

# 「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」104年第4次

## 會議紀錄

時間：104年11月19日下午2時

地點：中央健康保險署18樓會議室(臺北市信義路3段140號18樓)

主席：蔡副署長淑鈴、龐代表一鳴(15:10前代理)

紀錄：李宜珊

出席代表：

王代表正坤	(請假)	陳代表志明	陳志明
王代表榮濱	王榮濱	陳代表宗獻	陳宗獻
王代表錦基	王錦基	陳代表威仁	蘇美惠 <sup>代</sup>
古代表博仁	古博仁	陳代表炳榮	陳炳榮
何代表弘能	(請假)	陳代表晟康	(請假)
何代表活發	(請假)	陳代表夢熊	(請假)
吳代表國治	吳國治	彭代表瑞鵬	彭瑞鵬
李代表昭仁	鄭英傑 <sup>代</sup>	黃代表振國	黃振國
李代表紹誠	李紹誠	黃代表啟嘉	(請假)
周代表慶明	周慶明	楊代表芸蘋	楊芸蘋
周代表穎政	周穎政	廖代表慶龍	(請假)
林代表義龍	(請假)	潘代表仁修	潘仁修
林代表慶豐	(請假)	蔡代表其洪	蔡其洪
徐代表超群	徐超群	蔣代表世中	蔣世中
張代表賜	張賜	盧代表榮福	盧榮福
張代表志傑	張志傑	謝代表武吉	(請假)
張代表孟源	張孟源	藍代表毅生	藍毅生
張代表金石	溫哲暉 <sup>代</sup>	羅代表世績	羅世績
張代表嘉訓	顏鴻順 <sup>代</sup>	譚代表慶鼎	(請假)
張代表維仁	(請假)	龐代表一鳴	龐一鳴
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表清泉	(請假)
莊代表維周	(請假)	蘇代表榮茂	蘇榮茂
莫代表振東	(請假)		

(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

魏璽倫、謝瓊慧

中華民國醫師公會全國聯合會

吳祥富、黃幼薰、陳哲維、  
劉俊宏、陳宏毅、洪郁涵

中華民國藥師公會全聯會

洪鈺婷

中華民國醫檢師公會全聯會

宋佳玲

本署臺北業務組

賴香蓮、黃湘婷

本署北區業務組

陳祝美、盧珮茹

本署中區業務組

王慧英

本署南區業務組

王碧霞

本署高屏業務組

陳瑩玲

本署東區業務組

梁燕芳、馮美芳

本署醫審及藥材組

王本仁、曾玟富、詹淑存

本署資訊組

姜義國

本署企劃組

何恭政

本署醫務管理組

李純馥、吳錦松、陳真慧、  
張溫溫、林淑範、張美玲、  
劉林義、黃奕瑄、陳信樺、  
許明慈、涂奇君、洪于淇、  
鄭正義、楊秀文、邵子川、  
林沁玫、李宜珊

一、主席致詞：(略)

二、確認「104年第3次會議」會議紀錄。

決 定：確認。

三、報告事項：

(一) 案 由：本會 104 年第 3 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。

決 定：洽悉。

(三) 案 由：西醫基層總額 104 年第 2 季點值結算結果報告案。

決 定：西醫基層總額 104 年第 2 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	0.8689	0.9405	0.8910	0.9666	0.9607	1.0506	0.9153
平均點值	0.9056	0.9579	0.9231	0.9737	0.9714	1.0292	0.9397

(四) 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」附表之專業醫療服務品質指標案。

決 定：本方案附表修訂詳如附件 1，將辦理後續品保方案專業指標修訂行政作業事宜。

(五) 案 由：本署導入 ICD-10-CM/PCS 準備工作進度報告。

決 定：洽悉。

(六) 案 由：105 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」召開會議之時程案。

決 定：105 年西醫基層總額部門研商議事會議召開會議時程為 3 月 3 日、5 月 26 日、8 月 25 日、11 月 24 日與 12 月 8 日。

(七) 案 由：「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」醫療資源不足地區之定義修訂暨新增病毒量檢驗結果登錄等案。

決 定：通過「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」醫療資源不足地區之定義如附件 2。

#### 四、討論事項：

(一) 案 由：「105 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。

決 定：依 104 年保障項目持續辦理，將送全民健康保險會同意後執行，摘要如下：

1. 論病例計酬案件以1點1元方式執行。
2. 「促進供血機制合理方案」乙項，血品相關項目與醫院總額部門同一處理方式，以1點1元方式執行。
3. 西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」

執行方案，每季各婦產科診所撥付款項＝280點×季申報總住院日數，每點以一元計算後撥付，用於提升護理人員之夜班費、超時加班費、提高護理人員薪資、加發獎勵金等用途。

(二)案由：「105年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)」案。

決定：有關本案「基層醫療費用比照醫院部門由專款支應」部分暫保留，其餘修訂重點均予同意如下：

1. 施行區域：105年度預定施行鄉鎮，計118個(基層診所86個，醫院32個)，較104年減少3個鄉鎮(新增卑南鄉，刪除：吉安鄉、雲林縣莿桐鄉、屏東縣佳冬鄉、臺東縣長濱鄉)。
2. 105年度施行區域，採分級支付。
3. 巡迴醫療服務計畫修訂重點：
  - (1)申請參與巡迴服務計畫之醫師但不具專科醫師資格者，各分區業務組審查同意，得執行巡迴服務計畫。
  - (2)巡迴點之申請，限於申請時未有醫師開業之村、里為原則(特殊情形由院所向保險人各分區業務

組提出申請且詳述理由，本署分區業務組視當地民眾需求審查認定)。

(3)同一巡迴地點，同一時段，以支付一位醫事人員(醫師、護理人員及藥師各一名)的費用為原則。

(4)巡迴點休診次數累計每季達該巡迴點原申請總次數之四分之一，則終止執行該巡迴點服務。

(三)案由：「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案。

決定：因計畫評核指標修訂，部分項目未達成共識，故本案暫保留。

五、與會人員發言摘要，如附件 3。

六、散會：下午 5 點 00 分。

## 全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案

修正如刪除線及底線文字

附表 西醫基層總額支付制度醫療服務品質指標【2.專業醫療服務品質(修正草案)】

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	計算公式及說明(ICD-10-CM/PCS)	修訂說明
<b>2. 專業醫療服務品質</b>							
門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率	每季	≤17.13%	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季，程式會以亂數取得一個費用年月資料範圍計算。 2. 公式： 分子：按院所、ID 歸戶，計算因 URI 於同一院所，2 次就診日期小於 7 日之人次。 分母：按院所、ID 歸戶，計算院所 URI 人次。URI：主診斷前 3 碼為「460」、「462」、「465」、「487」。	1. 資料範圍：每季，程式會以亂數取得一個費用年月資料範圍計算。 2. 公式： 分子：按院所、ID 歸戶，計算因 URI 於同一院所，2 次就診日期小於 7 日之人次。 分母：按院所、ID 歸戶，計算院所 URI 人次。URI：主診斷 <b>ICD-10-CM</b> 前 3 碼為 <b>[J00]</b> 、 <b>[J02]</b> 、 <b>[J06]</b> 、 <b>[J09-J11]</b> 。	修正主診斷
平均每張慢性病處方箋開藥日數-糖尿病、高血壓、高血脂	每月	以最近 3 年全區平均值(1-20%)作為下限值	資料分析	保險人	1. 公式： 分子：開立慢性病疾病別處方箋案件給藥日份加總 分母：開立慢性病疾病別處方箋給藥次數加總 例如：某病患罹患糖尿病、高血壓、高血脂，醫師開立處方箋日數為 7 天，則分子、分母計算如下： 分子：給藥天數=7 天*3 種疾病 分母：給藥次數=1 案件*3 種疾病 2. 慢性病定義：主診斷為糖尿病	1. 公式： 分子：開立慢性病疾病別處方箋案件給藥日份加總 分母：開立慢性病疾病別處方箋給藥次數加總 例如：某病患罹患糖尿病、高血壓、高血脂，醫師開立處方箋日數為 7 天，則分子、分母計算如下： 分子：給藥天數=7 天*3 種疾病 分母：給藥次數=1 案件*3 種疾病 2. 慢性病定義：主診斷為糖尿病	修正主診斷

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	計算公式及說明(ICD-10-CM/PCS)	修訂說明
					<p>(ICD-9-CM 前 3 碼為 250 及 A181 者)、高血壓(ICD-9-CM 診斷碼前 3 碼為 401、402、403、404)或高血脂(ICD-9-CM 診斷碼前 3 碼為 272)。</p> <p>3. 疾病別：先以主診斷屬慢性病定義者，其次診斷慢性病出現次數一併納入統計。</p> <p>4. 慢性病處方箋：案件分類為 04、08，排除給藥日份 &lt; 3。</p>	<p>(<b>ICD-10-CM</b> 前 3 碼為 <b>E08-E13</b>)、高血壓(<b>ICD-10-CM</b> 前 3 碼為 <b>I10、I11、I12、I13</b>)或高血脂(<b>ICD-10-CM</b> 前 3 碼為 <b>E78</b>)。</p> <p>3. 疾病別：先以主診斷屬慢性病定義者，其次診斷慢性病出現次數一併納入統計。</p> <p>4. 慢性病處方箋：案件分類為 04、08，排除給藥日份 &lt; 3。</p>	
門診注射劑使用率	每季	以最近 3 年全區值析平均值 x(1+20%) 作為上限值	資料分	保險人	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件（藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種）。</p> <p>2. 公式： 分子：給藥案件之針劑藥品（醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為「2」）案件數，但排除門診化療注射劑、急診注射劑及流感疫苗及依全民健康保險藥品給付規定通則，經醫師指導使用方法後，得由病人攜回注射之藥品，及外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑（排除條件詳附表 1） 分母：給藥案件數。</p>	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件（藥費不為 0，或給藥天數不為 0，或處方調劑方式為 1、0、6 其中一種）。</p> <p>2. 公式： 分子：給藥案件之針劑藥品（醫令代碼為 10 碼，且第 8 碼為 2）案件數，但排除門診化療注射劑、急診注射劑及流感疫苗及依全民健康保險藥品給付規定通則，經醫師指導使用方法後，得由病人攜回注射之藥品，及外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑（<b>排除條件詳附表 1</b>） 分母：給藥案件數。</p>	修正附表 1 主診斷及更新類風濕性關節炎藥物注射劑 ATC 碼

