

「西醫基層總額研商議事會議」102年第1次會議紀錄

時間：102年3月7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：蔡主席魯

紀錄：楊耿如

出席代表：

王代表正坤	(請假)	陳代表炳榮	陳炳榮
王代表錦基	戴昌隆 ^代	陳代表晟康	(請假)
古代表博仁	古博仁	陳代表雪芬	陳雪芬
何代表活發	何活發	陳代表夢熊	吳欣席 ^代
余代表忠仁	(請假)	陳代表聰波	陳聰波
吳代表國治	吳國治	彭代表瑞鵬	彭瑞鵬
李代表明濱	劉家正 ^代	黃代表永輝	黃永輝
李代表昭仁	鄭英傑 ^代	黃代表啟嘉	(請假)
李代表紹誠	李紹誠	楊代表芸蘋	楊芸蘋
周代表慶明	周慶明	劉代表文漢	劉家麟 ^代
林代表正泰	(請假)	潘代表仁修	潘仁修
林代表昭吟	林昭吟	蔣代表世中	蔣世中
林代表義龍	林義龍	蔡代表明忠	蔡明忠
徐代表超群	徐超群	蔡代表淑鈴	蔡淑鈴
張代表志傑	張志傑	蔡代表登順	蔡登順
張代表孟源	張孟源	鄭代表悅承	鄭悅承
張代表金石	張金石	盧代表世乾	王榮濱 ^代
張代表嘉訓	張嘉訓	盧代表榮福	盧榮福
張代表德旺	(請假)	賴代表明隆	賴明隆
梁代表淑政	梁淑政	謝代表武吉	王秀貞 ^代
莊代表維周	莊維周	藍代表毅生	藍毅生
陳代表宗獻	陳宗獻	嚴代表孟祿	(請假)
陳代表威仁	陳威仁		

(依代表姓氏筆劃排序)

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代表會	林宜靜、邱臻麗
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
中華民國藥師公會全聯會	林家瑜
本局臺北業務組	張照敏、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、詹素珠
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 林寶鳳、李健誠、張桂津 劉立麗、鄭正義、吳明純 歐舒欣、林子量、劉軒秀 廖子涵、洪于淇

二、主席致詞：(略)

三、報告事項：

(一)案由：本會 101 年第 4 次代表會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

(二)案由：本會 101 年第 2 次代表會議臨時會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

(三)西醫基層總額執行概況報告。(全聯會)

決 定：洽悉。

(四)案 由：西醫基層總額執行概況報告。(健保局)

決 定：洽悉。

(五)案 由：西醫基層總額 101 年第 3 季點值結算結果報告案。

決 定：西醫基層總額 101 年第 3 季點值確認(如附表)，將依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全局
浮動 點值	0.83429906	0.85071985	0.84682446	0.87392103	0.88846673	1.03336498	0.86645190
平均 點值	0.89021226	0.90078486	0.89361903	0.91439159	0.92292160	1.01045632	0.90398905

(六)案 由：98年至100年西醫基層總額各分區業務組自墊醫療費用核退統計報告。

決 定：

- 1、請醫務管理組於102年第2次醫院總額研商議事會議，報告「98年至100年醫院總額各分區業務組自墊醫療費用核退統計」。
- 2、餘洽悉。

(七)案 由：有關 102 年度西醫基層部門調整外科手術與處置支付標準(編列預算 22 百萬元)案。

決 定：本項預算按季均分，尚未實施之季別，預算先予保留，保留之預算併於實施之季別預算辦理結算。

五、討論事項

(一)案由：有關 102 年度受刑人之門診透析服務，每點支付金額案，提請 討論。

決議：102 年度受刑人之門診透析服務，由提供服務之部門別專款優先支應，每點支付金額以兩部門透析合併獨立預算之前一季點值支付。

(二)案由：有關 102 年「西醫基層醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」新增指標「衛教宣導」之操作型定義乙案，提請 討論。

決議：

- 1、請診所於 102 年 12 月提報「衛教宣導自評單」予各分區業務組，以供共管會議審查，未提供者為不合格。自評單內容由醫師公會全聯會與健保局再修訂確認，如附件一。
- 2、102 年 3 月底將本方案送行政院衛生署核定後公告實施。

