

本會100年第1次委員臨時會議與會人員發言摘要

討論事項第一案「關於修正西醫基層院所合理門診量之月計方式案」與會人員發言摘要

黃召集人三桂

對於這個案子，請各位委員表示意見。

王委員正坤

一、對於這個案子，全聯會最近曾對各縣市醫師公會做過內部調查，選項來自聯合報消基會的意見，轉載成問卷，結果說明如下：

(一)提高週日門診開診率，50%的縣市醫師公會不同意。

(二)監控指標監控週六及週日開診率，修改為連續二個月及非連續之三個月低於監控指標，50%以上的縣市醫師公會不同意。

(三)CALL CENTER由醫師輪值，並親自接聽，有50%縣市醫師公會不同意。

(四)CALL CENTER及假日輪值表，應於試辦前建置完成，有50%縣市醫師公會不同意。

二、前項說明之問卷調查，並非要罔顧民眾權益，全聯會所提之各項配套措施，皆需符合民眾期待及需求。

三、為避免民眾恐慌及消除民眾疑慮，就是要釐清，本案是修改西醫基層門診合理量計算公式，並非全國西醫診所週六日要集體休診。

四、盧信昌委員建議成立 CALL CENTER，提供民眾醫療諮詢服務，醫師不可能 24 小時接聽電話，家服中心接聽電話也僅限上班時間，生命線就是 24 小時，因與生命有關。

所以 CALL CENTER 應與診所開診時間相同即可，若深夜還要醫師接聽 CALL CENTER 電話，其實並不妥當。若病人有緊急醫療需求，應到醫院急診室就醫。

五、若要提高假日開診率，則需建立鼓勵及懲罰機制。

六、至於改變週六日看診型態，新開業的診所，因需要病人，所以週六日都會開診；執業較久的診所，因有固定的經營模式，或採差異化，故意選週日晚上看診，所以不會改變商業模式，因為變更看診時間，可能造成病人流失。

消基會謝天仁董事(張委員智剛代理人)

目前西醫基層院所合理門診量25日(含)以上是以整月計算，現建議要降為22日，在看診實際效應，以及申報費用方面，如何操作？可否讓我們瞭解一下。

王委員正坤

看診25天(病人1500人次)與看診22天(病人1500人次)，於費用申報上並無差別，支付點數都相同。但是在現行制度，看診25天(病人1500人次)與看診22天(病人1500人次)，看診22天(病人1500人次)會少領很多錢，等於錢是被扣掉的。未來若改成22天，對於點值的影響是0.2%。因有9000家以上的診所都看滿25天以上，最後點值被稀釋，點值會少0.2%。現約有500家西醫診所，每月看診未達25天，也只有這些診所領的錢會高一些，約增加3%左右。所以對整體的費用之影響，並不顯著。

消基會謝天仁董事(張委員智剛代理人)

一、再請教一下，有關王正坤委員說，診所看診25天與看診

22天，病人人次均為1500人，會有費用申報多少的差異。診所看診幾天是診所自己的選擇，診所不是健保局的員工，在法律上只有受聘的人，才會有幾天休假的問題，看診22天給30天，才會有這樣的觀念存在。你們在實際的差異上，或許外界這樣講，可能不是很精確，所以我要聽聽，您們在這樣的操作上，對於看診天數較少的診所，是否會因本案之修訂產生不利的效果。大家不能說，以前的門診量高，收入會比較少，若改為22天，病人人次與25天相同，錢可能會增加。

二、對於會議資料(第15頁)之附表，可否請醫師公會再詳加說明，西醫基層院所合理門診量是25天，現建議修改為22天，若依會議資料第15頁之附表來看，1~750人次門診診察費，每人次為320點，請問「診所醫師當月看診天數 \geq 每月看診日數22日(含)以上」與「診所醫師當月看診天數 \geq 每月看診日數25日(含)以上」，兩者之差異性為何？

王委員正坤

一、回應消基會謝天仁董事，有關「診所醫師當月看診天數 \geq 每月看診日數22日(含)以上」與「診所醫師當月看診天數 \geq 每月看診日數25日(含)以上」之差異，在於醫師並無增加收入。

二、現行制度「診所醫師當月看診天數 \geq 每月看診日數25日(含)以上」，就按每月門診合理量計算，1~750人次，每人次診察費為320點。若每月看診低於25天，就改以每日合理門診量計算，日門診合理量就是每月看24日以內，每日1~25人之診察費為320點。假設月看診天數為24日，

病人人次仍為1500人，健保給付的點數是減少的。若因少看一天，按正常商業操作，若同一醫師，診所每月看診25天的病人人數，應會高於看診22天。診所若只看診22天，將會造成病人流失，所以收入還是會降低。

三、醫師公會建議「診所醫師當月看診日數22日(含)以上合理門診量以月計」之理由，診所醫師因要開會、出國、繼續教育..等，若放寬1~2天，讓醫師有時間做自己的事，並不是要週六、日休診，現消費者誤會，以為西醫診所醫師不工作，就想領錢，事實上，西醫診所醫師是有工作，才有領錢。我們是想要用人數計算，但需搭配看診日數，讓每位醫師每月撐看診25日。據統計，全國西醫診所約為10000家，其中有9000家每月看診25日以上，每年2月份過年時，尚有7800家看滿25天，代表診所連農曆春節都不敢休息，就是因為這個制度的關係。

四、消費者的疑慮是對的，若門診合理量從25日改為22日，診所休診，民眾週六日找不到診所就醫。因診所營業型態及擔心病人流失，不管實施何種支付制度，仍會持續開診，以維持診所收入。

消基會謝天仁董事(張委員智剛代理人)

前幾天在牙醫做報告的時候，我也提到，牙醫現在是25日，若有一個部門開始，其他部門就會跟進。很清楚，消費者週日要看牙醫，就有相當的困難，老實講，消基會是很在意，民眾看診習慣若徹底改變，大家不集中在週六日看診，西醫診所慢慢縮減天數，消基會是可以接受的，但一下子減少3天，我們消基會還是認為有問題。大家應看到社會發展的趨勢，慢慢做調整，本來30天調整為25天，現又要25天調整為

22天，像今年年初類流感這麼嚴重的疫情，要如何因應呢？我們建議的意見，就是請大家要有漸進式的觀念，不要試辦後，就將25天調降為22天，差了百分之十二，假使不採漸進性方式，上次本會蘇錦霞董事長(100年11月9日)來開會就表示，勢必要縮減西醫基層部門的總額預算，西醫診所要減少看診天數，我可以接受，但總額所編列的預算要適度回收，這才合理。就像看診件數下降，點值上升，本項修訂案應在費協會協商前提案，協商後才提這樣的議案，101年總額預算已協定，這對總額本身的協定是不合理。有些變動的因素，醫界抱怨健保局，例如總額協定後，健保局放寬適應症，病人數增加，對點值造成很大的影響。醫界抱怨健保局，我們消基會現抱怨醫界，本案真的不符合公平的原則。

