

「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」102年第2次

會議紀錄

時間：102年5月23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：蔡副局長魯

紀錄：楊耿如

出席代表：

王代表正坤	(請假)	陳代表威仁	陳威仁
王代表錦基	戴昌隆 ^代	陳代表炳榮	陳炳榮
古代表博仁	古博仁	陳代表晟康	陳晟康
何代表活發	(請假)	陳代表雪芬	陳雪芬
余代表忠仁	(請假)	陳代表夢熊	夏保介 ^代
吳代表國治	吳國治	陳代表聰波	陳聰波
吳代表進興	吳進興	彭代表瑞鵬	(請假)
李代表明濱	蔡有成 ^代	黃代表永輝	黃永輝
李代表昭仁	李昭仁	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	林正泰	潘代表仁修	李光雄 ^代
林代表昭吟	(請假)	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	(請假)
張代表志傑	許鵬飛 ^代	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	盧榮福
張代表嘉訓	張嘉訓	賴代表明隆	賴明隆
張代表德旺	張德旺	謝代表武吉	王秀貞 ^代
梁代表淑政	葉青宜 ^代	藍代表毅生	藍毅生
莊代表維周	莊維周	嚴代表孟祿	嚴孟祿
陳代表宗獻	陳宗獻		

(依代表姓氏筆劃排序)

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

林宜靜、邱臻麗

陳弘毅、吳春樺、陳哲維

程嘉蓮

林佩菽、吳心華

王韻婷

陳佳紋、黃湘婷

陳祝美

陳麗尼

龔川榮

蔡秀珍

梁燕芳

沈茂庭、劉家慧

姜義國

詹孟樵

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

劉軒秀、廖子涵

二、主席致詞：(略)

三、報告事項：

(一)案由：本會 102 年第 1 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。(健保局)

決定：洽悉。

(四)案由：西醫基層總額 101 年第 4 季點值結算結果報告案。

決定：西醫基層總額 101 年第 4 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	0.91676805	0.96566376	0.90867278	0.95259544	1.00205908	1.10873350	0.93444748
平均點值	0.93378542	0.96262648	0.93309683	0.95933409	0.99331322	1.04696377	0.95357346

(五)案由：「101年基層以病人為中心整合照護計畫」成效指標結算結果案。

決定：洽悉。

五、討論事項

(一)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，「門診同藥理用藥日數重疊率」指標定義修正，提請討論。

決議：「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，「門診同藥理用藥日數重疊率」共計 12 項，配合「全民健康保險醫療辦法」第 24 條修正，摘要如下：

- 1、配合修正「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，始得憑原處方箋再次調劑」，修正慢箋不納入重複日數計算之案件，由7天修訂為10天。
- 2、配合修正「保險對象如預定出國、返回離島地區、為遠洋漁船船員出海作業、國際航線船舶船員出海服務或罕見疾病病人，得於領藥時出具切結文件，一次領取該慢性病連續處方箋之總給藥量」，請對於持慢性病連續處方箋一次領取2個月或3個月用藥量案件，依前述情況，正確申報相關特定治療項目代號，得以識別。

(二)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」(以下稱本方案)之增列施行區域，提請討論。

決議：同意將台南市北門區增列為「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」施行區域。

六、與會人員發言摘要，如附件(第5~28頁)。

七、散會：下午4點20分。

本會 102 年第 2 次會議與會人員發言摘要

報告案二「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

蔡主席魯

請各代表提問或表示意見。

蔡代表登順

- 一、「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護」編列 5400 萬元，由藥師協助高診次病人輔導，但從投影片第 18 張藥費成長率(4.91%)有偏高，表示計畫執行成效不彰；但總額協商時，藥師公會代表卻認為執行成效良好，要求提高計畫預算額度。至於計畫執行成效，請健保局說明。
- 二、投影片第 53 張，勞動基準法規定，『第 24 條第 1 項：延長工作時間在二小時以內者，按平日每小時工資額「加給三分之一以上」。第 24 條第 2 項：再延長工作時間在二小時以內者，按平日每小時工資額「加給三分之二以上」。』，前開規定都是 2 小時以內，恐有誤植，請全聯會查明相關規定。
- 三、院所門診均採用彈性工時，開診及休診時間與公務人員上班時間不相同，而台灣勞基法上班時間規定 8 小時，兩者定義應有所區隔。診所下午休診，晚上看診病人較多，但一天工作總時數仍在勞基法規定工作範圍內，不能列為加班。