六、臨時提案

(一)案由：敬請惠予提供 102 年基層總額「配合安全針具推動政策」項目預估費用之計算操作型定義，提請 討論。

決議：請本局自 102 年第 2 次醫院及西醫基層總額議事研商會議報告「安全針具」使用概況，以利即時監測。

(二)案由：有關 102 年西醫基層總額「跨表項目」案，提請 討論。

決議：中華民國醫師公會全國聯合會建議放寬 65019B「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、81014B「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 81032B「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，請本局再徵詢相關醫學會等專業意見後，再提 102 年第 2 次「西醫基層總額研商議事會議」討論。

七、討論事項之與會人員發言摘要，如附件二(第 7~29 頁)。

八、散會：下午 4 點 50 分。

○○○○診所
衛教宣導自評單

健康促進是基層醫師工作之價值所在，為達到此目標，衛教宣導亦為日常執業方式之一。為強化國民健康意識並提升醫療品質，本年度特將「衛教宣導」納入西醫基層醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案評核指標之一，鼓勵基層醫師落實衛教並加強病人對各類常見疾病預防及認識。

➤ 請就實際執行狀況，填寫並勾選以下項目：

壹、院所基本資料

一、名稱：

二、代碼：

三、地址：

四、電話：

五、負責醫師：

貳、衛教之內容(以下均可複選)

一、衛教工具

- 衛教單張 海報 雜誌 網頁、部落格
 影片 簡訊 診間口語宣導 其他_____

二、衛教執行者

- 醫師 藥師 護理師 其他專業人員 相關行政人員

三、衛教內容

(一) 防止危險行為

- 抽菸 不當飲食 肥胖 缺乏運動
 酗酒 壓力 藥癮 其他_____

(二) 提供健康資訊

- 高血壓 糖尿病 高血脂 心血管疾病
 癌症 慢性腎臟病 呼吸道疾病 預防保健
 該專科常見疾病_____ 其他_____

(三) 提升照護成效

- 服藥習慣 加強遵囑 就醫習慣 其他_____

四、執行概況： 年 月至 月期間，本診所就醫病人中約_____%曾給予衛教，

其中，約_____%曾給予簡單衛教(<5分鐘)。

約_____%曾給予5至10分鐘衛教。

約_____%曾給予10分鐘以上衛教。

附件二

本會102年第1次會議與會人員發言摘要

討論事項一「有關 102 年度受刑人之門診透析服務，每點支付金額案」
與會人員發言摘要

蔡主席魯

本案各代表若沒有意見，則照案通過。

討論事項二『有關102年「西醫基層醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」新增指標「衛教宣導」之操作型定義乙案』與會人員發言摘要

蔡主席魯

有關102年「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」新增「衛教宣導」指標之操作型定義為全聯會醫師公會提供，所以先請專家學者、健保會及醫院代表表示意見。

林代表昭吟

- 一、有關「衛教宣導」指標，在資料中僅提到院所若未提供則表不合格，這是非常明確的定義。至於提供院所，要提供哪些內容才算合格，醫師公會提供的操作型定義並不明確。若授權共管會議決定，那共管會議審查標準為何？大家並不清楚。
- 二、至於「衛教宣導執行單」或是接受衛教簽章單部分，是否表示每個病人均需做衛教宣導；若是，則可以門診人次及衛教簽章單計算衛教宣導比率。但從另一角度來看，若將每份衛教簽章單印出，其實不環保，並浪費資源。
- 三、至於如何處理簽章或認證的方式可再深入討論。

蔡代表登順

- 一、有關「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」，健保會並未特別規定其用途，本方案目的主要在於提升品質，減少就醫次數；若品質提升，病人就醫次數就會下降。
- 二、至102年「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」新增「衛教宣導」指標，因「衛教宣導」是對病人的衛生教育，增加健康認知，我同意將「衛教宣導」列為指標項目。

楊代表芸蘋

我們尊重專家學者的說法，希望醫療院所提供之醫療服務都是有品質，不然對消費者來說，也不夠安全。現將「衛教宣導」列為指標項目，但需瞭解醫療院所之衛教內容是哪些？我們並不是反對「衛教宣導」列為指標項目，但尊重專家學者意見。