王委員正坤

本案對點值的影響約為千分之二，變動率非常小。

蔡委員淑鈴

一、在此向消基會謝天仁董事報告，關於「診所醫師當月看診天數 \geq 每月看診日數22日(含)以上」與「診所醫師當月看診天數 \geq 每月看診日數25日(含)以上」之差別，以及西醫基層醫師訴求的誘因。

(一)會議資料第15頁人次計算參考表，左邊欄位為「診所醫師當月看診天數 $<$ 每月看診日數22日(含)以上」之每日合理門診量，左邊欄位為「診所醫師當月看診天數 \geq 或 $=$ 每月看診日數22日(含)以上」之每月合理門診量，本表最大差別在每日及每月。若現在規定未修訂，診所看診22天，每日門診合理量增加，其診察費就下降，若一

天前25個病人，門診診察費每人次為320點，看診愈多，每1人次的診察費就下降，雖然支付標準是每日的合理量，但實際計算時是採一個月結算一次，所以就有月結的機制，月結的機制若依現行條件，若一診所，每月看診1500人次，前25人次乘以22天，所以有550人次，門診診察費是給付320點；550~660人次，門診診察費是給付250點；以此類推。

- (二) 醫師公會訴求方案(會議資料第15頁人次計算參考表之右邊欄位)：診所每月看滿22天，750人次，門診診察費是給付320點(750是25乘以30)；751~900人次，門診診察費是給付250點，所以給付320點門診診察費之人次就變多了。
- (三) 本局估算，若假設診所看診日數不受支付標準影響而改變，則平均每月約有5%的診所，將因改變規定，增加收入，95%的診所，將因規定修正，收入會下降，下降的原因是因為5%的診所點數上升，造成整體點值下降，因而影響95%診所之收入，這也符合預算中平的原則。
- (四) 若從一年的觀點來看，因每月得利與失利的診所不一，全年得利的診所會有33%，66%的診所會失利。
- (五) 王正坤委員提到，點值的影響僅有0.2%，醫師公會評估，95%的診所收入減少一點點，然後給5%的診所，這部分醫師公會沒有意見的。但是這樣的作法，是需建立在各診所看診型態不變的情況下。若門診合理量修改為22天後，本來看診25天改為22天，看診24天也改為22天，類似這樣效應若出現，得利的診所就愈來愈多，影響的點值也愈來愈大，失利的診所愈來愈少，但衝擊會較大。這是未來可能發生的情況。但醫師公會認為不會發生

太大的改變，公會會自行調移診所看診天數。

- 二、現行支付標準規定，西醫診所每月看診滿25天才算30天，醫師公會建議，未來診所看診22天就算30天，這是不相同的地方。牙科沒有訂門診合理量，採月結，診所一個月看幾天，就算幾天，沒有看診25天算30天的機制，當然就沒有22天要算30天。這是各總額都有經過協商的過程。
- 三、有關西醫診所看診25天以30天計算的背景說明，當時的想法，就是對一個月願意看25天的診所，是鼓勵的性質，雖然看25天，但月結時算30天，是有一段過去溝通的過程，也有這樣的決議。

消基會謝天仁董事(張委員智剛代理人)

若是這樣的話，代表這個鼓勵，現在已沒有必要存在。就回左半部【會議資料第15頁之人次計算參考表(每日合理門診量)】，這是很單純的作業方式，診所看診22天，就給22天的錢，照規矩來，以符合公平原則。西醫診所不是健保局的員工，自己當老闆，工作22天卻要請領30天的錢，沒有這種老闆。若是勞工，我沒有話講，診所願意看診幾天，我們完全尊重。只要民眾就診權益適度被保障，我們就可以。若您們要看診22天，而我認為的支付方式，就以左半部【會議資料第15頁之人次計算參考表(每日合理門診量)】計算。若要週休2日，又要右半部【會議資料第15頁之人次計算參考表(每月合理門診量)】計算，是沒有道理的。診所要週休2日，健保局還要付錢，這是哪門子的道理；若要這樣子，健保局要幫西醫診所的醫師投健保、保勞保，因為西醫診所醫師是健保局的員工，但問題不是，您們從屬性沒有那麼高。

盧委員榮福

牙科大都是採預約看診，牙科急性病患也比較少，病人順從度也很高，西醫診所與牙醫診所病人型態是不相同的，病人有醫療需求就會來診所就醫。醫師一年365天都看診，這是沒道理，也不符民情。西醫診所醫師為兼顧病人就醫權益，及醫師身心健康，所以醫師公會才會提出西醫基層合理門診量之修正案。

林委員正泰

一、非常謝謝消費者代表的指教，醫師這種行業，每天包括早班、午班及晚班，工作時數比一般行業多出很多，有時候晚上碰到急診，隔天仍需繼續上班。醫師這麼辛苦，目前到處都有過勞死的事情發生，所以我們希望醫師身心能適度休息，還有參加公益活動如義診、繼續教育等，我想這些大家都能體恤。為了這個案子，我們也討論好幾次，前幾次大家的共識，專家學者也一直鼓勵我們，修正建議案之配套措施。將門診合理量25天調整為22天，醫師公會仍會達成民眾的期待，包括維持民眾就醫之方便性、確保醫療品質及維持民眾的滿意度。為減少民眾恐慌，包括學者專家及消基會建議的配套，醫師公會都會儘量配合。

二、至於費用增加部分，我想應是微乎之微，因點值又不是很高，西醫診所醫師的薪資，又大不如前，所以多一個病人，就多一份收入。

三、這個案子也不是鼓勵西醫診所休週六日，而是希望一個月有8天時間，由醫師自行調配，讓醫師較有尊嚴。

四、醫師公會建議本案先以試辦方式辦理，若民眾不滿意，

即終止本試辦計畫。

- 五、由25天改成22天，對費用影響很小，約有5%的診所，增加收入，95%的診所收入會下降，5%診所增加之費用，也是由95%的診所共同承擔。
- 六、醫師公會不鼓勵醫師於例假日休診，所以我們有監控指標，絕不低於目前週六日看診率。
- 七、有關提高週日看診率之配套，醫師公會同意維持目前週日診所之看診率。
- 八、各縣市醫師公會對這個案子，均有很高的期待，請各位委員支持。