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	計算公式及說明(ICD-10-CM/PCS)	修訂說明
門診抗生素使用率	每季	以最近3年全區值平均值x(1+20%)作為上限值	資料分析	保險人	1. 公式： 基層醫療機構抗生素藥品案件數/ 基層醫療機構開藥總案件數 2. 抗生素藥品：ATC 碼前3碼為 J01 (ANTIBACTERIALS FOR SYSTEMIC USE)。	同左	
不當用藥案件數					例如用藥天數過短(長)、用藥可能有不當的交互作用等。以降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重疊率」等6類用藥日數重疊率監測。		
(1)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)	每季	跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症(≤4.33%)，其餘以最近3年全區值平均值(1+20%)作為上限值。	資料分析	保險人	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(給藥案件：給藥天數不為0或藥費不為0或處方調劑方式為1、0、6)	1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(給藥案件：給藥天數不為0或藥費不為0或處方調劑方式為1、0、6)	醫療院所建議及學會意見修正： 1. 降血壓藥物： C02AC 類僅有 clonidine，且較少用於降血壓、C02KX01 Bosentan 及 C02KX02 Ambrisentan 為肺動脈高壓治療、C08CA06 nimodipine 用於「預防、治療因動脈瘤引起蜘蛛膜下出血後、腦血管痙攣所引起的缺血性神經缺損」，皆建議排除。 2. 降血糖藥物：
(2)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)	2. 公式 分子：同分區同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。				2. 公式 分子：同分區同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。		
(3)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖	降血壓藥物(口服)：ATC前3碼為C07(排除C07AA05)或ATC前5碼為C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。 降血脂藥物(口服)：ATC前5碼為				降血壓藥物(口服)：ATC前3碼為C07(排除C07AA05)或ATC前5碼為 <del>C02AC</del> 、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX (排除C02KX01、C02KX02)、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA (排除C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。		
(4)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗							

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	計算公式及說明(ICD-10-CM/PCS)	修訂說明
思覺失調症 (5)跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (6) 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服)					C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC前5碼為A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX。 抗思覺失調症藥物：ATC前5碼為N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、N05AX。 抗憂鬱症藥物：ATC前5碼為N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：ATC前5碼為N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。 3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同ID、跨院所給藥日數≥21天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥21天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD者。	降血脂藥物(口服)：ATC前5碼為C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC前5碼為A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、 <b>A10BH</b> 。 抗思覺失調症藥物：ATC前5碼為N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN( <b>排除N05AN01</b> )、N05AX。 抗憂鬱症藥物：ATC前5碼為N06AA( <b>排除N06AA02、N06AA12</b> )、N06AB、N06AG、 <b>N06AX</b> 。 安眠鎮靜藥物( <b>口服不含抗焦慮藥物</b> )：ATC前5碼為 <b>N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM</b> 。 3. 本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」，即同ID、跨院所給藥日數≥21天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數≥21天的用藥比對所產生，則在此原因下，該筆用藥允許10天的空間不計入重疊日數，且排除特定治療項目代號(一)~(四)為H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、	A10BH(DPP4-i)，建議新增。 3. 抗思覺失調症藥物：N05AN01(Lithium)用於情緒穩定(mood stabilizer)，建議排除。 4. 抗憂鬱症藥物：N06AA12 doxepin 臨床上常用於止癢、N06AA02 Imipramine 臨床上用於末梢神經病變、治療夜尿及末梢神經病變、N06AX類有許多藥品用於除憂鬱症以外適應症，皆建議排除。 5. 安眠鎮靜藥物：現行WHO/ATC之分類已分開抗焦慮劑為N05B，安眠鎮靜為N05C，建議排除N05BA、N05BE。

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	計算公式及說明(ICD-10-CM/PCS)	修訂說明
						HD 者。	另刪除「不含抗焦慮藥物」文字並修訂為「安眠鎮靜藥物(口服)」。
(7) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)	每季	以最近3年全區值平均值(1+20%)作為上限值	資料分析	保險人	1.資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(藥費不為0，或給藥天數不為0，或處方調劑方式為1、0、6其中一種)。 2.公式： 分子：同院所同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。	1.資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之同類藥物給藥案件(藥費不為0，或給藥天數不為0，或處方調劑方式為1、0、6其中一種)。 2.公式： 分子：同院所同ID不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。 分母：各案件之「給藥日數」總和。 「給藥日數」：擷取該藥品醫令之「醫令檔給藥日份欄位」。	同上
(8) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)							
(9) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖							
(10) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症							

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	計算公式及說明(ICD-10-CM/PCS)	修訂說明
(11) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症 (12) 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜(口服)					<p>碼為 1。</p> <p>降血糖藥物(不分口服及注射): ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX</p> <p>抗思覺失調症藥物:ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、N05AX。</p> <p>抗憂鬱症藥物:ATC 前 5 碼為 N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。</p> <p>安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物):前 5 碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。</p> <p>3.本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」,即同 ID、同院所給藥日數<math>\geq 21</math>天,且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數<math>\geq 21</math>天的用藥比對所產生,則在此原因下,該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數,且排除特定治療項目代號(一)~(四)為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。</p>	<p>C10AD、C10AX,且醫令代碼第 8 碼為 1。</p> <p>降血糖藥物(不分口服及注射): ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、<u>A10BH</u>。</p> <p>抗思覺失調症藥物:ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(<u>排除 N05AN01</u>)、N05AX。</p> <p>抗憂鬱症藥物:ATC 前 5 碼為 N06AA(<u>排除 N06AA02、N06AA12</u>)、N06AB、N06AG、<u>N06AX</u>。</p> <p>安眠鎮靜藥物(<u>口服不含抗焦慮藥物</u>):ATC 前 5 碼為 <u>N05BA</u>→<u>N05BE</u>→N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。</p> <p>3.本項指標「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」,即同 ID、同院所給藥日數<math>\geq 21</math>天,且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數<math>\geq 21</math>天的用藥比對所產生,則在此原因下,該筆用藥允許 10 天的</p>	

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	計算公式及說明(ICD-10-CM/PCS)	修訂說明
						空間不計入重疊日數,且排除特定治療項目代號(一)~(四)為H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD者。	
慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	每季	以95年全年平均值(≥61.6%)為參考值	資料分析	保險人	1. 資料範圍:每季所有屬西醫基層總額之門診給藥案件數(藥費不為0,或給藥天數不為0,或處方調劑方式為1、0、6其中一種)。 2. 公式: 分子:開立慢性病連續處方箋的案件數(案件分類=02、04、08且給藥日份>=21)。 分母:慢性病給藥案件數(案件分類=02、04、08)。	同左	
就診後同日於同院所再次就診率	每季	以最近3年全區值平均值(1+20%)作為上限值	資料分析	保險人	公式: 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。	同左	
糖尿病病人醣化血紅素(HbA1c)執行率	每年	以最近3年全區值平均值(1-20%)作為下限值	資料分析	保險人	資料範圍:西醫基層總額之門診案件 分子:分母ID中,在統計期間於門診有執行醣化血紅素(HbA1c)檢驗人數。 分母:門診主次診斷為糖尿病且使用	同左	

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	計算公式及說明(ICD-10-CM/PCS)	修訂說明
					糖尿病用藥之病人數。		
每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率	每季	為新增訂指標，實施一年後訂定參考值	資料分析	保險人	<p>1.資料範圍：西醫基層總額</p> <p>2.公式：</p> <p>分子：給藥案件之藥品品項數<math>\geq</math>十項之案件數</p> <p>分母：給藥案件數</p> <p>給藥案件：藥費不為0，或給藥天數不為0，或處方調劑方式為1、0、6其中一種。</p> <p>藥品品項：醫令類別1或4，且醫令代碼為10碼。</p> <p>藥品品項數：藥品品項筆數。</p>	同左	
剖腹產率-整體、自行要求、具適應症	每季	為新增訂指標，實施一年後訂定參考值	資料分析	保險人	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之住院案件</p> <p>2. 公式：</p> <p>分子：</p> <p>(1)整體：剖腹產案件數</p> <p>(2)自行要求：不具適應症之剖腹產案件數</p> <p>(3)具適應症：分子(1) - 分子(2)</p> <p>分母：總生產案件數 = 自然產案件數 + 剖腹產案件數。</p>	<p>1. 資料範圍：每季所有屬西醫基層總額之住院案件</p> <p>2. 公式：</p> <p>分子：</p> <p>(1)整體：剖腹產案件數</p> <p>(2)自行要求：不具適應症之剖腹產案件數</p> <p>(3)具適應症：分子(1) - 分子(2)</p> <p>分母：總生產案件數 = 自然產案件數 + 剖腹產案件數。</p>	增列剖腹產案件：TW-DRG 前3碼為513

指標項目	時程	參考值	監測方法	主辦單位	計算公式及說明	計算公式及說明(ICD-10-CM/PCS)	修訂說明
					<p>自然產案件：符合下列任一條件：            (1) TW-DRG 前 3 碼為 372~375。            (2) DRG_CODE 為 0373A、0373C。            (3) 需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。</p> <p>剖腹產案件：符合下列任一條件：            (1) TW-DRG 前 3 碼為 370、371。            (2) DRG_CODE 為 0371A、0373B。            (3) 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81005C、81028C、81029C、97009C、97014C。</p> <p>不具適應症之剖腹產案件：符合下列任一條件：            (1) 醫令代碼為 97014C。            (2) DRG_CODE 為 0373B。</p>	<p>自然產案件：符合下列任一條件：            (1) TW-DRG 前 3 碼為 372~375。            (2) DRG_CODE 為 0373A、0373C。            (3) 需符合任一自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、97004C、97005D、81024C、81025C、81026C、97934C、81034C。</p> <p>剖腹產案件：符合下列任一條件：            (1) TW-DRG 前 3 碼為 370、371、<b>513</b>。            (2) DRG_CODE 為 0371A、0373B。            (3) 符合任一剖腹產醫令代碼：81004C、81005C、81028C、81029C、97009C、97014C。</p> <p>不具適應症之剖腹產案件：符合下列任一條件：            (1) 醫令代碼為 97014C。            (2) DRG_CODE 為 0373B。</p>	