王秀貞副秘書長(謝代表武吉代理人)

對於衛教宣導納入表示認同，應該給予支持，目前各別院所應該都有相關作業，而西醫基層提出納入品質保證保留款，應該是希望可以落實的更徹底，可先讓此項有開始；只是林昭吟委員似乎對於執行的確實度有疑問，張孟源秘書長是有大智慧的人，應該有辦法回覆林委員的問題

陳代表雪芬

- 一、有關會議資料所提由全聯會提供三高(高血壓、高血糖及高血脂)衛教單張樣本，請問所有科別都貼三高衛教單張，還是其他科別會有所不同？
- 二、西醫基層總額診所科別太多，指標項目確實不易訂定。全聯會建議之「衛教宣導」指標列為品保項目，今年是第一年執行，請同意讓全聯會試試看，明年再評估檢討修正。

張代表孟源

- 一、有關「衛教宣導」量化或評估方式，建議尊重專業意見應該重視的是『實質內涵』而非拘泥於形式，例如本診所有一22歲年輕人發現罹患糖尿病患者血糖控制不好，經過「衛教宣導」純粹是門診面對面真誠的溝通，及替換糖尿病藥品，3個月後病人血糖值都在監控範圍內，實質衛教根本沒有什麼簽章或書面告知同意的官樣文章，這些過程都未請病人簽章或自評。這樣的

『衛教難以量化』，所以說衛教重點是『信任』也就是尊重醫療專業也相信醫師的倫理與對病患的關心才是最重要的。

- 二、至自評簽章部分，亦有專家表示，列印太多書面資料，在醫院評鑑就被質疑，醫院做那麼多的文書工作，對病人醫療品質真的有幫助嗎？其實衛教宣導之推動，所謂『真正有效的衛教』是讓病人的『行為與生活型態』產生改變，才是真正對診所病人確實有所助益，而非一堆文書作業。

陳代表宗獻

- 一、西醫基層於執行「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」目標在於提升診所醫療品質。以前我們做過感染管控及藥品明細，因診所這兩項均已合格，所以就不再列為指標項目，未來會將「衛教宣導」列為重點項目。
- 二、其實「衛教宣導執行單」與「衛教宣導自評單」內容相同，而衛教工具係讓診所醫師再複習；衛教執行者包括醫師、藥師..等；衛教內容包括防止危險行為、提供健康資訊及提升照護成效，若實施一段時間後，「衛教宣導」可根植診所醫師心中。家庭醫師整合照護計畫，今年新推出家庭醫師全程照護，而衛教宣導之執行單及自評單係參照家庭醫師全程照護內容設計。

蔡代表明忠

- 一、現基層診所已到若不做衛生教育，就不能生存的境界。
- 二、診所是依疾病別提供衛教單張做衛生教育，提供衛教單張供病人參考，確實有其必要性。
- 三、有關「衛教宣導執行單」與「衛教宣導自評單」內容設計，除讓診所醫師反省衛教宣導執行面是否適切，亦同時讓病人瞭解衛教作業，對病人本身是有幫助的。

四、本人診所衛教單張就有30多種，若林昭吟代表有需要，可提供參考。

林代表昭吟

- 一、請問「衛教宣導執行單」與「衛教宣導自評單」是由醫師填寫，而「102年病人接受衛生教育簽章單」是由病人填寫嗎？
- 二、感染管控評分方式是由診所填寫，診所依照填具內容即可得知分數，若我們以同樣的方式評估「衛教宣導」執行概況，列出指標項目，就可知道得分。另全聯會提供之「衛教宣導執行單」，因無法量化，診所也無法得知本身之進步空間。因這涉及資源的分配，且以前感染管控評分方式可讓診所瞭解進步情況，收據明細可從普及率，瞭解執行成效；但目前提供的「衛教宣導自評單」卻沒有基準去監測。

