

「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」102年第3次

會議紀錄

時間：102年8月22日下午2時

地點：中央健康保險署18樓會議室(台北市信義路3段140號18樓)

主席：蔡副署長魯

紀錄：楊耿如

出席代表：

王代表正坤	林信常 ^代	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	溫國雄 ^代	陳代表雪芬	陳雪芬
何代表活發	何活發	陳代表夢熊	夏保介 ^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
吳代表進興	吳進興	黃代表永輝	黃永輝
李代表昭仁	鄭英傑 ^代	黃代表啟嘉	黃啟嘉
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	李光雄 ^代
林代表昭吟	林昭吟	蔣代表世中	蔣世中
林代表義龍	(請假)	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	盧代表榮福	王宏育 ^代
張代表嘉訓	張嘉訓	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	(請假)	藍代表毅生	藍毅生
連代表哲震	(請假)	嚴代表孟祿	(請假)
陳代表宗獻	陳宗獻	蘇代表清泉	蘇清泉
陳代表威仁	蘇美惠 ^代		施肇榮 ^代

(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	葉青宜
衛生福利部全民健康保險會	林宜靜、邱臻麗
中華民國醫師公會全國聯合會	陳弘毅、吳春樺、陳哲維 程嘉蓮、黃幼薰、劉俊宏
台灣醫院協會	林佩菽
中華民國藥師公會全聯會	王韻婷
本署臺北業務組	范貴惠、賴香蓮、張志銘
本署北區業務組	陳祝美
本署中區業務組	王慧英
本署南區業務組	龔川榮
本署高屏業務組	陳惠玲
本署東區業務組	李名玉
本署醫審及藥材組	蔡文全、劉家慧、谷祖棣
本署資訊組	姜義國
本署企劃組	詹孟樵
本署醫務管理組	林阿明、張溫溫、王淑華 張桂津、洪于淇、劉立麗 鄭正義、歐舒欣、楊秀文 李健誠、廖子涵、甯素珠 陳欣樺、賴宏睿

二、主席致詞：(略)

三、報告事項：

(一)案由：本會 102 年第 2 次會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

(二)案 由：西醫基層總額執行概況報告。(全聯會)

決 定：洽悉。

(三)案 由：西醫基層總額執行概況報告。(健保署)

決 定：洽悉。

(四)案 由：西醫基層總額 102 年第 1 季點值結算結果報告案。

決 定：西醫基層總額 102 年第 1 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	全區
浮動點值	0.85229308	0.90768957	0.91985471	0.96666664	0.94021785	1.08167813	0.91365021
平均點值	0.90486343	0.93813266	0.94420469	0.97395864	0.95803362	1.03885477	0.93907419

(五)案 由：有關提高本署全球資訊網「看診時段」資訊正確性乙案。

決 定：

1. 請中華民國醫師公會全國聯合會協助輔導會員更新相關資訊，看診時段如有異動，主動即時至健保資訊網服務系統(VPN)維護相關資訊，以提高西醫基層診所看診時段正確性。自 102 年 10 月 1 日起，倘經本署查明或接獲民眾反映特約醫療院所看診時段資訊不正確，分區業務組將輔導限期改善。
2. 至建議不要限定於本署 VPN 維護本項作業乙節，基於資安考量，容留本署相關單位研議可行性。

(六)案由：修訂「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案。

決定：為求周延，請中華民國醫師公會全國聯合會攜回研議，於1個月內提供修訂意見至本署醫審及藥材組，並請健保會予以指導，以使服務品質指標達到監測趨勢或管理的目的。

五、討論事項

(一)案由：有關「102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」執行疑義乙案，提請討論。

決議：

- 1.本方案預算支用範圍為執行本方案產生之新開業保障額度、診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬。
- 2.保障額度係包含診所釋出交付機構之醫療費用核定金額(含部分負擔)，前開診所如有釋出处方至交付機構調劑、檢驗等，則診所領取金額為保障額度扣減交付機構醫療費用(含部分負擔)。
- 3.診所申報醫療費用，低於20萬點，支付20萬之保障額度；申報點數超過保障額度20萬，其超出部分，回歸一般服務部門支付，且其論次費用仍按30%折付。

六、臨時動議

提案人：陳代表炳榮

案由：有關「民眾持慢性病連續處方箋期限之規定」及「民眾遺失慢性病連續處方箋之處理方式」相關疑義案，請釐清。

決議：

- 1.有關病人遺失慢性病連續處方箋之處理方式，請醫師於病歷載

- 明事由，再予重新開立慢性病連續處方箋，不應要求病人自費。
2. 依「全民健康保險醫療辦法」第 24 條第 1 項規定，「保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前 10 日內，始得憑原處方箋再次調劑。」，故民眾持慢性病連續處方箋領取下次(次月)用藥之起日，應為上次給藥期間屆滿前 10 日內，始得開始領取第 2 次或第 3 次用藥；另依前項同辦法第 23 條之規定「慢性病連續處方箋依各該處方箋給藥日數計，至多 90 日；處方箋逾期者，保險醫事服務機構不得調劑。」，故第 2 次或第 3 次領藥日期，應不得逾該慢性病連續處方箋總給藥日數之期間，且第 2 次或第 3 次領藥，仍應分別俟上次給藥期間屆滿前 10 日內，方可憑原處方箋再次調劑(即若每次給藥 30 天，兩次領藥應間隔 20 天)。

