

「西醫基層總額支付委員會」101年第1次臨時會議紀錄

時間：101年3月21日上午9時30分

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：黃召集人三桂

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	(請假)
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	(請假)
吳委員首寶	(請假)	陳委員夢熊	陳夢熊
吳委員國治	(請假)	黃委員柏熊	蘇美惠 ^代
呂委員和雄	許鵬飛 ^代	黃委員啟嘉	(請假)
李委員明濱	石賢彥 ^代	廖委員本讓	(請假)
李委員昭仁	李昭仁	劉委員文漢	劉家麟 ^代
李委員茂盛	(請假)	潘委員仁修	(請假)
李委員紹誠	(請假)	蔣委員世中	(請假)
林委員正泰	(請假)	蔡委員明忠	(請假)
林委員昭吟	(請假)	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
林委員華貞	(請假)	鄭委員悅承	(請假)
林委員義龍	(請假)	盧委員世乾	(請假)
施委員肇榮	(請假)	盧委員信昌	盧信昌
徐委員超群	(請假)	盧委員榮福	(請假)
張委員孟源	張孟源	賴委員明隆	賴明隆
張委員智剛	張智剛	錢委員慶文	錢慶文
張委員德旺	(請假)	謝委員武吉	(請假)
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
行政院衛生署國民健康局	賈淑麗
中華民國醫師公會全國聯合會	黃幼薰、陳宏毅、向 鈞 吳春樺、劉俊宏、程嘉蓮
台灣醫院協會	王維蓮、陳雅華
中華民國藥師公會全聯會	陳宛伶
本局臺北業務組	張照敏、李祚芬、陳佩玲
本局北區業務組	楊淑娟
本局中區業務組	詹 純
本局南區業務組	請假
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	劉欣萍
本局醫務管理組	林阿明、王淑華、歐舒欣 孫嘉敏、李健誠、張桂津 鄭正義、劉立麗、洪于淇 張益誠、賴宏睿

一、主席致詞：(略)

二、討論事項

(一)案由：為「全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」中衛生所人員之巡迴論次醫療服務報酬修訂案，

提請 討論。

決議：

- (一)衛生所(室)人員於下班時間至衛生所(室)或醫療資源不足地區提供巡迴醫療服務，得申報論次加論量診療報酬。
- (二)醫師公會會員至衛生所(室)利用醫療設施提供巡迴醫療服務，得申報論次加論量診療報酬。
- (三)衛生所(室)人員參與本方案協助提供巡迴醫療服務，若非屬其職權應提供之醫療服務(原已排定至衛生室提供醫療服務時段)，同意核付論次加論量診療報酬，惟請各分區業務組提供衛生所(室)人員原已核備提供醫療服務之時段、地點，供各縣市醫師公會比較，是否減少診次改提供本方案之服務。
- (四)前開修訂作業，由本局逕行公告實施。
- (五)請各縣市醫師公會注意院所支援醫缺區之時間及地點，健保局分區業務組若發現院所有變更時，請主動通知各縣市醫師公會，以利評估及協調。

(二)案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合照護計畫」修訂案，提請 討論。

決議：

1、101 年度計畫修訂重點如下：

(1)計畫期間：預定公告自 101 年 4 月 1 日起至 101 年 12 月 31 日止。

(2)擴大照護對象連續性照護

A、較需照護會員名單，納入100年曾收案會員、高利用(全年基層就醫 ≥ 50 次)、高齡(≥ 75 歲)族群、參加論質方案個案，增加連續性照護，可將連續照護率由57%提升至75%以上。

