一季(101 年第 2 季)浮動點值計算補付；並俟 101 年第 3 季結算，以該季各區之浮動點值計算支付金額，並與前述補付金額計算差值，進行院所追扣補付等相關作業事宜。

四、臨時報告案

(一)案由：有關「100 年度西醫基層醫療給付費用總額品質保證保留款」核發作業案。

決定：「100 年度西醫基層總額品質保證保留款」核發方式，比照歷年各部門總額之精神，全數分配予符合資格之診所，分配公式並修正為（100 年各分區西醫基層總額品質保證保留款 \times (該分區該診所核發權重/ Σ 該分區所有診所核發權重)。另 101 年公式同 100 年比照辦理。

五、討論事項

(一)案由：有關 102 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，提請 討論。

決議：

- 1、102 年西醫基層總額一般服務預算之保障項目依 101 年方式辦理，即為藥品、論病例計酬案件及血品處理費以 1 點 1 元方式支付。
- 2、前開保障措施擷取順序及條件(如附件 2)，並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

(二)案由：有關「102 年西醫基層總額品質保證保留款實施方案」乙案，提請 討論。

決議：

- 1、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。
- 2、至新增「衛教宣導」指標，請醫師公會提供該項指標之操作型定義，並提至 101 年 12 月 5 月臨時會討論。

(三)案由：全民健康保險醫療費用支付標準 47074B「上消化道內視鏡息肉切除術」等 9 項診療項目開放至西醫基層院所適用案，提請 討論。

決議：本案請醫師公會內部先凝聚共識，提至 101 年 12 月 5 月第 2 次臨時會討論後，依程序提全民健康保險醫療給付協會確認。

(四)案 由：關於 102 年西醫基層總額編列 2 億元預算，用於內科支付標準調增案，提請 討論。

決 議：請本局確認內科專科醫師人數及相關資料之正確性後，依程序提全民健康保險醫療給付協會確認。

六、臨時提案

(一)案 由：基層每月看診合理日數建議 25 日改為 22 日以上建議案，提請 討論。

決 議：本案暫予保留，請提案委員於下次會議提出，並與消費者及醫院代表等與會充分交換意見後再決定。

七、討論事項之與會人員發言摘要，如附件三(第 11~39 頁)。

八、散會：下午 5 點 30 分。

附件一

西醫基層非門診透析一般服務部門分配至各分區總預算

=102 年度調整後各季西醫基層非門診透析一般服務部門醫療給付費用總額某地區一般服務預算總額=(調整後各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額)×人口風險因子及轉診型態權重×人口風險因子及轉診型態比例(R)+(調整後各季西醫基層非門診透析一般服務醫療給付費用總額)×費用佔率權重×開辦前一年各區門診醫療費用佔率 (S)

(一)人口風險因子及轉診型態比例(R)之計算公式：

1. 人口結構校正比率依預算年(102 年)人口結構計算。
2. SMR：依 97-100 年度權重計算。(97 年權重 25%、98 年權重 25%、99 年權重 25%、100 年權重 25%)。
3. TRANS：依 97-100 年度權重計算。(97 年權重 25%、98 年權重 25%、99 年權重 25%、100 年權重 25%)。

(二)各分區依公式計算後，各分區成長率不得低於全局預算成長率之 17%。

(三)分配過程說明如下：

1. 操作型定義：

- (1)R 值之組成為人口風險因子及轉診型態校正比例。
- (2)S 值為開辦前一年醫療費用佔率。

2. 計算公式：

(1)102 年各季各分區預算(初次預算)

102 年全局各季預算×【(各季各分區調整後 R 值×65%+各季各分區開辦前一年門診醫療費用佔率 S 值×35%)】。

(2)以西醫基層 97-100 年各季各分區之 R 值分別以權重 25%、25%、25%及 25%計算各季各分區調整後 R 值，其公式如下

$$\text{甲、} R_{ij} = \left(\frac{\text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans}^{102}_{ij}}{\sum_{j=1}^6 \text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans}^{102}_{ij}} \right)$$

(R_{ij} 為各季各分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

乙、 $Demo_OCC = P_OCC102 * 90\% + SMR_OCC102 * 10\%$

(Demo_OCC 為分區人口風險因素校正比例、P_OCC 為 102 年人口結構、SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

丙、 $SMR_OCC102ij = 25\% SMR_OCCij 97 + 25\% SMR_OCC ij 98 + 25\% SMR_OCC ij 99 + 25\% SMR_OCC ij 100$

(SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

丁、 $TRANS102ij = 25\% TRANS ij 97 + 25\% TRANS ij 98 + 25\% TRANS ij 99 + 25\% TRANS ij 100$

(TRANS 為轉診型態校正比例)

$i=1 \dots 4$ $j=1 \dots 6$ (i 為季別、j 為分局分區別)

戊、各分區成長率之下限為 $r_i^{102} - 17\% \times r_i^{102}$ 。(r_i^{102} 為 102 年全球成長率)