七、與會人員發言摘要，如附件(第 6~33 頁)。

八、散會：下午 4 點 40 分。

本會 102 年第 3 次會議與會人員發言摘要

報告案第二案「西醫基層總額執行概況報告(中華民國醫師公會全國聯合會)」與會人員發言摘要

主席

請各代表就本報告案表示意見。

蔡代表登順

有關報告資料第 9 張，門診件數成長 2.35%，第 20 張藥費成長 8.01%，成長約為 4 倍，顯有不合理情形；102 年持續辦理「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護」，該計畫實施目的在於降低民眾不當用藥情形，從上開資料顯示，並未降低用藥費用，反而成長更高，請相關單位說明原因。

陳代表炳榮

- 一、報告資料第 20 張藥費成長 8.01%，報告資料 24 張及第 25 張，精神科及神經科藥費成長將近 20%，藥費是點值保障項目，對點值貢獻度很大，是造成平均點值較高的假象。
- 二、開立慢性病連續處方箋，對藥費影響甚大，除控管醫師部分，亦需加以限制民眾，建議取消慢性病連續處方箋藥費部分負擔，增加藥品部分負擔且不應訂上限，避免民眾用藥浮濫現象，珍惜健保醫療資源。

陳代表雪芬

- 一、基層總額以科別比較藥費、診療費、診療小計及醫療費用，這個分類比較粗，要看出問題的難度非常高，醫院總額是用 17 項費用分析相關資料。

二、請問每件診療費含括之項目別？

三、每個分科中各項費用差異都非常大，如何能看出其中脈絡，亦是一個另人頭疼的議題。

四、有關藥費成長較多部份，是否與診所不以簡表申報有關？建議基層總額訂定取消簡表申報的時程。

主席

請全聯會就部分代表所提問題，先予以回應。

蔣代表世中

一、診療費包括處置費及檢驗費，近年來診療費最高的科別為復健科，基層整體平均每件約為90元，過去幾年小兒科平均每件診療費最低為3元，最近小兒科平均每件診療費增加至9元。

二、102年第2季醫療點數成長6.07%，藥費成長較多是原因之一，至於藥費成長可能原因如下：

(一)外科、神經科與精神科等3科，藥費成長大於15%。

(二)診所採專案申報比例逐年增加。

(三)新藥。

(四)藥費成長率偏高，應適時藥價調整。

本署副組長阿明

一、有關藥費成長偏高乙節，健保署依規定兩年調整一次藥價，100年第4季調整第7次藥價，100年藥費成長6%，101年負成長-4.6%。因藥價調整後基期藥費比較低，所以102年成長率會偏高。基層與醫院總額兩部門均會有這種情況。

二、至慢性病連續處方箋部分，本署尊重醫師臨床專業，若經醫師評估病人病情穩定，鼓勵醫師開立慢性病連續處方箋。

三、另本署亦希望慢性病連續處方箋能比照一般處方收取藥品部分負擔，本項之前提案至健保會討論，但未獲共識，未來本署將於適當時機再提案至健保會研商。

陳代表宗獻

- 一、藥費成長率偏高原因之一，就是去年基期低，今年成長率就會上升。
- 二、報告資料第 12 張，西醫慢性病醫療點數成長率 8.85%，慢性病連續處方箋 13.67%，因人口老化且共病情況普遍，這種情況難以改變。
- 三、另因慢性病共病普及，健保署不該限定處方用藥品項，做為藥品管控措施；若從醫療服務品質來看，該項管控措施並不合理，未來全聯會將邀請健保署全盤檢討，以符合臨床實際需求。

蔣代表世中

- 一、近 5-10 年來，西醫基層慢性病件數，每年成長率約 5%，醫療點數成長 7-10%，全聯會每年總額協商會議皆要求慢性病部分，健保署編列成長率，但在協商時，該署每次都表示，慢性病已在人口結構及新醫療科技反映。
- 二、102 年西醫基層總額總成長率為 2.809%，102 年第 2 季慢性病費用成長率卻高達 8.85%，顯未將慢性病編列成長率，造成預算編列不足。

楊代表芸蘋

報告資料第 28 張，兒科全區件數成長 3.05%、藥費成長 5.93%、診療費成長 106.02%，與其他科別懸殊，請說明其原因。

蔣代表世中

- 一、若是與疾病相關，則會於件數及診察費中呈現；但從疾病管制署資料分析顯示，A 型感冒件數較去年同季微幅增加，但沒有成長太多，由今年年中流感流行狀況，可預期明年冬天 H3 將會流行之可能。
- 二、至診療費成長率大幅成長部分，以前兒科診療費每件申報 3 元，是所有科別中最低的，增加原因與耳鼻喉局部處置項目增加有關，另因兒科過去申報件數少，只要微幅增加，就會呈倍數成長有關。

