

「西醫基層總額支付委員會」100年第4次委員會議紀錄

時間：100年11月9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)

出席委員：

王委員正坤	王正坤	莊委員維周	莊維周
王委員錦基	王錦基	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	陳相國
何委員博基	何博基	陳委員晟康	(請假)
吳委員首寶	吳首寶	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	黃啟嘉
李委員明濱	蔡有成 ^代	廖委員本讓	廖本讓
李委員昭仁	李昭仁	劉委員文漢	劉文漢
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	林正泰	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	林華貞	鄭委員悅承	鄭悅承
林委員義龍	林義龍	盧委員世乾	王榮濱 ^代
施委員肇榮	施肇榮	盧委員信昌	盧信昌
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 (2~3:30代)	錢委員慶文	(請假)
	蘇錦霞 (3:50以後代)	謝委員武吉	陳瑞瑛 ^代
張委員德旺	張德旺	鍾委員清全	林勇義
梁委員淑政	梁淑政		

(依委員姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

行政院衛生署

全民健康保險醫療費用協定委員會

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會

中華民國藥師公會全聯會

本局臺北業務組

本局北區業務組

本局中區業務組

本局南區業務組

本局高屏業務組

本局東區業務組

本局醫審及藥材組

本局資訊組

本局財務組

本局醫務管理組

葉青宜

盛培珠

黃幼薰、劉俊宏、陳思綺

吳春樺、陳弘毅、陳宏毅

向 鈞

陳雅華

王怡瑄

張照敏、李祚芬、范貴惠

丁香豔

林麗雪

蘇豔秀

龔川榮

陳惠玲

梁燕芳

王本仁、洪秀真

姜義國

李佩耿

李純馥、張溫溫、王淑華

劉立麗、孫嘉敏、歐舒欣

鄭正義、李建成、吳慧玲

張桂津、廖子涵

主席：黃召集人三桂

紀錄：楊耿如

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會100年第3次會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認(略)

參、報告事項：

第一案

報告單位：本局醫務管理組

案由：本會 100 年第 3 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：西醫基層總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：西醫基層總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第四案

報告單位：本局醫務管理組

案由：西醫基層總額 100 年第 2 季點值結算結果報告案。

決定：西醫基層總額 100 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 100 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	0.89003956	0.85559901	0.88646441	0.95718931	0.88834826	1.10533642	0.89097025
平均點值	0.91544906	0.89596078	0.91740060	0.95988680	0.92062190	1.04199857	0.92348259

第五案

報告單位：本局醫務管理組

案由：有關 101 年度西醫基層總額支付委員會召開會議事宜案。

決定：

一、為配合西醫基層總額點值結算作業，本委員會原則上每三個月由召集人召集開會一次，必要時得召開臨時會議。

二、本委員會會議時間，如下表：

次數	1	2	3	4
會議日期	101年2月22日	101年5月23日	101年8月22日	101年11月21日
會議名稱	101年第1次會議	101年第2次會議	101年第3次會議	101年第4次會議

三、前述101年會議時間請各委員預留，如遇特殊情事須變更會議時間，本局將儘速通知各委員。

第六案

報告單位：本局醫務管理組

案由：101年西醫基層總額一般服務部門預算四季重分配案。

決定：

- 一、101年西醫基層總額一般服務部門預算重分配延續上開決議事項辦理，其中各季預算考量101年各季假日、非假日日數調整日產能後之新占率計算，101年調整後之各季預算新占率為第一季 25.182438%、第二季 24.629709%、第三季 23.432700%、第四季 26.755153%(詳附件1)。
- 二、至於，101年西醫基層總額一般服務部門各分區預算，將援例依各分區當年各季相關參數進行分配，第4季預算則為各分區原全年預算數扣減前3季調整後預算數辦理。
- 三、餘洽悉。

第七案

報告單位：本局醫務管理組

案由：101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：

- 一、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，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。計算公式：101年基層總額各分區預算＝（65%＊101年R值＋35%＊89年S值）＊全局預算」。
 - （一）人口結構校正比率：以101年度人口結構計算。
 - （二）SMR：依96-99年度權重計算（依序分別為25%、25%、25%及25%）。
 - （三）TRANS：依96-99年度權重計算（依序分別為25%、25%、25%及25%）。
- 二、101年一般預算依前述計得之各區預算成長率，以不超出全局成長率±22%。
- 三、101年度財務風險調校分配預算，一般預算分配前，先提撥財務風險調校分配預算，且本項目之預算不再列入一般預算微調範圍。至於撥補費用，101年提撥6000萬元予中區，分4季（每季平均）歸入中區預算。提撥1.5億元予北區，分4季（每季平均）歸入北區預算。接受撥補之分區，每半年提出檢討報告。
- 四、本方案計算過程說明(如附件 2)
- 五、本方案將函送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關101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。

結 論：

- 一、101 年西醫基層總額一般服務預算之保障項目依 100 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。
- 二、前開保障措施擷取順序及條件(如附件 3)，並送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

第二案

提案單位：本局醫務管理組

案 由：有關「101 年西醫基層總額品質保證保留款實施方案」乙案，
提請 討論。

結 論：

- 一、修訂方案(如附件4)，主要重點如下：
 - (一)預算分配方式：依 101 年 1 月 1 日各分區特約診所家數占率，分配各區品質保證保留款預算。
 - (二)核發資格：
 1. 方案實施期間，門診醫療費用案件均在規定時限以電子資料申報，符合第一次暫付，且無下列 2 情形者，得核發品質保證保留款。
 2. 方案實施期間，經本局依特約管理辦法第 36 條、第 37 條及 38 條規定等所列違規情事並經處分者，則不予核發，前述期間以處分日期認定之。
 3. 核發指標項目為下列四項，各佔 25%。
 - (1)診所月平均門診申復核減率。
 - (2)診所之每位病人年平均就診次數。
 - (3)個案重複就診率。

(4)藥品明細。

4. 交付調劑達 90%之診所，不計上述(4)指標，(1)~(3)權重分別為 34%、33%及 33%。

5. 增列「全數處方箋釋出之診所」係指全年之開藥總案件數，90%(含)以上案件係採交付機構之診所。

二、前開方案將依行政程序送請行政院衛生署核定後公告實施，及送全民健康保險醫療費用協定委員會備查。

第三案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：全民健康保險醫療費用支付標準 80205B「子宮頸楔狀切除術」等 10 項診療項目開放至西醫基層診所適用案，提請討論。

結論：

一、有關80205B「子宮頸楔狀切除術」、80415B「子宮鏡切除子宮腔隔膜或子宮肌瘤」、80807B「腹腔鏡子宮附屬器部分或全部切除術」、81020B「腹腔鏡子宮外孕手術(含腹腔鏡子宮外孕藥物注射)」、10501B「卡巴馬平Carbamazepine」、10510B「發爾波克 Valproic acid」、10520B「鋰鹽 Li(Lithium)」及12053B「Antinuclear Ab(ANA)」等8項診療項目開放至西醫基層診所適用。

二、至27055B「CA-199腫瘤標記(RIA)」及27053B「CA-125腫瘤標記(RIA)」兩項暫不通過，請醫師公會做全盤考量，再提100年11月23日西醫基層總額支付委員會臨時會討論。

第四案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關「101年度西醫基層總額支付制度醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