分局(3)各分區依公式計算後，各分區成長率較全局預算成長率低 17% 之處理方式：

甲、依下限成長率調整後預算，係以超過下限成長率之分區(超過下限額度 A)，不足者則補至下限者(不足下限額度 B)，調整後之各分區額度為「第 1 次調整」。

分局乙、由高於下限成長率之分區(A)，依其預算占率，分攤於下限成長率之分區至下限成長率為止。

a、不足之額度，則由高於下限額度之分區，按第 1 次調整之預算占率攤分所需不足之額度(第 2 次調整預算)。

b、第 2 次調整預算有低於下限值之分區，其不足額度則繼續由高於下限值之分區按第 2 次調整預算攤分，以此類推，直至各區預算成長率皆不低於下限為止。

附件二

102 年西醫基層總額醫療給付費用一般服務 之保障措施擷取順序及條件

擷取 順序	項目	投保 分區	條件	保障分類	備註
				每點 1 元	
1	門診、住診之 藥費	區分		藥費	依據藥價基準
2	基層論病例計 酬案件	區分	1. 門診： 案件分類=C1(論病例 計酬案件) 2. 住診： 案件分類=2(論病例 計酬案件)	申請費用+ 部分負擔	
3	促進供血機 制合理方案	區分	門診及住院服務之醫 令清單之醫令碼為 93001C~93023C	血品處理費	

註：本表所列點數為核定點數。

附件三

本會101年第4次委員會議與會人員發言摘要 討論事項一「有關102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

蔡召集人魯

本案若各委員沒有意見，則照案通過。

討論事項二「有關「102年西醫基層總額品質保證保留款實施方案」乙案」與會人員發言摘要

蔡召集人魯

請各委員表示意見。

陳委員宗獻

有關「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」之指標值為「不超過100年度該分區所屬科別95百分位」，因百分位剛開始使用敏感，使用愈久就會趨同化。95百分位不見得是異常，所以醫師公會102年將範圍縮小，因絕對值對品質的管控較有意義。

林委員昭吟

- 一、請問「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項指標值，90及95百分位絕對值為何？
- 二、「藥品明細」對民眾是很重要的資訊，請醫師公會說明刪除「藥品明細」之原由。

陳委員宗獻

現「藥品明細」執行多年，其合格率已近100%。

林委員昭吟

102年品保未將「藥品明細」列為監測指標，西醫診所可能會發生鬆懈的情形。

張委員孟源

醫師公會建議95百分位，就是2個標準差，超過95百分位才是異常，而90百分位僅代表1個數值。因前一年度(101年)資料尚不完整，故建議採100年值，當做西醫診所努力的目標。

蔡召集人魯

- 一、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項指標值，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。
- 二、「藥品明細」是否續列為102年品保指標項目，請各委員表示意見。

陳委員宗獻

100年及101年將「藥品明細」列為品保指標項目，因IC卡已有藥品明細及就醫紀錄相關資料登錄，所以醫師公會建議102年指標將「藥品明細」刪除，新增病人之「衛教宣導」為品保指標項目。

蔡召集人魯

102年西醫基層總額品質保證保留款實施方案(草案)，醫師公會建議刪除「藥品明細」指標項目，本局不同意刪除。

蔡委員淑鈴

有關健保IC卡「藥品明細」登錄是供醫師參考，而品保方案之「藥品明細」是讓病人瞭解自己用藥品項，兩者之目的是不同的，爰102年品保方案，請不要刪除「藥品明細」指標項目。

施委員肇榮

「藥品明細」於醫師法、醫療法及藥事法，均有相關規定，且衛生局亦有執行措施。另資訊非常普及，只要電腦操作，即可列印藥品明細。醫師公會因考量各診所均可達成「藥品明細」指標，102年品保方案才會建議刪除，改列更有助民眾健康之「衛教宣導」指標。

蔡委員淑鈴

- 一、有關「藥品明細」指標部分，若西醫基層診所均符合規定，本項指標就失效。
- 二、至102年品保方案，醫師公會建議新增「衛教宣導」指標，請公會說明操作方式。
- 三、會議資料第75頁「衛教宣導係為診所自備疾病衛教單，張貼於診間或直接交付病人並說明」，前述作業方式，是否達到衛教目的，顯無法評估。另公會所提之衛教方式實過於籠統，衛教單張需張貼數量，僅貼一張糖尿病衛教單張即可，「衛教宣導」與「藥品明細」比較，何者操作較容易？

施委員肇榮

「藥品明細」只要電腦列印即可產生。本人診所也有衛教單張，病人若有需要，我就會向病人說明。本人認為衛教可先推動，未來再視執行情形，予以檢討改進。

蔡召集人魯

有關「102年西醫基層總額品質保證保留款實施方案」，依規定需送行政院衛生署核定，並送費協會備查，倘「衛教宣導」指標內容空洞，恐難說服費協會委員。

陳委員宗獻

有關診所僅張貼一張衛教單張是否符合「衛教宣導」指標規定乙節，本人認為應是符合規定，醫師公會推動「衛教宣導」，因我們初衷在於改變醫師的診療行為，若病人需要時，醫師可以提供衛教等諮詢服務。醫師公會推動「衛教宣導」步驟，首先宣告，再者讓醫師產生動機，進而改變觀念，最後是行為改變。希望醫師先從有衛教題目踏出第一步。