藍代表毅生

報告資料第 23 張，外科藥費成長 24.51%，與兒科診療費成長有相同意義。外科件數成長 10.74%、藥費成長 24.51%、診察費成長 17.74%，而診療費僅成長 4.2%，這表示外科醫師已不執行處置項目，而去看一般內科疾病。都會區的外科診所，醫師不執行手術，所以診療費下降。另藥費成長 24.51%，藥費申報 1.18 億元與其他科別比較，其實是偏低的。

陳代表雪芬

基層總額之藥費、診療費及診察費，各分區差異非常大，用分科來看是否存在盲點，請健保署提供基層總額，採用較好的分析建議，因數據很難解釋，亦無法解決問題。

本署張科長溫溫

西醫基層總額與醫院總額結構並不相同，所以要從科別來分析較為清楚，可從長期趨勢看到變化情形。近年內外婦兒科，因支付標準調整亦有影響，現只看到短期資料，所以不易解釋變化的原因。

陳代表雪芬

舉例說，報告資料第21張，復健科藥費台北負成長-6.62%、北區8.15%、中區2.16%、南區12.82%，其實各科別都有這樣的問題，基層診所醫師不是只看單一科別，可能也看其他科別病人，所以資料很難解釋。

蔣代表世中

- 一、基層診所醫師會因病人病情需要提供診療服務，所以一位醫師亦需診療不同科別的病人。
- 二、申報件數增加，並不完全是新開業醫師增加之件數，相關原因很多，需要再進一步分析。

陳代表宗獻

基層診所提供初級照護，就像國外家庭醫師(GP)。台灣各專科醫師均在基層開業，所以不能拿來和跟國外比較。台灣基層總額採科別分析，根本不適當，因初級照護是看病人整體，不該細分至專科別。目前基層醫師可依診療科別申報該科別費用，短期資料可以不易解讀，但長期來看這也有一個好處，台灣會愈來愈像GP。有關科別分析資料，僅供參考。在科別部分，中區分科最明確，因該區採分科虛擬管理。

主席

第三個報告案為健保署報告之「西醫基層總額執行概況報告」，若代表有意見，亦可再提出討論。

報告案第三案 「西醫基層總額執行概況報告(中央健康保險署)」與會人員發言摘要

主席

請各代表提問。

陳代表雪芬

從報告資料第 5 張顯示，102 年預算成長率應該很糟，約差 3% 左右，西醫基層 102 年的經營應是雪上加霜。再來就要協商 103 年總額，建議基層總額用本項資料，向健保會委員反映，以爭取成長率。因浮動點值比較趨近於經營成本的事實，這樣的點值，基層扛得下來嗎？我們在洗腎總額亦提過超過一定百分比，應該啟動檢討機制，可是在實際點值已很差的情況下，卻沒有人幫醫界講話要求檢討與補救，所以我們要自立自強。

林代表昭吟

102 年 1-4 月安全針具預算執行率僅 0.0058%，可否請相關單位說明原因。

本署張科長溫溫

未來將全面使用安全針具，以 100 年一般空針的申報量，換算 5 年全面改為安全針具的量，每年要替代 20%，102 年申報量成長偏低，可能原因包括，安全針具操作方式不像一般空針容易，以及目前本署核價無法購買安全針具。

王秀貞副祕書長(謝代表武吉代理人)

請問安全針具統計是否含括不能申報的部分？現行支付標準設定有

安全針具適應症且有多數規定是不能申報（如手術、檢驗檢查都規定不能申報），此段使用量有無被計算。

本署蔡專門委員文全

- 一、為配合全面使用安全針具，本署自 102 年 1 月 1 日起，就沒有限制給付規定。
- 二、安全針具操作方式不像一般空針順手，因安全針具尚在開發階段，部分診所也剛開始使用，所以不習慣；這個問題，廠商會再繼續努力解決。現衛生福利部網站已公布可使用的安全針具，醫界若有需要可上網查詢。
- 三、至於購買不到安全針具部分，本署已找過廠商，安全針具價格真的提高好幾倍，衛生福利部於上個月召開之相關會議決議，要由公權力介入，包括請 FDA 管控廠商存貨量及出貨量，瞭解廠商是否藉機抬高價格。
- 四、抽血及檢驗的安全針具已涵括於相關費用中，所以不能再申報費用。

陳代表宗獻

抽血檢查肝功能支付點數 40 點，含針具，以前材料費一般空針為 1-2 元，現安全針具需 12-14 元，成本太高，診所無法支應。

蔣代表世中

102 年第 2 季台北、北區及中區之浮動點值低於 0.9，其原因如下

- (一)需求面被低估：基層列入新藥後之第 3-5 年，使用量是原預估 3-5 倍以上，醫院則為 10-20 倍。每年協商新藥編列的預算是不足的。慢性病每年件數成長 5% 以上，整體醫療費用成長 7.5%-9%，整體預算成長率亦不夠。近 5-10 年慢性病成長率，每年均短編 0.9% 的成長率。

(二)供給面：基層醫師人數成長率 2-3%甚至高達 3.56%，一般服務預算成長率卻僅有 1-2%諸如 99 年 1.463%，100 年 1.197%，當然造成點值下降。