陳委員宗獻

- 一、本人於台中大里開業，20多年方圓3~4公里都沒有診所，配合早上學生上課及民眾就醫之方便性，平日看診時間從早上6點到晚上10點；三更半夜若有急診病人，仍需提供醫療服務，因為這是醫師的天職。我認為，現在的醫師與20年前的醫師並沒有什麼的差異。
- 二、呼應蔡淑鈴委員所提的，改為22天，西醫診所所有30%蒙利，但這30%的診所並非固定的診所，是輪換的，因此並不影響病人就診。
- 三、西醫診所門診合理量是25天，但診所開診日高於25天，這個案子要從25天調整為22天，診所也不會只看診22天，未來是否會改變，大家都不知道，就是真的不知道，所以醫師公會在此向所有委員、專家學者及消費者代表承諾，這個試辦期間週六日診所開診率，不得低於現在，若低於現在就終止。
- 四、本人期望，現在的年輕醫師能過正常的家庭生活，在孩

子成長的過程，不要做一個缺席的父母。

五、這個案子的配套措施，如何兼顧消費者代表及醫師公會的立場，是可以討論的。

消基會謝天仁董事(張委員智剛代理人)

我想，我剛已提過，西醫診所門診要看幾天，醫師可以充份選擇。若門診要從 25 天降為 22 天，並有相關配套措施，就回到公平的機制，右半部【會議資料第 15 頁之人次計算參考表(每月合理門診量)】，就不要了。總額是您們大家分走，那有看診 22 天領 30 天的門診量，這樣我倒算回去，每天看診 25 人次，門診診察費為 450 點，這哪一門子的道理。其他部門的總額就可以用公平的法則在做，只有西醫基層總額部門把門診合理量給扭曲掉，我認為站在費協會，這些相關分配的角度上看，我們認為這是不公平。所以我們尊重您們，可以週休兩日，但希望您們回到公平的法則，只留下左半部【會議資料第 15 頁之人次計算參考表(每日合理門診量)】，就是以每日合理門診量計算，就是這麼簡單。其他配套措施就是大家來做。這個案子要試辦，我們都可以接受，上次我們消基會董事長也提相關的條件。

林委員正泰

一、對於消基會代表的說法，本人感慨良深。醫師等於”吃”健保局的頭路，在此請教健保局，現在一個月工作幾天，我們”吃”健保局的頭路，西醫診所看診日數等於工作日數，看診22天僅是與一般人的工作天數相同，我們不奢求，我們不違反人事行政局的規範。一般公司行號，也是工作22天領一個月的薪水。

二、即使這個案子通過，我們也不鼓勵醫師只看22天，若醫師只看22天門診，也會餓死，醫師公會甚至鼓勵診所於例假日多看診。

王委員正坤

一、本人認為，消基會謝前董事長的數據，可能被媒體誤導了，因媒體一直誤導醫師不上班，就要領錢，少上幾天班，多領幾天錢，這個是不對的。剛謝前董事長說，若看診22天領30天的錢，合理門診量的診察費會是450點，這是錯的，因為不管怎麼領，診察費最高就是320點；舉例說明，現有一群醫師，不管我們這個案子是否通過，有些醫師一個月只看100個病人，他看100個病人看30天，每個病人也是領320點；若這100個病人只看4天，每天看25人，每個病人是領320點。這些醫師是因為門診量小，根本不在乎合理門診量的天數。事實上，每個病人的診察費最高是320點。

二、有關右半邊【會議資料第15頁之人次計算參考表(每月合理門診量)】保留的理由，因為我們發現，醫院門診合理量診察費的計算方式，就以台大醫院為例，院長每週只看1診，1個月只上4天班，請問院長看診的病人，後面病人的診察費都被打折了嗎？也沒有。台大醫院有很多名醫，每週看2次門診，每月只上8天班，每個門診都看50~100個病人，請問這些名醫看診的病人，後面病人的診察費都被打折了嗎？基層診所醫師為何要看滿25天，因為即使看1500個病人，看診24天與25天的診察費就差很多，因為這個規定，醫師只好硬撐。後來我有仔細思考，這是很好的制度，可以讓醫師不敢休假，維持週六日

開診率。但從另一角度思考，醫師也需養家活口，即使調整為 23 天或 24 天，他們也不敢貿然休假。就我觀察，診所週六病人會比較多，因病人週一~週五要上班；週日就不一定，因為現在患者也要週休 2 日，週日要休息，不會去看病，所以診所週日平均開診率為 24%，週六為 90%。建議比照醫院門診合理量計算方式，請保留右半邊【會議資料第 15 頁之人次計算參考表(每月合理門診量)】。

盧委員信昌

- 一、現在西醫基層已是總額預算，現行門診合理量是 25 天算 30 天，是不鼓勵大家衝過頭的手法，可是有些醫師看不到 750 人次，才需週六日去看診。先不要搞錯對象，原來 25 天付 30 天，是鼓勵醫師不要看 30 天，而非鼓勵醫師看 30 天，這不要弄錯了。
- 二、對於醫師額外看診的收入是減少，但改成 22 天，衝擊真的很少。一個月有 4.5 星期，若以上午診、下午診及夜間診來計算，就是一個星期減少 2 診，若以統計數字來看，每天有多少醫師開診，搞不好看不出變化。若現在績效管理是看每天診所開診率，管理上已經很不精確，所以上次會議提到，有些地方民眾的需求，或健保局基於安全的考量，就要做調整。宜蘭是觀光區，觀光區週末都沒有人看診，其實緊急狀態的處置會有問題。幸好雪隧很快，還可以回台北看病，若是其他觀光區就很慘。
- 三、現在講清楚，我們並不鼓勵醫師看滿 30 天，不鼓勵診所醫師衝過頭。
- 四、我是希望改變台灣的醫療方式及醫療品質，我同意陳宗獻委員的苦心。台灣大家對於知識都是一窩蜂，願意花

腦筋、願意看的人太少；媒體又喜歡煽動群眾，社會團體又沒有站好他們應該有的思考高度，所以搞得健保局焦頭爛額，醫師兩面不是人，這我不喜歡，我們都是在為社會服務，就是把事情做對，把道理講清楚，把後果想清楚，我期待各位試著都做一點。我認為，其實健保局以後統計出來，診所開診率還是95%，因為只少2診，攤一攤，就看不來，其實那個影響不大。反過來說，若我們能藉由給西醫診所醫師的便利性，剛消基會謝前董事長擔心，西醫基層是否多拿錢，怕西醫基層是否多拿錢最簡單的方式，您們上次會議就答應我，以後若有非預期性的請假，儘量調撥別的醫師來補班，減少民眾撲空。若是預期性，一個月前就公告，那個我尊重您們。但對於突發性的，上午突然決定下午休診，就該有一點點懲罰，這是我比較在乎的，這樣也比較公平，這才是醫病關係的改善。