結論：

- 一、請全聯會續鼓勵兒科醫師前往提供巡迴服務。
- 二、執行開業計畫之診所不得跨縣市提供巡迴服務；執行巡迴服務的診所，得跨縣市、跨鄉鎮，不得跨分區執行巡迴服務。
- 三、增加各縣市醫師公會得視實際需求，提出巡迴服務申請。
- 四、巡迴次數，由每週2次增加至每週3次。本方案施行區域之鄉鎮(區)，若於隔年3月底尚無西醫基層醫師提供巡迴，屆時改由地區級以上醫院申請巡迴。
- 五、為避免外界對受託單位之權限產生質疑，申請流程之受理、審查、同意及通知，皆由本局各分區業務組辦理，以避免訴訟爭議。
- 六、有關再審核「101年度西醫基層總額醫療資源不足地區」，以及衛生所人員比照公務人員地域加給精神申請巡迴服務論次報酬等兩項暫保留，提至100年11月23日西醫基層總額總額支付委員會臨時會報告。

伍、臨時提案

提案單位：本局醫務管理組

案由：關於修正西醫基層院所合理門診量之月計方式案，提請討論。

結論：

- 一、試辦期間診所週六、週日看診率連續3個月低於監控指標即停辦之方式，建議修正為診所週六、週日看診率連續2

個月未達指標或不連續 3 個月未達指標即停辦的意見，請全聯會參考。

- 二、盧信昌委員建議，CALL CENTER 由醫師輪值，這部分全聯會已同意。
- 三、再提高週六日看診比率，請各縣市醫師公會負責協調排診，尤其以週日夜間診為優先。
- 四、本方案消費者代表仍有疑慮，希望全聯會能參照消基會蘇錦霞董事長及盧信昌委員意見，以書面方式敘明。
- 五、本次暫不做結論，請列入 100 年 11 月 23 日西醫基層總額支付委員會臨時會第一個討論案。

柒、散會：下午 4 點 45 分。

附件 1

西醫基層總額原預算與調整後預算之比較表

項目	第1季	第2季	第3季	第4季	合計
101年原各季預算	23,233,882,692	23,325,235,486	22,762,179,026	24,259,388,245	93,580,685,447
101年原預算占率	24.827647%	24.925267%	24.323587%	25.923499%	100.00%
101年調整後各季預算	23,565,898,093	23,048,650,506	21,928,481,279	25,037,655,569	93,580,685,447
101年調整後各季預算新占率	25.182438%	24.629709%	23.432700%	26.755153%	100.00%
預算差異 (調整後預算-原預算)	332,015,401	-276,584,980	-833,697,747	778,267,324	-

註：

1.101年各季預算=一般服務預算-品質保證保留款(0.10%成長率)。

2.101年調整後各季預算占率，為以97年調整支付標準後之占率標準，再計算調整101年日產能後之新占率；101年日產能後之新占率；

101年調整後各季預算，為101年預算乘以新占率。

附件 2

101 年度西醫基層總額之「人口風險因子及轉診型態」(即 R 值)之計算公式與操作型定義及計算過程說明

西醫基層非門診透析一般服務部門分配至各分區總預算
=101 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(101 年)人口結構計算。
2. SMR: 依 96-99 年度權重計算。(96 年權重 25%、97 年權重 25%、98 年權重 25%、99 年權重 25%)。
3. TRANS: 依 96-99 年度權重計算。(96 年權重 25%、97 年權重 25%、98 年權重 25%、99 年權重 25%)。

(二)各分區依公式計算後，各分區成長率不得高(或低)於全局平均 22%。

(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)101 年提撥 6000 萬元予中區，分 4 季(每季平均)歸入中區預算。提撥 1.5 億元予北區，分 4 季(每季平均)歸入北區預算。故每季預算先扣除中區 1500 萬元及北區 3750 萬元。

(2)101 年各季各分區預算(初次預算)

101 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占率 S 值×35%)】。

(3)以西醫基層 96-99 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

甲、 $R_{ij} = \left(\text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans}^{101}_{ij} / \sum_{j=1}^6 \text{Demo_OCC}_{ij} \times \text{Trans}^{101}_{ij} \right)$
(R_{ij} 為各季各分局分區人口風險因子及轉診型態校正比例)

乙、 $\text{Demo_OCC} = \text{P_OCC}101 * 90\% + \text{SMR_OCC}101 * 10\%$

(Demo_OCC 為分區人口風險因素校正比例、 P_OCC 為 101 年人口結構、 SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

丙、 $\text{SMR_OCC}100_{ij} = 25\% \text{SMR_OCC}_{ij} 96 + 25\% \text{SMR_OCC}_{ij} 97 + 25\% \text{SMR_OCC}_{ij} 98 + 25\% \text{SMR_OCC}_{ij} 99$

(SMR_OCC 為校正後標準化死亡率)

丁、 $\text{TRANS}100_{ij} = 25\% \text{TRANS}_{ij} 96 + 25\% \text{TRANS}_{ij} 97 + 25\% \text{TRANS}_{ij} 98 + 25\% \text{TRANS}_{ij} 99$

(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)

己、各分局分區成長率之上下限為 $r_i^{101} \pm 22\% \times r_i^{101}$ 。

(4)各分區依公式計算後，各分區成長率不得高(或低)於全局預算成長率之 22%，超過或低於上下限之處處理方式：

甲、依上下限成長率調整後預算，係以超過上限者則扣至上限值(超過上限額度 A)，不足者則補至下限值(不足下限額度 B)，調整後之各分區之額度為「第 1 次調整」。

乙、當超過上限之額度(A)大於不足下限之額度(B) ($A > B$) 時：

a、由額度(A)優先補足額度(B)，剩餘之額度 ($A-B$)，由低於上限額度之分區，依其第 1 次調整後之預算占率攤補(第 2 次調整預算)。

b、第 2 次調整預算有高於上限值之分區，超過額度則繼續由低於上限額度之分局分區按第 2 次調整預算攤

分，以此類推，直至各區預算成長率皆落於上下限之間為止。

丙、當超過上限之額度(A)小於不足下限之額度(B)($A < B$)時：

a、不足之額度(B-A)，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(B-A)(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落於上下限之間為止。

(5)經前述規定調整後，北區提撥1.5億元分4季(每季3750萬元)歸入北區預算，中區提撥6000萬元分4季(每季平均1500萬元)歸入中區預算。

附件 3

101 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 4

101 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案

○年○月○日健保醫字第○○○○○○○號公告修訂

壹、依據

本方案依據行政院衛生署○○○年○○月○○日衛署健保字○○○○○○○○○號核定函及全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱費協會)第 **175** 次會議紀錄辦理。

貳、目的

本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約醫事服務機構。

參、預算來源

本方案之預算自 **101** 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「品質保證保留款」之預算。

肆、預算分配方式

本方案將依 **101** 年 1 月 1 日各分區特約診所家數占率，分配各區品質保證保留款預算。

伍、核發資格

- 一、西醫基層特約診所於 **101** 年 1 月至 **101** 年 12 月期間之 12 個月之門診醫療費用案件均在規定時限(以郵戳為憑次月二十日前)以電子資料申報，符合第一次暫付，且無本方案第五點二之情形，得核發品質保證保留款。
- 二、西醫基層特約診所所有違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法規定，於 **101** 年 1 月 1 日至 **101** 年 12 月 31 日

