

「西醫基層總額支付委員會」101年第1次委員會議紀錄

時間：101年2月22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：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	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	何活發	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	(請假)
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	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	李純馥 ^代
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	(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	錢委員慶文	(請假)
張委員德旺	(請假)	謝委員武吉	林佩菽 ^代
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

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

本局企劃組

本局醫務管理組

葉青宜

林宜靜、盛培珠

黃幼薰、陳宏毅、陳思綺

吳春樺、陳啟明、程嘉蓮

向 鈞

王維蓮、何宛青

陳宛伶

張照敏、李祚芬、范貴惠

陳祝美

陳麗尼

龔川榮

陳惠玲

梁燕芳

王本仁、蔡文全

姜義國

劉欣萍

李純馥、張溫溫、王淑華

孫嘉敏、歐舒欣、李健誠

鄭正義、廖子涵、吳明純

一、本委員會 100 年第 4 次委員會及 100 年第 1 次臨時會會議紀錄，
請參閱（不宣讀）確認（略）

二、主席致詞：（略）

三、報告事項：

(一)案由：本會 100 年第 4 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

(二)案由：本會 100 年第 1 次臨時會會議紀錄結論事項辦理情形

決定：洽悉。

(三)案由：西醫基層總額執行概況報告。

決定：

1、下次會議報告資料，請增列某分區人口指數(P_INDEX)。

2、餘洽悉。

(四)案由：西醫基層總額執行概況報告。

決定：

1、下次會議報告資料，請增列某分區人口指數(P_INDEX)。

2、餘洽悉。

(五)案由：西醫基層總額 100 年第 3 季點值結算結果報告案。

決定：西醫基層總額 100 年第 3 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 3 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	0.86744168	0.84182959	0.85706021	0.91117089	0.87627470	1.05120683	0.87588355
平均點值	0.90855717	0.89443974	0.90085919	0.93644899	0.91622185	1.01680175	0.91297821

(六)案由：有關 100 年年初類流感病患遽增，造成醫院及西醫基層兩部門總額點值過度稀釋，公務預算未能補助案。

決定：對於此類案件，101 年以後本局將依「其他預期政策改變及調

節非預期風險所需經費項目之適用範圍與動支程序」機制處理。

(七)案由：西醫基層總額品質確保方案專業醫療服務品質指標項目及院所別醫療品質資訊公開項目增修案。

決定：

- 1、「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標，原有之「全民健康保險西醫基層總額品質確保方案」之各項專業醫療服務品質指標，仍予保留。
- 2、另新增「健保 IC 卡上傳正確率」、「西醫同院所同日重複就診率」及「糖尿病病患糖化血色素 (HbA1c) 檢查執行率」等三項指標。
- 3、至 101 年西醫基層總額院所別醫療品質資訊公開之項目，同意新增「西醫同院所同日重複就診率」指標及「具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病患使用 β -Blocker 比率」指標（其中，排除條件請中華民國醫師公會全國聯合會再確認）。

四、討論事項

(一)案由：有關就 101 年西醫基層總額成長率項目「支付標準調整（外、婦、兒科艱困科別）」之調整條件、範圍等案，提請 討論。

決議：

- 1、有關「101年度西醫基層醫療給付費用成長率項目-『支付標準調整（外、婦、兒科艱困科別）』，編列成長率1%」，本項預算調整之診療項目支付點數將追溯至101年1月1日。
- 2、有關「101年度西醫基層醫療給付費用成長率項目-『支付標準調整（外、婦、兒科艱困科別）』，編列成長率1%」案與現行規劃辦理的RBRVS評量作業脫勾處理。

- 3、依中華民國醫師公會全國聯合會所提方案，指的是外科、婦科及兒科之專科醫師，並不含其他科醫師。
- 4、本局將依醫師公會全國聯合會建議案，於一週內估算正確金額，召開工作小組會議詳予評估或研擬替代方案。
- 5、如有更周延的替代方案，本局會在下次會議提出，並請全聯會指正；若無，本局將尊重全聯會的意見。