附表 1

西醫基層總額門診注射劑使用率--附表

排除條件 A：因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品

給付規定內容	資料處理定義	資料處理定義(ICD-10-CM)
1. Insulin (胰島素)	ATC 碼前 4 碼為 A10A INSULINS AND ANALOGUES	同左
2. CAPD 使用之透析液	ATC 碼前 5 碼為 B05DB，且劑型為透析用液劑。	同左
3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑(至多攜回二週)	門診當次申報血液透析治療相關處置代碼 (58001C – 58012C) 使用之注射劑 ATC 碼前 3 碼為 J01( 抗生素類)、前 5 碼為 B01AA 及 B01AB ( 抗凝血劑)。	同左
4. desferrioxamine ( 如 Desferal )	ATC 碼：V03AC01 DESFERRIOXAMINE	同左
5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素 ( 至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U ( 如 Eprex、Recormon ) 或 100mcg ( 如 Aranesp、Mircera ) 為原則)。	ATC 碼： B03XA01 ERYTHROPOIETIN ( 如 Eprex、Recormon ) B03XA02 DARBEPOETIN ALFA ( 如 Aranesp ) B03XA03 METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL-EPOETIN BETA ( 如 Mircera )	同左
6. 治療白血病使用之 $\alpha$ -interferon ( 至多攜	ATC 碼：	同左

給付規定內容	資料處理定義	資料處理定義(ICD-10-CM)
回二週)	L03AB01 INTERFERON ALPHA NATURAL L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B	
7. G-CSF(如 filgrastim ; lenograstim) (至多攜回六天) (98/11/1)	ATC 碼： L03AA02 FILGRASTIM L03AA10 LENOGRASTIM	同左
8. 生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。	ATC 碼： H01AC01 SOMATOTROPIN	同左
9. 門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄(如全民健康保險藥品給付規定通則附表十八—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄)(86/9/1、92/5/1)	ATC 碼： B02BD02 FACTOR VIII B02BD04 FACTOR IX	同左
10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液	本項處置(39015A--TPN)限區域醫院以上層級申	同左

給付規定內容	資料處理定義	資料處理定義(ICD-10-CM)
(TPN)，攜回使用。(85/10/1、93/12/1)	報，故基層診所不應申報。	
11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等)，另 octreotide (如 Sandostatin)需個案事前報准(93/12/01 刪除)。lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline) 每次注射間隔兩週 (88/6/1)，octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週 (89/7/1)。	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前 4 碼為:2530 Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼： H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE	1. 當次就醫診斷代碼 <b>ICD-10-CM</b> 前 4 碼為： <b>E220</b> Acromegaly and gigantism 2. ATC 碼： H01CB02 OCTREOTIDE H01CB03 LANREOTIDE
12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑 (至多攜回二週)。(86/9/1)	1.當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 前 3 碼為 011 (肺結核相關診斷)： 2. ATC 碼： J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN	1.當次就醫診斷代碼 <b>ICD-10-CM</b> 前 <b>4</b> 碼為 <b>A150</b> (肺結核相關診斷)： 2. ATC 碼： J01GA01 STREPTOMYCIN J01GB04 KANAMYCIN
13. 抗精神病長效針劑 (至多攜回一個月)。(87/4/1)	ATC 碼前 4 碼為 N05A ANTIPSYCHOTICS	同左
14. 低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝	ATC 碼前 5 碼為 B01AB Heparin group	同左

給付規定內容	資料處理定義	資料處理定義(ICD-10-CM)
凝素注射劑自行注射，但給藥天數以不超過兩週為限。(90/11/1)		
15. Apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Britaject Pen)：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用，每人每月使用量不得超過 15 支。(91/2/1)	ATC 碼：N04BC07 APOMORPHINE	同左
16. 罹患惡性貧血 (perniciousanemia) 及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)	當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為：281.0 (惡性貧血)、281.1 (維生素 B12 缺乏性貧血) ATC 碼前 5 碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)	當次就醫診斷代碼 <b>ICD-10-CM</b> 為 <b>D510</b> (惡性貧血)、 <b>D511-D519</b> (維生素 B12 缺乏性貧血) ATC 碼前 5 碼為 B03BA VITAMIN B12 (CYANOCOBALAMIN AND ANALOGUES)
17. 患者初次使用 aldesleukin(如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方	ATC 碼：L03AC01 ALDESLEUKIN	同左

給付規定內容	資料處理定義	資料處理定義(ICD-10-CM)
量。(91/12/1)		
18. 慢性病毒性B型肝炎、慢性病毒性C型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，其攜回之數量，至多為四週之使用量。(92/10/1)	1. 參加慢性病毒性B型肝炎、慢性病毒性C型肝炎治療試辦計畫之病人。 2. ATC 碼： L03AB04 INTERFERON ALPHA- 2A L03AB05 INTERFERON ALPHA- 2B L03AB09 INTERFERON ALFACON-1 L03AB10 PEGINTERFERON ALPHA-2B L03AB11 PEGINTERFERON ALPHA-2A	同左
19.類風濕性關節炎病患使用 etanercept；adalimumab 注射劑，需個案事前審查核准後，並在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。(93/8/1)	1. 當次就醫診斷代碼 ICD-9-CM 為：類風濕性關節炎:714.0 2. ATC 碼： L04AA11 ETANERCEPT L04AA17 ADALIMUMAB	1. 當次就醫診斷代碼 <b>ICD-10-CM</b> 為：類風濕性關節炎： <b>M05-M06</b> 2. ATC 碼： L04A <b>B01</b> ETANERCEPT L04A <b>B04</b> ADALIMUMAB

排除條件 B 門診化療注射劑：以門診化療醫令代碼為 37005B、37031B~37041B 為主。

排除條件 C 急診注射劑：以急診為主，案件分類代碼為 02 碼。

排除條件 D 流感疫苗：案件分類代碼為 D2。

排除條件 E 外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑 TETANUS TOXOID ATC 碼：J07AM01。

「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」醫療資源不足地區之定義

分區別	縣市別	鄉鎮區別
臺北	基隆市	X
	台北市	X
	新北市	烏來區、石門區、坪林區、萬里區、雙溪區
	宜蘭縣	南澳鄉、大同鄉
	金門縣	V
	連江縣	V
北區	桃園市	原桃園縣復興鄉
	新竹市	X
	新竹縣	五峰鄉、尖石鄉
	苗栗縣	泰安鄉
中區	台中市	和平區、大安區
	台中縣	
	彰化縣	大城鄉、芳苑鄉、埤頭鄉、福興鄉、線西鄉、田尾鄉、埔鹽鄉、溪州鄉
	南投縣	國姓鄉、信義鄉、仁愛鄉
南區	雲林縣	V
	嘉義市	V
	嘉義縣	V
	台南市	排除中西區、安平區、安南區及南區，其餘原台南縣鄉鎮區域持續列為 B、C 型肝炎治療計畫醫療資源不足地區
	台南縣	
高屏	高雄市	那瑪夏區、桃源區、茂林區
	高雄縣	
	屏東縣	琉球鄉、新園鄉、霧台鄉、枋山鄉、獅子鄉、三地門鄉、車城鄉、來義鄉、春日鄉、泰武鄉、長治鄉、崁頂鄉、萬巒鄉、麟洛鄉、瑪家鄉、牡丹鄉
	澎湖縣	V
東區	花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉
	台東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、綠島鄉

## 附件 3 本會 104 年第 4 次會議與會人員發言摘要

### 本會上次會議紀錄確認

#### 陳代表宗獻

有關跨表項目審查申請流程執行現況，有的分組告訴我是只有 1 位審查醫師審查就通過，這樣太個人主觀主義，應該由 2 位審查醫師進行審查。

#### 龐代主席一鳴

陳代表所提的是執行面問題，上次會議是因為現行各分區執行方式不一致，所以要確認執行的共識，決議要有審查表單，要由 2 位醫師審查的流程，上次會議決議事項確定沒有問題，就請各分區業務組依決議執行。

上次會議紀錄有沒有意見，沒有意見就確認，謝謝大家。

### 報告案第一案「本會 104 年第 3 次會議結論事項辦理情形」

#### 龐代主席一鳴

剛剛陳醫師提的案子就是序號 4「基層診所個別申請跨表項目審查原則與機制案」，現在會議紀錄已確認，請發文給各分區業務組依照新流程、新表單辦理，發文之後再解除列管。

無其他補充事項。本會 104 年第 3 次會議結論事項辦理情形洽悉。

### 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、中央健康保險署)」

#### 龐代主席一鳴

因為有付費者代表在場，關於假日看診一定要講，醫界真的很辛苦，謝謝大家。

#### 楊代表芸蘋

剛剛主席有提到，我來回應一下，我假日出去看到診所真的有開診，醫界真的辛苦了。

## 龐代主席一鳴

核減率不到 1%，結果最近又上報了，爭議審查醫師是否採取實名制。

## 蔣代表世中

我們下星期會開會討論。

## 陳代表宗獻

採取實名制，公布審查醫師的名字後，就會找不到審查醫師了。

## 龐代主席一鳴

要求實名制的也是醫界的人，請各位與會的醫界代表回去後進行溝通。只有沒有重大違規案件，人人有機會擔任審查醫師，要讓人家知道這個制度。

## 蔣代表世中

事實上會員不只反應到立法委員、報章雜誌，大概一段時間都會有人來反應。這個問題就像總額協商，每次總額協商都講基層沒有去爭取，我們也是有去爭取，可是健保會委員沒有給我們錢。審查醫師如果有意見我就會找出一些審查規則，之後我們會有控管機制，全聯會、各縣市醫師公會也都是公開徵求審查醫師，每次都沒有人要當。問題攤開來我們看要來怎麼解決，我們都是公開，也有審後抽審的醫師。全聯會、執委會的原則都是公開透明，以上報告。

## 藍代表毅生

針對全聯會報告各區每次在急診的案件都是下降的，很多人以為基層沒有急診，全聯會一直希望基層扛起急診服務，希望民眾在受傷、緊急醫療時不要都跑到大醫院的急診。民眾在基層的急診，自付額會從 50 元變為 150 元，我們中區就有接受過民眾投訴，因為他認為只要是基層就沒有急診，健保局就會叫你退款，這樣會嚴重打擊基層扛起急診醫療的意願。請求署本部向各分區醫管說明，減少基層不必要的困擾，謝謝。

## 陳代表炳榮

先前署的報告會有細部資料，今天署的資料只有 3 個大綱，是不是就完全認同全聯會的資料。

### **楊代表芸蘋**

我想了解，剛剛有代表說西醫沒有急診，應該是一般患者的習性就是急診時第一個會想到大醫院，這是習慣性而不是不願意到基層，再來要看疾病性質，若是車禍、燒燙傷、大病非到大醫院不可，一般比較輕微的急診是可以到基層去的。應該要教導患者小病不要到醫院掛急診，這是浪費。以前我就建議健保署是不是撥一些錢來做廣告，但是告訴我現在沒有廣告費，我覺得不應該，尤其是國健署在做預防醫療宣導時應該多花一點心在這上面，國健署光會和我們要錢，我沒有怪國健署的意思，但我覺得可以做更多。民眾不是不願意到基層去，是真的習慣使然。