期間，經全民健康保險保險人(以下簡稱保險人)依同辦法第36條至38條規定等所列違規情事之一並經處分者，則不予核發，前述期間以處分日期認定之。

三、符合下列情形，各給予核發權重 25%。

(一)診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別九十百分位

資料期間：以西醫基層特約診所 100 年 7 月至 101 年 6 月之門診醫療費用計算。

公式：A/B

分子 A：診所每月「門診申復後核減率」之合計。

分母 B：該診所核定月數。

註：102 年 2 月 28 日前核定之 100 年 7 月至 101 年 6 月之醫療費用(含申復)之門診醫療費用，計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核減率計算之。

(二)診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別九十百分位

資料期間：西醫基層特約診所 101 年 1 月至 101 年 12 月之門診醫療費用計算。

公式：A/B

分子 A：全年診所申報總案件數。

分母 B：全年診所歸戶總人數。

註 1：本項以 102 年 1 月 31 日前診所申報 101 年醫療費用資料計算之。

註 2：本項排除代辦案件及診察費為 0 之案件。

(三)個案重複就診率不超過該分區所屬科別九十百分位

資料期間：西醫基層特約診所 101 年 1 月 1 日至 101 年 12

月 31 日之門診醫療費用資料。

公式：

$$\sum_{i=1}^n \frac{A_i}{B_i} / 12$$

分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。

分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。

註 1：本項以 **102** 年 1 月 31 日前診所申報 **101** 年醫療費用資料計算之。

註 2：排除代辦案件及診察費為 0 之案件。

※前開診所之所屬科別以 **101** 年第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30% 者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30% 者(如聯合診所)，或該科別之家數未達 20 家，則不歸屬任一科，即與該轄區全體西醫基層診所比較。

(四)藥品明細：單方藥品於藥品明細中標示商品名及成份名，複方藥品則標示商品名。

註：本項資料由西醫基層總額各分區共管會議於 **102** 年 2 月底前提供不合格院所名單。

四、全數處方箋釋出之西醫基層診所未有「藥品明細」指標，核發指標之權重如下：

(一)診所月平均門診申復核減率占 34%。

(二)診所之每位病人年平均就診次數占 33%。

(三)個案重複就診率占 33%。

註：「全數處方箋釋出之診所」係指 **100** 年 7 月至 **101** 年 6 月之開藥總案件數，90%(含)以上案件係採處方釋出之

診所。

陸、支用方式

- 一、年度結束時，依方案之預算除以符合本方案核發之西醫基層特約診所家數，再乘上個別診所之符合權重，作為個別診所獎勵之金額。

公式：

(一) 101年各分區西醫基層總額品質保證保留款

$$= (\text{101年1月1日各分區特約診所家數} \div \text{101年1月1日全局特約診所家數}) * \text{101年度西醫基層總額品質保證保留款預算}$$

(二) 每家診所核發金額

$$= (\text{101年各分區西醫基層總額品質保證保留款} / \Sigma \text{分發保留款院所數}) \times \text{該診所符合權重}$$

- 二、核發作業：本方案年結算一次，保險人於 102年6月底前，計算參加本方案保留款分配之核發名單及金額，辦理撥付作業。
- 三、其他事項：保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，核發之金額將自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。

- 柒、本方案由保險人會同中華民國醫師公會全國聯合會共同訂定，送費協會備查，並由保險人報請行政院衛生署核定後，公告實施。

本會100年第4次委員會議與會人員發言摘要
討論事項第一案「有關101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

黃召集人三桂

本案中華民國醫師公會全國聯合會建議比照100年辦理，請各位委員表示意見。

何委員博基

同意比照100年辦理。

黃召集人三桂

其他委員若沒有意見，本案就比照100年方式處理。

討論事項第二案有關「101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

黃召集人三桂

請各位委員表示意見。

賴委員明隆

關於這個議題，同意健保局意見。

黃召集人三桂

- 一、健保局於「藥品明細」指標項目增列「全數處方箋釋出之診所」係指全年之開藥總案件數，90%(含)以上案件係採處方釋出之診所。
- 二、各委員若沒意見，就按醫師公會全聯會意見，以及健保局建議增列「藥品明細」指標項目的「全數處方箋釋出之診所」操作型定義，修訂「101年西醫基層總額品質保證保留款實施方案」。

討論事項第三案「全民健康保險醫療費用支付標準「80205B 子宮頸楔狀切除術」等十項診療項目開放至基層診所適用案」與會人員發言摘要

黃召集人三桂

請各位委員表示意見。

本局蔡組長淑鈴

本案係101年總額協商議訂項目，本局亦同意醫師公會之建議，至80205B「子宮頸楔狀切除術」、80415B「子宮鏡切除子宮腔隔膜或子宮肌瘤」及80807B「腹腔鏡子宮附屬器官部分或全部切除術」等3項婦科手術項目，若病人適應症符合，在基層診所執行手術是可以的。惟過去曾有院所對「子宮」執行不必要的手術，造成女性不可挽回的遺憾。為確保病患就醫權益，請醫師公會加以把關，在此請公會予以承諾。

何委員博基

婦產科醫學會同意負責把關。

王榮濱先生(盧委員世乾代理人)

本案檢驗項目為27055B「CA-199腫瘤標記(RIA)」、27053B「CA-125腫瘤標記(RIA)」、10501B「卡巴馬平Carbamazepine」、10510B「發爾波克 Valproic acid」、10520B「鋰鹽 Li(Lithium)」及12053B「Antinuclear Ab(ANA)」共計6項，其中27055B「CA-199腫瘤標記(RIA)」及27053B「CA-125腫瘤標記(RIA)」又用到核醫項目之申報醫令，即使從B表開放至C表，基層診所仍不能執行。若健保局上次有統計，T3自100年1月份改為「27001C」，不曉得通過之診所件數

是多少？因為這些醫令，診所根本不能申報，因醫令碼「27」開頭均為核醫檢查項目，若以「27055B」及「27053B」為診所申報醫令，恐造成基層診所申報的困難。上次T3申請跨表時，本會建議醫師公會，診所可申報的醫令碼，惟該會以敏感度不高回復。請醫師公會調查核子醫學的普及性，醫師公會的診所代檢之檢驗所，由核醫執行的家數為多少？全國除了大醫院(醫學中心)，不會超過5家。以目前執行核醫檢驗所的普遍性，若以醫師公會所提之申報醫令代碼是不太適合的。有關跨表申報方式，建議先照會醫檢師公會，本會是不會與醫師公會對抗的，完全屬善意的提醒，因為申報不過的是基層診所，檢驗所的工作僅負責申報。「CA-125腫瘤標記(EIA)」及「CA-199腫瘤標記(EIA)」，與醫令「12077B」與「12079B」支付點數相同，但後2者非以核醫檢驗，僅需將B改為C，診所申報就沒有問題，支付點數亦為400點，醫師公會若以核醫項目申報，將增加健保局審查作業。本人代表醫檢師公會再次提醒，上次T3的事情，本會已通知全國開業會員，若診所以核醫醫令碼，檢驗所無法申報，請基層診所加以注意。

王委員正坤

謝謝提醒，請問可修訂為基層診所可申報的醫令代碼嗎？

本局蔡組長淑鈴

- 一、「CA-125 腫瘤標記(EIA)」可由檢驗所代檢，若「CA-199 腫瘤標記(RIA)」、「CA-125 腫瘤標記(RIA)」則需委託醫院代檢。
- 二、跨表不是那個醫事服務機構執行的問題，而是那些檢驗項目較適合病人，建議請專業協助評估 EIA 及 RIA 檢查結果之信度及效度是否相同，並從初級預防及篩檢的觀點衡酌適合病人的檢驗項目。