討論事項與會人員發言摘要，附件(第 6~16 頁)。

柒、散會：下午 3 點 45 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「有關就101年西醫基層總額成長率項目「支付標準調整（外、婦、兒科艱困科別）」之調整條件、範圍等案」與會人員發言摘要

黃召集人三桂

本案先請中華民國醫師公會全國聯合會表示意見。

徐委員超群

- 一、本案全聯會內部已召開多次會議，並已達成共識。考量外、婦、兒科均會使用到的診療項目，就是門診診察費，每個醫師診療病人皆可申報診察費，而且我們全聯會還設定在第一段的門診合理量，因後面4段，部分醫師是看不到那麼多病人，因此全聯會建議案較符合公平合理的精神。
- 二、至於外、婦、兒科金額之分配方式，因共識是要調整診察費，所以計算基礎要考慮門診之就醫人數。經統計，西醫基層門診之就醫人數是小兒科大於外科及婦產科，全聯會參照上開3科就醫人次分配調整額度，小兒科約3.5億，外科約3.06億，婦產科2.54億，共計9.099億。
- 三、調整條件及範圍：
 - (一)外、婦科：以第一階段合理門診量內之門診診察費加成17%。
 - (二)兒科：依年齡別調整。
- 四、本項預算費協會事先並未規定分配原則，全聯會經過3~4次會議才有共識，並邀請相關醫學會代表參與討論。本

人認為這是最公平，且符合科別平衡之方案，因調整其他診療項目有可能造成不公平的現象。

五、就健保局意見說明，本人意見如下：

(一)不知健保局更好的調整方案為何？本人認為國家若有重大決策需要執行，應從別的地方拿錢，而不是挪用這筆預算，例如支付標準調整、跨表項目或 RBRVS 推動都有其他經費來源。

(二)若不參採全聯會建議案，101 年協定的預算用來調整哪些項目，則必須重新討論；經費的分配也需要重新討論，就不是小兒科大於外科及婦產科的基礎。若重新討論，只會造成 3 個艱困科別經費的分配更為混亂，且公平性遭質疑。

(三)請健保局指正，醫師公會之建議案，不符公平合理之處。

蔡委員明忠

一、非常感謝 101 年 2 月 10 日全民健康保險醫療費用協定委員會第 179 次會議，謝天仁委員全力支持，本案與 RBRVS 脫勾之構想。

二、下列問題，請健保局說明：

(一)「101 年度西醫基層醫療給付費用成長率項目-『支付標準調整(外、婦、兒科艱困科別)』」，編列成長率 1%，推估金額 909.9 百萬。當初在費協會決議將以 9 億調整外、婦、兒科 3 個艱困科別，本項預算若拖到 4-5 月，支付標準調整是否可回溯？醫療資源調整可否落實？

(二)本案既然與 RBRVS 脫勾，健保局擔心將診察費調高，

會造成診所與醫院診察費之差距，但本人覺得這個案子不能拖，其原因為，1 月份費用怎麼辦？若 1 月份不能回溯，則少掉 12 分之一，若 2 月份又不能決定，難道就這樣拖下去嗎？若到 9 月份，101 年協定的育算，仍無法落實於這 3 個艱困科別，我們該怎麼辦？請問健保局能夠追溯嗎？本案全聯會雖有建議案，但全聯會仍尊重健保局的意見，但是不能沒有決議；因沒有決議就無法執行，這是非常重大的問題。

三、懇請謝天仁委員就本案表示意見。

李專門委員純馥

一、99 年協商 100 年成長率時，由醫院總額代表先提出「四大皆空」的問題，當時就針對婦、兒、外科部分，醫院決議調整門診診察費。100 年協商 101 年成長率時，西醫基層代表也爭取相同的經費。

二、「四大皆空」的問題，是由監察院黃煌雄委員先提出，本人前幾天隨同監察院黃煌雄委員到各個醫院，提到落實四大科的問題，醫院提到調整診察費亦無法解決婦兒外醫師值班的問題，值班是在於住院病人，而不是門診病人。醫院普遍出現的問題，就是醫師出去開業，欠缺的醫師在醫院更顯不足，因醫師都去診所開業，尤其以兒科最為嚴重。兒科醫師到基層開業比在醫院更好運作，在生涯規劃上是更好的。兒科醫師在醫院是不足的，基層相對沒有那麼嚴重，當然亦有地域性分配不均的情況。整體而言，本局非常擔心，若再將經費挹注於基層診所診察費，尤其是婦、兒、外科的診察費，恐會造成醫院婦、兒、外科醫師不足的問題更加嚴重，急重症的病人怎麼辦？