陳代表宗獻

- 一、「102年病人接受衛生教育簽章單」是健保局提供的，其目的是以清單方式讓院所紀錄，該簽章單之衛教月份、衛教日期、衛教內容、衛教方式及衛教人員等項目，醫師公會提供之「衛教宣導執行單」與「衛教宣導自評單」均有臚列，唯一差異在於患者簽章。倘感冒病人，醫師通常會請病人多休息，不要上學，以免傳染給病人，這種衛教方式在診所隨時都在執行，只是型態及時間不同，當然醫師也不會特別填寫「衛教宣導執行單」與「衛教宣導自評單」。
- 二、現因民眾意識抬頭，不任意簽名，建議取消「102年病人接受衛生教育簽章單」。
- 三、有關「衛教宣導執行單」項目，現基層診所應都有在執行，但我們清楚分類執行項目，亦讓醫師了解未執行項目，具呼籲及引導

作用。而「衛教宣導自評單」目的在於讓醫師 go through，當然自評單亦可設計成項目讓院所填寫，如診所是否張貼衛教單張…等，若全部都具備就100分。其實我比較在意是醫師真正執行衛生教育。

林代表昭吟

「衛教宣導自評單」是醫師自行填寫，但「102年病人接受衛生教育簽章單」需由病人簽章。

陳代表宗獻

「102年病人接受衛生教育簽章單」需由病人簽章，到底要簽幾張才算合格？

陳代表雪芬

有關「衛教宣導」指標之操作型定義，建議依全聯會醫師公會提供意見辦理。

楊代表芸蘋

本方案預算1.8億元，若以診所10,000家計算，每家分配金額約18,000元。衛生教育有助於民眾健康，且金額又不高，建議讓診所試試看。

陳代表宗獻

「衛教宣導」指標僅為102年「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」四項指標之一，其他項目為「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100年度該分區所屬科別之90百分位。

盧代表榮福

- 一、102年「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」預算為1.8億元，「衛教宣導」指標占預算之四分之一。
- 二、腸胃科病人來看便秘，醫師衛教需說明腸胃道構造及吃fiber，以利吸附水份，若告知病人因接受便秘衛教需簽名，會讓病人或家屬覺得很突兀。

王秀貞副祕書長(謝代表武吉代理人)

對於此案，我們剛才所表示與現在要表示的意見，都是支持，此案與昨日醫院總額討論「緩和醫療家庭諮詢費」是否需要1小時有雷同之處，臨床實際執行狀況不該太過侷限，而且誠如陳宗獻代表與盧榮福代表所言，每次衛教都要病患簽名也很奇怪；這是第一年實施應該先讓觀念可以確實傳遞給民眾、融入民眾的生活，先實施，明年再來看如何調整。

蔡主席魯

- 一、本項提案單位為本局醫務管理組，所以沒有先請基層代表發言，在醫院總額部門也是先請提案單位做背景說明，本人沒有不尊重基層總額部門，在此特予說明。
- 二、「衛教宣導」列為102年「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」指標項目之一，本局亦表同意。今天討論的內容在「衛教宣導」評估方式，我相信大部分院所都很認真在做衛教宣導，但亦有可能少部分院所沒有執行衛教宣導。若無量化的評估方式，則失去編列「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」意義。
- 三、診所若真的很努力做衛教，則應核發品質保證保留款給予鼓勵，但對不認真做衛教的院所，就不該核發本項金額，所以討論焦點請集中在「衛教宣導」之評估方式。

李代表紹誠

現診所於看診時都有在做衛教宣導，至於衛教程度是無法量化，建議比照感染管控方式，將衛教宣導製作成表格，由診所自評後將資料送給健保局各分區業務組參考，做為102年「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」核發依據。

吳代表國治

一、依據會議資料第82頁，健保局是同意醫師公會全聯會所提「衛教宣導」指標之操作型定義修正說明二之(一)及(二)。

二、至於眼科診所衛教方式，眼科每個疾病都有不同衛教單張。

三、因「衛教宣導執行單」與「衛教宣導自評單」內容均相同，建議將兩項表單合併為一。另建議取消健保局提供之「102年病人接受衛生教育簽章單」。

林代表昭吟

我的經驗來自感染管控及收據明細，前兩項是集體性質的資料，而「病人簽章」、「衛教宣導執行單」與「衛教宣導自評單」屬個人性質的資料，將會累積很多文書工作，是否將這項評估，以集體的資料輸出，如診所月平均衛教人次、衛教方式及衛教時間等，就可免去個人簽章的困擾。