蔡委員淑鈴

- 一、有關將「衛教宣導」列為102年品保方案指標是很好的概念，表示基層診所醫師將「衛教宣導」做為醫療服務項目的內涵，其實衛教本屬診療的範疇，囿於看診時間有限，很多醫師把衛教服務予以省略。
- 二、推動「衛教宣導」，若用一年的時間，大概僅為喚起衛教動機。加強衛教宣導的方向很好，但請醫師公會提供 main requirement。
- 三、另會議資料第75頁『「衛教宣導」係為診所自備疾病衛教單，張貼於診間或直接交付病人並說明』，前述作業完全無法說明本項指標門檻，若分區業務組同仁實地審查，恐無法判定本項指標是否符合規定。因醫師公會建議之「衛教宣導」指標完全沒有門檻，請該會設定門檻後，再提101年12月5日臨時會確認。

張委員孟源

醫師公會將開會討論健保局意見，也將參考蔡淑鈴委員建議後，如果有共識則將於101年12月5日臨時會報告「衛教宣導」指標之門檻。

蔡召集人魯

有關「衛教宣導」門檻，請醫師公會於101年12月5日臨時會提出。

張委員孟源

因「藥品明細」指標，99%診所都已符合規定，西醫基層總額品質保證保留款預算之運用，希望能改變醫師的行為。對於「衛教宣導」操作型定義，醫師公會討論後，將於下次臨時會提出。

梁委員淑政

102年品保方案同意新增「衛教宣導」指標，惟請醫師公會提供操作型定義，並於下次臨時會提出。

王宏育醫師(盧榮福委員代理人)

我贊成醫師公會的意見，先提醒醫師，衛教很重要。蔡淑鈴委員的意見亦非常寶貴。先設定小門檻，未來再逐年增加，。我不見得做的最好，但我認為衛教真的很重要。

蔡委員淑鈴

王宏育醫師衛教若是100分，102年品保方案之「衛教宣導」指標門檻需60分，才算符合規定。

陳委員宗獻

「衛教宣導」指標門檻若要達到王宏育醫師的60分，西醫基層總額滿意度會下降，因病人候診時間會很久。

蔡委員淑鈴

- 一、「衛教宣導」指標應可提升西醫基層總額滿意度。
- 二、「衛教宣導」要有操作的可行性，不要用形容詞，若用形容詞，就等同無效的指標。
- 三、建議醫師公會全聯會可協助將病人必要知道的衛教單張統一，結合實證醫學，讓醫師公會會員有所依循。若由會員自行準備，可

能會發生標準不一致的情況。若要將衛教工作做好，請醫師公會拿出專業，印製較好的單張，並要求會員落實衛教作業，並擬訂「衛教宣導」指標門檻，使民眾獲得即時且正確的醫療資訊。

王宏育醫師(盧榮福委員代理人)

醫師公會全聯會網站已建置所有疾病之衛教單張，若醫療院所有需要可自行下載。

蔡召集人魯

有關訂定「衛教宣導」門檻，不僅有助於分區業務組查核作業，亦可讓費協費委員瞭解，該項預算使用之適當性。

林委員昭吟

「衛教宣導」與「藥品明細」兩項指標並不相同，「衛教宣導」是透過醫師與病人雙方互動過程，所以本項指標訂定，不是從醫師單方面思考，衛教服務之有效性是讓病人感受、學習或體會醫師所提供的訊息。衛教宣導會受到病人教育背景，醫病溝通方式及管道等等而影響；病人也不易區分那些部份是屬於一般的醫囑，例如感冒多喝開水；或那些是於特別的衛教；而且不同疾病的衛教方式可能也不同。因此「衛教宣導」的指標操作及訂定需要再思考。若以結果面衡量，可能是以病人滿意度為評核標準；若以過程面衡量，則要提出具體的衛教型式，並與一般醫囑有所區隔。

蔡召集人魯

一、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項指標值，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。

二、另刪除「藥品明細」，新增「衛教宣導」，請醫師公會提供該項指標之操作型定義，並提至101年12月5日臨時會確認。

張委員孟源

醫師公會開會討論後才會有共識，因此我想保留一個但書，101年12月5日臨時會提「衛教宣導」操作型定義，但若不可行，請保留「藥品明細」為指標項目。

蔡委員淑鈴

有關張孟源委員之建議是不行的，因今天決議已刪除「藥品明細」，新增「衛教宣導」，我們已從善如流，要做就做到最好。

陳委員宗獻

新增「衛教宣導」指標，我們是在起步的階段。

蔡委員淑鈴

「衛教宣導」意義很深遠，衛教服務之提供於開業醫師間差異很大，有人做的很好，有人完全不做，藉由建立該項指標訂出門檻，應可縮小差異，多數病人在基層就醫，這是很好的事情。期待醫師公會於12月5日臨時會提出「衛教宣導」指標門檻。