三、至費用部分，支付標準之調整醫院也尚未討論，若現在要談相關支付標準之調整，不管基層或醫院都用到的診療項目，基層這邊就會碰到困難，因經費額度已用完了。建議併同醫院一起考量，因支付標準之調整是連動的。若醫院調整生產之支付技術費基層也用得到。本局建議本案不要馬上做決定，101年醫院也編了12.38億要調整外、婦、兒科艱困科別之支付標準。我們是希望西醫基層與醫院一起討論後，再決定調整的診療項目。

蔣委員世中

- 一、本人代表小兒科醫學會發言，剛健保局解釋，小兒科醫師開業是最好的生涯規劃，在台北市等都會區每天門診看診平均30人次約佔60~70%，中南部會好一點，全部收入基層低於醫院；當然也有地區性的差別。
- 二、基層小兒科申報的診療費低於3元，醫院小兒科醫師的收入還有病房診察與診療處置費、急診診察與診療處置費…等，而且這些費用都有加成。西醫基層所爭取的預算，醫院與基層是有所差別，執行任務與特性亦有所不同。基層兒科診療費平均每件小於3元，全部各科的平均在基層為每件70-80元，部份科別為500~600元或700~800元，基層其他科別很多的收入都來自於診療費。
- 三、至於健保局說明第二部分，「依醫師公會全聯會建議，外、婦科第一段合理門診量內之一般門診診察費由320點提高為374點..」乙項，此為合理門診量第一段的點數，平均應為240~250點；醫院平均228點，這是大部分醫師平均的診察費，但醫院超過合理門診量還有120點，基層最低為50點。基層以50點加成17%，醫院以

120 點加成 17%，醫院的診察費還高於基層，建議不能用最高的來比較，基層診療項目的支付點數應通盤考量。

- 四、我們同意小兒科住院部門先導入 RBRVS，諸如調高醫院小兒科之重症病患診療費，確實反映在醫師所付出的心力與時間上。
- 五、小兒科醫師經驗豐富，若基層醫師將病人照顧好，即可降低病人住院的機率，就可節省醫療資源。雖健保局有其全盤考量，但請相信西醫基層小兒科或其他科醫師都可以做得很好，很多不必要的檢查或住院，皆可藉助基層醫師豐富的診療經驗而減少。
- 六、有關 101 年費協會協商之預算 9.099 億元，建議如下：
 - (一) 本項預算之運用與 RBRVS 脫勾。
 - (二) 本項支付標準調整應回溯至 101 年 1 月份。
 - (三) 落實 101 年費協會總額協商決議的內容與尊重西醫基層執委會共識結論。

黃召集人三桂

- 一、由於「101 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」尚未公告實施，所以本案所調整的診療項目支付點數原則是會追溯的。
- 二、以健保局的立場，不是反對全聯會的意見，主要是考量調整的診療項目基層與醫院不一致時，可能產生管理上的困擾。所以是否於點值保障項目著力，或其他診療項目調整，亦請全聯會多方研議列入考量。原則上本局是希望基層與醫院有一致的作法。

消基會謝天仁董事(張委員智剛代理人)

- 一、有關溯及的問題，剛健保局已回答，在法理上，應該很清楚，101 年度的預算，假使調整相關的診察費，一定要溯及到年度開始。
- 二、既然銜接上有這些問題存在，當時編列這筆經費，是要針對艱困科別去做調整，既然健保局有這樣的疑慮，我們願意考慮讓健保局自己調整看看，看健保局提出的方案怎麼樣，自己所提的方案也不一定正確，我們希望錢花在刀口上。假使科別平衡有這些考慮，我認為就是要去面對，不能讓基層診察費調整後，醫院艱困科別的醫師都跑光，醫院沒有小兒科也不行。我們的措施，本來要拯救艱困科別，結果愈來愈艱困，這不是我們當時編列預算的初衷。這部分建議健保局與外、婦、兒科再研究看看，看看如何執行較為適當。當初我們的立場，並沒有限制在診察費之調整。艱困科別若需調整診療費來平衡，站在費協會的立場，我們也不會反對。這部分，請大家儘量再交換意見，讓本項預算之分配方式做到更週全。