王榮濱先生(盧委員世乾代理人)

EIA 及 RIA 檢查結果之可信度及特異性, 應無差別, 現在不是學理問題, 而是普遍性問題, 核醫雖較靈敏, 但有污染及方便性的問題, 因要手工操作, 速度較慢; 這是市場機制, 所以很少委託檢驗所。請醫師公會看 FSH、LH 不是以核醫碼申報, 申報就沒問題。檢驗所若無核醫設備, 就不能申報該項檢驗費用, 對婦產科診所也相當困擾。

莊委員維周

謝謝醫檢師公會的提醒, 若要委託那 5 家具核醫設備的檢驗所, 基層診所恐有困難。既然專家都說信度及效度都不差, EIA 及 RIA 都可判讀, 建議參考醫檢師公會意見, 將醫令修改為「12077C」與「12079C」。

張委員孟源

這類檢查對病人能篩檢出癌症的機會有多高, 是否可全國普遍性篩檢, 於學術上尚有爭議。至於 27055B「CA-199 腫瘤標記(RIA)」及 27053B「CA-125 腫瘤標記(RIA)」兩項檢驗項目屬健保總額範圍, 醫療資源需妥善利用, 應以病人為主要考量。建議 27055B「CA-199 腫瘤標記(RIA)」及 27053B「CA-125 腫瘤標記(RIA)」兩項檢驗項目暫予保留, 俟本會邀請專家研議後, 再提 100 年 11 月 23 日西醫基層總額支付委員會臨時會討論。

本局蔡組長淑鈴

一、有關跨表項目, 費協會協定的是預算部分, 至於「CA-199 腫瘤標記」及「CA-125 腫瘤標記」兩項檢驗項目, 要用 EIA 或 RIA, 尊重醫師公會決定, 請該會再仔細研究。若以 EIA 篩檢, 每件

支付點數 400 元，並不便宜，不應被當為每個人篩檢項目，在醫療資源必要與不必要之間，需仔細拿捏。

二、建議 27055B「CA-199 腫瘤標記(RIA)」及 27053B「CA-125 腫瘤標記(RIA)」兩項暫不通過，俟 100 年 11 月 23 日西醫基層支付委員會臨時會再報告研商結果。另其他 8 項診療項目則建議先通過。

黃召集人三桂

本案參採蔡淑鈴委員建議，80205B「子宮頸楔狀切除術」、80415B「子宮鏡切除子宮腔隔膜或子宮肌瘤」、80807B「腹腔鏡子宮附屬器部分或全部切除術」、81020B「腹腔鏡子宮外孕手術(含腹腔鏡子宮外孕藥物注射)」、10501B「卡巴馬平Carbamazepine」、10510B「發爾波克 Valproic acid」、10520B「鋰鹽 Li(Lithium)」及12053B「Antinuclear Ab(ANA)」等8項診療項目開放至西醫基層診所適用。至27055B「CA-199腫瘤標記(RIA)」及27053B「CA-125腫瘤標記(RIA)」兩項暫不通過，請醫師公會做全盤考量，再提100年11月23日西醫基層總額支付委員會臨時會討論。

討論事項第四案有關「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」部分條文增訂案與會人員發言摘要

黃召集人三桂

「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」部分條文增訂案，全聯會與健保局修訂意見，部分仍需再溝通，對於本案，請大家表示意見。

李委員昭仁

有關衛生所人員比照公務人員地域加給精神，申請巡迴服務論次報酬，據說，監察院認為這是不符公務人員相關規定。去年(99)高屏分會支付組決議，認為公務人員於上班時間外出提供診療服務，確實不得再支領診療報酬。今年(100)似乎有翻案的意思，實際問題是高屏區域狹長、路途遙遠，因找不到醫師承接巡迴醫療服務，且衛生所人員本身就有業務，他們認為在人力及時間，無法配合，所以紛紛退出，甚至在衛生所轄區的醫療資源不足地區，還要減少工作量。觀察發現，部分衛生所的班均排滿，醫療資源不足地區由醫院支援。對於偏遠的無醫村，衛生所也以人員不足為由，無法提供巡迴醫療服務。因有此反映，衛生局認為這對高屏偏遠地區的民眾太不公平，所以要全聯會再提出本項問題。考量高屏偏遠地區的民眾就醫之可近性，高屏分會支付組建議，衛生所人員比照公務人員地域加給精神，申請巡迴服務論次報酬：醫師一般日每次 2,250 點、例假日每次 5,500 點；護理人員一般日每次 600 點、例假日每次 1,700 點。據本次會議資料，健保局對於公務身分者，是否得以額外領取應診費用，尚有疑義，尚需衛生署相關單位釋示。本人不曉得其他區，醫療不足地區巡迴醫療是否有相同問題，但若不參採高屏分會支付組之建議，高屏偏遠地區民眾就醫會發生問題。本人曾請高屏

縣政府編列預算，以鼓勵西醫基層醫師，至醫療資源不足地區，提供巡迴醫療服務，但高屏縣政府表示經費不足，我們只好求助於健保局，若健保局認為有問題，高屏偏遠地區民眾就醫一定會發生問題，以上說明是現況，希望大家瞭解。

黃召集人三桂

其他委員對本案其他部分，是否有意見。

賴委員明隆

每個縣市情況不同，開業醫師也不一定想執行巡迴醫療服務，本人曾與衛生局長溝通，衛生局長表示，衛生所人員屬公務人員支領額外報酬，恐有問題。但屏東地區情況特殊，本人同意李昭仁委員所提建議。

本局蔡組長淑鈴

- 一、有關「西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」，執行目的係因台灣有很多地區開業醫師不足，主要原因為基層醫師不要到偏遠地區開業，造成就醫的不公平，所以本局才會推動本方案。本方案是請在都會區開業的醫師，是否提供部分時段，至偏遠地區提供醫療服務，以解決偏遠地區民眾就醫的問題。
- 二、本計畫實施後，醫師公會強力要求醫療資源不足地區所需的資源，要優先考慮醫師公會會員，而不是醫院，因這是初級照護。所以本局非常支持醫師公會，要求會員到醫療資源不足地區提供醫療服務，可是到目前為止，尚不能完全達到目標。目前的問題，就是到醫療資源不足地區的醫師不夠。不管是本局去年公布的一般醫缺地區或兒童醫缺地區，尤其是兒童醫缺地區，效果不彰，只有少數兒科醫師，願意到醫缺地區提供醫療服務。

對於 101 年度西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案之修正條文，希望醫師公會負起責任，既然承諾以醫師公會為優先，醫師公會就要達成目標。

三、至於醫師跨縣市支援部分，本局予以支持，譬如台北市醫師願意到台北縣支援，當然樂觀其成，惟務必完成衛生局報備支援程序，因醫療法規定，需完成報備支援作業。

四、本局同意巡迴次數由每週 2 次增加至每週 3 次。

五、至於高屏地區所提，衛生所人員比照公務人員地域加給精神申請巡迴服務論次報酬乙節，衛生所醫師是公務員，本局已請衛生署國健局表示意見，目前尚在研議中。本局建議本項暫時保留，這不是錢的問題，完全是法規考量。