楊代表芸蘋

投影片第 51 張，部分分區預估之浮動點值及平均點值低於 0.9，請健保局說明原因及因應措施。

王秀貞副秘書長(謝代表武吉代理人)

- 一、有關西醫基層醫師數與院所數均增加，以及點值低落情形，請健保局提供新增院所及醫師之科別型態供參。
- 二、報告人特別有提到希望健保局要對成長高的科別進行管控，請問這些科別費用成長有無與西醫基層的醫師成長、院所家數成長有關，是否可以請健保局協助提供，讓委員有所參考

本局張科長溫溫

- 一、有關藥費部分，102年第1季件數負成長-3.4%，藥費正成長4.91%，大部分來自慢性病連續處方箋貢獻，因開藥日數長，藥費較多。
- 二、至點值低於0.9乙項，本項是指102年第1季之預估點值；至點值低落之檢討方式，本會每次均報告點值概況，並分析原因。分區業務組定期召開之共管會議，亦會監測醫療利用異常情形。
- 三、另提供新增醫師科別部分，因很多醫師具多個專科別執業執照，科別歸類有其困難度，本項建議留供參考。

本局沈組長茂庭

有關102年第1季藥費正成長4.91%，係因去年(101年)藥費基期較低，預期102年會有正成長的情形。若以整體藥費來看，成長率並不高。

陳代表炳榮

- 一、門診費用中診察費申報占率最高，但診察費為浮動點值，該項點值均在1點以下；平均點值貢獻最多為藥費，藥費正成長(4.91%)大部分來自慢性病連續處方箋，慢箋部分負擔上限200元，易造成病人浪費，建議加強管控慢箋之藥費。

二、至「藥師居家照護」是否可達抑制高診次之醫療浪費，請確實檢討執行成效。

藍代表毅生

建議於外科之診療處置項目加成，以達到實質鼓勵，減少醫師增加開藥品項，提升診療報酬。

本局梁專員燕芳

有關投影片第 29 張，東區業務組轄區某一皮膚科診所申報異常，經查該診所 101 年第 1 季，僅有 1 個月申報資料，致 102 年第 1 季成長率偏高。

陳代表晟康

以就醫科別或申報科別申報醫療費用，請問健保局可否修正統一，俾利醫界於規劃相關作業時，有所遵循。

本局張科長溫溫

現在申報科別係以病人就醫科別申報，若要修改以醫師專科別申報，恐有失真，此部分仍需再審慎研議。

王秀貞副祕書長(謝代表武吉代理人)

對於新增診所及醫師數，建議健保局依診所醫師執業科別統計，如果提供也可對應四大科補助的效應，若醫師個人科別認定有問題，可以就院所診所名稱來判定。

蔡主席魯

一、申報科別部分，從健保開辦迄今，仍有爭論，本保險醫療費用

- 支付標準，僅有某些特殊診療項目才有限定專科別申報。
- 二、若要就申報科別與執業科別明確歸類，請全聯會提供作業規範，以供日後醫界與健保局研議參考。
 - 三、有關新開業診所或醫師之科別以執業登錄科別認定，其實是失真的，目前診所係依病人就醫診斷，選擇申報科別。

蔡代表登順

- 一、西醫基層總額 101 年增編列約 9 億元，用於調整外科、婦科及兒科之支付標準，102 年又增編列 2 億元，調整內科支付標準，2200 萬元調整外科手術及處置項目。
- 二、現醫界代表對加成項目仍有意見，是要以登錄的專業科別或是以病人就醫科別認定；本人認為，外科醫師看內科疾病，申報外科，這並不公平，應以專業科別認定較具公平性。對於科別認定方式，建議醫師公會全聯會內部先有共識，再提會討論，較為妥當。
- 三、醫院總額部門與西醫基層總額部門對於洗腎預算是否要獨立，西醫基層總額部門建議合併預算，醫院總額部門則建議獨立預算，又請付費者表態合併或分開，我要表達的意見，就是「公親難為」。

陳代表雪芬

- 一、慢箋是造成藥費成長快速的原因，請健保局說明有無因應方式。
- 二、西醫基層 101 年第 3 季與 101 年第 4 季點值差異甚多，健保局可否告訴我們原因所在。

張代表孟源

西醫基層屬淺碟經濟，只要流感流行，點值就會驟降，所以西醫基層經營風險很高。

盧代表榮福

有關基層點值四季差異大的主因，係與 100 年及 101 年實施一般服務部門預算四季重分配有關，99 年以前未執行四季預算重分配，四季點值均非常平穩。本人於 2 年即提出警告，若採用四季預算重分配，將會影響點值的穩定性。