### **本署醫務管理組劉科長林義**

以前每季健保署都會做資料，資料也都會提供給全聯會參考，全聯會做資料時就是參考本署做的資料，假如委員認為有需要，以後還是會把資料放在附件給大家參考。

### **龐代主席一鳴**

請問陳代表認為哪個報表一定要有。

### **陳代表炳榮**

以前健保署的資料後面會有根據資料做評估，擬訂以後處理的方向，但是現在連這個方向都沒有了。

### **蔣代表世中**

我想委員的目的是希望有 2 份資料，全聯會有一份、健保署也有一份，這樣資料更完整。

### **龐代主席一鳴**

這樣的總額研商議事會議有 5 個，每個總額部門有 1 個，西醫基層是由受託單位做主要報告，健保署做補充報告，其他的總額部門是由健保署報告。報告方不同，各有好處，健保署報告是健保署的觀點，全聯會報告是全聯會的觀點，相同的資料不同單位報告，解讀的方式

不同。

我們要確定原則，是想要 2 個報告互補，還是 2 個報告 PK，現在是 2 個資料互補，可以由全聯會報告的部分，健保署以不重複報告為原則。如果大家覺得可以 PK 一下，也是一種方法，但 PK 會有 PK 的後果，看大家想要哪一種方式。

### 陳代表炳榮

我想重點不是在這裡，以前的資料是兩邊差不多，唯一的不同是健保署會評估擬訂接下來的處理方向，但是現在不見了。

### 蔣代表世中

因為資料很多，我們把結論的部分刪掉了，委員有這樣意見，下次我們資料就整理得更完全，包括結論。健保署如果看到有和我們不太一樣的就補充。

### 黃代表振國

個人認為健保署和全聯會各提供報告來互補是需要的，健保署和全聯會的立場不盡相同，全聯會的代表來自各科各區，有些話不方便說，假設全聯會講了某科某區的一些中肯的意見影響到後續健保署的作為，這位委員可能在會後被點名。如果由健保署來說某區應加強管控某事項要多努力一點，會比全聯會說更有說服力。

### 龐代主席一鳴

這個問題我們還是以互補的精神來處理，全聯會報告、健保署補充。重點是結論要告訴大家這段時間的工作重點為何？要怎麼努力改善，這個我們雙方都來做加油和改善。

我們回到藍醫師的問題。急診問題的確需要討論，我們面臨到底是 emergency care 還是 emergency department，現在診所沒有 emergency department，有 emergency treatment、emergency care，醫院有 emergency department，但是 emergency department 有些不是 emergency care，就是檢傷分類不符合的。過去的確沒有講清楚什麼狀況可以急診，這是需要釐清的，這涉及總額分配、醫療合理利用的問題。執行長，是不是我們合作做出定義。

### 蔣代表世中

我想民眾的需求為第一優先，基層沒有 emergency department，但民眾確實需要 emergency care，不要因為總額費用因素造成民眾對基層的觀感不佳。

### 陳代表宗獻

我們來訂 principle。

### 龐代主席一鳴

醫師公會全聯會訂了 principle 之後我們再來討論。同樣有這個問題的不只西醫，牙醫，甚至中醫可能也會有，找相關團體來討論，因為除了專業臨床認定之外，也涉及民眾權利義務，因為急診案件的部分負擔是不一樣的。這部分規範清楚，以後大家也好遵循。

### 陳代表宗獻

這個部分有爭議的地方是有外傷進來之後要做縫合，裡面有 1、20 個病人在等，醫師先放開手邊的工作去做急診。但是如果裡面沒有病人在等，醫師可以馬上去做縫合，也可以喝咖啡半小時後再下來，這就是問題，到底是以疾病的嚴重程度來定義，還是有沒有其他病人在等，這要先釐清才好做事。

### 龐代主席一鳴

這就是過去沒有定義清楚的現在該來做。

### 陳代表宗獻

剛剛振國兄提的那個問題，事實上我們也有做處理，如果各區某個支付標準申報非常 outstanding，例如六個分區中某個分區就偏偏比其他區高 3 倍，我們是有在處理，但是有時要從內部發動蠻困難的，所以以後我們的結論會把各分區差異比較大的列出來，啟動還是由署裡如果覺得情有可原，例如人口、病人情況不一樣，還是真的要注意，要給我們一樣 hint，我們比較方便去做。

### 龐代主席一鳴

請周教授幫我們指點一下，我們普遍分析有平均值的迷思，只 show 平均值，沒有變異量，或其他的統計量，常常解讀時會有偏差。

## 周代表穎政

建議數字要先看再決定，因為指標長期使用會有習慣性，建議先內部分析找出一些問題，再提到這種大的會議來討論。

## 龐代主席一鳴

第二案討論到這裡，進行第三案。

## 報告案第三案「西醫基層總額104年第2季點值結算結果報告案」

## 龐代主席一鳴

提個題外話，陳宗獻醫師開這個會比較久，剛開始開這個會時，光這個議題解讀這個表大約就討論1小時，不知不覺進步很多了。

## 陳代表宗獻

接受這個宿命。

## 龐代主席一鳴

大家維持點值都很辛苦，這個時候一定要鼓勵大家正向思考有改善的機會，而且點值的目的是要讓資源分配比較公平。

## 周代表穎政

雖然大家已經接受這個宿命，建議健保署可以委託一個研究計畫，看點值較差的地區是管控不好還是運氣不好導致點值的差異。

另一個是長期趨勢，如果每年都是這個地區點值不好，其中有沒有外生因素，非人力所及的因素，當然要變成政策有點困難，但是要去監控它。

## 蔣代表世中

謝謝周老師。這麼多年不是說宿命，從過去分區預算的公式本身就有 distortion，加上臺北區是都會區，除了醫師人數較多外，還有因為大醫院多，相對院前診所也多，臺中地區也是這樣。去年浮動點值有到 0.79，今天都有到 0.85，我們很有心在控管，也感謝其它區給臺北和中區一部分的錢，否則會更慘。未來也希望付費者代表在總額給予支持，在資料分析方面我們也盡量去控管。

## 黃代表振國

感謝周老師給我們一個省思，十幾年來點值都是臺北區、中區墊底，誤以為臺北區辦事不力，大家可以參考各分區的初核核減率，臺北區高於全國平均值，臺北業務組及台北分會真的很認真，但是也許有些因素非我們能控制。

還有 R 值、S 值，我們分配的基準都是用前年的基期乘以 R、S 公式後產生，這種計算的概念，算到第三年時會含第一年、第二年的校正，是複利的概念，因為 R、S 公式的影響的複利效果造成點值低者越低，但最大的因素還是因為總額不夠。

臺北區目前的投保人口在 36% 上下，所分的總額分配目前約 32% 到 33%，中間的差值可能就是我們點值一直拉不起來的因素。

呼應周老師，希望健保署能考量做完整評估，找出其他因數來補正，但不要只從其他區拿錢來補，這樣阻力更大。希望在考量基層總額成長時可以另編預算來補點值較低地區之不足，除了民眾就醫品質也應該兼顧醫師的合理所得和診所的利潤。

## 張代表孟源

真的很謝謝周老師，今天資料第 17 頁，臺北區的浮動點值 0.8689，又是最後一名，中區和我們是兄弟，但比較好一點 0.8910，點值這麼低，還是要看財務報表才能真正了解為什麼臺北區的點值會這麼低。

請各位委員看第 29 頁資料，R、S 公式原始預估的成長率，臺北區的點值應該成長 2.41%，但是我們當時有個下限，就是不得低於預算成長率之 15%，全國平均成長率是 2.66%，這方面很謝謝各區，臺北區沒有因為下限保障而分到補助款項，只有中區因為成長率是 2.13%，所以分到 605.3 萬補助款項，成長率保障用這個方式來算無法填補臺北區的點值低落之財務缺口。

請各位委員再看第 35 頁，謝謝主席和各位委員在跨區結算方面用前一季的當區浮動點值結算，臺北區前一季又是最低，所以結算出去的，等於匯率差額是 0.8750，這是結省支出。

浮動點值的點數是 64 億多，算出來一季財務缺口是 8 億 2 仟多萬，一年的財務缺口是 32 億左右，所以臺北區的點值永遠這麼低。這是歷史上歷年來預算不足留下來給臺北區財務缺口。希望今年幫臺北區改善財務缺口，藉由提撥風險基金預算稍微挹注，不然用 R 值、S 值公式是不可能改變臺北區的現況，以上報告，謝謝。

## 龐代主席一鳴

張醫師現在很會看報表，大家一起努力，做公共事務確實很辛苦，對於點值結算還有沒有需要討論的？主席已經進來，讓主席適應一下，先進行第四案。

## 報告案第四案「有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表之專業醫療服務品質指標案」

### 龐代表一鳴

在大家討論之前先修正一下，關於「剖腹產率」之剖腹產案件定義部分，我們現在推 TW-DRG 是醫院部門，基層目前維持論病例計酬方式，這部分我們再做修正，就不要花時間討論這個項目，接下來時間交給主席。

### 蔡主席淑鈴

謝謝龐組長的協助，剛剛會議應該非常順利。

這個提案是品保方案，大部分是修正 ICD-10 和藥品 coding 的問題，請問各位代表有沒有意見。

### 陳代表宗獻

直接看附件 3，第 40 頁下面的「平均每張慢性病處方箋開藥日數-糖尿病、高血壓、高血脂」，請問例如糖尿病、高血壓、高血脂三種疾病給了 7 天藥，就是 7 乘以 3，分母是一個案件乘以 3 個疾病，這是根據診斷碼，還是根據其他？比較正確的方式是 check 用藥重複率，所以很清楚藥是哪一類的，例如有一個病人是糖尿病、高血壓、高血脂，但高血脂已經沒有用藥了，但必須做檢查，就是開了糖尿病、高血壓的藥，但開了高血脂檢查，這樣在統計上就會有狀況，對於看多重慢性病的醫師就會被抽審。

### 本署醫審及藥材組曾科長玫富

這個指標是 3 個疾病分開計算，如果那一次同時看了 2、3 個病，主診斷是糖尿病，次診斷是高血壓、高血脂，那次開的用藥日數在高血壓及高血脂二項疾病也會分別算進去。