- B、惟參與論質方案個案已於論質方案支付個案管理費，不再支付本計畫費用(800元/人)，但另外計算照顧會員節省之醫療費用及品質指標成效，試辦一年，提供未來鼓勵參考。
 - C、101年家醫計畫公告後，家醫計畫與單一診所「以病人為中心計畫」擇一參加。
 - D、考量照護能力及品質，每位醫師給付個案管理費(250元/年)上限1000名，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算照顧會員節省之醫療費用(550元/年)。
 - E、自行收案會員上限由60名提升至120名，原則上以指定收案會員之家庭成員為優先收案對象。
- (3)加強評核指標之要求，落實醫療群照護模式，提供病人有感的服務：
- A、加強電話諮詢專線之服務品質，鼓勵醫師call out，改依實際服務品質，分階段給分(由分區業務組抽測5通，依平均分數計分)。
 - B、加強會員健康管理與個案衛教之要求，落實連續個案管理(追蹤)或衛教，權重由10%增加至20%。
 - C、增加鼓勵轉診機制，會員門診就醫經醫療群協助轉診進步率 $\geq 10\%$ ，加分5%。
 - D、滿意度調查，滿意度普通者不列入計算，並增加由分區抽測滿意度調查相關規定。
 - E、急診率、住院率、固定就診率品質指標目標值增加自身比，除維持現制(與應照護族群比)外，增加與上年度同期自身比進步率 $\geq 20\%$ (自身比)，任一達標，得滿分10%。另增加進步率 $\geq 10\%$ ，得5%。
- (4)加強擇優汰劣之退場機制

A、已於評核指標計分方式，加強各項指標之要求，且依各項指標規定評分，不按比例核算。

B、增加三個月初評及專業輔導機制，醫療群依據台灣家庭醫學會與中華民國醫師公會全國聯合會共同設計之期中自我評估表，辦理自我評估，分區視評估結果，必要時通知全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，不予支付費用外，應退出本計畫。

C、執行期滿評核指標未達60%需退場。

(5)擴大組織運作彈性，鼓勵績優醫療群擴大規模：

A、組織擴大，取消10家組成社區醫療群診所上限，改為 ≥ 5 家。

B、增加合作醫院家數，地區醫院不計入2家上限之規定。

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、臨時提案

(一)案由：有關西醫基層診所申請辦理「101 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」之期限，提請討論。

決議：本方案施行地區尚未有診所申請之區域，新埔鎮、北埔鄉、富里鄉、瑞穗鄉、卑南鄉、長濱鄉、成功鎮等共 7 個鄉鎮，請醫師公會輔導符合資格院所、醫師於 101 年 3 月底前提出申請。

四、散會：上午 10 點 35 分

附件

本會101年第1次委員會議與會人員發言摘要

討論事項第一案『為「全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」中衛生所人員之巡迴論次醫療服務報酬修訂案』；以及臨時提案『西醫基層診所申請辦理「101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」之期限』與會人員發言摘要

本局王科長淑華

100年方案中衛生所(室)人員於上班時間至醫療不足地區執行巡迴醫療，不可申請論次費用。上開規定本局前於100年底徵詢相關單位意見，101年方案依徵詢主管機關意見修訂，衛生所(室)人員至醫療不足地區執行巡迴醫療，可申請論次診療報酬。即若衛生所主任指派醫護人員至衛生所所轄衛生室執行醫療業務，則不可申請論次診療報酬。

何委員博基

- 一、衛生所醫師週一至週五上班時間於衛生所(室)看診，星期六、日至醫療資源不足地區執行巡迴醫療服務，並無違反規定。若星期三上午於衛生所看診，下午去執行巡迴醫療，是否可申請論次之診療報酬？請健保局釐清本項規定。
- 二、本方案施行地區尚未有診所申請之區域，包括新埔鎮、北埔鄉、富里鄉、瑞穗鄉、卑南鄉、長濱鄉、成功鎮等共7個鄉鎮，請各縣市醫師公會提供協助。新北市醫療資源不足地區，目前由新北市醫師公會之管理中心派專人支援。因屏東縣醫師公會人力不足，若要支援巡迴醫療確實有困難。