張委員孟源

醫師公會捨去簡單的「藥品明細」，新增困難的「衛教宣導」，醫師公會很有誠意照顧病人，但請健保局再多給一點時間，以利本會規劃。

蔡委員淑鈴

102年基層品保指標，本局會等待醫師公會的回應，即使等到明年也

沒關係，不一定趕在臨時會，我們要的是「衛教宣導」指標的真正門檻，亦期待這項指標真正產生效果。

蔡召集人魯

有關 102 年品保方案，新增「衛教宣導」指標，請醫師公會提供操作型定義及最低門檻，並於 101 年 12 月 5 月臨時會確認。

討論事項三「全民健康保險醫療費用支付標準47074B「上消化道內視鏡息肉切除術」等9項診療項目開放至西醫基層院所適用案」與會人員發言摘要

蔡召集人魯

請各委員表示意見。

吳委員守宝

本案費協會編列預算約1000萬元，應不足以支應9項跨表項目，其中「上消化道內視鏡息肉切除術」乙項，若開放跨表，因很多診所均會執行該項治療，預算應會暴掉。

蔡委員淑鈴

本案9項跨表項目，是由醫師公會提至費協會協商，所編列的預算。

蔡召集人魯

有關本案費協會編列預算約1000萬元，是否足以支應9項跨表項目，請醫師公會再評估。

陳委員宗獻

因預算有限，其中「鼻中膈鼻道成形術—雙側」乙項，請不要開放至基層院所適用。

蔡委員淑鈴

一、「上消化道內視鏡息肉切除術」、「交指皮瓣移植術」、「腫瘤組織檢查切片術, 部位未明示」、「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、「其他小靜脈曲張之縫合，結紮或剝除」、「陰道切開探查術或骨盆腔膿腫引流」、「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子

宮內膜異位症分級指數小於或等於5分。」、「子宮內膜電燒及切除術」及「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」共計9項，為醫師公會提至費協會協商項目。

- 二、「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分。」及「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」等3項診療項目，本局洽詢耳鼻喉科醫學會及婦產科醫學會意見，學會表示該等專科之基層醫師有足夠能力施作該等手術項目，但開放至基層院所後，以門診手術方式執行，需考量適當性及安全性。
- 三、「鼻中膈鼻道成形術—雙側」開放至基層院所適用，若「鼻中膈鼻道成形術—單側」不比照開放亦很奇怪，請醫師公會加以考量。
- 四、預算部份，本局採推估方式，開放表別後，案件申報概況尚不清楚。
- 五、本案跨表項目建議，本局尊重專業意見。

林委員華貞

102年總額協商通過本案9項建議跨表項目，請問本會還可刪除項目嗎？若不能再修訂項目，就沒有討論的空間。另這些項目，並不普及，反而對醫院院外門診較為有利。該等項目單價偏高，所需預算應不只1000萬元，不知當初概算基礎。今天若可再討論，其中「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分。」及「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」等3項，因門診執行安全性不高的項目，所以建議刪除。

蔡召集人魯

有關「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分。」及「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」等3項，需注意執行技術及病人安全性，現均以住院方式處理。請醫師公會說明，本案9項跨表項目是全部或部分保留。

吳委員守宝

本案9項跨表項目若全部通過，因102年預算編列1000萬元，若102年申報點數超過協商編列之預算，可否暫停？

陳委員宗獻

- 一、上消化道內視鏡檢查於基層診所執行率頗高，以前有息肉不能申報醫療費用，102年放寬至「上消化道內視鏡息肉切除術」基層診所適用，未來申報量將會遽增。
- 二、建議「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分。」及「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」等3項暫不開放適用表別。因「鼻中膈鼻道成形術—雙側」已建議暫緩，故「鼻中膈鼻道成形術—單側」比照辦理。

蔡委員淑鈴

基於病人安全性考量，「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分」及「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」等3項屬於暫不開放適用表別，「鼻中膈鼻道

成形術—單側」亦不開放適用表別，各委員若無意見，就提全民健康保險醫療給付協議會議報告。

石賢彥醫師(李委員明濱代理人)

健保局發現有問題的項目，醫師公會同意暫保留，但耳鼻喉科學會預測會暴掉的項目，若仍要開放適用表別，建議102年開放跨表項目點數超過1000萬，就暫緩執行。

蔡委員淑鈴

有關本案預算係以100年醫院申報件數之10%推估，不見得開放表別後，病人都到基層執行，其中病人選擇就醫院所占很大的因素。

徐委員超群

- 一、有關「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分」及「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」等3項經費已在費協會通過，如決定暫不開放至基層適用，該項預算是不是要從基期扣掉？在之前從來沒有這樣的先例。
- 二、本人建議開放「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分」及「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」等3項開放至基層適用，因台灣耳鼻喉科醫學會及台灣婦產科醫學會都表示，該等專科之基層醫師有足夠能力施作該等手術項目，既然費協會已同意的跨表項目，就應依協定結果執行。