陳代表宗獻

一、會議資料第82頁「衛教宣導執行單」由院所存查，健保局分區業務組，若有需要可到院所看看執行狀況。「衛教宣導自評單」部分，健保局之建議，1年回傳1次，這不違反全聯會的期待，亦達到呼籲加強「衛教宣導」的目的。

- 二、另「衛教宣導執行單」標題為中華民國醫師公會全國聯合會，請修改為診所名稱。
- 三、建議依照前述方式辦理。若要採量化方式，請診所於表單打勾，與填「衛教宣導自評單」目的並不相同。其實現在每家均有執行衛教，但最主要目的，是要讓院所思考需要加強衛教的內容。

蔡主席魯

- 一、有關各位代表的共識，「衛教宣導」是必須執行的項目。
- 二、至醫師公會建議填具「衛教宣導自評單」，本局建議填具「衛教宣導自評單」及「102年病人接受衛生教育簽章單」，部分代表建議取消「102年病人接受衛生教育簽章單」，現請醫務管理組表示意見，並將兩項表單整合成一份評量表。

蔡代表淑鈴

- 一、同意不須病人進行那麼多簽名，不只徒增麻煩，而且不環保，第1年是由醫師自行回報(self reporting)，reporting 時間可以在年底。
- 二、至於「衛教宣導自評單」內容部分，除了原先內容外，應可增加由醫師自行填報衛教頻率(即提供衛教之病人比率)，這部分也是自評，因病人需衛教程度有別，應可填報實際提供衛教病人占全體病人數之比率。另每次衛教時間有多長，屬經驗值，亦由醫師自提，即每次提供衛教，大概需要多少時間，衛教時間是平均數，在經驗中，若有衛教大約都花3分鐘或1分鐘或5分鐘，不可能每個人都給予特別衛教，請填寫經驗值，如三分之一的病人會給予衛教，每次大概10分鐘等。提供衛教頻率及衛教時間兩項，會比「衛教宣導自評單」調查的內容有意義。
- 三、診所不需將衛教單張回傳健保局分區業務組，因回傳衛教單張與

執行衛教是兩件事。

四、本局相信醫師的填報，並於102年年底評估，以瞭解各醫師間衛教程度之差異。

五、以上是我的建議，若是可行，就朝這方向規劃。

蔡主席魯

一、本案同意依蔡淑鈴代表之建議辦理，在此討論細節恐需耗費各位代表寶貴時間，因本局需瞭解衛教執行狀況，包括衛教頻率及程度，所以請全聯會派兩位代表與醫務管理組研議「衛教宣導自評單」內容。

二、「衛教宣導自評單」均由醫師自行填寫，不需辦理查核作業，因我們相信醫師填寫的資料。

三、請於102年3月底前將評量表設計完成，並請於102年3月底前將「102年西醫基層醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案（草案）」送行政院衛生署核定。

蔡代表淑鈴

因「衛教宣導」102年年底才要做評量，所以不需太多作業。至「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項指標屬量化數據，可直接進行。

張代表孟源

全聯會推派陳宗獻代表與盧榮福代表與醫務管理組規劃「衛教宣導自評單」之評量內容。

陳代表宗獻

因訂定「衛教宣導自評單」內容，我花費好多天時間，可否將指標修

改為藥品明細。

蔡代表淑鈴

為節省陳宗獻代表時間，可由醫務管理組於「衛教宣導自評單」增訂評量內容包括門診病人接受衛教比率及平均一次衛教需花多少時間，再送給代表確認亦可。

陳代表宗獻

依據滿意度調查，現基層診所每位病人平均看診時間為5分鐘，所以診所若填報超過5分就是假的。

蔡主席魯

蔡淑鈴代表之建議，係由醫務管理組增列「衛教宣導自評單」內容，再傳給陳宗獻代表及全聯會確認同意後即可定案。

陳代表宗獻

「衛教宣導自評單」內容請醫務管理組不要設計的太複雜。

蔡代表淑鈴

評量基本概念，就是一年門診病人接受衛教比率及平均一次衛教需多少時間，因每家病人數量不同，疾病種類及嚴重度亦有差異，若有衛教比率及平均衛教時間兩項數據，即可支持診所確實有執行衛教宣導。