主席

謝謝陳雪芬代表及蔣世中代表就成長率部分所提供的意見，若其他代表沒有意見，就進行第4個報告案。

報告案第四案「西醫基層總額102年第1季點值結算結果報告案」與會人員發言摘要

主席

請各代表提問。

蔣代表世中

- 一、延續前一個議題，點值低與台北開業醫師較多，也有相關(台北地區 4.43%成長，但全國平均僅 2.66%成長)，但地區預算分配不均亦是原因之一。
- 二、基層總額不能看平均點值，扣掉保障點值之藥費，診察費及診療費之浮動點值為 0.84 或 0.85，醫界真的活不下去。

主席

- 一、有關蔣世中代表所提點值問題，請醫管組於協定103年成長率時，先與健保會及衛福部社會保險司交換意見。
- 二、各代表若對102年第1季點值結算無疑義，則照案通過。

張代表嘉訓

本人是台北區主委，台北的平均點值與浮動點值差 0.05，其他區是 0.01~0.03，而東區浮動點值高於平均點值，請解釋計算方式。

本署張科長溫溫

各分區平均點值與浮動點值皆有差異，如果分區預算扣除固定點數及跨區浮動金額，剩餘的預算占率(A)與當區浮動點數占總點數占率(B)比較，兩者差距愈大，則浮動點值與平均點值差距就愈大，如 102Q1 台北 A 為 55.29%，B 為 64.87%，南區 A 為 60.66%，B 為 62.76%，相

關數據可參看會議資料第 44、46 及 47 頁計算得知。

陳代表宗獻

基層總額點值偏低，幾乎與血液透析一樣，因長期低估以致成長率不足，血液透析點值在 0.8 左右。103 年總額協商將於 9 月召開，希望付費者代表考量點值偏低相關原因，予以編列成長率。

夏保介醫師(陳代表夢熊代理人)

部分診所以「慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫」招攬病人，以致點值下降；雖然點值不好，但診所又不敢休息，因成本都在浮動點值之上，對於點值偏低的問題，請健保署給予協助。

陳代表雪芬

請問基層總額的「慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫」是放在一般服務部門或專款專用項目？基層還放在專款項目，醫院已回歸一般服務部門。

何代表活發

- 一、102年第2季東區預估點值，浮動點值1.0420，平均點值1.0282，點值很穩定，為何沒有醫師願意到台東開業，點值大於1的原因，是因新增醫藥分業地區預算1900萬元，佔整體0.03%，若扣除該款項，東區點值亦低於1點1元。
- 二、台東假日沒有醫師看診，為確保民眾就醫權益，請健保署予以重視。

林代表昭吟

- 一、有關點值高低的問題，應從多面向探討原因，部份分區因量多，所以點值下降，P乘Q合計，總量並不低。

- 二、考量地理位置均衡的問題，若台北區與東區點值相同，則無法吸引醫師至偏遠地區執業，醫師還是喜歡留在都會區，點值差異是地理位置均衡的反映。
- 三、當初成立總額支委會的目的，是希望各縣市醫師公會可扮演一個角色，包括拉抬該分區點值，方法包括檢視轄分區診所是否有衝量，或醫療浪費等異常情形，分區內部先做調整，不要讓點值太難看。支委會代表亦需扮演醫師公會的角色，先思考提高點值的方法，若有困難再提出討論，而非就點值的結果直接反應資源不足、預算分配不合理等等。換言之，支委會應比較偏向於內部點值管理而非爭取資源以拉抬點值，且健保總額的決定與分配也非個別支委會能處理。

王秀貞副祕書長(謝代表武吉代理人)

- 一、102 年第 3 次門診透析研商議事會議及健保會，謝武吉代表已有建議，對於各部門總額的點值要有閾值監控、檢討與分析，門診透析點值偏低，雖然健保署有至健保會報告，但不是報告就好，重點在於點值偏低的問題，是否有解決。基層總額 102 年第 1 季結算點值，全區平均點值 0.93，浮動 0.91，可是有部份分區點值低於 0.9，請問本會對於點值是否有較積極檢討措施，包括預算編列或費用管控的問題。
- 二、剛才健保署同仁報告安全針具內含並未列入計算，醫界想配合政策，但又被健保支付規定給綁死，請問健保署或本會是否要修改支付標準。
- 三、醫療利用概況報告建議是否應考量服務型態的呈現，不要只看科別，應該思考如何彰顯基層照護功能及廣度。

主席

請問各位代表對102年第1季基層總額點值結算是否還有疑義？

蔣代表世中

- 一、各部門總額均需量入為出，基層總額每年皆低估，如藥費。另將慢性病及重大傷病列為非協商因素，根本是錯誤的，因基層總額102年總成長率2.809%，慢性病成長5%。建議103年總額協商按慢性病、新藥及藥費之成長趨勢，編列成長率。
- 二、對於健保署所提102年第1季基層總額點值結算並無意見。

主席

102年第1季點值結算已無疑義，完成確認，請依規定辦理結算事宜。

報告案第五案『有關提高本署全球資訊網「看診時段」資訊正確性乙案』與會人員發言摘要

主席

請本署醫務管理組說明。

本署王科長淑華

本案為某平面媒體報導，本署「看診時段及掛號費查詢服務」網頁登載資料錯誤率為 96%，主要為牙科診所，記者電訪 50 家，48 家資料掛號費不符。因掛號費是衛生福利部權責，本署無法確認，所以先撤除網頁看診時段登載資料，請各縣市醫師公會向轄區會員宣導，若診所有變更看診時段，務必至本署全球資訊網更新。