### 陳代表宗獻

我是說這個病人有這3種病，但血脂肪因為控制得好已經停藥，但是診斷碼還在。我們很難要求醫師把診斷拿掉，可不可以去 check 他的處方內容。

### 蔡主席淑鈴

這個就是次診斷在，但是沒有開藥，有沒有辦法？

### 黃代表振國

我提一個例子，糖尿病合併高血脂的病人一旦血脂檢驗值正常了，我們就會停用降血脂藥物，可是三高病人往往是拿2~3個月的慢性病連續處方箋，抽血日不一定等於回診日，抽完血又回來看報告，發現高血脂的值又高上來了，病人要求開降血脂藥物，我們一般都會開。現行的方法是三種病就乘以3，不管到底開幾種藥，容易造成用藥日數重複。

第二個情形是我們發現糖尿病病人拿慢性病連續處方箋，後續追蹤時必須增加同一藥品 dose，臨床上合理，可是現今制度重複同一成分之藥品就被算成重複用藥了。而且現在很多藥物有複方，是不是考慮到 dose 調整期間可以排除重複用藥日數。

### 本署醫審及藥材組曾科長玫富

這個指標是指三種病的慢箋平均開藥多少天，用藥重複率是後面另有指標處理，剛剛是提到能不能更精確用藥品醫令去歸得更精確，在三高的用藥重複率指標中已有三種疾病用藥的 ATC code 定義範圍，舉例來說，該次就醫主診斷為高血壓，次診斷為高血脂，如果次診斷再進一步利用高血脂的用藥 ATC code 定義範圍去 check 該案件是否有申報該項次診斷的用藥，有的話才算進高血脂疾病的用藥日數內，增加這個檢核條件，確實會讓「平均每張慢性病處方箋開藥日數-糖尿病、高血壓、高血脂」這項指標計算比較精確，這個我們可以納入研議處理。

這次主要是配合明年1月1日 ICD-10 改版之診斷碼修訂，另用藥重複率指標的修訂，簡單講就是藥界團體針對三高及三類精神病用藥的原有藥理分類中，有一些次分類不用於降血壓，有一些不屬於抗憂鬱用藥，建議排除。糖尿病有新增新藥，要放進去，只有這樣，沒有牽涉到實質修訂。ICD-10 明年就要實施，所以今年底前要配合公告修正，希望能讓本次提案修正內容先於年底前完成修訂作業，以上說明，

謝謝。

### **蔡主席淑鈴**

請問還有沒有其他意見，沒有意見的話就是品質確保方案的「平均每張慢性病處方箋開藥日數-糖尿病、高血壓、高血脂」指標還有改善空間，請本署醫審及藥材組再做研究，如果可以區隔，就再提出來，如果沒有比較好的方法，因為本案是做 ICD-10 CODING 的修正，是不是可以先通過這個品質確保方案，可以嗎？好，謝謝。那就先通過，留下的那個問題請本署醫審及藥材組續行研議，有決議的話就提會來討論。

### **報告案第五案「本署導入 ICD-10-CM/PCS 準備工作進度報告」**

#### **蔡主席淑鈴**

第五案是有關明年 1 月 1 日我們要改 ICD-10 的 coding，大家都已做準備，現在有 68% 的診所通過預檢，表示有 32% 的診所需要加緊通過預檢。

#### **盧代表榮福**

請問本案有什麼問題？

#### **蔡主席淑鈴**

就是再 announce 一下明年 1 月 1 日有關疾病碼的部分，如果不是 ICD-10 的碼就不受理。

#### **陳代表宗獻**

這對診所來講是一個很大的工程，我花了好幾個星期晚上一個一個 CHECK，因為這個碼對過去很複雜，我們比較擔心的是明年 1 月、2 月的申報，依據規定要在 20 日內申報，可不可以在申報期限做比較寬鬆的調整？

#### **本署醫務管理組張專門委員溫溫**

目前規定是在 20 日以前申報才能拿到暫付款，陳醫師可能是擔心報錯，錯誤退件又補件的時間可能會來不及在規定的期間內，我們再把這個問題 keep 下來，我們再想一下怎麼讓大家在第一個月有比較長

的緩衝時間，不影響醫療院所的財務作業。

### **蔣代表世中**

我看最新資料 7-9 月是 68%通過預檢，那只表示預檢通過，不表示申報沒有問題。拜託健保署，看這段時間有哪些問題趕快和我們講，我們趕快去請廠商或其他協助。

我希望 ICD-10 明年 1 月開始，至少要有緩衝期，讓我們有接軌的時間。

### **陳代表宗獻**

具體建議明年費用年月，105 年 1 至 3 月，這 3 個月的補報、錯誤重報、暫付的時限給予較寬鬆的處理，因為 2 月份過年，找廠商也找不到，1 月申報問題到 3 月才能處理。4 月份時申報才能真正上軌道。

### **藍代表毅生**

68%只是到 8 月的資料，10 月之後可能會到 8 成，我們中區這 2 個月特別在 PUSH，我們最大的問題會在外科體系，因為系統廠商都是用一般科的資訊來做，舉外傷的例子，ICD-9 只有一個代碼，但是 ICD-10 有 132 個代碼，類似這種 ICD-10 超過 20 個代碼以上的非常多，我呼應陳主委所提，希望署能給我們多一些時間讓資料更正確，而不是只有轉檔成功。

### **李代表紹誠**

我不太了解第 57 頁，標竿診所(費用申報前 100 大且通過門診預檢之西醫及婦產科診所)被 mark 出來，是不是可以注意隱私方面。

### **蔡主席淑鈴**

費用申報前 100 大你覺得有隱私問題，我們其實以為是標竿診所是正向的，我們其實是好意，想告訴還沒進來的診所，很多量很大的診所都轉碼成功了，量沒有這麼大的診所趕快來轉碼。

### **盧代表榮福**

所以我剛剛第一句話就是問有什麼問題。現在 68%通過，就算明年 100%通過，問題還是很多的。我剛剛就是要問還有什麼問題是我們不知道的。

## 蔡主席淑鈴

簡單向大家報告，我們認為檢核成功就是你申報進來的碼是屬於 ICD-10 碼的規格，至於你的編碼對不對，我們不一定知道，除非去看病歷。

所以單純說這件事情就交給電腦公司，有可能預檢通過但轉碼不一定正確，原因是 ICD-9 轉 ICD-10，有些是一對一，那對照表做好就好，但是一對多的，電腦公司就不能幫你正確 coding，醫師要花心思找到這個病人正確的疾病碼。

剛剛蔣醫師說請電腦公司趕快處理，這種情形是電腦公司無法幫忙處理的。我們也無法知道編碼是否正確，除非我們抽審病歷才會知道你們轉的碼對不對。

藍醫師說到重點，就是已經發現外科系對應的 ICD-10 碼很多，要正確轉碼，醫師要用心幫病人做釐清，唯有正確診斷才能正確編碼。

明年 1 月 1 日申報進來的是 ICD-10 的格式，我們也無法知道編碼是否正確，但如果明年 1 月 1 日申報進來的是 ICD-9 的格式，表示連 1 對 1 的都沒有轉碼。

基層診所使用之疾病碼多數都是一對一，如果這個部份也無法轉成 ICD-10 有效碼，表示這件事情根本沒進行。我們過一段時間後再來討論正確性，目前至少先轉成 ICD-10 有效碼，至於一對多，醫師要正確診斷才能對應正確碼的要花一點時間適應。不知道這樣盧醫師可不可以理解。

## 盧代表榮福

這就是透過共管會議，沒有通過的交給各縣市處理。

## 本署醫務管理組張專門委員溫溫

這個問題我昨天向資訊了解，前面是 ICD-10 的格式進來，但後端還有很多編審的邏輯，前面有委員提到，前面看起來的碼是對的，可是後面一些對應的東西對不上的，例如藥品對這個疾病碼對不上，後面的編審是一整套，我們必須再和醫審及藥材組做溝通，後面處置內容和疾病碼對不上的部分，但前端預檢檢核是看不出來的，是不是讓院所端有機會做更正的動作，不要讓院所因為改版，前 3 個月的作業亂掉，讓院所所有時間去做因應。這部分請容本署醫務管理組與醫審及藥材組討論讓院所前 3 個有緩衝期，不致衝擊太大。

## 陳代表宗獻

申報會出現重複治療的狀況，在一對一的時候就會發生了。

## 顏代表鴻順(張代表嘉訓代理人)

臺北區代表回應剛剛各位代表們所提的問題，我和廠商討論過 ICD-9 對 ICD-10，一對一的只有 30%，將近 70% 是一對多，最多的就像藍代表所提的有一對一百多的，換句話說，打一個 ICD-9 出來，開視窗開出 100 多個 ICD-10，請問要怎麼去做選擇，所以我和廠商約好 12 月初我要花時間把我常用的代碼重新整理，這樣明年一月作業時才不會錯誤百出。我想這東西是各公會要回去向會員宣導的，不是預檢通過就沒事了。

還有剛開始的過程中一定會有很多代碼打錯，健保署會 accept，但搞不好審查醫師會核刪，例如下肢外傷，畫圖明明畫大腿，診斷碼是腳趾頭，這我們也要跟審查醫師溝通。所以這段時間必須讓大家有適應的時間，在補報，錯誤補正時能夠有比較寬容的時間，不然二月到了，可能衝擊到年終獎金會發不出來。

## 蔡主席淑鈴

謝謝大家都已經發現問題，也朝著這個方向配合。因為本案是報告案，建議本報告案洽悉，各總額都是明年 1 月 1 日改版，大家也都是努力去做好，這個目標在西醫基層依然不變。各總額因應的問題不盡相同，西醫基層和醫院是這次衝擊比較大的，本案是不是洽悉，然後朝這個目標邁進。本署醫務管理組與藥審及藥材組同步在檢核中回饋資訊給醫療院所，提示哪一部分還有系統性問題待改善。至於個案的改善，正確性的增進確實每個診所、每一位醫師自己要做功課，並不是本署可以代勞的。我們理解離完全正確會有一段過渡時間，我們儘快讓它可以變正確，因為這個資料庫不管是審查要用、統計要用，最後還是要回到 ICD-10 的初衷，讓診斷分類更正確。再麻煩各位代表，特別是公會的 leader、幹部幫忙宣導。