蔡主席魯

有關102年「西醫基層醫療給付費用總額品質保證保留款實施方案」新增指標「衛教宣導」之「衛教宣導自評單」，請全聯會派代表與醫務管理組並參酌蔡淑鈴代表意見修訂，併「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，於102年3月底前送行政院衛生署核定後公告實施。

臨時提案一『敬請惠予提供 102 年基層總額「配合安全針具推動政策」項目預估費用之計算操作型定義』與會人員發言摘要

蔡主席魯

一、有關本項醫師公會之臨時提案，與會代表是否附議，已有代表附議，所以成案。

二、請提案人張代表孟源做背景說明。

張代表孟源

從 102 年起可正確估計採用安全針具使用數量，請健保局提供本項預估費用之計算方式，因我們認為健保局提供金額 1885 萬元是有一點低估。

蔡代表淑鈴

其實這都是估計，實際情況如何我們也不曉得，因安全針具預算分 5 年編列，所以自 102 年第 2 季起，就要監控安全針具使用情形。其實我們也擔心基層總額第 1 年無法汰換至 377 萬元，費用就會擠到後面，我們與大家均關心安全針具使用情形。安全針具是依醫療法編列預算，本局自 102 年第 2 季監控，藉由溝通訊息，就可瞭解基層預算 377 萬元是否高估或低估。

蔡主席魯

本案依蔡淑鈴代表意見，自 102 年第 2 次醫院及西醫基層總額議事研商會議報告「安全針具」利用概況，共同關心安全針具政策之推動。

臨時提案二『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

蔡主席魯

- 一、有關本項醫師公會之臨時提案，與會代表是否附議，已有代表附議，所以成案。
- 二、請提案人陳代表宗獻做背景說明

陳代表宗獻

本案是醫師公會提到102年2月健保會討論，健保會決議，需於102年8月前確認是否可以執行，經過我們內部討論確定，9項診療項目都要開放至西醫基層院所，即是增加「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。

蔡代表淑鈴

- 一、當初沒有將「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項診療項目開放至基層，係因該3項都在醫院住院執行，基於病人安全考量，且經101年第4次西醫基層總額支委會及101年第4次醫療給付協議會議討論通過。而現衍生的問題，就是未開放表別3項要扣減預算。
- 二、對於已開放表別「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

一雙側」、「其他小靜脈曲張之縫合，結紮或剝除」及「陰道切開探查術或骨盆腔膿腫引流」等6項診療項目，到底要花多少錢，也要院所申報後才會知道，本局估算是用100年醫院申報量的十分之一計算，但102年是否會達十分之一，亦需監控。

三、若「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項診療項目表別不適合開放至基層，若醫師公會有其他項目要開放表別，可再提會討論，仍可用該筆款項。若全聯會是擔心扣款事宜，那基層就必須真正提供診療服務，才不會有扣款的問題。所以不是僅有項目問題，亦有數量問題。目前大家關心是項目問題，因「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」都在醫院的住院執行，診所可提在門診就可進行的診療項目。數量與項目都與金額有關，健保會是說，102年8月底前評估是否需扣款。

陳代表宗獻

一、當時健保會的討論，是說102年8月底沒有錯，但我擔心，因8月份恐有尚未發生已開放表別的6項診療項目申報資料，屆時恐有預算編列與執行之爭議。

二、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項診療項目，當初有徵詢專科醫學會意見，其中婦產科2項，病人接受診療後需留院觀察，診所婦產科

亦有設置住院床及觀察床，所以應可執行。

- 三、另我們不考慮變更原先所提跨表項目，因未來提健保會報告，恐有代表表示跨表項目應在協商前即確定，不該於102年預算編列後再變更。
- 四、有關數量的問題，若第一年公告之跨表項目，專科診所對於符合診療項目適應症的病人，初期恐也不會給予診療，通常要在公告後第3~4年才會數量穩定。
- 五、請依全聯會建議，將「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，表別開放至基層適用，至病人安全部分，全聯會會加強管控。