五、對於1999部分，我承認，不該24小時由醫師輪值接聽，因為沒道理。但是如何藉由醫療群或新進診所，對同業的尊重與體恤，1999相對是比較平順，重新帶動台灣醫病關係，以及改善醫療知識的過程。1999不是所有縣市都有把握做得好，可以開放26個縣市競爭，評鑑各縣市1999接聽率、回復內容的品質、以及與民眾互動情形..等，這個地方不需全國統一，因醫療群素質不一，我們只跟有良知的醫師討論問題，把事情做對。

六、健保局不用太擔心，只是每週少2診，統計上，看不出差異。或是我要求監控指標，修正為連續2個月或不連續3個月未達指標即停辦，您們不用太擔心，不會有重大影響，因為就每週減少2診。剩下就是消基會謝前董事長最

擔心金額部分，就把它轉換成1999專線，讓醫療服務品質提升。

七、診所休診請上網公告周知或貼告示，請假就應找人代診或補班，這也是醫師向病人表達誠意的方式，不應隨意休診。

八、雲林相對於宜蘭不是觀光區，多數醫師居住在台中市，雲林醫師休診就是反應醫師都回家。可是宜蘭不一樣，宜蘭是觀光區，宜蘭非例行性週末的人數，會帶動偶發的醫療需求，若沒有待命的醫療人力在哪邊，對社會就是不安全的設計。雪隧會塞車，不是所有病都會叫救護車，若像這類的問題，我們仔細客觀的思考，讓各縣市帶開，各自作業，我們就先將目標與期待講清楚，在管理分層負責上，就很容易執行，且可達到目標。我覺得目標最重要，剩下的都是枝節。我們需要什麼樣的醫病關係，希望未來臺灣怎麼發展。今週刊封面滿聳動，好像是合理的，提到台灣有嚴重醫療危機，68%沒有急診室醫師。這帶到醫病關係，醫師的焦慮，與整個生活品質流失。我覺得現在的醫師很像70年代的中小企業，賺很多錢，但沒有家庭生活，我覺得這是不仁道的。

消基會謝天仁董事(張委員智剛代理人)

我剛一直反覆再講，我沒有反對您們改為22天，配套措施上一次也提過，我只是說，站在一個費協會的委員，看到這些資料，我們認為不公平的規定，就要調整為公平。您沒理由現還疊床架屋，搞個右半邊【會議資料第15頁之人次計算參考表(每月合理門診量)】在哪邊。總額是您們的，您們就依左半部【會議資料第15頁表一(人次計算參考表)】，每日合理

門診量計算】，計算您該得的費用，這才合理。我講的意思就是這樣子，我是費協會委員，負責總額的協定，我當然管分配的問題。您們分配不公平，我就認為這個東西要調整。您們這樣一搞，我剛剛已經講過，假如診所一個月看診22天，每天看25人，每個人門診診察費就是450點。您們就回過來，依照左半部【會議資料第15頁表一(人次計算參考表)，每日合理門診量計算】申報醫療費用。我就是說，右半部【會議資料第15頁表一(人次計算參考表(每月合理門診量))]是沒有必要的。西醫診所已從30天調整為25天，您們又要改為22天，您們就改，右半部【會議資料第15頁表一(人次計算參考表(每月合理門診量))]就不要存在。

張委員孟源

其實不是只有左半部、右半部不公平，上半部與下半部也不公平，這是一個總額的設計，希望謝委員能夠瞭解。任何總額制度，都又歷史傳承與文化內涵在裡面，比如說很多國家總額甚至並不包括中醫、牙醫總額，而台灣卻有。此外西醫總額民眾就醫型態亦不同，不同總額均有其管理方式，比如在西醫門診即採高額折付，所以在表下面，高額折付後其診療費僅剩50點。

陳委員宗獻

一、非常感謝大家共同來關心這個議題，目前週日就看不到牙醫診所開診，假設牙醫診所改成25天，我不知道會如何？因為給付真的會改變部分的醫療行為，但給付不會改變醫學倫理，也不會改變人的價值。我是在說，看診22天，是讓診所醫師可以更有彈性調配時間，大家

不會週休 2 日。我們來做做看，誠如盧信昌委員講的，站在增進醫病關係及醫療知識的角度，看看做下來的結果，我們是否讓大家失望。

- 二、關於 1999 專線部分，時間好像不用那麼長。我比較關心的是，即便是醫師接聽，也沒辦法處理某些醫療問題。1999 是家庭醫師整合照護計畫可以處理，病人的資料都會傳送至資訊中心，值班的人可看到病人的資料，包括病歷、用藥..等，所以我們會提供病人最適合的就醫方式。資訊透明化就是提供假日就醫的資訊。

盧委員信昌

- 一、加拿大、英國屬公醫制，看病都要等兩個月，從未有醫師因跟病人說，你先觀察，因而吃上官司，也許會有道德上自我焦慮，但法律上不可能。醫師不要自己先被法律嚇死，因法律要被挑戰的太多了。
- 二、以前是為了不要鼓勵大家衝過量，才会有看診 25 天領 30 天的設計，我們如何維持不要衝過 25 天，但是在誘導看診 22 天中，也不要讓問題集中發生在週六日，這是我們唯一的工作。
- 三、若刪除右半部【會議資料第 15 頁表一(人次計算參考表(每月合理門診量))】，您們就看 30 天，因為就會有人開始衝量，醫師年紀大，又沒事，可以天天開診，但只開一診，也算一天，因您們是用天數計算，不是用開診數算，真正的品質在於診，早上開與下午開，對病人意義完全不同，病人晚上睡不著，上午看到醫師，與下午看到醫師，是不同的事情，對病人而言，是不同的醫療品質。對健保局而言，只看到診所當天有開診。若改成 30 天