## 蔣代表世中

因應 ICD-10 改版，有時候出來十幾個碼，一天 8 小時下來，我們打電腦打到手會發抖，看到眼花，我們醫師所花的時間變長，懇請可以提高我們的診察費。

**蔡主席淑鈴**

我們完全體會你們這段時間的辛苦，診察費的調整，以非協商因素之財源，儘管提出來。

**報告案第六案「105 年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議召開會議之時程案」**

**蔡主席淑鈴**

各位代表沒有意見，謝謝。本案通過。

**報告案第七案「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫醫療資源不足地區之定義修訂暨新增病毒量檢驗結果登錄等案」**

**蔡主席淑鈴**

本案是接受醫師公會全聯會的建議，另外再增加 16 個鄉鎮，大家有沒有意見，可以接受增加 16 個鄉鎮。好，本案依本署醫務管理組建議，再補足 16 個鄉鎮，辦理計畫修訂。

**討論案第一案「105 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」**

**蔡主席淑鈴**

保障點值與去年相同沒有修正，有沒有意見？維持，好，謝謝。本案通過。

**討論案第二案「105 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案（草案）案」**

**蔡主席淑鈴**

請本署醫務管理組補充說明。

**本署醫務管理組劉科長林義**

補充報告本案在昨天召開的醫院總額協商會議，付費者代表意見。

請翻開第 66 頁，有關調整原則「每年調整一次，該年度該鄉鎮巡迴點之平均每診次就醫 35 人次以上，次年度調整級數或不再提供巡迴醫療」，意思是說已達經濟規模，是從獎勵開業的部份去做，這部分的文字會再修正，以免引起不再提供巡迴醫療之誤解。

另外，第 68 頁「2. 申請參與巡迴服務計畫之醫師但不具專科醫師資格者，各分區業務組審查同意，得執行巡迴服務計畫。」我們會再去查這個項目是否還適用，因為現在大部分的醫師都具有專科醫師資格。

以上會與醫院總額協商會議決議一併修正。以上報告。

### **本署醫務管理組吳專門委員錦松**

剛剛科長說明第 66 頁我們建議修正文字描述「次年列為優先獎勵開業地區或調整級數」，達到前面的條件表示服務量已達到某個程度，應該優先鼓勵開業在那裡長期駐診，如果沒有開業，下年度會調整級數。

### **蔡主席淑鈴**

表示它的級數要下降，論次的部分下降，這部分大家有沒有意見，徐醫師剛剛有舉手。

### **徐代表超群**

這個概念我接受。我是要談別的東西。

對於本案說明「(一)有關醫師公會提議 105 年度本方案基層診所之醫療費用擬比照醫院結算方式進行一案：考量醫療資源不足方案之論量計酬費用，目前均由一般服務支應(中醫及牙醫於協商 100 年總額時納入一般部門)，專款只支應論次或額外獎勵費用。若基層部門擬將論量計酬案件移至專款，建請醫師公會提健保會同意，並將該款項自一般部門成長率扣除。」我想講一下源由，醫院從開始做巡迴醫療以來，專款一直都是包含醫療費用，所以不浮動。這幾年來基層和醫院做的方式完全一樣，但是基層的醫療費用是浮動的。我們做巡迴醫療的會員經常反應說出來做巡迴醫療很辛苦，為什麼醫院可以不浮動，我們要浮動。所以今年我們在總額協商成長率時就提出要比照醫院的支付方式，我們估算要編 7 千萬才夠，但是總額有限，獲得健保會委員同意給我們 3 千萬來做，我們也同意了。

我們內部開過會，既然無法把全部的醫療費用放到裡面，就先放

在診察費，保障診察費就好，以後爭取到其他經費再放其他醫療費用進來。所以我們今年提出的方案是1.8億可以保障我們的診察費不要浮動。萬一還是浮動的話，建議錢從一般預算拿來補，不要吃到醫院的部分。醫院有6千萬預算，我們有1.8億預算。請各位委員體諒基層醫師出去巡迴醫療很辛苦，多多支持基層的巡迴醫療經費。

### 蔣代表世中

本會議有三分之一的人在協商那天都在場，我想釐清的是協商那天2.4億中的1.5億是用在本來的醫缺區，6千萬是用在離島調整診察費，講得清清楚楚，3千萬是醫缺區診察費從專款支出，但是西醫基層是從我們的一般服務預算支出。在一般服務預算就會影響點值浮動。

當時的會議上鄭守夏委員講，第49頁「付費者代表沒有提出意見，表示認同貴會說明及預算編列方式，建議就委員所提意見先予回應。」。預算編列方式是什麼，就是在同個體制內不要一國兩制，西醫基層去做醫缺的確實很辛苦，我們也體諒錢得來不易，牙醫、中醫目前也是在一般服務。

我看不懂「將該款項自一般部門成長率扣除」，我們爭取來的錢還要扣除掉。我們的編列方式就是比照醫院部門，從專款支應。錢絕對不夠，但我們也不奢求，我們當時是爭取7千萬，謝天仁講就3千萬你們去調控，西醫基層自己去解決。執行面是可以解決的，怎麼會不行？

### 蔡主席淑鈴

我想先釐清剛剛蔣醫師提到的3千萬是健保會同意編在專款。你們想把專款的3千萬挪到醫缺計畫的論量診察費，補到1點1元，是嗎？

### 徐代表超群

我再釐清我算起來我們需要7千萬才能補所有的費用，但是我們只拿到3千萬。

### 蔡主席淑鈴

在哪個項目拿到3千萬？

## 徐代表超群

醫缺。在專款。我們醫缺本來是 1.5 億，現在變成 1.8 億。1.5 億時還有盈餘 3 千萬，所以我們其實有 6 千萬可以用在診察費的論量部分。診察費用 320 點來算的話可能還會有一點缺口，建議這個缺口從一般服務預算移過來補到 1 點 1 元。

## 蔡主席淑鈴

現在的爭執是本署醫管組寫「基層部門擬將論量計酬案件移至專款」，這句話讓大家看不懂。其實是醫缺的一般服務論量部分本來預算來源就是來自一般服務預算，論次才是來自專款，這個應該大家都知道。

今天爭取到的預算是專款的預算，要來處理論量不足一點一元的缺口。

## 蔣代表世中

不是，不是。我們是要比照醫院。

## 陳代表宗獻

我來念一下會議紀錄，當場徐代表和我都在，談到這個項目時，徐超群醫師說「西醫基層部門之醫療資源不足地區改善方案，與醫院部門採一致支付方式，請再增編 3 千萬元，另外增編的 3 千萬元是用於提升山地離島診察費。」，這就是 6 千萬那一塊。

第 76 頁，我有提到「西醫基層部門建議再增加 3 千萬元，不論放在什麼項目」，蔡宛芬說「意思是要求付費者再增加 3 千萬元」，我說「對」，謝天仁就說「可以考慮專款項目，山地離島部分可增加」，後來我們就達成協議。

我們的方案，很抱歉今天沒有印出來，就是診察費 320 點，保障一點一元，而且不必根據合理門診量浮動。因為看得愈多打折是沒有道理的。這樣的費用算下來 3 千萬不夠。後面還多加一個文字是如果保障不夠，只保障這個，沒有保障藥費、診療費。是恢復當時的談判，我們原來的意旨，目的是希望同樣是西醫的醫療資源缺乏地區的執行，醫院和診所應該一樣。算到後來發現沒有辦法一樣，只好先處理診察費。

## 蔣代表世中

滕委員當時也講了一句話，她說剛剛西醫基層有說要增列的一段服務預算、西醫基層診察費幾個字，我們本來就沒意見。

今天我們好不容易爭取到3千萬，人家委員都已經講了，你們又說要扣除。話裡面都有錄音而且還有實錄。

### 楊代表芸蘋

總額協商時我也在現場，可以證明確實這些話，我也找了一下我們的實錄，確實有講這個問題，不只謝天仁，好幾個委員也有講到，好幾個委員贊成增加3千萬給他們放在醫缺，而且是專款專用，那時我們是說你們自己去協商，要怎麼做就怎麼做，我們不要干涉你們的內容。既然已經談好了，為什麼今天開這個會時，又把這個案子拿出來。後面加這個3千萬我覺得不大合理。既然委員沒有意見就配合他們去做應該做的事情。

### 張代表賜

當時協商我也在場，今年上半年我也代表所有的委員到宜蘭縣參訪西醫基層醫缺，確實很艱苦，在偏遠地區，診所和大醫院的服務是不一樣的，所以協商時也授權讓你們自己去調整，我贊成今天醫界的代表確實要鼓勵偏遠地區，不要扣一般部門的費用。

### 陳代表炳榮

剛剛有代表提到基層與醫院一致的做法。我想臺灣就這麼大，不可能一國兩制。醫缺本來就是一個專案，我本來以為藥費、診察費就通通在這個專案裡面，後來才了解，藥費部份是用在一般預算，以前這樣的規定是沒有話講，這一次爭取到3千萬要來挹注醫缺，我當然是贊同，可是剛剛徐代表提到這3千萬還是不夠，為了保障診察費1點1元，不夠的情況下建議由一般預算撥補。我想由一般預算去撥補絕對是不可行，因為現在點值已經是一直沒辦法達到大家都滿意，健保的主要病人應該是由一般預算處理，醫缺不是主要的，如果為了醫缺，不足部分挪用一般預算，我覺得不妥。

### 蔡主席淑鈴

這顯然全聯會在這一點上面也沒有共識。這件事情就總額的架構上，在總額協商過程中弄錯了一件事，就是如果當時的訴求是希望基層醫缺的待遇和醫院過來支援一樣，一般的部分要弄成不浮動的話，

重點是要增加一般預算的費用，而不是增加專款的費用，當然協商的訴求是在專款增加，但是醫缺的費用當時就很清楚講論量是從一般預算支應，論次才是從專款支應，結果現在是爭取的是預算是專款的預算，要挹注一般預算，概念就是這樣，不管爭取到的錢到底夠不夠。

假設所有的專款都可以拿來挹注一般預算，所有的結算就亂掉了，不是技術不可行，是結構會亂掉。爭取到的專款3千萬放錯位置，應該放到一般預算，才可以達到診察費1點1元的目的。付費者代表在這裡也同意要落實全聯會的訴求，協商的架構醫師應該要清楚，為什麼醫院會用專款，就是因為本來應該是基層去的醫缺地區，基層不去，醫院幫基層去，當然不可能挪用醫院部門的一般預算來做。

### 蔣代表世中

不是我們不去，是沒有人手。

### 蔡主席淑鈴

基層沒有人手，最後醫院去了，醫院也有一般預算，但是因為醫缺屬於primary care，所以不應該用醫院的一般預算支應，所以才會變成醫缺編專款來補醫院的診察費。中醫、牙醫也和基層是一樣的架構。