張代表志傑

- 一、建議不要從 VPN，改由健保署 Internet 更新，因 Internet 可使用醫師憑證，看診時段根本沒有時間使用 VPN，下診後用 Internet 更新較方便。
- 二、建議健保署不要所有網站都用 Ie，會讓人懷疑與 Windows 掛勾。

本署王科長淑華

因健保署資料庫有保險對象就醫及承保等相關資料，基於資安考量，張志傑代表建議需再審慎評估。

主席

- 一、有關張志傑代表所提資訊技術，本署需請資訊組評估，若可行，將以最方便方式，請診所更新看診時段。
- 二、因本署為單一保險人，本署資料庫已列為部等級之監控與管理，

所以資安為第一考量。

王宏育醫師(盧代表榮福代理人)

原來網頁資料為看診時段、休診時段及掛號費三個項目，現取消掛號費項目。因高雄地區有很多高齡醫師不會利用電腦更新資料，若僅有看診時段，高雄縣、市醫師公會可協助高齡醫師完成更新作業。請問休診時段也要更新嗎，若連休診時段亦需隨時更新，對高齡醫師真的有困難。

本署王科長淑華

請問高齡醫師診所休診時段會常變更嗎？

王宏育醫師(盧代表榮福代理人)

若連休診時段亦要求隨時更新，對高齡醫師比較麻煩。

本署王科長淑華

- 一、資料庫包括看診時段、休診時段及連續假期的看診時段三項，民眾真的有利用上網查詢醫療院所看診概況，本署關掉該網頁後，曾接獲民眾詢問關掉的原因。
- 二、至於休診時間是否要更新，本署將再評估，有關網頁更新將朝最friendly 規劃設計。

王宏育醫師(盧代表榮福代理人)

本人看到「輔導」這兩個字就會擔心害怕，若高齡醫師未即時更新休診時段，請不要太嚴格。

施肇榮醫師(蘇代表清泉代理人)

剛有代表提到 VPN 及上網的方式，高雄市醫師公會想要協助轄區高齡醫師更新看診時段，但 VPN 本是設在診所，倘若診所與住家不在同一地方，真的會很不方便。除考量資安外，亦請衡量更新作業之方便性，以網際網路更新看診時段等，是可以考慮的方式。

陳代表宗獻

現品質公開指標 22 項、不予支付指標 26 項，開藥品項不得超過 5 項及健保相關規定…等，建議將「限期改善」刪除，讓醫師於門診時間專心照顧病人。對於看診時段之更新，醫師公會將輔導會員全力配合。

林代表昭吟

- 一、有關醫療院所看診時段、休診時段及連續假期的看診時段，應不屬機密資料，很多診所網站就會公告看診及休診時間等相關資訊，若以 Internet 上網是否更有機動性及即時性。
- 二、對於高齡醫師部份，是否由主機協助更新，以免高齡醫師被處罰。
- 三、本項資料更新作業可從整體面來看，實施一段時間後，若正確性未達 90%，可考慮實施相關改善措施。

張代表志傑

- 一、請林昭吟代表試著用 VPN 或 Internet 到健保署網站，剛開始畫面會呈現新手入門，並告知使用者下載很多軟體安裝，在不成功情況下，就主動告知找資訊廠商安裝，這個設計真的有問題。
- 二、有關資安問題，只有健保署資料是放在健保署資訊網，國家資訊則放在國家資訊網，健保署資訊於 94 年就改制放在國家資訊網，現是屬於國家資訊網的一部份，最機密資料都在國家資訊網，所以健保署的資料應該不是最機密。而國家最機密資料是從 Internet 進去，並非 VPN。

施肇榮醫師(蘇代表清泉代理人)

- 一、有關新手上路部分，本人自半年前上路，至今仍未成功，因為非常繁瑣，即使請資訊廠商仍無法上網，若健保署派員幫我安裝成功，本人務必配合更新看診及休診時段。
- 二、請健保署於軟體設計時，力求簡單，讓醫師可以專心為病人看病。

主席

- 一、本案是在提高西醫基層診所看診時段正確性，至於部份代表的建議，在資安無虞前提下，由本署醫務管理組及資訊組規劃比較 friendly 的畫面，供醫界登錄更新相關資料。
- 二、基層診所看診時段正確性高，對於診所亦有好處，病人可掌握看診時段，忠誠度也會提高。
- 三、為提高診所看診時段等相關資訊的正確性，請醫師公會加強對會員宣導，主動即時至健保資訊網服務系統(VPN)維護更新。自 102 年 10 月 1 日起，倘經本署查明或接獲民眾反映特約醫療院所看診時段資訊不正確，分區業務組將輔導限期改善。

夏保介醫師(陳代表夢熊代理人)

就我個人經驗，要上VPN真的很困難，但對資訊廠商而言，應該很簡單，請健保署轉請資訊廠商協助診所處理。

蔣代表世中

- 一、有關診所看診時段異動，醫師公會將加強宣導，請診所主動即時至健保資訊網服務系統(VPN)維護相關資訊，以提高診所看診時段正確性。
- 二、請健保署通知資訊廠商，按月或按季提醒診所更新看診時段異動資訊。