- ，每天都看1診，那也不是民眾之福。
- 四、我的意思說，該給各位的要維持，就是不要看25天的部分，但又要醫師有適度的調整，這種調整回到22天，對家庭的看重，減少病人對醫師不必要的期待，藉由宣誓22天的立場，我們在做這件事，讓醫師放假不要有罪惡感，我覺得這才是重點。若能搭配代班概念，以及1999會更好，我覺得剛陳宗獻委員講得太侷限，因健保局要將醫療資訊做某種程度的開放。醫師如何要資訊管控下，取得病人授權，家家有ipad，ipad加雲端是很重要的科技及產業基礎，我們在健保點值管理部分，應充分往這部分去運用的智慧。我們管的好，走的出去，就會有臺灣新的醫療出口的可能，醫療出口在於醫療行政管理，如何結合雲端與ipad技術，我知道長庚在做。長庚的住院醫師都拿ipad，哈佛及史丹佛都是這樣教學生，假設我們今天耍真的，一方面讓醫師有機會充實，另一方面有家居生活，三方面讓科技取代不必要的勞務，那才是大家之福。
- 五、我們把話講清楚，消基會謝天仁董事擔心的是，總額分配的公平性，最初的公平性就是不要有人看30天，我們希望大家少看一點，再往下25天至22天，整個醫療關係是在哪個面向發效。就您們休診帶來的社會效益，才是我們今天該討論的。

林委員昭吟

- 一、我滿同意消基會謝天仁董事提到，費用計算的問題。民眾為何會有疑慮，領同樣的錢，門診從25天降為22天，若沒說清楚原委，會讓外界有誤解的情況發生。我們應

回到每日門診合理量的設計，回歸原來制度的精神，這個制度的精神是有 regressive 的概念，就是您看愈多，支付是降低的，不論是以每日計算或每月計算合理門診量。現在要直接乘以 30，看起來雖然沒有問題，但事實上，上次我也提到，每天看診的門診量是有變異性的，所以是浮動的關係。現在的資訊，都可以用每日的資料來計算，真正估算要付給醫療提供者多少費用，而不需要取月門診量的日平均數再乘以 30 日。其實這個問題，是費用計算的改變，從每日改為每月，那麼每月也要有合理門診量，每月也是要回歸到 regressive 的精神，就像盧信昌委員提到，我們並不鼓勵看滿 30 天，也是採支付遞減的方式，取得每月最適的看診天數。若我們以目前計算方式並將看診日數由 25 天改為 22 天，有些醫師也可能在較少天數之內，把一個月的量都看完，醫師也會很辛苦。醫師提到現在的制度會讓他們過勞，若把一個月的病人集中在 22 天，仍會有過勞的問題。

二、假設我們在費用計算方面取得共識，就可以進行試辦計畫。我已看了醫師公會所提的試辦計畫內容，是滿肯定的，醫師公會有認真思考配套措施。若真要改成以月計費，便要回應病人的需要，也就是一個 responsive 的規劃與設計，如 CALL CENTER、週六日休診資訊、基層醫療網絡等等。

三、監測指標部分，試辦計畫的週六日休診可能造成醫療服務排擠，致使民眾到急診的比率偏高，所以醫院週六日急診輕症的看診率可列為指標。

四、西醫基層門診合理量從 25 天調整為 22 天，可能會造成連鎖反應，譬如牙醫、中醫，也要改成這樣的計算方式，

我們這個每日門診合理量就名存實亡。其實我們應該要重新討論，每月的門診合理量，包括工作日數、休假日數以及工作日與休假日的計價方式；或者是重新訂定每月的合理門診量為何，不同門診量組的支付標準為何，也許健保局可以委託一個這樣的研究案。

五、本次會議資料第15頁，醫師公會所提的 proposal，提到要做試辦計畫實施前後的民意調查，我覺得這是不錯的想法，但民意調查是由醫師公會或健保局來執行呢？

六、有關民調問卷部分，還有一些內容需要再討論，例如題目過於精簡，缺少態度性的問題等；若有需要，本人可再提供意見。

消基會謝天仁董事(張委員智剛代理人)

其實我要講的是門診量的問題，如果右半部【會議資料第15頁表一(人次計算參考表(每月合理門診量))】還是存在，在某個角度上，門診量還是被扭曲掉，本來醫療的品質就剩每天門診合理量，做相關的管控，將門診量集中在幾天，醫療品質怎麼會提升呢？總額都被您們大家分走了，對您們來講是沒差，我在講是這樣的道理。每天門診合理量已經涉及相關的品質，要不要衡量，那是另一個機制，大家要去考慮、去處理的，要用右半部【會議資料第15頁表一(人次計算參考表(每月合理門診量))】，我覺得力道是不足的，因為從以前30天調整為25天，各位可以去看看，門診量有降下來嗎？如果這個機制無法達到目的，我們還要倚賴右半部【會議資料第15頁表一(人次計算參考表(每月合理門診量))】，來硬撐嗎？所以我的看法，您們醫療品質可以兼顧，看診22天也可以兼顧嗎？最後總額還是被您們分掉了。至於怕有人衝門診量的

部分，也有相關的機制，大家去處理，這才是正本清源的方式。我認為一個部門，基本上遊戲規則應該要公平。除非這樣做有特殊的好處存在，大家就去做，若無有特殊的好處存在，我認為這個東西就需要檢討。此部分，我支持您們，您們要看診22天可以，請您們把右半部【會議資料第15頁表一(人次計算參考表(每月合理門診量))]拿掉。若怕有衝量的部分，請健保局研擬相關的措施及機制，門診量的管控，我們始終都沒有控制好，您們看點值就知道了。

徐委員超群

一、討論到這邊，醫師公會與消費者仍有一些歧見，雙方想法並不相符的感覺，這種感覺癥結來自於，我們設計的門診合理量，是全世界最複雜的，不只牽涉每日遞減的數目，且涉及日數，等於是三次方，三度空間的概念，所以無法從一個面向，做一個很好的解釋。剛才蔡淑鈴組長的說明，我們醫師們都很瞭解，但消費者代表方面，不是瞭解的很透徹。我很欽佩盧信昌委員及林昭吟委員，他們對這個制度有深入研究，所以很瞭解。但是對一般的民眾，可能就不瞭解。為什麼會是看診22天呢？癥結在於，原來計算方式是以每日門診合理量在計算，我們是希望以每個月計算門診合理量，就是做這樣改變而已。因健保局擔心我們量做夠了，以後就不開診了，所以希望至少有一個保障開診日數，如果像一般民眾一週能休息兩天，一個月就是至少看診22天，這是看診22天的由來。不是醫師公會決定一個月只要看診22天，而是以22天做為門診合理量計算的基礎。這個案子涉及「量」與「日數」的關係，有點複雜。我覺得，這應該回