六、本方案過去有規定，委託分區業務組受理、審查、同意及通知的部分，最近外界對本局行政程序的質疑，所以 101 年修訂案修改，本局為特約醫療院所之對口，雖然部分有委託醫師公會代行審核，但最後公文往返，仍是以分區業務組發文之公文為主，醫師公會請務必配合辦理。尤其要落實本局之委託契約屬勞務委託，並非行政委託，所以關於特約醫療院所權益之核定權限部分，還是應透過本局分區業務組行文，避免外界對委託性質，產生很多疑義。目前本局已接獲相關的申訴，本項於本修正方案已全面修訂。若醫師公會對本案修正有不同意見，請一併提出。

莊委員維周

對於健保局將核定的權力收回，醫師公會沒有意見；惟請健保局在核准特約院所前，先知會醫師公會，避免雙方對醫療資源不足地區認知不同。

李委員昭仁

- 一、關於醫療資源不足核定地區與實際醫療資源不足地區，兩者並不吻合，此部分如何重新處理，以前醫師公會已盡力過，包括親自到偏遠地區探訪，最後並未得到認可。
- 二、至於衛生所人員比照公務人員地域加給精神，申請巡迴服務論次報酬乙節，衛生署仍需通盤檢討，請說明衛生署回復時間。
- 三、本方案原設計精神就是要基層診所負責執行，高屏區委員會也希望基層診所醫師，配合到醫療資源不足地區提供診療服務。若方案規定，請各縣市醫師公會統籌負責，但若基層診所及衛生所都無法承辦，最後可能各縣市醫療資源不足地區，都由醫院承接，倘健保局同意，醫師公會也沒辦法。因基層診所及衛生所人力不足，且醫院承接醫療資源不足地區的意願很高，但假日急救中心請醫院支援，醫院卻以人力不足拒絕。本年度8月到12月底，偏遠地區之周六日急救醫療站，也是基層診所配合衛生局執行，衛生局僅提供規定的公務費用，不足的費用是由本公會代付。希望衛生所人員能在符合相關規定的情況下，協助至醫療資源不足地區提供服務，真正落實本方案之精神。
- 四、至健保局核定之醫療資源不足地區，雖然與實際需求不符，但已公告，醫師公會也沒辦法。

徐委員超群

- 一、本次會議未提供施行區域，建議討論本方案時，能呈現施行區域資料。例如，去年曾核定台東關山為偏遠地區，後來發現關山有慈濟分院，不符偏遠地區之規定。
- 二、對於文字之修訂，會議資料第23頁之「支援名單」及「支援醫師」建議維持「備援」的文字較為妥當，「備援醫師」係因報備支援的醫師無法前往執業，委由備援醫師提供服務，若修改為

「支援名單」及「支援醫師」，會讓喜歡請支援醫師者，有些想像空間。若維持為「備援醫師」，就與會議資料第 24 頁之「備援醫事人力」文字相符。

何委員博基

有關新北市醫療資源不足地區執行概況，92 年醫缺區是石碇，由醫師公會自己標下來執行；93 年為坪林，亦是醫師公會自己執行，98 年台北縣醫缺有 10 個點，基層診所醫師均無意願前往，仍由台北縣醫師公會標下來，再委由楊醫師之「執行中心」提供巡迴醫療服務。後來健保局又規定，要與健保局有特約的醫療機構負責醫師，才可提供巡迴醫療服務，目前就由與健保局特約的 10 個診所負責醫師在醫缺巡迴醫療工作，所以新北市目前沒有醫缺的地方。

本局蔡組長淑鈴

綜整部分委員建議，說明如下：

- 一、同意將「支援醫師」修訂為「備援醫師」。
- 二、有關再審核「101 年度西醫基層總額醫療資源不足地區」，以及衛生所人員比照公務人員地域加給精神申請巡迴服務論次報酬等兩項暫保留，等 100 年 11 月 23 日西醫基層總額支付委員會臨時會再以報告案做確認。
- 三、餘同意健保局修改建議。

黃召集人三桂

本案就參採蔡淑鈴組長建議辦理。

臨時提案「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

關於修正西醫基層院所合理門診量之月計方式案是臨時提案，請問有沒有委員附議。

複議委員：王正坤委員、蔡有成委員、林正泰委員、李昭仁委員、張孟源委員、盧榮福委員、徐超群委員

黃召集人三桂

- 一、有人附議進入正式討論。
- 二、請全聯會就本案先予以說明。

蔡有成醫師(李委員明濱代理人)

李明濱理事長要本人在此代表發言，承諾這個案子若實施，醫師公會將按月追蹤，西醫基層診所週六日看診家數，提供病人就醫的方便性。

本局蔡組長淑鈴

- 一、本局於 100 年 11 月 4 日先行邀請中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫療改革基金會、本支付委員會中消基會、費協會及專家學者代表召開會前會共同討論，結論已列在本次會議提案說明。這幾天媒體亦有討論，在此補充說明，會議資料第 36 頁，包括監控指標及監控方式。至於監控指標及監控方式，就是確保這個案子通過後，診所週六、週日看診率，仍能維持目前的狀態。如有縣市連續三個月低於監控指標，或非連續之四

個月低於監控指標，該縣市即予停止試辦。以上是會前會的承諾。但對於輿論之建議，在此提出，並就教醫師公會，大家一起努力來達成。

- 二、依據會議資料第 44 頁，目前週日診所平均看診率為 24.7%，週六診所平均看診率為 87.9%，週一至週五診所平均看診率為 95%，但全國各縣市差距很大。會議資料第 46 及 47 頁，已詳列週日看診率低於平均值 24%的縣市，宜蘭縣僅 12.51%。就上開資料顯示，現有部分縣市，診所週日看診率很低。雖然我們已設計退場機制，亦請醫師公會承諾，這個案子通過後，再提高週日看診率，讓民眾週日就醫的方便性，比目前更高。100 年 11 月 4 日會前會僅討論停損，但我希望能做得更好。會前會是希望公會協調西醫基層診所週日輪流看診，確保維持目前的診所看診率，既然公會要協助安排週日輪流看診，但也有可能排的比現在更好，此部分會前會的討論未特別強調。但這幾天民眾就醫權益被討論蠻多的，所以於本次會議再次提出，請醫師公會做更好的承諾，就是停損外，還要做的更好，尤其是目前低於 24%的縣市，藉由這次機會，提高週日看診率，尤其這些縣市屬非都會區，就醫權益應被確保。
- 三、會議資料第 46 及 47 頁，請各位參考，第 47 頁(第 21 張投影片)列出各縣市之週日平均看診率，宜蘭縣為 12.51%。第 47 頁(第 22 張投影片)是各縣市之鄉鎮市區週日平均看診，低於各縣市之鄉鎮市區數及比率，部分縣市有 50%的鄉鎮都低於平均數，顯然是有很大的問題存在，24%僅為全國平均數，請公會協助提高該等縣市看診率，本次會議屬大會性質，這是本局為民眾提出的訴求。

蔡有成醫師(李委員明濱代理人)

有關蔡淑鈴委員建議，醫師公會將再與縣市公會協商，儘量提升週日看診率。對於大型醫院退休的醫師及年輕的醫師，要他們週六、日休診，是不可能的事情，因為房租太貴，不看診根本無法維持。