陳委員夢熊

公務人員於上班期間不得至醫療不足地區執行巡迴醫療服務，若巡迴地點設立於衛生室隔壁，可以嗎？這只是在限縮醫療資源不

足地區，不能在衛生室執行巡迴醫療服務。鄉下衛生室偏遠落後，除了週六、日執行醫療不足地區巡迴醫療服務，平常上班日不能在衛生室執行醫療不足地區的醫療服務，這也不盡合理。雲林縣醫缺區都在海邊，衛生室地點相當偏僻，若不在衛生室看診，廟裡或廣場等地方，因風大，非常的冷。若公務人員到衛生室就變成執行職權，這樣醫缺地區會愈來愈多；此部分請健保局加以考量，這樣規範是否有實質的意義存在。衛生所主任派醫師去衛生室上班時間，當然不可能去申請醫缺巡迴醫療服務；但是下班時間如週六或週日，這是可以的。醫師休假時間，利用衛生室地點提供巡迴醫療服務，也不可以嗎？此部分亦請大家予以考量。

李委員昭仁

- 一、衛生所醫護人員在上班時間應盡其衛生所既定業務，如另撥時段再去支援巡迴醫療服務，而且再申請給付被認為不宜，因此曾在支付組討論時遭到刪除。
- 二、屏東縣地理環境特殊，幅員太遼闊，山地偏遠地區醫療資源的確缺乏，尤其週六、週日等加起來全年超過 100 天的例假日，居民就醫非常不便。以牡丹鄉旭海村為例，屏東縣醫師公會曾經輪流派遣醫師在週六、週日去旭海醫療站駐診。而衛生所公職醫護人員因囿於法令規章，無法比照巡迴醫療服務申請給付，自然降低支援參與醫療服務的意願。
- 三、若在法規或費用支付不違反公務人員相關法令，讓衛生所醫護人員也能比照一般基層院所參加醫療服務的診療報酬，相信會提升參與意願照顧民眾健康。尤其像旭海醫療站經過重新整修，內部陳設齊全煥然一新，如能撥出善加利用不必另外設立醫療站，將減少相當大的不必要的浪費。
- 四、希望健保局能盡快修訂相關法規，讓衛生所的醫護人員提高支援的意願。

許鵬飛醫師(呂委員和雄代理人)

新埔鎮、北埔鄉、富里鄉、瑞穗鄉、卑南鄉、長濱鄉、成功鎮等共7個鄉鎮，目前沒有診所提出申請，若衛生所提供協助，支付合理報酬，可達鼓勵的作用。至於醫療資源不足地區，若有診所再支援，衛生所就不需再重複申請。

石賢彥醫師(李委員明濱代理人)

- 一、本案之重點，在衛生室提供巡迴醫療服務到底可不可算？若不能計算，可能會影響現行的作業。
- 二、衛生室工作人員在值勤範圍內，若不屬排班時間，支援巡迴醫療服務，可否列為符合規定。

本局王科長淑華

- 一、衛生所人員利用下班時間至醫療資源不足地區提供巡迴醫療服務，本來就符合規定。
- 二、開業醫師利用衛生室設備衛生室提供巡迴醫療服務，亦可申請論次診療服務報酬。
- 三、衛生所醫護人員依排定時間至衛生室執行職權業務，本來渠等應該執行之職權業務，當然不能申報論次診療報酬。
- 四、衛生所醫護人員於上班時間到偏遠地區之巡迴醫療點執行巡迴醫療業務，可申請論次診療報酬。

李委員昭仁

- 一、本人同意王淑華科長說明，但仍需釐清相關規定，以利院所有所依循。
- 二、衛生室醫師班已排滿，做常規工作，他們絕對不會去申請醫缺區巡迴醫療服務。目前偏遠地區，並無醫師提供例假日的醫療服務，衛生所醫師若非原來排班時段，能至偏遠地區支援，但

必須修正相關法規，並給付論次報酬費用，相信偏遠民眾能得到更好醫療照顧。

三、我們也同意衛生所人員，依職權不能領雙份薪水。但在公務時段外尤其在例假日時段，衛生所人員若提供巡迴醫療服務並可申請論次診療報酬，藉此鼓勵該等人員利用公務外時間，至偏遠地區提供醫療服務。

黃召集人三桂

本方案施行地區尚未有診所申請之區域，新埔鎮、北埔鄉、富里鄉、瑞穗鄉、卑南鄉、長濱鄉、成功鎮等共 7 個鄉鎮，新埔鎮及北埔鄉屬新竹縣，新竹縣醫師公會是可否提供協助。