陳代表宗獻

- 一、基層點值 4 季差異甚大，係受四季預算重分配採用的參數(日產能、例假日)影響。
- 二、有關蔡登順代表建議將協商編列的 101 年編列的 9 億元，102 年編列的 2 億元及 2200 萬元預算，真正反映於外科、婦產科、小兒科及內科等艱困科別，全聯會是徵詢上開科別醫學會意見，依學會建議用於調整診察費。

張代表孟源

- 一、對於外科、婦產科及兒科等科別醫師反映診察費調整不明顯部分，以 102 年第 1 季來看，外科診察費約 3 億多元、婦產科約 6 億多元、兒科約 18 億元，9 億分 3 科補助，外科診察費每季增加 7500 萬元且基期較小故成長 17.02%，而婦產科及兒科診察費成長較不明顯，係因基期不相同，所以會有不明顯的情形。
- 二、至楊芸蘋代表所提基層點值低部份，請健保局說明補救措施。

蔡主席魯

總額預算是以點值計算，預算係由健保會協商編列，健保局並無其他預算可補助。

本局林副組長阿明

- 一、有關「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護」執行成效乙節，101年編列5400萬元，輔導病人數約4000~5000人，藥費成長率下降12%。該方案目前僅提供定點服務，要使整體藥費下降，尚有一段距離。
- 二、至慢箋部分，病人若為慢性病，病情穩定，就會鼓勵醫師開立慢箋，但對於病情尚不穩定的病人，基於用藥安全，請醫師不要開立慢箋。

陳代表炳榮

有關慢箋問題，病人藥費無上限，但部分負擔上限為200元，為避免醫療浪費，建議取消部分負擔上限之規定，同時達到抑制藥費成長的目的。

蔡主席魯

- 一、有關藥費部分負擔部分，本局最近已重新檢討部分負擔相關事宜，亦包含藥費部分負擔。
- 二、至部分負擔之修訂需提研商會議討論獲共識後，再提健保會報告，並依程序陳報衛生署核定後實施。

報告案三 「西醫基層總額執行概況報告(中央健康保險局)」與會人員發言摘要

蔡主席魯

請各代表表示意見。

許鵬飛醫師(張代表志傑代理人)

- 一、有關安全針具價格，廠商售價與健保局核定價格差 3 倍，基於成本考量，診所實難以配合政府政策。
- 二、至 102 年 1-3 月受刑人醫療服務申報概況，為何沒有中區及南區，另高屏件數偏低，請健保局說明。

徐代表超群

- 一、滿意度調查，「例假日休診造成就醫不便」乙項，從 100 年 2~3 成增加至 6~7 成，係因問卷內容改變造成。
- 二、請健保局提供中醫與牙醫診所「例假日休診造成就醫不便」之滿意度調查結果，以及中醫與牙醫診所「例假日開診率」供參。
- 三、建議調升例假日診察費，可以鼓勵診所例假日開診，提高民眾就醫可近性。
- 四、為改善例假日休診情形，建議健保局所屬之門診中心例假日能夠開診以提高民眾就醫可近性。並希望向衛生署建議，鼓勵公立診所、衛生所例假日都能開診。
- 五、為配合診所例假日開診，請藥界鼓勵藥局例假日上班，並鼓勵診所的藥師會員能配合於例假日上班，一起服務民眾。

張代表孟源

「例假日休診造成就醫不便」是結構性問題，建議調升例假日診察

費，以符合成本效益。

本局沈組長茂庭

有關「安全針具」價格過高問題，實際上會有「多個供應商」及「單一供應商」兩種狀況，若是「多個供應商」，可再詢問其他供應商價格；倘為「單一供應商」，販售價格高於健保局核價，請全聯會向本局反映。

本局張科長溫溫

- 一、有關中醫及牙醫「例假日休診造成就醫不便」滿意度調查結果，本局將提供全聯會，代表若有需要請洽詢全聯會。
- 二、至於中醫、牙醫及西醫基層例假日開診率，因型態不同，恐無法比較，另本局監測診所例假日休診情形，係為監測病人因診所假日休診造成不便之趨勢。
- 三、至「102年1-3月受刑人醫療服務申報概況，南區無申報量，高屏量偏低」乙節，若屬醫院團隊承作，診所醫師支援，支援之診所醫療費用均併醫院申報。