王委員正坤

- 一、會議資料第 36 頁，財團法人台南市醫師公會請更正為「社團法人台南市醫師公會」。
- 二、會議資料第 43 頁(第 14 張投影片)，依目前制度下，診所每月看診 25 天可申報整個月的合理量，還是鼓勵診所可週日休診。即使在此規定下，週六看診的診所，仍達 9000 家，可能因本案實施，收入減少千分之二左右；收入增加之院所約有 500 家，該等院所不在乎每月是否看滿 25 天或 22 天，想休假就休假，目前國內這樣的診所約有 500 家。
- 三、據蔡淑鈴委員說明，目前全國週日診所平均看診率為 24.7%，表示約有 2000 家診所週日仍在看診。如蔡有成醫師所說，診所要付房租，亦需聘請護士、藥師.. 等人員，支應這些支出，所以要有收入。另蔡淑鈴委員提到鼓勵進場機制，目前在規劃此方案仍停留在處罰及監控，可否提較正面的作業方式。所以，台南市醫師公會 100 年 11 月 7 日南市醫字第 072 號函(會議資料第 59 頁)建議，獎勵假日看診之診所，可降低該診所抽審病歷之頻率。這種獎勵是最不花錢的作法，且最受診所醫師接受的方式，因診所醫師被審查，都會投訴健保局或醫師公會，認為是審查醫師找麻煩，醫師公會只能解釋是用指標來選，被審查的診所是符合指標項目。
- 四、另台南市醫師公會 100 年 11 月 7 日南市醫字第 072 號函，檢送該會 101 個意見，是本公會用具名方式，所做的調查，其中就有醫師提到，本案實施後，週日看診的照看，週日休假的照休。

其中 500 家，根本不在乎給付，仍選擇休假。8000 多家診所要養家活口，週六仍繼續看診。

黃委員啟嘉

- 一、本人可正面回應蔡淑鈴委員，民眾週日看診的需求，本公會一定會努力。據本次會議資料顯示，東區週日看診率是高的，因分布較不平均，所以花蓮縣部分鄉鎮，西醫執業診所僅有 1~2 家，造成週日沒有診所看診，此部分，醫師公會可協助協調，目前已再進行道德勸說。
- 二、另本人同意王正坤委員建議，為獎勵假日看診之診所，降低診所抽審病歷之頻率，就是將假日看診列為病歷審查之正向指標之一。目前抽審有很多負向指標，如重複就診，對於假日看診列為正向指標尚需再研議，建議提各區共管會議討論，因各分區需求並不相同。

吳委員守宝

至於維持或提高診所周六看診率應沒問題，週六診所都會看，不是早上，就是下午。診所週日看診就需注意，台北市醫療資源比較豐富，週日看診率維持 25% 應可達成，其他縣市就需注意，如基隆市、宜蘭縣等，請各縣市公會加以溝通協調。

何委員博基

請健保局提供(會議資料第 47 頁)各縣市的鄉鎮市區週日平均看診低於該縣市週日平均看診率的名單給醫師公會，由縣市醫師公會協助輔導。

林委員正泰

本案係遵照 100 年 8 月 24 日西醫基層總額支付委員會於 100 年 11

月 4 日召開會前會，當日出席包括醫改會、消基會、費協會及健保局等單位，結論為本案實施後，週六日看診率不得低於現況，這是大家一致的共識。當日會議，醫改會代表建議，基層診所參考外國制度，設計週一至週五之給付標準相同，週六日可以不同，本人覺得很有道理，請醫師公會及本會朝這方向努力。對於 100 年 11 月 4 日會前會之共識，週六日看診率不得低於現況及監控指標部分，醫師公會會全力配合，以確保民眾就醫權益。

盧委員信昌

- 一、消基會董事謝天仁，因故先離席，他請本人代為表達，『對於「西醫基層院所合理門診量之月計方式」修正案，謝天仁董事反對』。
- 二、本人有參加 100 年 11 月 4 日會前會，對於醫師公會想改善醫療環境及醫病關係的誠意，本人都感受到，所以本人支持這個案子。醫師公會已承諾本案實施後，週六日基層診所看診率不會降低，一天是早、午、晚 3 個門診，請醫師公會做適度調配，不要造成民眾的恐慌及憤怒。
- 三、對於宜蘭縣週日平均看診率為 12.5%，因該縣為觀光地區，週日當地民眾沒時間看病，若堅持醫師假日開診，真的會門可羅雀。所以醫師公會調整週日醫師看診時間，需很有技巧。宜蘭縣民眾週日白天做生意，週日晚上就有時間看病，若醫師公會能在宜蘭縣提高週日診所看診率，將是民眾之福。所以請醫師公會先瞭解各縣市民眾特性及就醫習性，與社會對醫師的肯定與期待。若本案於本次會議通過，在提升或維持週六日診所看診率，以及因地制宜維持早、午、晚 3 個門診，減少民眾就醫的不便。
- 四、有關 100 年 11 月 4 日會前會結論，各縣市醫師公會應建置週末假日診所開診查詢之 CALL CENTER，CALL CENTER 不是醫師，請

醫師公會設計電話諮詢專線，比照台北市 1999 專線，由醫師輪值，由醫師親自提供醫療諮詢，醫師若能完成此設計，才能符合民眾及社會期待。也符合醫師公會專業人士，扮演病人、政府及社會善意橋樑的責任。科技進步了，需要熱情的人參與，若醫師可以親自擔任 1999 的接線生服務，效果會更好。

- 五、關於王正坤委員提供的民意調查資料部分，在 101 人中有 32 人明確表示，週日會繼續看診，與台南市 27.18%(會議資料 47 頁)看診比率接近，這是好現象。
- 六、另醫師公會也不要太勉強，週日看診也不需看 3 班，其實病患最需要的是，身體不適誤差範圍 3~5 小時內有醫師關心，但醫師喜歡連休。這個問題很好解決，若醫師公會能承諾班表排定後，若有事請假，將找其他醫師支援。本案實施不但改善醫師生活品質，亦將以前未達成的醫療品質，一步到位。
- 七、本人是負責告訴各位如何將細部工作做好，包括利用科技，推動醫界的 1999，讓電話諮詢不只是 CALL CENTER；週日 3 班如何調配，滿足民眾就醫需求；保留各縣市民眾就醫的差異性，考量清楚，規劃週全，一步到位，就讓這個案子上路。

張委員孟源

- 一、家庭醫學會邱泰源秘書長曾致電本人，關於 CALL CENTER 的問題，現家庭醫師整合計畫的社區醫療群是 24 小時，社區醫療群會員隨時可找到醫師，但目前社區醫療群約 350 群，希望將醫療增加到 800 群，以解決病人醫療諮詢之需求。
- 二、另配合本案，台北市衛生局願意提供網站，公布所有基層診所每日看診時段；醫師公會也會上網公告，隨時更新診所看診資料，以利民眾查詢。
- 三、若現就實施 CALL CENTER 作業，規劃可能不是很理想，建議將

CALL CENTER 改為上網公告。

- 四、有關盧信昌委員建議，診所週日看診時間因地制宜乙節，各縣市醫師公會做適當調配，醫師公會亦會朝這方向努力。
- 五、對於多數媒體報導，這個案子是週六日休診，這與事實不符，在此予以澄清，因這只是支付制度的改變，與休診時間並不相關。本人外出開會，診所仍照常看診，因我們有另一醫師在工作。同樣道理，每個員工就是我們資產，醫療是服務業，服務業是持續性，所以我們基層診所會採輪班方式，繼續提供醫療服務。讓醫師有時間參加繼續教育，增進專業知識，藉以提升病人醫療品質。
- 六、剛蔡有成醫師亦代表全聯會表示，各縣市公會理事長都很願意，再加強基層診所週六日看診率，希望這是一個契機，藉由本案實施，醫療品質會更提升，民眾滿意度會更高，本案實施對醫師及全國民眾都有利，屬雙贏的狀態，我們樂於見到這良性的發展，