陳代表炳榮

不管是用 Internet 或 VPN 登錄都不是很好的方法，上網更新診所看診異動時段，對診所意義不大，為避免增加診所、病人及健保署困擾，建議廢除本項網頁資料。

主席

診所看診時段應該不會常常異動，若有變更請上 VPN 更新資料，俾使民眾及付費者掌握診所正確看診時間，以提高醫療服務品質。

報告案第六案『修訂「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乙案』與會人員發言摘要

主席

請代表就本案表示意見。

蔣代表世中

一、本案建議就逐項指標檢視討論。

二、至「門診注射劑使用率」乙項之參考值，全聯會建議以最近3年移動平均的方式，加20%。

本署劉視察家慧

本次修訂重點，係將監測值修改為參考值，參考值是用最近3年移動平均的方式，加減10%，正向指標則減10%，負向指標則加10%。因本署向健保會報告資料均用10%，因曾有專家學者質疑監測值過於寬鬆，所以一律改為10%。

陳代表宗獻

建議訂定合理的指標及指標值之絕對值，例如「門診注射劑使用率」，各科差異很大，若採用最近3年移動平均的方式，使用2-3年後會發現脫離現實。

主席

一、有關品質指標監測值及參考值之處理方式，署本部是公布全國平均值，各區有不同的特性，全國有全國的趨勢，牙科全聯會要求本署公布各項指標全國及各區的趨勢，該會對於項目及指標名稱並無特別意見，但因參考值及監測方法需再詳加討論，故該會將本案攜回研議。

二、請中華民國醫師公會全國聯合會將本案攜回研議，達成共識後，於1個月內提供修訂意見至本署醫審及藥材組，讓民眾瞭解全國的趨勢，例如「門診注射劑使用率」，可能與台北病人不喜歡打針，南部民眾喜歡打針的習性有關，應讓全國及分區之監測值與參考值呈現方式趨近事實。

王秀貞副祕書長(謝代表武吉代理人)

本案於牙醫門診總額研商會議之決議，如同主席所言，贊同攜回討論，雖然健保署同仁表示專業醫療服務品質指標是要呈現全國趨勢，但仍應尊重專業，考量各分區及不同科別，訂定監測值及參考值，較為妥當。

健保會林組長宜靜

一、剛醫審及藥材組代表表達的不是很清楚，所以再補充說明，剛提到健保會，本案是醫審及藥材組提出，依據的理由為「醫療品質資訊公開辦法」中列有部分品質指標，醫審及藥材組希望「醫療品質資訊公開辦法」所列指標，能與「品質確保方案」之專業醫療服務品質指標一致的，這是該組提出的需求。本人代表健保會說明，每年評核會均會按照「品質確保方案」之專業醫療服務品質指標進行評核，因「品質資訊公開辦法」中的品質指標是提供民眾參考，所以公布一個趨勢，有數值呈現即可，民眾可以跟去年比較。「品質確保方案」之專業醫療服務品質指標，並訂定監測值，其目的在於管理，希望執行總額支付制度後，品質能朝向正向的發展，「品質確保方案」之專業醫療服務品質指標及監測值，是經過非常長的時間於本會討論產生的。對於品質指標項目是否要減少，並與「醫療品質資訊公開辦法」相同，需要再討論。目前是兩項辦法，但醫審及藥材組建議用一套辦法，就管理目標而言，建議仍維持兩套品質指標項目及

監測值為宜。

- 二、另採參考值部分，每項指標均用滾動式修正，以最近3年全國值平均值 $x(1+10\%)$ 作為參考值，這樣數值於管理面會產生很多的問題，有些指標是當作上限目標，或最下限目標，如慢性病處方箋釋出率愈高是否代表愈好，那是有爭議的。如抗生素使用率或門診注射劑使用率，希望有一個適當的值，做為管理之用。若用滾動式修正，就不知一直朝向正向是好的，就像慢性病處方箋釋出率是否愈高愈好，值得懷疑。
- 三、至「用藥日數重疊率」部分，醫審及藥材組提出的計算方式為最近3年全國值平均值 $x(1+10\%)$ 作為參考值，這讓我很納悶，只要每年比平均值高一點，實績值為平均值 $x(1+5\%)$ ，就是與前3年比，就變成「用藥日數重疊率」要愈高愈好，而我們管理目標，「用藥日數重疊率」是愈少愈好。在品質確保方案的監測值，是用最近3年全國值平均值 $x(1+20\%)$ 為上限值，比上限值低，就是在管理目標範圍內。
- 四、綜上，「品質確保方案」之專業醫療服務品質指標與「醫療品質資訊公開辦法」的指標是不同用途，「醫療品質資訊公開辦法」是提供民眾參考，而「品質確保方案」之專業醫療服務品質指標，係用於各分區執行管理，建議分開訂定，以上說明，提供個代表參考。

黃代表啟嘉

醫療本身是質性行為，而管理卻予以量化，各區及各科別均有很大差異，若採滾動式標準，醫師醫療行為及民眾就醫權益也會被扭曲，若全部採量化管理，將會產生很多問題，值得再深思。