莊委員維周

- 一、我們感謝健保局的多慮，基層診察費的調整造成外、婦、兒醫師流失的問題，本人保證不會發生，因外科及婦產科開業成本很高，且醫療糾紛又多，應不會因醫院與診所之診察費不同，就離開醫院到基層開業。
- 二、醫院與診所的診察費本來就不相同，反而是診療費是全國一致的，這麼一搞，會讓天下大亂。
- 三、監察院黃煌雄委員提出「四大皆空」，是醫院層級在艱

困科別門診診察費先調整 17%，基層只是跟進。非常感激謝天仁委員在費協會幫了很多忙，好不容易才編列這筆預算。若現在還要回到原點，老實說，這只不過是一點點小雨，造福外、婦、兒艱困科別，否則以後怎麼辦？一點即時雨都不給，還要拖到最後，重新協商。我想本項預算應與 RBRVS 脫勾，RBRVS 是非常複雜的事情，為了支付標準調整，會造成各醫學會之間的衝突。外、婦、兒科及急診科真的非常艱困，我們能不鼓勵嗎？請健保局不要再浪費時間，讓我們醫界再衝突一次。

林佩菽秘書長(謝委員武吉代理人)

- 一、醫師公會的建議案，醫院協會沒有意見，但我們看了心裡是非常難過的，醫院門診費從 220~222 點，到現在 228 點，診察費之 40% 為其他費用，不是 228 點全都給醫師，不知是何種原因？讓大家覺得醫院的醫師很好過。
- 二、99 年費協會編列 14 億元，醫院醫師的診察費才得以調整到 228 點，因醫院門診量非常大，所以門診診察費難以調整到合理的點數，醫院四大皆空的問題將會繼續存在。
- 三、會議資料之健保局意見二，「依醫師公會全聯會建議，外、婦科合理門診量之一般門診診察費由 320 點提高為 374 點...」，與醫院門診診察費差距拉大了，是否產生後續問題，我不敢說，絕對沒有，其比例上多少一定會有影響。但費協會在協商會議中框定只能撥補外、婦、兒等科，以為可以好好處理「四大皆空」的問題，使得醫院被框住了，造成醫院內部或各專科醫學會紛爭產生，原設好意而產生困境，這就是我們在總額協商時，懇求這

部分就交由醫院自行處理。內科不艱困嗎？還有很多艱困的內科存在。醫院協會支持支付制度改革，我們沒說RBRVS不好，費協會把同意RBRVS拿掉，若要看醫師診察費是否合理的方法，還真的需要RBRVS。醫院除門診診察費，還有診療費是需要調整的，這部份請一併列入考量。

四、我並不反對西醫基層建議案，而是請公平的看醫院生存的困難。從張孟源副秘書長簡報資料，西醫基層醫師及家數一直在增加，而我們醫院卻因經營不善陸續倒閉，醫院醫師也不斷流失，這是全民要的吗？此部分請政府部門加以思考。

施委員肇榮

一、醫院與基層診所的性質並不相同，若要將兩個部門併在一起，會變得很難處理。本人是外科醫師，剛開業時，所有裝備都準備好了，充滿熱忱要服務病人，但後來卻慢慢萎縮，因為制度的改變，包括支付標準及診療的範圍，能執行的項目變得很少，而風險卻一直增加，所以我把所有器械打包，不敢再做外科，只看一般家醫科。這次感謝費協會謝天仁委員，願意扶植外、婦、兒科，雖然金額不多，但至少是一個肯定。所以我想我應該會重新再努力的分攤部份外科的醫療業務。至於醫院外、婦、兒科醫師會因診察費較高，而到基層開業，那是不可能的。醫師會到基層開業，主要是醫院環境不好。調高診察費對基層的外、婦、兒科醫師來說，這是一個尊重，也是一個鼓勵，大家認同外、婦、兒科的艱辛，民眾亦予實質的肯定，雖然調整的金額不多，還是會提高基層醫師的熱忱，若基層能處理簡單外傷，就能減少醫