黃召集人三桂

關於 CALL CENTER 由醫師輪值，醫師公會可承諾嗎？

蘇錦霞董事長(張智剛委員代理人)

- 一、這個案子消基會非常關心，最主要是看民眾是否已經準備好，要接受這樣的醫療型態。我們知道醫師很辛苦，醫師也需良善的工時，不要過勞。
- 二、有關會議資料第 47 頁，各縣市之鄉鎮市區週日平均看診低於各縣市之鄉鎮市區數及比率，醫師們表示會維持原來的看診率。可是從 96 年改變後，西醫診所看診率，剛開始是可維持，後來就可能下降。現在醫師公會對這個可承諾，因希望案子可通

過，但到後來又頂不住，下列問題如何處理：

(一)設計退場機制

(二)有關門診合理量從 25 天調整為 22 天，消基會認為在西醫基層總額部分，診所縮短工作時間，減少民眾醫療服務，所以總額需重新調整，使費用支付更趨近合理。

(三)對於這個案子的實施，請提出配套措施。

(四)西醫診所週六日未看診，對都會區民眾影響不大，因仍可至大型醫院急診室就醫。但對醫療資源比較不足地區，除了 CALL CENTER 部分，醫師公會可承諾外，但對於民眾需要醫療服務時，醫師公會是否可提出更完善的配套措施，希望能夠看到。在都會區病人可至醫院掛急診，但在沒有大型醫院的地區，民眾就醫權益，如何確保？希望醫師公會能有更完善的規劃。

三、消基會認為這個案子於本次會議以臨時提案處理，明年 4 月才要實施，我們認為有這麼急嗎？完全是政治考量。

四、本人覺得健保局不用背負這麼大的責任，建議等這個案子規劃完善周全後，再向民眾說明，西醫診所醫師準備好了，民眾可以接受，可是大家都還在存疑階段，解釋不清楚，讓民眾覺得倉促上路，這樣的狀況並不理想。健保局已經很辛苦，不用急在這個時間點，讓民眾覺得健保局是配合上面的政策做事。我覺得健保局應該說服消費者，讓醫師有更好的生活品質，且消費者的就醫權益不受影響。因現在太多的聲音，認為民眾就醫將受到影響，若能更充份說明，讓民眾瞭解，我相信反對的聲音，不會這麼大。

盧委員信昌

請健保局將剛才討論的內容寫成書面，承諾部分請消基會向民眾宣

導，社會不該被稀奇古怪的揣測，破壞大家的互信，希望我們一次做好。

蘇錦霞董事長(張智剛委員代理人)

若要這個案子通過，如何一次將配套措施做好，對於民眾疑慮，一次說清楚；民眾若還不清楚，就貿然通過，對健保局是不好的。

張委員孟源

- 一、會議資料第 6 頁，本案前於 100 年 8 月 24 日「100 年第 3 次西醫基層總額支付委員會」討論，結論請中華民國醫師公會全國聯合會研擬可確保病患就醫權益之具體配套措施，於支委會中再與付費者及消費者等代表討論溝通，若有共識再實施辦理。我們就依上開決議，於 100 年 11 月 4 日召開會前會，與會代表包括專家學者、醫改會、消基會及健保局等單位，當日會議結論就在今天會議資料中，所以在程序上，本案絕不是臨時的，係為配合 100 年 11 月 4 日會前會的決議內容。
- 二、請參考本次會議資料第 41-42 頁，本案實施後點值會下降，目前平均點值為 0.93，所以它並不會侵蝕到總額，而是造成點值的下降，請看會議資料第 43 頁，約有 95% 西醫診所點值會下降，意味著 95% 的西醫診所收入會減少，約 5% 診所收入會增加。為何在 95% 診所收入減少情況下，全聯會會提出本案，其實我們是有願景的，目前支付制度及專業給付是否合理，是值得考量的。另消基會擔心的是週六日診所看診率的問題，以現況來看，部分縣市週六日診所看診率也不高，為何看診率會下降，不是醫師不看診，因 93、94 年西醫基層點值非常低(約 0.7)，醫師提供的醫療服務，給付的合理性是讓人質疑，那時診所醫師自發性自我管理，才會發生週六日看診限縮的情形。目前是合理預

算分配，週六日看診的點值已趨穩定，全聯會及各縣市醫師公會也會因地制宜，提出相關計畫。本案已討論 4~5 年，每次新聞媒體都會提出很奇怪的問題。本案整個程序都已經很完備。

王委員正坤

- 一、在此向消基會蘇董事長報告，3~4 年前本人曾拜會謝天仁董事長，討論這個案子。本案已提出 4 年多，那時謝天仁董事長說，他沒有特別意見，只要消費者沒有疑慮就可以，當時他說，為讓消費者沒疑慮，建議逐年實施，就是第一年改成 24 天申報一個月，民眾若無怨言，再修改為 23 天，再無怨言，就改為 22 天。但 3~4 年過去了，本案完全沒進展。
- 二、剛蘇董事長提到要在 101 年 4 月實施，最需要考慮民眾的觀感，明年 1~2 月過農曆年，本案於過年實施，恐遭民眾反彈，為顧及民眾就醫權益及觀感，才將實施時間延至 101 年 4 月。這幾天媒體也誤導，以後診所都要週休 2 日，事實上是沒有的。現行制度是看診 25 天可申報 30 天，鼓勵診所醫師要休週日，但有 2000 多家診所要看週日(會議資料第 43 頁)，因為這些診所要養家活口。2 月份農曆過年，其中 1527 家診所休診，7872 家診所春節期間繼續看診(會議資料第 43 頁)。目前我們調整的是門診合理量計算公式，而不是一個月要休診幾天，因診所停診太久，會造成患者嚴重流失。
- 三、至醫師輪值部分，現家庭醫師整合照護計畫的家醫群，就有 24 小時的 CALL CENTER 服務，我們操作這個行為並不陌生，且還會發揚光大。
- 四、對於總額的影響，因這個制度造成全國點值下降變動率千分之二，在這麼低的變動率之下，在統計學上並不顯著。
- 五、都會區醫療資源充足，假日看診診所比率較低。剛我們已答應

健保局、消費者及學者專家，採鼓勵方式的進場機制，鼓勵診所週日看診。本次會議資料第 59 頁，除了發展指標是用監控外，第 2 項就是獎勵方式，獎勵假日看診之診所，降低該診所抽審病歷之頻率。現診所醫師最痛恨的是，看診已很辛苦，還要影印病歷送健保局審查，但對於假日看診醫師，就降低抽審的頻率，這是最省錢的鼓勵機制。

六、本案並沒有政治考量，最怕媒體政治操作，誤導民眾，講成週六日西醫診所都休診。

盧委員榮福

在今天之前，各縣市公會理事長可能不在乎所轄地區，診所看診率，因這個案子，各縣市公會理事長承諾，監測所轄地區，假日看診的診所，這將是很好的轉變。剛盧信昌委員也提出很多、很好的建議，而我們醫師也想讓民眾獲得最好的醫療品質，藉由本案實施，各縣市公會理事長瞭解轄區診所假日看診情形，是很好的發展。請消基會不要認為，假日診所醫師都休診，這並非事實；反而要改變想法，經過這個演變，醫界會留意週日診所看診情形，並提供民眾更好的醫療服務，這才是正向思考。