吳委員守宝

「鼻中膈鼻道成形術」不是很複雜，在基層診所就可執行，且需雙側同時執行，否則會增加病人困擾。另「鼻中膈鼻道成形術-雙側」支付點數8911點，相關規範又不嚴謹，費協會所編預算，恐不足支應。

張委員孟源

- 一、基於病人安全，建議「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分」及「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」3項暫予保留，若基層診所需要執行，可用事先審查方式提出申請，證明病人安全無虞才執行；除可確保病人安全，又可避免暴量。
- 二、另請監測本案預算執行狀況，若預算用罄，102年開放跨表項目，則應暫停。

蔡召集人魯

- 一、審查跨表的醫師有其自主性。
- 二、「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分」及「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」3項暫予保留。
- 三、「上消化道內視鏡息肉切除術」等6項，仍依前決議同意開放表別。

蔡委員淑鈴

開放表別之診療項目則免事前審查，倘有診所要執行「鼻中膈鼻道成形術」，則需事先審查，屬個別診所申請跨表。

蔡召集人魯

「上消化道內視鏡息肉切除術」、「交指皮瓣移植術」、「腫瘤組織檢查切片術, 部位未明示」、「其他小靜脈曲張之縫合, 結紮或剝除」、「陰道切開探查術或骨盆腔膿腫引流」及「子宮內膜電燒及切除術」等6項, 則同意開放表別。

陳委員晟康

本案除安全考量外, 委員最在意的是經費暴掉, 在預算不足疑慮下, 建議全聯會先內部討論, 於下次會議提出更適當方案。開放表別則為C表, 因無需事前審查, 又衍生更嚴重的問題, 屆時又要收拾後果, 本案相關作業請以完整周延為第一考量。

吳委員國治

本人同意陳晟康委員建議案, 若跨表項目有病人安全考量, 需住院方能執行, 則不同意跨表。另有醫療點數暴漲項目, 亦請刪除, 其他項目則可通過。

蔡召集人魯

本案102年度預定新增9項跨表項目10.3百萬元, 若未執行, 預算將被扣回, 請醫師公會先行研議, 再提下次會議討論。

蔡委員淑鈴

本案若未執行, 恐有爭議, 預算將被扣除。這是醫師公會在費協會極力爭取的, 請該會再思考如何作業較妥當。

張委員孟源

本案最擔心病人安全及醫療點數暴增, 建議由醫師公會內部先討論, 再提下次臨時會報告。

蔡委員淑鈴

費協會決議，本案需於102年1月開始實施，若無，本項預算成長率將被扣除，請醫師公會提下次臨時會報告。

施委員肇榮

- 一、事前審查有必定要件，診療項目若通過跨表，要再就個案執行事前審查，是有困難的。
- 二、跨表除提供病人就醫方便性、安全性及適當性，若院所執行量過多，可能會影響病人安全，請問未來不予支付指標，是否有操作的可能性。

蔡召集人魯

本保險並無就個別疾病或個別診所，訂定不予給付之規定。

蔡委員淑鈴

- 一、有關不予支付指標訂定，係用於浮濫項目，且與品質相關，才以不予支付控制。
- 二、本案102年度預定新增9項跨表項目10.3百萬元，預算已匡列，101年年底若未定案，預算將被收回。當時爭取該項預算目的在於提升基層外科及婦產科醫師的競爭力，預算若存在，就需執行，若醫師公會有顧慮，就提至101年12月5日臨時會討論後，依程序提全民健康保險醫療給付協會確認。

蔡召集人魯

本案依蔡淑鈴委員建議方式處理。

討論事項四「關於102年西醫基層總額編列2億元預算，用於內科支付標準調增案」與會人員發言摘要

蔡召集人魯

請各位委員表示意見。

王宏育醫師(盧榮福委員代理人)

- 一、據經建會統計，2025年老人人口占20%，2060年老人人口占42%，老年人口需要內科醫師照顧，而內科醫師的占率，則有下降趨勢，95年內科醫師占開業醫16.4%，99年內科醫師占開業醫13.9%，占率明顯下降。99年至100年各科醫師增加的人數，內科僅超過一般科及婦產科醫師，內科醫師人數愈來愈少，而老人愈來愈多，這是值得重視的議題，請對內科專科醫師施予援手。
- 二、就科別平衡而言，在總額協商因素中，96年於編列成長率0.176%(1.5億元)用於婦產科，97年於編列5億元用於婦外科，101年編列成長率1%(9億元)調整婦外科門診合理量第一段診察費加成9%。這麼多年來，內科沒有調整過支付標準，原期望102年內科專科醫師門診合理量第一段診察費加成17%，但費協會協商結果，預算僅有2億，若不再挪做他用，內科醫師門診診察費也僅能調整4.83%，完全無鼓勵性質，若將2億，再拿一部份挪做他用，對內科專科醫師情何以堪？
- 三、會議資料第86頁，醫師專科不同有不同之支付標準加成，現今外科專科醫師看高血壓亦有門診合理量第一段診察費加成9%的情形，所以每科均以專科醫師來認定診察費加成。
- 四、費協會協定編列2億元是要給內科專科醫師，只要具有內科專科醫師資格，是否兼具其他專科醫師，內科醫學會沒有意見。