蔣代表世中

- 一、當初基於病人安全考量，未將「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，開放表別至基層適用。其實「鼻中膈鼻道成形術—雙側」可在基層診所執行，因不需觀察，且耳鼻喉科學會認為該項診療於基層執行，並沒有病人安全問題。「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」兩項診療，因病人接受診療後需留置觀察，診所需有觀察床，婦產科本來就有設置觀察床，亦符合相關規定，所以請同意開放前3項診療項目表別。
- 二、醫師公會若變更102年原先所提跨表項目，未來在健保會恐會衍

生更大的問題。

三、若要於102年8月估算6項跨表項目，因開放第一年申報量很少，若經3~5年申報量會成倍數成長。

張代表孟源

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項診療項目，若開放至基層執行，當然首先要考量病人身體狀況是否適合執行上開之跨表項目醫師當然會秉持著專業加以判斷。此外，在醫療機構設制標準方面，目前診所之婦產科不僅有觀察床，還有病房，如果需要住院也可以住院觀察，所以基層應考量其既有設備及專業能力來執行。開放至基層執行，亦可提高民眾就醫可近性，至於病人安全，全聯會會建請腹產科醫學會及耳鼻喉科醫學會站在民眾的立場加以把關。

張代表嘉訓

一、本人是婦產科醫師。

二、有關「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」，病人需住院處理，因沒有跨表，所以不能在診所執行，只有醫院申報。現有很多接生的婦產科診所，不管用腹腔鏡或剖腹探查均可執行這兩項手術，所以在病人安全及專業度，真的沒有問題。

三、請健保局將「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，回復為102年之跨表項目。

周代表慶明

- 一、本人是耳鼻喉科醫學會副理事長。
- 二、有關「鼻中膈鼻道成形術—雙側」由基層診所醫師真的沒有問題，因該項手術是耳鼻喉科醫師的基本訓練，住院醫師第一年就可執行，因沒有跨表，所以不能在耳鼻喉科診所執行。本項若開放表別，在診所執行絕對沒有問題。這些病人主要症狀為嚴重鼻塞，若開放表別，即可提升偏遠地區民眾就醫的可近性。

蔡代表登順

今天討論這個案子，我覺得有點奇怪，那天在健保委員會是我的建議，沒有執行的項目本來就要扣減預算。西醫基層102年協商之9項跨表項目應於101年12月提出，因醫師公會僅提6項，另有3項未開放跨表，預算金額都已明列，所以應扣減。後因何語代表建議，請醫師公會於102年8月前提出，若開放至基層院所於門診手術執行，預算照給。所以未秉持分配正義精神，兼顧醫療體系永續發展，所以未做的部分必須扣減。當天健保會的決議就是這樣，今天為何再提出討論，只要102年8月前執行，預算照編列執行。

蔡主席魯

102年度預訂新增9項跨表項目，前已提至101年11月21日西醫基層總額支委會討論，並經全民健康保險醫療給付協議會議確認，因當時僅通過6項，所以此3項，係依規定完成法定程序。

蔡代表淑鈴

- 一、在總額協商時，費協會委員並不會注意跨表項目的執行條件，102年跨表項目是以9項診療項目編列預算，當時卻無深入討論，9項診療項目開放表別至基層的適當性，這是兩件事。9項診療項目已編列專款，就應提到平台討論9項診療項目開放表別至基層的適當性。
- 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」等3項診療項目，是我們發現台灣的病人均以住院接受診療。
- 三、至張嘉訓代表提到，3項診療項目因表別沒有開放至基層，醫院也有門診，且門診診療設備非常完善，若醫院以門診手術提供，本局就不會擔心病人安全問題。據此3項醫院申報資料，均以住院提供醫療服務，這應與病人安全有關，當時討論時才會決定「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」及「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度」等3項診療項目，不要開放表別至基層，其他6項就同意通過。以上說明是當時討論的過程。
- 四、我們也不知健保會要扣減預算，當時只提到為何會出現這樣的問題，就如各位代表說的，數量不會馬上到位，會慢慢增加，所以我們不認為要處理預算的問題，預算是一件事，但病人治療過程的安全性，本局依然很在意，本局有義務為病人安全把關。若此3項在門診診療非常普遍，本局申報檔不該僅有醫院住院申報，顯然醫院也是在住院執行此3項醫療服務，而非門診，這是我們從申報資料得到的判斷。