蔡代表明忠

建議調升基層診所例假日診察費，以鼓勵診所例假日開診。

李代表紹誠

會議資料第15頁，有關點值預估部分，建議將東區另列表呈現，讓點值更趨近事實。

本局張科長溫溫

有關點值預估呈現方式，同意東區另列表呈現。其實東區費用僅占

3%，影響非常小。

盧代表榮福

有關「例假日休診造成就醫不便」問卷內容，建議增列「例假日休診造成病情延誤」乙項。

蔡主席魯

有關滿意度調查結果，除於總額協商時，提供付費者代表、醫療服務提供者代表及專家學者參考，亦向本會代表報告供參。每個項目調查結果，大家都有不同解讀，若以單一個調查結果解釋全貌，恐會失真。

李代表昭仁

- 一、有關受刑人醫療服務申報，由醫院團隊承作，如診所醫師支援，則支援醫師之診所醫療費用確實併醫院申報。
- 二、至滿意度調查，建議依診所每月病人數調查，不能一概而論。

蔡主席魯

滿意度調查係提供各位代表參考，請不要以特殊調查項目結果解釋。

陳代表宗獻

- 一、會議資料第 35 頁「因基層院所假日休診，至醫院掛急診或門診占 48.9%」，建議以實際數據呈現，以利分析原因，解決問題。
- 二、據 101 年統計，第 4 級與第 5 級檢傷分類到醫院掛急診約有 145 萬人次，1 天 5000 人次，換算 1% 病人利用醫院急診，因而造成急診壅塞，值得大家檢討。

張代表嘉訓

- 一、因應醫療法第 56 條，5 年內按比例完成全面提供「安全針具」。102 年第 1 季安全針具件數占率不到 0.3%，請問健保局使用「安全針具」就要申報健保代碼嗎？因現很多診所都自行吸收，而 DRGs 內含，請說明政策方向，以利院所配合。
- 二、另請說明「安全針具」預算 370 萬之編列基礎，預算是否足夠？
- 三、現「安全針具」市場價格與健保核價差 5 倍，因使用量少，所以價格很高。

本局沈組長茂庭

- 一、「安全針具」使用係依醫療法第 56 條辦理，疾管局為控制傳染病，所以要求院所使用安全針具，醫療法主政單位為醫事處。本局考量院所使用安全針具將增加成本，所以於總額編列相關預算。
- 二、至「安全針具」預算計算方式部分，本項因分五年階段性調整，係以全部針具替換為「安全針具」後增加的醫療費用除以 5 年計算每年預算。

陳代表宗獻

- 一、「安全針具」占率僅為 0.21%，係因很多診所未申報，診所使用「安全針具」應該申報，技術費包含於診察費，但空針材料不含括。
- 二、最近實施的「處方單品項數抽審」，把「安全針具」亦包含於病人藥品平均使用項目，若申報則平均項目就會增加，形同處罰，建議排除「安全針具」及「prn」兩個項目。
- 三、請全聯會鼓勵診所，對於使用的材料確實申報，俾利健保局正確估算。

本局沈組長茂庭

- 一、「安全針具」已有品項號碼可供申報，不知道診所不申報的原因。
- 二、「病人藥品平均使用項目」是今年(102年)才開始實施，「安全針具」估算係採兩年前(100年)資料，兩年前沒有理由不申報。部分代表說預算偏低，因缺乏實際數據，故無法說明。
- 三、健保局編列「安全針具」預算，若院所未依醫療法使用「安全針具」，處分單位為醫事處與疾管局。

藍代表毅生

- 一、西醫診所「安全針具」申報偏低的原因，診所抽血檢查，僅申報檢驗項目給付，針具費用並無申報。
- 二、西醫診所病人針劑注射是必審指標項目，部分診所為規避審查，則不申報該項費用，是診所普遍現象。
- 三、「安全針具」針頭較粗，回血慢，不適用於血管之抽血及注射，目前中部四縣市僅使用於肌肉注射。

夏保介醫師(陳代表夢熊代理人)

- 一、有關健保局針對醫療院所別平均每張處方藥品大於5項者，將加強審查，其中處方藥品品項包括耗材與針具。
- 二、針劑注射是必審指標項目，每抽必刪，且回推放大100倍，所以診所不申報該項費用。
- 三、「安全針具」價格昂貴，當診所無法自行吸收，就會申報，屆時針具費用就會暴增。

蔡有成醫師(李代表明濱代理人)

其實針劑注射於診所使用普及，但不敢申報，因申報怕會被核刪。

王秀貞副秘書長(謝代表武吉代理人)