- 五、醫師公會全聯會所提排除內科專科醫師兼具神經內科、精神科、家醫科專科醫師乙節，本人沒有意見。
- 六、贊成內科醫師門診診察費調整 4.83%。若擬比照兒童專科醫師第 1 階段加成 3%，但小兒科 4-6 歲又加成 20%。所以若內科門診診察費加成要降至 3%，但附帶增加 65 歲以上病人診察費加成 20%，內科醫學會是可以同意，惟目前並無此預算。內科醫學會建議內科醫師門診診察費調整維持 4.83%，以因應台灣老年人口日漸增加的趨勢。

陳委員宗獻

100 年協商編列 3-4 歲兒童加成預算 1 億 2400 萬，實施後卻超支 2400 萬，發生原因在於預算數除以科別申報件數，因計算過程，分母錯誤，因小兒科可同時申報不同科別，但支付標準調整有限制 3-4 歲，家醫科診所也有內科案件。為避免錯誤，就是統計具內科專科醫師申報量，若將內科定義為分母，明年醫療費用應會超支。

王宏育醫師(盧榮福委員代理人)

站在內科醫學會的立場，我們不想影響其他科別專科醫師，請健保局將費協會協定編列 2 億元全數用於內科專科醫師診察費調整，不要將部分預算 0.44 億元移作他用。

張委員孟源

- 一、費協會協定編列 2 億元用於調整內科支付標準，其條件需具內科專科醫師。此係『專科』醫師別。
- 二、在『案件』別上，針對特別案件的診察費，比如洗腎、呼吸照護及安寧療護案件診察費不加成。

- 三、請按內科專科醫師別及排除案件，計算公式，分子為 2 億，符合件數為分母，結果為第一階段的成長率。
- 四、請健保局提供相關資料，包括符合內科專科醫師人數，需排除洗腎、呼吸照護及安寧療護之件數，若內科專科醫師同時具小兒科、外科或婦產科專科醫師資格，因已有加成，不再重覆加成；上開資料，請健保局於下次臨時會提供。

甯視察素珠

- 一、本局係依 100 年有效的內科專科醫師證照申報的醫療費用估算，已排除兼具婦兒外科專科醫師及神經內科、精神科、家醫科專科醫師。
- 二、醫師公會建議排除洗腎、呼吸照護及安寧療護之件數，因申請呼吸照護及安寧療護件數的醫師，執業地點在於醫院，所以件數都在醫院。至洗腎案件屬不同總額，若以醫師歸戶，跨院所，實務作業有困難，因各醫院申報時間並不相同，所以沒有辦法跨院所統計，僅能就同院所統計。內科專科醫師於基層申報洗腎、呼吸照護及安寧療護之件數並不多，所以再算加成率，並無太大影響。
- 三、至於排除神經內科、精神科、家醫科專科醫師部分，當初婦兒外科加成，並未排除兼具其他科別醫師。為避免爭議，建議比照婦兒外科加成方式，不要排除兼具神經內科、精神科、家醫科專科醫師。

王宏育醫師(盧榮福委員代理人)

- 一、有關內科專科醫師加成不要排除兼具神經內科、精神科、家醫科專科醫師，本人同意。婦兒外科專科醫師診察費已經加成 9%，兼具者不宜重複加成。

- 二、若健保局精算內科專科醫師於門診合理量第一段診察費可加成 4.83%，費協會編列2億元全數用於內科專科醫師診察費之調整，本人可以接受的。
- 三、現內科專科醫師最不平的事情，外科或婦產科看高血壓病人，門診合理量第一段診察費可加成9%，而內科專科醫師看高血壓病人，反而未加成。現行健保給付方式，讓內科專科醫師覺得專業一文不值。
- 四、健保局若有把握計算過程正確，內科醫學會同意內科專科醫師門診合理量第一段診察費加成率為 4.83%。

甯視察素珠

會議資料第 88 頁，排除兼具婦兒外科專科醫師及神經內科、精神科、家醫科專科醫師後，第一段門診合理量加成率為 4.83%。另僅排除兼具婦兒外科專科醫師，第一段門診量加成率為 3.84%。

張委員孟源

我們『專科』醫師別的定義很清楚，就是內科專科醫師，例如內科專科醫師兼具神經內科就可加成。但若僅為神經內科醫師，不具內科專科醫師，則不符加成的資格。

吳委員守宝

請依 101 年第 1 季內科專科醫師申報量估算，以 3%、5%或 8%推估，這樣各科就不會互相影響。

王宏育醫師(盧榮福委員代理人)