陳瑞瑛特助(謝武吉委員代理人)

一、本人是醫院協會代表，醫院支持基層診所醫師，例假日醫師得採輪流看診，但醫院仍擔心連續長假的問題。會議資料第 36 頁，健保局提出本案監控指標，包括醫院例假日急診檢傷分類四、五級之就醫人數..等。台北市屬都會區，大型醫院很多，醫學中心也最多的，我想大家已都看到大醫院急診室，星期五晚上 9 點開始，就會出現很多病人，醫院根本無法負荷，有時還必須請 119 停送病人到某家醫院。因推床不敷使用，醫院不

能讓病人用擔架躺在地上。100年過年因流感的關係，很多醫院急診室都出現醫護人員在地上急救的情形。希望本案的配套措施規劃完善，醫院也是醫師為主，不要讓醫院醫師過勞死。診所原來門診合理量，醫師就不是休週六日，可以選其他兩天休息，假日輪流看診；醫院的醫師也是採輪休制，但週六日仍有住院病人需診療，因醫院一年365天，一天24小時都需有醫師在醫院。請不要讓醫院急診醫師過勞。最近急診醫師都出走，尤其是8月份才報到的第一年住院醫師都提辭呈，寧可不作急診的專科醫師，因需在急診訓練3年，取得急診專科醫師資格，但大家都不想做，因工作太累、壓力太大，尤其碰到週六日。醫院週五晚上、週六日急診比平常增加30%的病人；公立醫院的門診可依人事行政局公布的過年假日休診，但很多醫院不可能休診，因急診量會爆掉，急診醫師會累死，所以醫院過年門診休診時間，僅為除夕、初一、初二，初三即開始看診，是為減輕急診醫師負擔。

- 二、本案請對外說明清楚，是基層門診量計算公式修正，而不是用例假日休診，以降低民眾疑慮。
- 三、本案監測指標真的能達成嗎？多久監測一次？101年4月開始監測，每季都需看執行成果。對於本案的監測指標，醫院也會共同來監測，請不要因本案實施，增加醫院的負擔。

張委員孟源

- 一、週五晚上急診病人增加原因，並非基層沒看診，基層週五晚上還有看診，係因部分醫院門診只看到週五下午，或週六早上再看一次門診，醫院門診服務量為急診10倍以上。急診醫師約占醫院醫師數的5%，卻需負責醫院週六日所有醫療服務，負擔很重。而基層醫師不管假日或過年，約有20-30%醫師在看

診。本人認為醫院與基層是無法比較的。醫院急診量與這個案子沒有密切關係。

二、本案沒有增加總額，且點值是下降的，95%診所收入減少，再以民眾健康及醫療品質前提下，推動這個案子，是讓基層診所永續經營。

三、本案已訂但書，「以改制前各縣市 96 年至 99 年週六及週日之平均看診率作為監控指標，試辦期間每月監控週六及週日開診率，如有縣市連續三個月低於監控指標，或非連續之四個月低於監控指標，該縣市即予停止試辦。」

四、請消基會協助傳達正確訊息，讓民眾瞭解，減輕疑慮。

王委員正坤

從本次會議資料數據來看，醫界是很尊重消費者，全國民眾以蘇董事長馬首是瞻，若醫界今天的理由，可讓消基會接受，您就讓我們通過，若您還有疑慮，我們醫界還會再努力。但本案已拖 4 年了，都沒有進度。最後，我們仍是以消基會意見為意見。

莊委員維周

一、本人代表高雄縣醫師公會向蘇錦霞董事長及盧信昌委員承諾，若本案實施後，週日看診率不會低於現況。以後診所週日看診，各縣市公會理事長會列為重要議題，協調會員配合。

二、剛醫院代表擔心本案實施後，是否會增加醫院急診負擔，應該不會發生。

王委員正坤

有關醫院急診室爆量問題，醫院覺得診所休診導致醫院急診爆量，醫院急診病人與診所病人就醫型態並不相同。醫院急診週五晚上爆

量，但診所週五晚上看診率 90% 以上，週六看診的診所也接近 90%；因民眾到週休 2 日，週五晚上就開始狂歡，所以醫院急診病人數會爆增，這與病人疾病型態有關，與診所假日休診無關。

黃召集人三桂

本案已討論很久，不知蘇錦霞董事長及盧信昌委員是否還有其他意見。

蘇錦霞董事長(張智剛委員代理人)

- 一、消基會的原則就是幫各位與消費者溝通，本人所說的，皆為消費者疑慮，您們若能將這些疑慮一一澄清，記者朋友可以寫得很清楚，民眾已覺得可行，消基會當然不會反對。
- 二、監控指標部分，試辦期間診所都會很努力；但試辦後，診所看診率若未達預期，該如何處理？醫師公會可否給承諾，表示該會永遠遵守約定。
- 三、建議試辦期間監控指標縮短時間，如有縣市連續二個月低於監控指標，或非連續之三個月低於監控指標，該縣市即予停止試辦。總檢討後要如何執行，大家再來調整。
- 四、希望於試辦期間，消費者的疑慮能再下降。
- 五、消基會不會為反對而反對，我們希望，民眾就醫權益得到保障。

黃召集人三桂

- 一、謝謝消基會蘇錦霞董事長，我嘗試做一個結論，謝謝各位委員對這個案子提供不同看法。事實上，這個案子提出已超過 4 年以上。我們以前很少看到同一會議，有消基會前後任董事長來關心，表示這個案子是非常重大。
- 二、有關監控指標部分，若要試辦，是各縣市跟自己比，所以各縣

- 市理事長，有相當義務來重視。譬如說，健保局 4 月份發現苗栗縣連續 3 個月有問題，5 月份健保局就會請苗栗縣退場。
- 三、剛消基會蘇錦霞董事長有個期許，試辦期間診所週六、週日看診率連續 3 個月低於監控指標即停辦之方式，建議修正為診所週六、週日看診率連續 2 個月未達指標或不連續 3 個月未達指標即停辦的意見，請全聯會考慮看看。
- 四、盧信昌委員建議，CALL CENTER 由醫師輪值，這部分全聯會，剛剛已同意。
- 五、再提高週六日看診比率，請各縣市醫師公會負責協調排診，尤其以週日夜間診為優先。
- 六、本方案消費者代表仍有疑慮，希望全聯會能參照消基會蘇錦霞董事長及盧信昌委員意見，以書面方式敘明。
- 七、請全聯會將本次會議委員意見於書面敘明。
- 八、本局預計 100 年 11 月 23 日「召開西醫基層總額支付委員會臨時會」，研議費協會交辦事項。請將本次會議結論，列入臨時會第一個討論案。消基會的立場亦已清楚表達，因此請全聯會要在這 2 週內，參照消基會蘇錦霞董事長及盧信昌委員的意見(代表消費者有疑慮的部分)，以書面方式敘明，且做一次完整的承諾。我相信這個案子會比較圓滿。

林委員正泰

試辦期間連續 2 個月未達指標就停止試辦，因農曆年春節(1~2 月)放假，建議能特別加以考量。

黃召集人三桂

至林正泰委員意見，全聯會可以在書面資料註記。

蔡有成醫師(李委員明濱代理人)

謝謝消基會提供寶貴意見，全聯會會將本次會議，大家的意見整理出來。

黃召集人三桂

謝謝各位委員，這個案子就討論到這裡。