我建議這塊預算應該回到健保會討論說放錯位置，應該放到一般預算。你們就可以主張說從明年開始保障一點一元的部分，上個案子，包括醫缺的診察費。這樣概念就會非常清楚。

### 陳代表宗獻

付費者代表很清楚知道我這個錢就是要去補醫缺的醫療服務，如果放到一般，就會被一般的其他服務吃掉。如果在總額協商後再做這個分配的話，除非有特殊狀況，否則不同意這樣做的。回到原來的意旨，如果把3千萬放到一般，表示從健保開始有做醫缺的，一直沒有補給基層的終於在今年拿到了。

可是談判當時大家都不願意這麼做，所以本來的意旨很清楚，誠如兩位委員所提的，在場就是在這個氣氛中，健保會委員希望我們在這裡處理好，可能陳(炳榮)委員不在場，我們內部的共識很清楚，320點1點1元，沒有合理門診量，但是只有3千萬，在專款那裡用不夠就是從一般挹注，就是在健保會協商時達成的訴求。

### 蔡主席淑鈴

我很清楚你們的問題，只是現在是預算的位置擺錯，要怎麼樣來操作這件事情，請醫管組龐組長說明。

### 楊代表芸蘋

我想再請問一下，主席講的是擔心帳的問題，你們會亂掉嗎？

### 陳代表宗獻

我們很清楚，不會亂掉。

### 楊代表芸蘋

你們很清楚？那健保署擔心的在哪裡？你們要讓健保署化解難處。

### 蔡主席淑鈴

帳是我們在算，他們從來沒有算過。

### 龐代表一鳴

我先報告這個案子在健保會報告討論時就爭議很久，會議實錄都有發，大家手上都有，一直到 88 頁，中間討論過程非常冗長，徐超群醫師和陳宗獻醫師一直都像今天講的沒錯，健保署的立場也一直沒有變，所以主委最後的決議是：「螢幕投影文字，醫療資源不足地區改善方案專款項目之協定事項：本項預算為 2.4 億元，其中 1.8 億元與醫院同項專款相互流用，計畫應於 105 年 3 月底前提經健保會同意後始得動支。」，所以不管今天的決議如何，都要送健保會。更何況今天大家的認知不一樣，所以這個案子一定要送健保會討論。

在宣讀這些文字之前，鄭主委的說明：「超群兄，這部分涉及執行面，太細節部分付費者代表也不一定清楚」，這是鄭主委說的，不是我說的，我認為付費者代表非常清楚。接下來鄭主委說：「對我而言，也不確定西醫基層部門比照醫院支付醫療費用合不合理、能否執行。所以還是請健保署與西醫基層部門共同研擬方案，再送健保會報告。雙方都已經釋出善意，而且也非常努力了！」，所以一直努力到今天還在努力。也是要雙方來討論，因為醫界提了很多執行面細節的問題，今天討論的結果，我們還是認為幾個總額部門原則上診察費是由一般支應，診次費用才是由專款支應，執行十幾年來都是按照這個方式來進行，今天要做這麼大的修改，而且和其他幾個總額部門不同，是一個

很大的爭執點，既然雙方都沒有這個共識，就把這個問題再回歸健保會討論，或是健保會今天的同仁代表，是不是按照這個原則來進行，會議紀錄宣讀不完整的部分，麻煩再做補充。

### 陳代表宗獻

不是喔，他是說送健保會報告，不是討論。

### 龐代表一鳴

這裡寫「始得動支。」有沒有看到。

### 蔣代表世中

後面的「始得動支」絕對認同，前提是「表示認同貴會說明及預算編列方式」，我們的預算編列方式就是一般服務預算要7千萬，當時的代表只給3千萬，不夠我們要比照醫院的模式，根本不需要再討論。「付費者代表沒有提出意見，表示認同貴會說明及預算編列方式，建議就委員所提意見先予回應。」表示付費者代表也沒有提出意見，今天怎麼回過頭來又把這個部份顛倒，說什麼不認同貴會預算編列方式，這是鄭守夏委員說的話喔。

### 陳代表宗獻

鄭守夏主委也有提送健保會報告，我在裡面也有講一口價，謝天仁委員也說：「沒有，西醫基層部門是歸你們管的。」我說：「好，基層統籌該筆費用，這樣就好」。到那邊是不會被翻案。

### 龐代表一鳴

基層統籌，籌是指籌款還是籌借？籌是借錢的意思，所以你們是表達要去借錢。

### 陳代表宗獻

我現在沒有要和你講百科全書，我是說統籌運用該筆費用。

### 龐代表一鳴

哪裡有「運用」2個字，沒有的你不要亂加。話都是你在講的。

### 陳代表宗獻

我是建議，我們建議的案子這樣，你們建議的案子那樣，這個案子已經說要共同研擬，我們沒有共同研擬出來，所以是兩案併陳，像協商一樣再送健保會報告，不是送健保會核定、核准或通過。

### 龐代表一鳴

說委員手上都有資料，上面是寫「3月底前提經健保會同意後始得動支」，不是寫「提健保會報告」。還是我拿到的版本不一樣？是不是請健保會說明一下為什麼我們拿到的資料念起來都不一樣。

### 健保會魏組長璽倫

補充說明一下，因為健保會有另一份報衛福部的公文，報部公文會含各總額部門的協定事項，有關「西醫醫療資源不足地區改善方案」之協定事項的確是預算應於105年3月底前將方案內容提經健保會同意後始得動支，目前公文已經送到部裡了，有待核定中。

### 陳代表宗獻

現在的差距我也不反對送健保會，差距是在說這樣做妥不妥當，有沒有符合在協商過程的想法。所以在送健保會時最好是一個版本，不要兩個版本，請署看能不能協助。

### 蔣代表世中

當時鄭守夏是認同我們的說明和編列方式就是要從一般服務預算，已經寫得很清楚。

### 蔡主席淑鈴

我知道就是原來編列這個3千萬的目的要達到，達到你們的想法，醫缺的診察費1點1元，如果這3千萬不足就從一般服務預算補進去，這是你們的共識吧！但是這筆錢現在是編在專款，所以技術上如何克服，剛剛已經和溫溫專委討論過，應該有 solution，請溫溫專委說明。

### 本署醫務管理組張專門委員溫溫

3千萬有點類似小專款，專門用來補足醫缺診察費浮動與每點1元間的 gap，若是不足的部門再由一般服務預算優先補足。這樣可不可以？

### 徐代表超群

補 gap 不是這樣補的。不是這樣，我們是要用在整個診察費費用的部分，並補到 1 點 1 元。

### 蔡主席淑鈴

3 千萬補診察費浮動點值補到 1 元。就是診察費的浮動和 1 元的差距。整個挪出來那就是和醫院一樣，不可以這樣，一般挪到專款這是不對的。你們原來不是這個意思，和徐代表超群講的不一樣。

### 吳代表國治

我覺得這中間有誤會了。第 65 頁健保署提出「建請醫師公會提健保會同意」，就是你們認為我們把所有的醫療費用都要用醫院一樣從專款專用支出，其實並不是，我們只是要保障診察費，我的看法和組長一樣，就是把它當做額外的獎勵費用，這就解決了，不要再到健保會去。其實消費者代表都是同意這件事。既然是專款專用額外獎勵費用，就補到用完就好了，大家現在一團和氣，共識一模一樣。

### 蔡主席淑鈴

我現在聽到的聲音不一樣的地方是。徐醫師講這個錢是要來補現在醫缺裡頭浮動的診察費與 1 元的差距。

### 徐代表超群

我是說原來我們爭取的方向就是比照醫院，但是我們經費不足，所以現在只處理診察費，診察費處理的方式就是比照醫院的方式用 1.8 億元來處理診察費並讓診察費不要浮動，不夠的話再從一般拿過來。

### 蔡主席淑鈴

不是 3 千萬嗎？

### 徐代表超群

醫缺衍生的醫療費用大約是 1 億左右，今年我們在健保會爭取 7 千萬是因原來 1.5 億我們用了 1.2 億，還有 3 千萬剩餘款放在那裡，3 千萬加 7 千萬是 1 億，我可以補所有的醫療費用。但我們只爭取到 3 千萬而已，3 千萬加 3 千萬只有 6 千萬，只能補診察費，所以就做半

套。

### 蔡主席淑鈴

就是說有用剩的和新增的錢加起來要來補醫缺的診察費浮動與1元之間的差距，補到1點1元。對不對？

### 徐代表超群

是比照醫院的支付方式放在專款。

### 蔡主席淑鈴

徐醫師不能這樣子，你這樣的意思就是破壞了總額所有的結構。你把這一塊抽出來用專款支應，就是讓一般服務預算擴大了，和當時協商的原意不同了。

### 徐代表超群

我們協商原意就是和醫院一樣。醫院本來就是這樣做，醫院一開始就沒有從一般切過來，所以我們也主張和醫院一樣。

### 蔡主席淑鈴

如果你要去翻「一般服務用一般預算，只有論次是用專款」這樣東西，那牙醫、中醫也一樣要翻。因為這是原則問題，當時已經吵過一輪，你如果今天要偷渡，對不起，請回到健保會去討論，因為你破壞了原則。

如果今天你的訴求是醫缺的費用能夠類似保障診察費1點1元，經費要來自專款的某一部分，技術上我們來協助。大家的訴求要講清楚，今年的協商我也在場，沒有人說可以破壞這個結構。

基本上大家認同醫缺，同樣以醫師的待遇來看，你們講得振振有詞的地方是，同樣是醫師去醫缺，醫院就是1點1元，基層論量部分是浮動，你訴求的這一點，大家聽進去了。

### 蔣代表世中

我們的訴求是不公平。

### 蔡主席淑鈴

這個是有歷史背景的。我向你報告，各個總額的論量部分是來自

一般，論次部分才是來自專款，這件事情是各總額都一樣，包括西醫基層，為什麼今天西醫基層有一塊和中醫、牙醫不同，就是西醫基層開出來的醫缺，基層的醫師不願意去，所以才讓醫院去，如果西醫基層的醫缺由醫院去，要用到醫院的總額，那他不會去的。今天是醫院來補基層的位子，醫院如果要用到基層的一般服務預算，基層也吃不下去，基層也反對。理論上醫院去補基層的醫缺，應該要用基層的一般服務預算支應，那時是替基層講話，妥協再妥協才弄出一個專款去補這一塊。那時是這樣，結果你們現在變成在硬拗，基層的一般預算還要拿到以專款支應。那對不起，當初就不是這個意思。