請問外科、婦產科加成 9%之計算方式為何？若是相同計算方式，內科專科醫師第一段門診合理量加成 4.83%，就可成立。

甯視察素珠

計算公式相同，因預算不同，所以加成率有差異，計算結果請參閱會議資料 88 頁。

蔡委員淑鈴

有關費協會編列 2 億元用於調整內科專科醫師支付標準，本局不會挪用。若不排除兼具不同專科之醫師，第一段門診合理量加成率約為 3%，因 102 年件數成長率尚無法衡量，所以建議先用 3%，屆時再以 102 年第 1 季申報量重新評估。

王宏育醫師(盧榮福委員代理人)

婦外科專科醫師第一段門診合理量診察費加成 9%，而內科專科醫師加成率僅有 3%，讓內科醫師很難堪。

蔡召集人魯

蔡淑鈴委員是善意的建議，還是俟 102 年第 1 季申報量產生後再重新評估，否則超支，醫師也無法取得加成的點數。

王宏育醫師(盧榮福委員代理人)

請問婦外科為何可加成 9%？

蔡召集人魯

本局是依費協會所編列之預算辦理。

張委員孟源

費協會編列 2 億預算，請用於符合內科專科醫師條件者，請健保局以 100 年估算成長率，提供固定比率，但實際值為何？大家都不知道。本案請健保局務必提供正確數據，避免造成科際間之排擠效應。

蔡委員淑鈴

因明年度申報資料尚未產生，僅能用推估，保守點，加成率先用 3%，俟有 102 年第 1 季申報資料再重新評估，101 年婦外科支付標準調整，亦是以此作業方式辦理。

蔡召集人魯

費協會編列 2 億預算用於調整內科專科醫師支付標準，同意全數用於調整內科專科醫師門診診察費，暫時先以加成率 3%，俟有 102 年第 1 季申報量再做後續處理。

張委員孟源

本案比照 101 年外婦兒科支付標準調整方式辦理，先將 2 億預算撥出，等有正確數據再估算成長率再回溯，較為妥當完善。

蔡召集人魯

有關以回溯方式辦理，請醫務管理組說明，執行面是否有困難？

甯視察素珠

有關加成率 3% 是以 100 年相關件數申報量估計，101 年或 102 年有可能件數成長幅度很大，保守一點是 3%，若以 2 億估算，加成率為 3.84%，若量多一點，就有可能暴掉。若採回溯作業，實務作業真的

有困難。未來西醫基層 RBRVS 支付標準亦會調增，建議本案支付標準確認後，就不要再變更，以免增加行政作業負擔。

張委員孟源

這不會隨申報量而波動，因第一段門診合理量就是 25 人，超過 25 人也不會補付，唯一影響的因素就是內科專科醫師開業醫人數增加，請健保局提供正確資料後，再做決定。

王宏育醫師(盧榮福委員代理人)

有關內科專科醫師第 1 段門診合理量診察費加成計算方式，請比照 101 年外婦產科辦理。

蔡召集人魯

本案請醫務管理組確認內科專科醫師人數及相關資料之正確性後，依程序提全民健康保險醫療給付協議會議確認。

臨時提案「基層每月看診合理日數建議25日改為22日以上建議案」與會人員發言摘要

蔡召集人魯

請各位委員表示意見。

林委員正泰

有關基層每月看診合理日數建議25日改為22日案，全聯會已討論一年，也多次向健保局提出相關建議，其目的在於提升醫療品質，以病人安全為中心，並給醫師自行調整看診權利及尊嚴。目前在健保制度下，一切都以民眾為中心，所以我們強調：在不影響民眾就醫權益及在總額支付制度下不增加醫療費用，請每月給醫師8天可自行調配的時間，包括進修、繼續教育、看診或親子遊戲等。醫師早、中、晚都在看門診，醫師不是機器人，難道相關單位都不擔心醫師過勞情況？我們一再強調，絕不妨礙民眾就醫權益與方便性，亦不增加醫療費用，但健保局就先預設會引起民眾反彈，增加醫療費用。假若健保局有顧慮，建議先以試辦計畫方式辦理，試辦3個月、六個月，若情況不佳或民眾反彈，就立即停止試辦。

蔡召集人魯

以前支委會曾討論過基層每月看診合理日數建議25日改為22日案，有關消費者及專家學者建議項目，包括提高假日看診比例、得於網路查詢診所假日看診時間、診所假日24小時提供電話醫療諮詢、以實際看診日數計算合理量、不能以月結方式計算、提高假日看診診察費等，決議請醫界代表與消費者達成共識後，再提本支委會討論。本次林正泰委員臨時提案，並沒有依照上次決議，提出與消費者達成的共識項目，在處理上真的有困難。