劉家麟醫師(劉委員文漢代理人)

目前新竹縣仍沒有診所提出申請。

黃召集人三桂

請問何博基委員，新北市醫師公會可否派員支援新埔鎮及北埔鄉的巡迴醫療服務？

何委員博基

請問越區支援，符合相關規定嗎？

本局王科長淑華

本方案同分區業務組可跨縣市支援，但不可跨分區。

錢委員慶文

本方案若要鼓勵院所協助支援，建議細節部分不要規定太嚴格，

以免影響申請院所資格。

黃召集人三桂

- 一、衛生所(室)人員於下班時間至衛生所(室)或醫療資源不足地區提供巡迴醫療服務，得申報論次加論量診療報酬。
- 二、醫師公會會員至衛生所(室)利用醫療設施提供巡迴醫療服務，得申報論次加論量診療報酬。
- 三、衛生所(室)人員參與本方案協助提供巡迴醫療服務，若非屬其職權應提供之醫療服務(原已排定至衛生室提供醫療服務時段)，同意核付論次加論量診療報酬，惟請各分區業務組提供衛生所(室)人員原已核備提供醫療服務之時段、地點，供各縣市醫師公會比較，是否減少診次改提供本方案之醫療服務。
- 四、本方案施行地區尚未有診所申請之區域，新埔鎮、北埔鄉、富里鄉、瑞穗鄉、卑南鄉、長濱鄉、成功鎮等共7個鄉鎮，請醫師公會輔導符合資格院所、醫師於101年3月底前提出申請。

陳委員夢熊

請各縣市醫師公會注意院所支援醫缺區之時間及地點，健保局分區業務組若發現院所有變更時，請主動通知各縣市醫師公會，以利評估及協調。

黃召集人三桂

陳夢熊委員之建議列入會議紀錄。

討論事項第二案『有關「全民健康保險家庭醫師整合照護計畫」』修訂案與會人員發言摘要

黃召集人三桂

本修訂案先請全聯會表示意見。

張委員孟源

有關「101 年度家庭醫師整合照護計畫」修訂案，健保局舉辦 7 場座談會，並邀請專家學者與家庭醫學會及醫師公會與會，會上學者專家已提供很多寶貴意見，健保局業將各界建議彙總。全聯會期待本方案於 101 年推動更順利，執行成效更好。

李委員昭仁

今天會議資料「101 年度家庭醫師整合照護計畫」修訂案之內容，健保局規劃的很周全。參與計畫的會員相當關切評估指標的訂定與修正，因為會涉及退場機制與獎勵金額，指標若設計周延，將有利於計畫的推展。

許鵬飛醫師(呂委員和雄代理人)

24 小時諮詢專線：鼓勵醫師 call out，有效回答問題，並依實際服務品質，分階段給分，是否表示執行中心或醫院人員接聽後並幫會員解決問題後，是否隔一段時間後，須再 call out 給會員詢問其問題是否已完全解決了。

蔡委員淑鈴

一、有關會議資料說明三(二)1. 「加強電話諮詢專線之服務品質，鼓勵醫師 call out，改依實際服務品質，分 1~4 階段給分」，本作業係希望 call center 設立是有意義的，依該中心有無解決

民眾問題來看成效，因現行部分家醫群call center，並不是由醫師親自接聽，而由執行中心或資深護理人員接聽，所以101年度之修訂案分為四種情況給分：

- (一)情況一：24小時諮詢專線，經連續測試3通，無人接聽，得0%。
- (二)情況二：專線由執行中心或醫院護理人員接聽，不瞭解家醫計畫，只簡單回答請會員儘速到急診或到醫院看病，雖有人接聽，但沒有達到設置call center的效果，得3%。
- (三)情況三：專線由執行中心人員接聽，且家醫會員資料執行中心均瞭解，資深護理師可解決民眾一般性的問題，該call center可得滿分(10%)。
- (四)情況四：專線由執行中心或醫院人員接聽，雖無法解決會員問題，但回應會員可即時轉達收案醫師，且收案醫師於20分鐘內即時call out回電給民眾，解決民眾的問題，可得滿分(10%)。