張代表嘉訓

這與生產有點類似，生產在醫院一定是住院，可是生產亦可於婦產科診所，我想開放「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」2項診療項目表別，現在在沒有執行生產的婦產科診所，以本人來說，我不會執行這2項手術，因為已無提供生產服務，沒有觀察床及產科病房，不可能做這兩項手術，所以診所要提供這2項醫療服務，一定是有提供生產服務，或有提供其他婦科手術的診所才執行，其安全性是沒有問題的。

蔡代表登順

蔡淑鈴代表剛提到，沒有執行要扣減預算的問題，依費協會當時的協商，也是一個觀感的問題，假設沒有執行不扣減預算，未來會造成很大的困擾，包括醫院、牙醫及中醫等部門，提了很多計畫，結果都未執行，若這次不扣減，未來其他部門若未執行，他們亦可要求不要扣減預算。西醫基層102年協定跨表項目9項，僅執行6項，3項沒執行，若還是依原來編列預算給西醫基層，未來就無法管控相關預算。這是一個平衡的原則，所以既然沒有執行，就要扣減預算。

蔡代表淑鈴

在此回應蔡登順代表，費協會協定的是金額，但是金額與項目及數量相關，並不是項次就代表金額，項目乘以數量等於金額，今天都還沒有看數量。假設預算100元，現有10項，1項是十分之一，根本不是這樣估算。我覺得，費協會協定金額，其實是關心金額是否支用的問題，與項目不盡然是等號，所以不是9項跨表項目，少執行3項，就要扣三分之一預算。

蔡代表登順

有關西醫基層總額102年協商之9項跨表項目，因醫師公會僅提6項，有3項未開放跨表，所以應扣減預算案，已於健保會討論通過，今天在此討論也不能改變健保會決議，建議依健保會決議辦理。

蔡主席魯

西醫基層總額同意開放「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項診療項目表別至基層適用，因健保會決議於102年8月底前，未全數開放實施情況下，再予以扣減相關費用，所以西醫基層提出同意全數開放，但健保局在確保病人安全與醫療品質前提下，考量是否全數開放，這是今天各位代表關注的焦點。

周代表慶明

據我瞭解，有位東勢開業的耳鼻喉科醫師，「鼻中膈鼻道成形術—雙側」已項分區業務組申請跨表很多年，1年約有50個病人，本項手術在基層執行且不需住院，應沒有問題。

徐代表超群

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項診療項目，於上次會議已徵詢耳鼻喉科及婦產科醫學會意見，學會以專業意見表示，此3項為在基層即可提供之醫療服務。既然預算已編列，且專家都認為可以執行，應開放表別至基層適用。

- 二、蔡淑鈴代表提到，此3項診療項目醫院均在住院檔申報，因申報住院，考量的因素很多，除了技術層面、病人狀況之外，住院還可申報住院診察費、護理費等相關費用，所以不能因為醫院以住院申報解釋此3項不能在門診執行，其實這是不能劃等號。
- 三、對於「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項診療項目是否開放表別至基層適用，建議尊重相關醫學會專業上的意見。

王秀貞副祕書長(謝代表武吉代理人)

- 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項診療項目是否開放表別至基層，醫院部門是尊重基層，當初此3項未開放，是醫師公會內部有爭議，並不是委員會或健保局不同意。
- 二、身為社區醫院代表，我們都很感概，地區醫院有很多醫師都是來自大醫院且這些醫師當初在大型醫院都是非常有名，原本他在大醫院可以執行的處置項目，到了社區醫院卻不行，形同自廢武功，其實這樣對醫界整體生態是相當不好的，若某手術項目是某醫師的專業，就應該在每個層級都可執行
- 三、剛才徐超群代表提到醫院以住院執行這三項手術人是因於收入考量，但是病人選擇到醫院來接受診療，可能病症就有比較嚴重，而醫師也是經過專業判斷及病患照護考量，才決定以住院提供治療，請徐委員相關發言收回。

蔡主席魯

- 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項診療項目未開放表別至基層適用乙節，就如王秀貞秘書長所說，醫師公會內部有不同意見。
- 二、本案請再正式徵詢相關醫學會等專業意見後，提至102年第2次西醫基層總額研商議事會議討論。