蔣代表世中

「品質確保方案」之品質指標，科別間差異太大，如兒科與外科用藥品項完全不同，真的會產生問題。

主席

本案健保會林宜靜組長已解釋得非常清楚，就是要讓民眾瞭解台灣目前醫療品質狀況，另一項係用於管理用途；請中華民國醫師公會全國聯合會攜回研議，在指標項目不修訂的原則下，訂定全國及分區之監測值與參考值，於1個月內將修訂意見提供本署醫審及藥材組，並請健保會予以指導，以使服務品質指標貼近事實，並避免扭曲醫療生態。

陳代表宗獻

本案是否除了閾值之外，指標項目是否修訂，全聯會將趁這個機會與健保會及健保署全盤檢討。

主席

本案修訂的目的，除讓民眾瞭解台灣醫療服務品質指標，亦需訂定適用於管理用途的指標，我們一起朝這個方向努力。

討論事項第一案『有關「102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」執行疑義乙案』與會人員發言摘要

主席

請醫務管理組補充說明。

本署王科長淑華

有關「新開業診所如採處方釋出，每月保障額度如何核算？」及「新開業診所服務量已超出保障額度？如何核付？」兩項疑義：

- (一)「新開業診所如採處方釋出，每月保障額度如何核算？」，診所於醫缺地區執業，其處方釋出，處方釋出的藥費是否要算在這家診所醫療費用。醫缺屬非醫藥分業地區，醫師得親自調劑，藥費及診察費一起計算。若第 13 個月起，保障額度 50%，就可領 20 萬，若低於 50%，連續 2 個月，則改診察費加 2 成支付。
- (二)醫缺診所新開業診所每月申報點數超過 40-50 萬，執行巡迴醫療服務又申報 20 幾萬，請問大於 20 萬，是否核付 1 點 1 元？巡迴論次費用是否要打 3 折？

蔡代表明忠

- 一、醫缺地區全國僅有一家診所釋出處方，經全聯會瞭解，是目前該藥局之藥師已離職，醫缺方案執行不易，又要釋出處方真的有點奇怪，醫缺地區釋出處方，還要有藥局執行調劑。建議健保署邇後類似案件，請立即與全聯會聯繫，以利本會即時深入瞭解情況。
- 二、對於公告的醫缺地區，醫缺又是付費者代表非常保護的區塊，執業醫師照顧好當地民眾，倘申報超過 20-30 萬，亦是醫師長期付出的結果，應予以肯定，不該再有其他方式處理。但仍需瞭解醫療行為是否異常，但對於醫師的業績，不該框住。對於醫缺醫師

申報應予以獎勵，但仍應管控申報是否異常。

徐代表超群

- 一、有關今天本項疑義，係因「102 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」規劃不夠周延所致，實施保障額度是新的制度，當時沒有面面俱到，才會造成疑義。
- 二、本案說明有全聯會及健保署意見，其實雙方意見幾乎相同，只是表達方式不同，唯一差異是超過 20 萬點部分以一點一元支付。依據本方案規定，新開業保障額度 20 萬應指該診所產生之所有醫療費用（含交付機構部分），診所產值若不到 20 萬，還是核付 20 萬，交付機構應包含其中。B 診所超過 20 萬部分，專案預算所核付的是新開業保障額度、診察費加成，以及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬。但醫療費用還是歸一般預算。超過 20 萬點之醫療費用保障一點一元是錯誤的。基層總額目前保障一點一元的項目只限於論病例計酬案件、血品及藥費。至於本方案專款暫付一點一元項目則為診察費加成，巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員的給付這幾個部分，若專案預算不足，則採浮動點值計算。

蔣代表世中

- 一、保障 20 萬元應含交付機構費用。
- 二、健保署所提超過 20 萬，核付一點一元，全聯會贊成，請用專案核付，若要用一般部門預算，全聯會則無法同意。
- 三、至醫缺區巡迴醫療論次費用應採 30%折付，本人同意。

本署龔專員川榮

有關 102 年西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案，目前本轄區診所於執行面提出部分疑義，請各代表將本方案修改更周延，避免爭議。

本署王科長淑華

有關「超過20萬部分，仍為一點一元？」乙項，係因牙醫及中醫超過部分仍由專款支應，若基層總額超過20萬要回歸一般服務部門採浮動點值，本署將尊重會上決議。

徐代表超群

有關「102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」之規定略以，本方案預算支用範圍：執行本方案產生之新開業保障額度、診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬。按前開規定，一般醫療費用不屬本方案支付範圍。

施肇榮醫師(蘇代表清泉代理人)

健保除法律限制，尚有雙方協議。→以契約規定支付的範圍，提供落實偏遠地區及醫缺地區民眾之醫療照護，並事前於方案中明訂相關規定，將可減少爭議。

夏保介醫師(陳代表夢熊代理人)

一、請於「西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」敘明，20萬保障額度，包括藥費、檢驗費、診察費及診療費等4項，其他項目則採浮動點值。

二、至於「巡迴醫療論次費用採30%折付」部分，本人認為可行。

陳代表炳榮

「西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」屬專款專用項目，專案已編列預算，超出部分應採浮動點值，怎可用到一般部門預算呢？