林委員正泰

- 一、醫師公會依本案上次會議決議曾與消費者代表討論，但雙方意見不能一致。
- 二、本支委會好像有一個人反對就不要進行了，本人建議，今天若無決議，請以兩案併陳方式將雙方意見，送衛生署裁奪。

蔡召集人魯

目前消費者及付費者代表有事已離席不在場，若要提意見，本局僅能將上次會議消費者及專家學者相關建議送衛生署。

林佩菽秘書長(謝武吉委員代理人)

- 一、有關基層爭取醫師生活品質及工作權益就醫院協會的立場並不反對，但每月看診合理日數建議25日改為22日的這個案子，因涉及醫院總額，若將每月看診合理日數改為22日，病人勢必會轉移到醫院總額部門，進而影響醫院總額部門費用。
- 二、本案茲事體大，建議提至101年11月22日醫院總額支付委員會討論。因為基層每看診合理日數由25日改為22日，並不如基層所想只在西醫基層總額產生效應，而是對整體西醫部門產生連鎖效應，醫院部門與西醫基層間絕對有病人移轉問題，未來如何進行部門間風險調校，在過去的經驗中這些問題並不是沒有發生過，有關因應的配套，應該事前講清楚，建議委員再審慎考量。

徐委員超群

既然主席考量消費者代表已離席，建議於下次臨時會列為第一案，讓基層總額、消費者及醫院總額三方代表充份討論，主席亦可瞭解爭執點所在，俾作最適當之裁決。

林委員正泰

本案醫師公會於100年就提出，剛主席說，還要跟消費者代表討論。今年6月8日黃三桂副局長要求我們再提出來，本案以前是懸案，今天我們再提出，因健保局作業不及，所以今天未列入議程，本案是今天新提案，與以前的懸案無關，今天若有正反意見，請送衛生署裁奪。

蔡召集人魯

本項提案仍與上次決議相關，據醫師公會101年11月7月函說明，為基層每月看診合理日數建議25日修訂為22日配套措施之問題，所以本案不是新案。

林委員正泰

今天本項提案人是本人，連署人有5位委員，與以前提案或許有相關，剛蔡淑鈴委員也建議我們可以臨時提案，若我沒有資格提案，那就撤案；倘我能提案，請健保局給我們機會。

蔡召集人魯

- 一、醫院協會代表林佩菽秘書長提到，本案若通過，將會有病人移轉的問題，顯然今天的會議，本案尚無共識。
- 二、上次會議，消費者代表已就本案充分表達意見，並列入會議紀錄，所以林正泰委員的臨時提案，暫予保留。

林委員正泰

部分委員對本案持反對意見，是預設民眾權益或就醫方便性受影響，以及衝擊醫院總額部門。我想，若本案通過，基層醫師應不會傻到每月僅看22天，因休診診所就無收入，多看診一個就多一個收入，那有醫師不看診？我相信本案不會影響醫院總額，只是讓基層醫師每月有

八天內可以自行調配看診時間。本案仍建議先以試辦方式辦理，若醫院層級或民眾反彈，就立即停止。

蔡召集人魯

- 一、本案若要以試辦計畫方式辦理，健保局則需配合修改電腦程式。
- 二、依規定，本局所有試辦計畫均需陳報衛生署核定方能實施，本支委會沒有權利決定。
- 三、倘醫師公會提出消費者代表要求的配套措施，並提本會確認，本局則依規定陳報衛生署。

徐委員超群

- 一、主席因未曾參與本案討論，所以不瞭解醫師公會與消費者代表的爭執點，大家最在乎的是假日是否有醫師看診，嘉義縣衛生所假日不開診，若要提高開診比率，公家機關之衛生所及健保局門診中心週六日都應配合開診，以提高假日開診比率。
- 二、建議將本案列為臨時會第一案，讓基層總額、消費者及醫院總額三方代表充份表達意見。

蔡召集人魯

- 一、建議衛生所及健保局門診中心等公家機關週六日開診乙節，本局對所有特約院所均一視同仁，本局無權單獨要求公家機關週日開診。
- 二、至於建議將本案列為臨時會第一案部分，提案單位若將資料準備完整，就可提會討論。

林佩菽秘書長(謝武吉委員代理人)

- 一、本案絕對會影響醫院總額部門，回顧每年的過年期間，因為診所

休診，病人大量擁入醫院急診，每每造成醫院點值受到影響，本案若真要提案，因有病人移轉問題，應該預先在總額協商時，就把相關的因素及影響計算清楚，相關的風險調校的配套及原則都應該與醫院總額部門達成共識才可以進行。

二、本人今代表醫院總額部門、醫院協會，代表謝武吉院長參加會議，不可能不被授權，請尊重我的發言權益，今天這個案子在沒有經過與醫院總額部門討論並獲共識同意下，我反對這項臨時提案。

三、今天案子，我們會帶回台灣醫院協會內部討論。

蔡召集人魯

本案暫予保留，請提案委員於下次會議提出，並請消費者及醫院代表出席表示意見。