院的負擔，並讓在地民眾得到更好的醫療照顧。

二、有關醫師公會調整外、婦、兒科門診診察費之建議，請列入考量。

黃委員啟嘉

- 一、101 年編列本項預算是在予鼓勵「四大皆空」的科別。剛主席提到可追溯的問題，本人認為追溯有很大的困難，今天若不定案，未來要辦理追溯會很難。任何支付標準修訂，電腦申報程式均需配合修改，健保局有能力辦理追溯的話，那醫療院所以後都不用改版，僅需在健保局電腦修訂就好。事實上，追溯是宣示，但在實務操作程序上確實很困難。今天可否先讓全聯會依 101 年費協會決議所提之建議案通過，至於 102 年要怎麼做，我們有充分的時間再討論。
- 二、針對健保局意見之說明二部分，剛施肇榮委員已經講了，事實上，外科系醫師在醫院收入有診察費與其他收入的比例是 1 比 3，而基層外科系醫師是 3 比 1，診察費在基層醫師占 3 比 1，在醫院只占 4 分之 1，其計算結構完全不同。若以外科第一階段合理門診量每月看診 750 人次，其實多數外科醫師每月看不到 500 人次，以 750 人次計算，每人次多 50 點，每月收入增加也不到 40000 元，醫院醫師若為了不到 40000 元的收入，願意再投資 200~300 萬元，甚至 400~500 萬元，再開一家診所，我覺得可能性非常低。

張委員孟源

這個案子全聯會已經等很久，也期待健保局能提出新方

案，其實費協會 100 年九月就已提出，本案在 101 年 2 月再次於費協會討論，謝天仁委員也同意與 RBRVS 脫勾，我覺得這是尊重費協會委員會的基本精神。雖主席裁示可追溯，也讓大家覺得沒有急迫性，但該解決的事情還是要解決。從外婦兒科 3 科來看，小兒科主要還是診察費。剛蔣世中委員提到，一般小兒科的診療費只有 3 元，3 元加上 100%，也僅有 6 元，對小兒科的困境能夠改變嗎？也許是不能夠改變。即便是外科與婦科，若在診察費加成，應可以減少很多不必要的紛爭。因為醫院與基層真的不同，醫學中心一個人次申報的費用約 1800~2000 元左右，區域醫院約 1200 元，地區醫院約 800 元，基層診所約 400~500 元。醫學中心主要收入不是診察費，而是診療費、電腦斷層、檢驗或住院等費用，所占的比例很高，診察費所占的比例很低。醫院醫師願意到基層服務，我們也很歡迎，但這根本是兩回事。健保局關心醫師的生涯規劃，我第一次感受到健保局的溫暖，請就事論事，希望本案能儘快通過。未來若有修訂支付標準，我們也會配合健保局的政策。

黃召集人三桂

一、本案嘗試做初步結論：

(一)有關「101年度西醫基層醫療給付費用成長率項目-『支付標準調整(外、婦、兒科艱困科別)』，編列成長率1%」，本項預算調整之診療項目支付點數將追溯至101年1月1日。

(二)有關「101年度西醫基層醫療給付費用成長率項目-『支付標準調整(外、婦、兒科艱困科別)』，編列成長率1%」案與現行規劃辦理的RBRVS評量作業脫勾

處理。

(三)依中華民國醫師公會全國聯合會所提方案，指的是外科、婦科及兒科之專科醫師，並不合其他科醫師。

(四)本局將依醫師公會全國聯合會建議案，於一週內估算正確金額，召開工作小組會議詳予評估或研擬替代方案。

(五)如有更周延的替代方案，本局會在下次會議提出，並請全聯會指正；若無，本局將尊重全聯會的意見。

二、這個案子非常謝謝費協會委員特別是謝天仁委員的支持，參加會議的人都知道，費協會是講理的溝通平台。

三、本案是否就先做這樣的處理。