### 陳代表宗獻

我們不是在討論歷史，我們在講3千萬是從哪裡長出來的。3千萬是我講的一口價。我本來是說放到協商因素3千萬，本來就是這個訴求。本來的訴求就是診察費、診療費、藥費是從這3千萬出的，不是差距喔。但是不夠，所以先處理診察費，另外那2塊就維持原來的狀態。

### 蔡主席淑鈴

陳醫師如果你講的是對的，那中醫、牙醫也要比照辦理。

### 陳代表宗獻

那他們談判啊，這是談判妥協出來的東西。

### 蔡主席淑鈴

請問付費者代表當時說同意時，理解全聯會的說法嗎？

### 楊代表芸蘋

那時的理解是放在醫缺部分，沒有想到你們還有其他的問題，我們真的不是特別了解，我們幾個委員是認為3千萬也不多，你們要怎麼運用，你們自己處理就好，真的不知道有這麼複雜。我們是希望你們能夠達到共識，你們內部可能還有一些不一樣的聲音。

### 蔡主席淑鈴

這部分的概念，可能我們付費者代表還不是很理解。我講白了，意思就是說全聯會想把一般服務中的一部分的錢通通拿出來用專款來

支應，但是我們認為說他在講的和醫院比是從醫師的觀點，同樣去醫缺為什麼醫院去的就1點1元，他們去的有一部分是浮動。為了從醫師的公平性角度，大家被說服了，這塊額外用一筆錢來幫助他，但是並未同意這筆錢要從一般搬到專款。差別在這裡，我們應該理性看待這件事。

陳醫師，我們也參加協商很久，你可以去翻，不知道哪一年就已經講好論量部分就是用一般預算來支應，論次部分，因為論次就是額外的，有鼓勵性質，才是用專款支應。這已經是很久的原則，但是你現在整塊要翻出去用專款支應，然後去爭取預算讓一般預算充裕一點。這樣的訴求是和原則有違背，這真的要回到健保會確認。

### **本署醫務管理組張專門委員溫溫**

這個原則是在100年時就確定了。100年就確定專款只有獎勵部分。

### **陳代表宗獻**

所有的費用都是以在健保會協商的當時為主，我們當時協商這個3千萬的時候，是協商無法成立，後來3千萬加進來，在當時也講得很清楚，我們當時不可能去解釋這些機制，而且消費者代表也不願意聽，所以那時只有一個共識，就是謝天仁委員說的那些事情是你們管的，你們自己去討論，那3千萬的來源不是說醫缺需要3千萬來補什麼缺，什麼浮動，我沒有說，就是我需要3千萬，這樣才合乎總額運作的穩定性。委員有接受，所以加3千萬，加在醫缺，是這樣來的。

所以加在醫缺並不是說我醫缺一定要做什麼，只有說由我們來討論這個費用怎麼用，我們現在是在討論怎麼用，如果說只做浮動，那根本不用3千萬，幾百萬就夠了，因為其中的差距只有10分之1，600多萬就處理掉了，那委員給3千萬做什麼？完全沒有意義。我們本來的意旨就是在說這個費用，本來就是講成長率。大家都知道這個錢本來就不是要去搞差距的。我們就是談一般部門。

### **黃代表振國**

主席我講一下我們基隆的案例，剛好顛倒，原由新光醫院去支援的，新光醫院因為成本不符退出，才委由診所做。

醫缺要點造就病患的方便性，也造就醫療需求增加，所以長久對一般部門的預算來說是吃虧的，假設今年只有3千萬專款的挹注，也

希望委員能幫忙點值最低的臺北區。

### **健保會魏組長璽倫**

補充一下，大家看這本協商會議議事錄 200 多頁，其實都是協商的過程，在第 2 天星期六上午其實還有另外一個正式的委員會議，就是針對各總額部門協商結果記錄取得共識之協定事項，協定事項僅提及該方案中 1.8 億元得與醫院總額同項專款相互流用，並未提到 3 千萬怎麼使用，的確是協商會議議事錄中 88 頁剛剛龐組長念的文字，3 千萬沒有列入協定事項。

### **蔡主席淑鈴**

請問各位，顯然我們今天對這件事情還沒有達成共識，這件事情如果暫保留，其他部分大家有沒有意見？

### **蔣代表世中**

這都討論過了，前面意見一大堆，後面還有什麼意見。

### **蔡主席淑鈴**

好，其他的都沒有意見了，對不對？

### **溫代表哲暉(張代表金石代理人)**

剛剛講的達到 35 人次要調降級數，假如已經是第一級，最低的那一級，要怎麼調整級數？假設又沒有人要開業的話。

### **吳專門委員錦松**

我們原則上優先獎勵開業，降到最低就維持或再予討論。

### **龐代表一鳴**

再討論，每年那個區都要檢討。

### **蔡主席淑鈴**

有關剛剛那個爭執暫保留，由全聯會與醫管組再商量，原則上到健保會是報告案，不要再討論，因為過去以來沒有重新再追溯討論已協商完畢總額。僅能報告的話最好是有共識再去報告，而不是在那裡製造問題，讓大家搞不清楚。所以這件事情就暫保留。

## 討論案第三案「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案」

### 黃代表振國

我想了解一下最後的結論和我們當天的討論的差異。

第一，當時我有建議預防保健完成率 16%不要下修，維持 20%，4%挪到組織從 40%變成 44%，我們翻開 128 頁對照表會比較清楚，128 頁（二）個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診原來是 10%，但是有加分的部分是 5%，就是經由轉診有達到目標加 3%到 5%等等，那今年把加分的 5%項目納入變成內含 4%的項目，這 4%減到預防保健，就是原來的 20%變成 16%，我想這個比重分數本來就不高了，而且會員的轉診率都有努力在做，原來的加分變成內含，我建議維持去年一樣的權重 10%，如果達到轉診，加分還是一樣維持加分。

### 蔡主席淑鈴

這項請醫管組回應。

### 龐代表一鳴

這是配分改變的問題不是嗎？和權重沒有關係。

### 黃代表振國

報告組長，原來是 6 次以上 10%，有經過轉診會加分加 5%，現在是變內含，就差在這裡。

### 蔡主席淑鈴

這邊看不出 6 次以上是 10%。

### 黃代表振國

那個在我們的評分表、成績單可以看到。這個條目的第 2 個就是加。

### 龐代表一鳴

我知道調整權重，預防保健的權重降了。

我先確定一下，原來我們的總分會超過 100 分，因為太細節了，我不是很清楚，先確認原來的總分多少，現在的總分多少？

**黃代表振國**

原來的總分我印象中是 105 或 110，這是額外加的。

還有就是原來有加分題，就是安寧照顧和參加病歷即時查詢系統，原來總共是 105。

**龐代表一鳴**

再 check 一下原來的總分是 110，現在加起總分會變 120，按照你的方法會變成？

**黃代表振國**

多 5 分。

**龐代表一鳴**

125? 每年 110 一直加。

**黃代表振國**

不是，加分題是 option，不一定會達到。我們很清楚，今年、明年很多群很多加分題是拿不到的，尤其今年用健康存摺，我不知道與會的代表能不能同意這很容易達到。

**龐代表一鳴**

這個沒有一項分數容易達到，不然醫師不會這麼難考。  
每一項都很辛苦，我們要回歸這個案子的本質。

**黃代表振國**

建議維擬去年標準，後面加分可以酌量少，我們可以接受，一項一項來，謝謝。

**龐代表一鳴**

一項一項來就等全部講完再來，我到時一項一項讓，總分不就變 1,000 分，60 分及格。

**黃代表振國**

我沒有這麼貪心，你應該知道我從來沒有這麼貪心過。

**龐代表一鳴**

你就全部講完。

**黃代表振國**

第二點是說預防保健，其實預防保健中如果要犧牲的話只有一個項目可以犧牲，就是 65 歲以上老人流感注射率，這是所有醫療群的工作同仁最無法著力的，而且都是其他人幫忙完成居多，大多由衛生所甚至是里長替我們完成的，這個工作與我們家醫醫療群的工作角色、定位、著力點最沒有辦法達到。這 5 分如果要拿掉，我想與會的會贊成的居多。

第三點就是我講的加分題，就是 CKD 和糖尿病檢驗值的上傳，我不知道是 CKD and DM 或 CKD or DM，因為這 2 個不同的試辦計畫，檢驗值上傳如果 50% 得 1%，完成級距得 5%，我不知道到時怎麼去算。大家知道檢驗值的上傳不是馬上有，到時要怎麼認定？假設檢驗了 10 項，上傳 1 項算不算完成，還是 10 項都對才完成？細節可能很細，本來這個計畫講得很清楚，針對未收錄 CKD、DM 試辦改以長期照顧的醫師予以加分，但是現在又和檢驗值上傳連結，和本意不同，我建議是有收案就加分，謝謝。

**蔡主席淑鈴**

好，醫管組這邊是不是有會前會啊？會前會沒有討論這些嗎？

**黃代表振國**

有啊，各持己見。

**蔡主席淑鈴**

請醫管組回應。

**龐代表一鳴**

那就再開會討論，開到有結論為止。

**黃代表振國**

龐組長，我想可以把預防注射 5 分拿掉，可以嗎？

### 龐代表一鳴

開到有結論為止，我為你講這句話已經失職了。那次會議是我舉行的，你說各持己見，我認為有結論，我已經失職了這樣我們就開到有結論為止，有結論之後再動用這筆預算。

### 黃代表振國

組長，你看我只提3點。因為這個計畫很龐大，有這麼多頁，只有3點，表示我們當天共識達成率有90%以上，所以是很成功的會前會。

### 蔡主席淑鈴

任何一項改變都會連動，因為現在滿分已經超過100分了，這是連動的，顯然不適合在我們這個會議上繼續討論，這個會議不是每個人對這個方案都非常清楚，也沒有辦法貢獻討論，所以，可能要保留了。剛剛那個案子也有部分保留，所以我們必須在有共識的時候再提到這個會議上，大家再共同review。今天因為時間也5點了，代表們也紛紛離開，顯然這個案子，他們著力點比較少就紛紛離開。我想今天就先開到這裡，這個案子保留，連同上個案子保留部分。請全聯會和醫管組另外找時間好好商量，能夠有結論再來提會，也許有臨時會或下一次會議再討論。

### 蔣代表世中

黃振國，當時我們有做成決議，今天再拿回去要再做決議嗎？如果每次這樣弄的話。

### 蔡主席淑鈴

你們回去再討論，我們今天會議結束，謝謝大家。