二、本項修訂是從民眾觀點，看call center之設置是否有成效，即在會員有問題諮詢時，24小時諮詢專線是否能work。

三、本項績效將由本局分區業務組進行測試，以做為評核的依據。

國民健康局賈科長淑麗

有關「101年度家庭醫師整合照護計畫」修正條文(會議資料第22頁)，「會員健康管理與個案衛教」乙項權重增加，預防保健達成權重將調降，以滿足在個案衛教的強度。「糞便潛血檢查率」配分從10%下修為5%，因「大腸癌篩檢(糞便潛血檢驗)」試管回收需兩道手續，基層院所回收率低於5成。本局建議於「社區醫療群健康照護評估單」之健康照護諮詢或健康促進項目增加「大腸癌篩檢(糞便潛血檢驗)」之衛教內容。

張委員孟源

「大腸癌篩檢(糞便潛血檢驗)」第2次回診看報告，會有兩聯式報告單，一聯給病人，一聯醫療院所留存，醫師公會會建議會員，若病人回來看報告時，第二聯貼在病歷上，即符合健保局衛教方面，基本表單與後續追蹤，請健保局在考核時，若有「大腸癌篩檢(糞便潛血檢驗)」之回聯單，即表示有追蹤的動作，衛教就算有追蹤完成可得20分，如此也能符合國民健康局的期待另對「大腸癌篩檢(糞便潛血檢驗)」之推廣亦有幫助。

蔡委員淑鈴

- 一、「101年度家庭醫師整合照護計畫」修正之精神，強調個案衛教及慢性病管理是 prevention 的一環，衛教是 primary prevention，若只是做篩檢才叫 prevention，其實是低估 prevention 的範圍。衛教若執行良好，甚至可超越篩檢，所以醫師對病人之衛教應該被鼓勵加強的。家庭醫師與民眾建立良好的醫病關係，醫師關心病人健康，從衛教、生活習慣及飲食型態去改善，更優於全面疾病篩檢的效益，所以才會在配分上做調整；但我們認為篩檢仍很重要，只是在配分做調整。
- 二、同意國健局所提建議，將大腸癌及直腸癌的衛教內容列入本計畫之「社區醫療群健康照護評估單」。
- 三、張孟源委員說的非常好，未來在評估衛教執行成效時，也將國健局建議列入考慮，以兼顧雙方的看法。
- 四、「101年度家庭醫師整合照護計畫」修訂案增加衛教權重，是希望醫師加強對病人之衛教，其中對慢性病病人更重要，即便篩檢有問題，透過衛教及行為改善亦會有助益。

錢委員慶文

會議資料第 16 頁，品質提升費用，依各設區醫療群會員指標達成情形分五級，建議修正部分文字為：

- (一)特優級：會員品質指標平均達成率 $\geq 90\%$ ，則品質提升費用每人 230 元。
- (二)良好級：會員品質指標平均達成率介於 $80\% \leq \sim < 90\%$ ，則品質提升費用每人 165 元。
- (三)普通級：會員品質指標平均達成率介於 $70\% \leq \sim < 80\%$ ，則品質提升費用每人 130 元。
- (四)輔導級：會員品質指標平均達成率介於 $60\% \leq \sim < 70\%$ ，則品質提升費用每人 100 元。
- (五)不支付：會員品質指標平均達成率 $\leq 60\%$ 則不予支付。

蔡委員淑鈴

有關錢慶文委員之建議，本局同意配合修訂。

黃召集人三桂

- 一、餘依本局醫務管理組所擬「101 年度家庭醫師整合照護計畫」修正條文通過。
- 二、有關張孟源委員及國民健康局賈淑麗科長之意見，本局於修訂方案已新增健康照護評估單，其中大腸癌篩檢項目，該評估單五、整合性健康照護諮商之建議項目請醫療群醫師，針對保險對象之生活習慣、運動、健康促進及預防保健給予健康建議，本方案公告後，本局將於執行說明請醫療群，加強大腸癌篩檢衛教。