歸一個理性討論，是否以月計方式，來計算西醫診所門診合理量，而這樣計算是否影響醫療品質及醫師生活型態？

二、有媒體報導在健保制度之下，醫師已是落寞的行業，在醫院會被醫院經營者及管理者剝削，做到過勞死；同樣，基層診所也會被健保制度，預算的分配，做到過勞死。為什麼不能把右半邊【會議資料第15頁表一(人次計算參考表(每月合理門診量))】拿掉，只用左半邊【會議資料第15頁表一(人次計算參考表)，每日合理門診量計算】，來計算合理門診量？因左半邊是以日數計算，如果只留左半邊，會像盧信昌委員所說，診所醫師一年365天都在看門診，一天至少要看一診，天天都可申請到合理門診量的費用。但造成週日及假日雖然有開一診，可是看完2個病人就休診，這樣對醫療品質毫無意義可言。採月計算的目的，就是讓醫師不用計算這個月看幾天，可以彈性調配參加繼續教育或休假的時間，規劃自己的生活，以提升醫師生活品質，相對的病人就醫的醫療品質也可以提高。如剛才盧信昌委員所說，醫師每天都開診，不一定有好的醫療品質，所以請消基會謝天仁董事思考這個問題。若將右半邊【會議資料第15頁表一(人次計算參考表(每月合理門診量))】拿掉，診所週日看診率一定會達30%以上，但醫師將沒有生活品質，民眾也沒有醫療品質，也會影響整體醫療型態，這不是我們全民所需要的。

盧委員榮福

剛有委員提到衡量的問題，並不是醫師要看這麼多病人就有

這麼多病人，甲醫師這個月要出國8天，本來1個月看1500個病人，叫病人在20天全部來看完，這是不可能的情形。健保局最瞭解醫療生態，不是醫師想衝量，就有量可以衝，其實這個問題是不存在的。看診25天與看診30天，門診量真的有差異，但不會集中在幾天，我要衝多少量就有多少量。若讓每位醫師都看30天，門診量就會增加，我想社會與健保局也不希望每位醫師，每個月都看30天，讓醫療費用爆掉。健保局醫療資訊非常充足，至於衝量的問題，可以請教健保局，診所是否要衝量，想要多少量，就可產生多少量嗎？

張委員孟源

西醫基層門診合理量有它的制度，至於有些東西牽涉到法律，像盧信昌委員想建立好的KPI，我也完全能理解。在台灣4個起訴，有1個會被判刑，美國立國200多年，醫師有醫療糾紛，都是民事解決，被判刑事的屈指可數。這種事情我們已經在立法院反映又反映，陳情又陳情，即便是刑責明確，仍沒有人願意去改變；立法院不願改變，法務部仍是同樣的態度。在這個制度下，醫師公會只能說，如何保障會員及病人安全，目前就是要醫師親自看診。在此對盧信昌委員說抱歉，我們願意用管理的方式，但必須考量現實的狀況。

林委員正泰

一、這個案子，從100年8月24日討論迄今，已經過4次會議研商。4年前，台南市醫師公會就建議將25天調整為22天。制度改變，對未來的影響好或壞，是未知數，醫師公會也希望這個案子的實施，能夠週全。病人是醫師的衣食父母，當然不希望影響民眾的滿意度。請讓這個案子先

以試辦方式辦理，若有問題，健保局可以要我們終止試辦。就是將門診合理量由25天調整為22天，讓醫師可以自由調配時間，參與繼續教育或親子活動，我們不是媒體所說，西醫診所要週休2日。

二、診所週六日不會休診影響民眾就醫權益，也不會衝量影響點值。

陳委員宗獻

一、剛林昭吟委員提到幾個重點，不均勻門診就是把門診看掉，目前西醫基層門診約有1億5000萬人次，除以12個月及診所家數，月平均約為1250人次，可能是一種Normal distribution，約有45%的診所，門診人次在1000人次以內，並無不均勻門診之慮。對於不均勻門診部分，因有論量計酬的競爭，甲診所所有1000個病人，會希望下個月看到1100個病人，醫師有這種心態，就不致有不均勻門診。

二、我有個想法：25天算28天，而非30天，讓點數下降得比較公平些（這是未經醫師公會內部討論），如此可平息外界「看22天申報30天合理量」的誤解，但又擔心，真這樣，恐會鼓勵開診天數往下降，這部分請各位委員指教一下。

三、對於非預期性休診部分，必須演繹一個處理的方式，可以從管理面或同儕制約來進行。

四、有關醫院急診量，是看醫院初級照護的急診量。如果擔心診所開診數表面沒下降，實際在減少，病人是跑去醫院掛急診看小病的比率（初級照護的急診量），健保局應可管控。我同意，將醫院初級急診量列為監控指標項目。

盧委員信昌

- 一、如何避免醫師多拿錢，少看診，這才是我們的工作。目前是讓看診25天變水平，除非病人很少的醫師，約65%的醫師是水平，其實是鼓勵醫師，不要再看了。若依醫師公會所提的方案，變成虛線拉到22天，是鼓勵更多人不看診，所以不要擔心問題會出現，問題統計會看不到，因為是用看診天數來計算，不是用看診次數，若用看診次數，我說的事，就會發生；用看診天數，就會看不到，到最後，我怎麼講都輸您們，因為統計上，看不出天數的變化。若用看診次數真的會變。另一種方式，希望維持平均看診天數27天，比較好的，就是最後3天，要多一些，這樣診所才會願意開滿診，因為我們是總額，要從前面扣一些回來。假設醫師是休「天」，不是休「診」，週一至週六都會少1成的診所開診。反過來說，是休「診」不休「天」，就會什麼都看不到，只是不同天的診休掉而已。
- 二、若看診22天，平均一天為2萬元，若前面22天減少一些，其實醫師一個月只看10天，也很過份；本來醫療行為之一，就是等候災難，若不等候，醫療行為是很差的。假設前面22天打95折，把5%放在23~25天，這樣就會鼓勵醫師看27天門診。我們不須太多力量去監控。我建議，將前面22天打95折，把剩下的5%放在後面3天，那整個開診的問題就解決了。

陳委員宗獻

週日門診診察費加5%，以鼓勵醫師週日看診。

盧委員信昌

這個費用是從看診前22天撥出來的，撥補看診最後3天，就是等於23~25天就是週末。只有前面少拿，後面多拿，才可以同時達到自動管控的效果。看診前22天或許不需撥到5%。

陳委員宗獻

週日門診診察費加5%，就是95%比5%的意思，在總額固定之下，還是有重分配的效果。

盧委員信昌

- 一、這樣消基會擔心您們多拿錢，少看診的問題，也可以解決。
- 二、以看診天數統計沒有意義，以看診診次統計才有意義。

林委員正泰

- 一、我們最擔心週六日看診率下降，試辦時就是維持現況，若試辦期間診所開診率低於現在，請健保局提出警告，我們馬上終止試辦。
- 二、至於費用的問題，若費用增加很多，即終止試辦。
- 三、請先讓我們試辦，有些細節於試辦中再調整。