藍代表毅生

請看會議資料第34頁，「102年西醫基層總額醫療資源不足地區改善

方案」全年預算 1.5 億元，結算尚有結餘 5000 多萬，對於全聯會秘書長說的一點一元保障項目，其實不會有衝突。本方案是專款專用，若預算不夠，屆時要看要中止計畫或採折付方式辦理。從 102 年第 1 季結算資料來看，1.5 億元預算將會有節餘。

徐代表超群

「西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」提供醫療服務，申請之醫療費用是用一般部門預算，專款用於巡迴醫療服務醫師、藥師、護理人員之報酬，診察費加成以及今年新增加的新開業保障額度。至於看診產生的醫療費用如藥費、診療費…等，均由一般預算支應。

陳代表炳榮

至「西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」應有缺失，醫缺若無醫師，可執行這個方案嗎？所以本方案應包括醫師診察費、藥費等，而不該僅支付巡迴醫療服務醫師、藥師、護理人員之報酬，以及診察費加成，本人認為這方案有問題。

徐代表超群

有關「西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」論次計酬費用，其實是支應醫師、藥師、護理人員的出勤費，而診察費、診療費或藥費等為一般預算支付。

陳代表炳榮

既然這是一個完整專案，就應該有醫師及其他醫事人員，整個配套才能完整，為何要切割呢？

主席

因各代表意見不同，請全聯會說明。

陳代表宗獻

- 一、「醫療資源不足地區改善方案」與「IDS」不同，所以還是屬於一般醫療照護的範圍，只是地區醫師缺乏，診所不夠，所以才會訂定本方案，提供誘因，每月保障額度 20 萬元，以鼓勵醫師到醫缺地區提供醫療服務；而其他醫療服務就由一般服務部門支應。
- 二、另本案說明三部分，健保署與全聯會意見類似，而健保署意見描述很清楚，不會被誤解，故建議依健保署意見辦理，惟「服務量超 20 萬點部分仍以一點一元支付」，請修訂為「服務量超 20 萬點部分，採浮動點值」。

本署張科長溫溫

建議依「102 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」規定，支付範圍為執行本方案產生之新開業保障額度、診察費加成及巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬。至超過 20 萬以上則由一般部門預算及方式核付辦理。

主席

本方案參照張溫溫科長建議辦理。

臨時動議『有關「民眾持慢性病連續處方箋期限之規定」及「民眾遺失慢性病連續處方箋之處理方式」相關疑義案』與會人員發言摘要

陳代表炳榮

本次會議資料第 5 頁，三項疑義如下：

- 一、「保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內領藥」，以前是前後 7 天，現為屆滿前十日內領藥，請問後 10 日可否領藥？
- 二、若超過期限 10 天以後，是否可持該張處方箋繼續領藥？
- 三、開立慢性病連續處方箋 3 個月，病人於第 2 個月或第 3 個月處方遺失，若病人回來要求重新開立慢性病連續處方箋，醫師是否可以再開立？或要求病人自費？請健保署說明，病人遺失慢性病連續處方箋之處理方式，俾利院所有所依循。至於現在醫療院所之處理方式，只要病人簽名切結，醫師就會重新再開立處方。

本署王科長淑華

- 一、有關病人遺失慢性病連續處方箋之處理方式，請醫師於病歷註記清楚，就可再重新開立慢性病連續處方箋，並沒有要求病人自費。
- 二、依「全民健康保險醫療辦法」第 24 條第 1 項規定，「保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前 10 日內，始得憑原處方箋再次調劑。」，故民眾持慢性病連續處方箋領取下次(次月)用藥之起日，應為上次給藥期間屆滿前 10 日內，始得開始領取第 2 次或第 3 次用藥；另依前項同辦法第 23 條之規定「慢性病連續處方箋依各該處方箋給藥日數計，至多 90 日；處方箋逾期者，保險醫事服務機構不得調劑。」故第 2 次或第 3 次領藥日期，應不得逾該慢性病連續處方箋總給藥日數之期間，且第 2 次或第 3 次領藥，仍應分別俟上次給藥期間屆滿前 10 日內，方可憑原處方箋再次調劑(即若每次給藥 30 天，兩次領藥應

間隔 20 天)。

蔡代表登順

有關陳炳榮代表所提問題及王淑華科長說明，非常重要，請於會議紀錄寫清楚，不要讓醫師難處理。病人遺失處方箋難免會發生，應該可以再重新開立慢箋，經病人切結背書，不要增加病人負擔，減少民怨。

施肇榮醫師(蘇代表清泉代理人)

不管是藥品遺失或處方箋遺失，每個人要對自己行為負責，若病人真的是處方箋遺失，請病人簽名、具結、再補開，應該可以。但我們又怎麼判斷是遺失處方箋，或藥品已領滿；倘發生問題，責任上的歸屬是否又是醫師，因為這問題，醫師是無法查證的。

主席

至於3個月慢性病連續處方箋，病人已領3個月的藥品，又要多領1個月，這是特殊個案，醫師可從IC卡查詢病人最近6次處方箋開立情形。另本署於分析資料時如發現藥局調劑有異常狀況，就會啟動相關機制處理。