黃召集人三桂

- 一、這個案子已討論1小時又30分鐘。剛徐超群委員提到關於西醫診所看診22天的來源不清楚，這是醫師公會自己提出來的，健保局從未提出這個數目字，在此先予釐清。
- 二、綜觀各位委員的意見，我嘗試做個結論看大家能不能接受。

(一)關於這個案子，全聯會的委員是希望以試辦的方式來進

行，各項條件都願意配合。

(二)學者代表盧信昌委員及林昭吟委員的重點，是在於監控指標，以及實務上的運作方面，希望能進一步的釐清與說明，譬如，就診人數的監控、假日開診診察費是否加成、假日醫院急診初級照護人數的變化；甚至其他總額部門是否也會提出22天的計算方式，以致於產生連鎖的反映。

(三)消基會謝天仁董事認為：

1、這個案子全聯會於西醫基層總額費用協定後才提出來，公平性上值得斟酌。

2、他並不反對西醫診所每月看診22天，但他認為右邊【會議資料第15頁之人次計算參考表(每月合理門診量)】應該刪除，不該列入。

三、現我再嘗試做個結論：

(一)請全聯會參照盧信昌委員及林昭吟委員的意見，將就診人數及假日醫院急診初級照護人數的變化，列入監控指標。必要時，由健保局協助提供上開指標之相關資料。

(二)關於消費者的意見，請全聯會再與消基會謝天仁董事解釋清楚，以澄清疑慮。

四、因本案，學者及付費者代表與醫療提供者之間，尚有一點點不同的看法，請全聯會與對方溝通彼此有共識後，再提會議討論。

陳委員宗獻

醫師公會將依據主席的結論，再提 proposal，若委員同意 proposal，就算通過，開始試辦。若又要開會，一切又重來，真的很累。

黃召集人三桂

請醫師公會將proposal整理好，向付費者說明清楚，假如他們同意，健保局沒有反對的理由，終究大家都是要保障病患的醫療品質及就醫權益。只要proposal寫清楚，我相信他們不會反對的。

張委員孟源

主席最後的結論，應是本案是支付制度重大的變革，所以需經過委員會的確認，比較符合程序。我們醫師公會提任何一個計畫，都希望在合法的架構下來執行，這才是可長可久的計畫。

黃召集人三桂

- 一、就是剛剛依陳宗獻委員的意見，您們醫師公會講清楚，各位委員關心的項目，以proposal呈現，讓各個委員瞭解，他們同意了；在正式的委員會，就不會像今天花那麼多時間討論。若委員還覺得有問題，就必須再修改。
- 二、至於時間就掌控在您們醫師公會，若急的話，就趕快進行，健保局願意為這個案子再召開個臨時會議，作業程序一定要完備。

徐委員超群

醫師公會的proposal是否可以先與付費者及健保局一起召開小型會議來討論？下次這個案子，就以報告案方式提出，可以不需花太多時間再加以討論。

黃召集人三桂

請醫師公會加強與與會委員溝通，讓他們瞭解，健保局隨時可以開臨時會。因為各位委員要代表很多不同的付費者，我覺得這樣比較妥善，但程序還是要經過正式的會議來追認。

消基會謝天仁董事(張委員智剛代理人)

這個案子，我覺得健保局應該嘗試分析，右半部【會議資料第15頁之人次計算參考表(每月合理門診量)】產生的影響，是什麼樣的情況，這個資料應該分析出來。新的制度未經評估，若發生問題，未來是我們要共同面對的。

黃召集人三桂

有關消基會謝天仁董事的建議，健保局會努力。

討論事項第二案有關「101年西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」修訂案與會人員發言摘要

黃召集人三桂

- 一、本次會議討論事項共兩案，分別為「修正西醫基層院所合理門診量之月計方式案」及「101年西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」修訂案，有專家學者代表表示，因故會晚點才能到場，可否先討論第二案「101年西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」修訂案，再討論第一案「修正西醫基層院所合理門診量之月計方式案」。若各位委員沒有意見，請宣讀第二案。
- 二、請醫務管理組先就「101年西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」修訂案，做重點說明。

本局張科長溫溫

本修訂案重點說明

- 一、放寬診所或醫師於參與計畫前2年未違反特約管理辦法第37條至第38條。【原規定5年，並將第36條(扣減10倍)刪除】。
- 二、增列退場機制：增加試辦期間如有違規，則終止參與本計畫。
- 三、本局同意全聯會放寬收案對象之建議：
 - (一)慢性病個案：將最高之20百分位，放寬為最高50百分位病患。
 - (二)非慢性病個案：將最高之2百分位，放寬為最高5百分位病患。
 - (三)75歲以上年長病患。

- 四、本計畫修訂收案方式，故刪除「收案人數為照護對象之80%以上」之規定。
- 五、為避免各計畫收案對象之重疊，除100年計畫原規定，排除參加「家庭醫師整合計畫」或「各項醫療給付改善方案」等計畫之個案。又於101年增列排除收案對象範圍，包括死亡、論人計酬、高診次保險對象藥事居家照護及「醫院以病人為中心整合照護試辦計畫」試辦計畫等個案。
- 六、刪除個案管理登錄，本局與全聯會意見相同。
- 七、全聯會建議將「收案對象照護單」修改為「健康照護評估單」(內容含治療追蹤及用藥、飲食、運動等相關衛教)」，詳細內容可參閱附件。
- 八、本計畫屬專款專用預算為2億元，全聯會建議擴大收案對象，成效評量費用(占計畫經費70%)，若預算超支，則採浮動點值計算，本局同意上開全聯會意見。
- 九、本局同意全聯會建議增列成效評量指標「成人預防保健檢查率」及「65歲以上老人流感注射率」等兩項。
- 十、本計畫目前於「門診醫療服務點數清單」，以填報「C」註記，區分該類案件。全聯會建議另列一個「案件分類」代號，本局建議不另列，其原因為案件分類需要長時間的比較及觀察，且案件本身就有歸類，若再多一種案件分類代碼，恐造成困擾。
- 十一、評量指標計算公式部分，將「照護對象」修改為「完成健康評估人數」，讓操作型定義更為明確。
- 十二、全聯會建議新增之成效評量指標「成人預防保健檢查率」及「65歲以上老人流感注射率」兩項比較基準，全國基層院所之50百分位數則不予核發，介於全國基層

院所之 50~60 百分位數及高於全國基層院所 60 百分位數以上，則核發不同的金額。本局建議此部分，參考「家庭醫師整合計畫」，以高於參與本計畫基層院所之 50 百分位者核發與獎勵。請各位委員提供不同意見。

十三、本計畫係屬費協會協定之 101 年基層總額專款專用計畫之一，每年 7 月均需於費協會評核會進行執行成果報告，為避免重覆作業，全聯會建議刪除「中華民國醫師公會全國聯合會應於 101 年 6 月前及 101 年 12 月前提報成效執行報告，俾作為本計畫持續推動之參考依據。」，本局同意。

黃召集人三桂

全聯會 100 年 11 月 22 日又來函補充新修正建議，健保局也就補充新修訂意見說明，針對健保局所提內容，請全聯會表示意見。

陳委員宗獻

- 一、會議資料第 4 頁，有關申請程序，101 年 2 月 1 日前西醫基層診所向保險人分區業務組提出書面申請.. 乙節，因今年春節過年在 1 月底，且是長假，建議將 101 年 2 月 1 日前修改為 101 年 2 月 15 日前，以利基層院所及健保局分區業務組有完整之作業時間。
- 二、會議資料第 5 頁及第 6 頁，「門診之平均就醫次數下降」及「門診之平均每人醫療費用下降」兩項計算公式，請修改為【(A/B)-1】*100%
- 三、會議資料第 7 頁，新增之成效評量指標「成人預防保健檢查率」及「65 歲以上老人流感注射率」兩項比較基準，

低於全國基層院所之 50 百分位數則不予核發，介於全國基層院所之 50~60 百分位數及高於全國基層院所 60 百分位核發。若以健保局所提「以參與本計畫基層院所之 50 百分位」以上核發做比較，將有 50%的參與院所是無法核發費的。全聯會建議是與全國基層院所比較，而不是參與院所自己比，如果參與院所都執行良好，也僅有 50%院所可拿到這筆費用；若參與院所執行不佳，仍有 50%院所可拿到這筆錢，並非公允。

蔡委員淑鈴

新增「成人預防保健檢查率」及「65 歲以上老人流感注射率」兩項指標達成比例分配方式，就參採陳宗獻委員之建議。但若要更好，就不是 50 百分位，應該再高一些，這群參與計畫之院所應做的更好，所以應該是 60 百分位以下不予核發，60 百分位以上才核發。

陳委員宗獻

「成人預防保健檢查率」及「65 歲以上老人流感注射率」兩項指標，101 年才開始實施，部分特定科別之診所根本沒有執行「成人預防保健」及「65 歲以上老人流感注射」之醫療服務。我們比較擔心是費用問題，101 年本計畫預算為 2 億元，金額不多，所以評量指標支付採浮動處理。若未來預算有增加，再來考慮百分位達成比例之分配方式。

消基會謝天仁董事(張委員智剛代理人)

有關「基層診所以病人為中心整合照護計畫」之個案，不得重覆參加各項試辦計畫。會議資料第 3 頁第 3 欄之修正說明

全聯會所提意見，是希望「家庭醫師整合照護計畫」部分是可重疊，這樣會不會有付費者同時參加兩個計畫，實際運用上會不會有問題，亦造成資源浪費的問題，請全聯會提出說明。

本局張科長溫溫

「基層診所以病人為中心整合照護計畫」與「家庭醫師整合計畫」是不重疊的，個案若參加「基層診所以病人為中心整合照護計畫」，就不能參加「家庭醫師整合照護計畫」；參加「家庭醫師整合計畫」，就不能參加「基層診所以病人為中心整合照護計畫」，一個病人只能參加一個計畫，是不會重疊的。

消基會謝天仁董事(張委員智剛代理人)

會議資料第 3 頁修正說明欄，全聯會建議擴大收案對象。會議資料第 4 頁修正說明欄，健保局說明增列排除收案對象之範圍，包括死亡、論人計酬、高診次保險對象藥事居家照護及「醫院以病人為中心整合照護試辦計畫」試辦計畫等個案。全聯會及健保局都沒有提到將參加「家庭醫師整合照護計畫」之個案排除。

本局張科長溫溫

請看會議資料第 3 頁 101 年健保局欄，捌、三本計畫收案對象排除死亡、參加家庭醫師整合計畫、各項醫療給付改善方案、論人計酬及「全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護」試辦計畫等個案。100 年就已將參加家庭醫師整合計畫、各項醫療給付改善方案之個案排除，劃底線部分是 101 年增

列排除收案對象之範圍，包括死亡、論人計酬、高診次保險對象藥事居家照護及「醫院以病人為中心整合照護試辦計畫」試辦計畫等個案。

消基會謝天仁董事(張委員智剛代理人)

健保局這樣的文字表達會產生誤解，會議資料第3頁101年健保局欄，『捌、三本計畫收案對象排除死亡、參加家庭醫師整合計畫、各項醫療給付改善方案、論人計酬及「全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護」試辦計畫等個案。』；惟會議資料第4頁修正說明欄，『增列排除收案對象之範圍，包括死亡、論人計酬、高診次保險對象藥事居家照護及「醫院以病人為中心整合照護試辦計畫」試辦計畫等個案。』，卻未將「家庭醫師整合照護計畫」列入。

蔡委員淑鈴

「101 基層診所以病人為中心整合照護計畫」修訂案，本計畫收案對象，係以會議資料第3頁101年健保局欄，『捌、三本計畫收案對象排除死亡、參加家庭醫師整合計畫、各項醫療給付改善方案、論人計酬及「全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護」試辦計畫等個案。』為主。本局陳報衛生署核定時，修正說明欄就會被刪除，修正說明欄之目的，是在說明「101年修訂方案與原條文之差異」，因「100 基層診所以病人為中心整合照護計畫」，就已將參加家庭醫師整合計畫、各項醫療給付改善方案之個案排除，所以未列入增列計畫項目。

黃召集人三桂

一、有關陳宗獻委員所提三個意見，說明如下：

- (一)會議資料第4頁，計畫之申請日期，由101年2月1日修改為101年2月15日。
- (二)會議資料第5頁及第6頁，「門診之平均就醫次數下降」及「門診之平均每人醫療費用下降」兩項計算公式，請修改為【 $(A/B)-1$ 】*100%。
- (三)會議資料第7頁，新增之成效評量指標「成人預防保健檢查率」及「65歲以上老人流感注射率」兩項之比較基準，考量101年屬第一年辦理，參採陳宗獻委員之建議，低於全國基層院所之50百分位數不予核發，介於全國基層院所之50~60百分位數核發5%，高於全國基層院所60百分位數以上核發10%。

二、本案同意通過。