請問報告案中案件分類的一般案件特別(簡表),是指簡表或者包含簡表,如果是包含簡表,是否可以請健保局將一般案件與簡表分別呈現。

本局張科長溫溫
一般案件即是簡表。

王秀貞副祕書長(謝代表武吉代理人)

102年第1季基層案件下降3%,而醫院總額案件是增加3%,我們知道兩部門總額基期不同,而在上次委員會中提過各分區風險校正效果明顯,但是於整體總額評估又不明顯,因此特別提到醫院與基層風險校正的公式可檢討,請問健保局有無安排具體作業時程。

蔡主席魯

有關財務風險校正系數調整,陳宗獻代表曾提過建議公式,若協商採用該公式,大家均需接受計算結果,不得有異議。

陳代表宗獻

- 一、有關風險校正部分,會碰到醫院與基層同時增加或減少,因兩者相加為100%,其實風險監控僅能瞭解病人在那個部門就醫比例較高而已。
- 二、因針劑注射是監控指標項目,所以院所不敢申報。健保局針對病人單次處方藥品大於10項者及醫療院所別平均每張處方藥品大於5項者,將加強審查,建議排除「安全針具」、「PRN」及耗材等項目。另全聯會將輔導診所核實申報,使健保申報資料趨近事實。

張代表孟源

一、102年第1季基層總額件數負成長-3.4%，而醫院總額成長為0.3%，並非3%，醫院代表資料有誤，在此澄清。

二、102年第1季一般案件件數負成長-5.8%，急診件數負成長-5.8%，但門診手術及慢性病呈正成長。

莊代表維周

請不要意氣用事，醫院管醫院，診所管診所。

張代表嘉訓

一、醫療法第56條第2項規定，醫療機構應依其提供服務之性質，具備適當之醫療場所及安全設施。醫療機構對於所屬醫事人員執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置時，應自中華民國一百零一年起，五年內按比例逐步完成全面提供安全針具。

二、因「安全針具」價格高，診所基於成本考量，以致西醫診所「安全針具」使用率偏低，斧底抽薪的辦法就是修改醫療法第56條第2項規定，『將「應」自中華民國一百零一年起』修改為『將「得」自中華民國一百零一年起..』，請全聯會協助修法事宜。

王秀貞副祕書長(謝代表武吉代理人)

感謝張孟源代表更正，剛才發言就已經說明兩個部門總額不同，就算同樣3%，數據也不同，請張孟源代表不要誤解，重點是風險校正的處理

吳代表進興

會議資料第24頁，其中「診療小計」成長貢獻度達32%，請問「診療小計」涵括之項目。

蔣代表世中

- 一、西醫診所購買「安全針具」價格高於健保局的核價 3~20 倍；小兒科常用抗生素(Amoxicillin)市場價格亦高於健保局核價甚多，請健保局協助，讓診所購買「安全針具」、「抗生素藥品」及「耗材」之價格與健保核價相同，降低成本。
- 二、本人亦建議修改醫療法第 56 條第 2 項規定，『將「應」自中華民國一百零一年起』修改為『將「得」自中華民國一百零一年起..』，惟修法非常耗時。

王秀貞副祕書長(謝代表武吉代理人)

102 年第 1 季門診件數負成長-3.4%，點數成長 2.5%，平均每件點數正成長 6.1%，請健保局說明原因。

本局張科長溫溫

- 一、「診療小計」為支付標準的診察費及藥事服務費以外項目，如檢查、檢驗及處置項目等就歸診療小計。
- 二、至 102 年第 1 季門診件數負成長，點數正成長，平均每件點數正成長，其中點數成長，與慢箋平均單價較高相關，以致平均每件點數上升。

本局沈組長茂庭

剛蔣世中代表提到，某一特殊藥品為單一且必要品項，但藥價高，以致診所成本過高。請該藥品廠商向本局提出申請，由本局認定為必要藥品，核定價格可提高，讓院所得以申報費用。

蔡主席魯

本局自辦理「藥價調查」以來，分區業務組均會於宣導會上說明，若院所購買價格高於核定價格，即可向分區業務組反映。從部分代表發

言看來，不知是分區業務組宣導不足，還是醫師未參加相關說明會。

夏保介醫師(陳代表夢熊代理人)

辦理「藥價調查」時，診所就要將所有藥品價格提供給健保局，很多藥品診所購買時，並未開立發票。

蔡主席魯

剛剛不是討論「藥價調查」的作業方式，而是說，院所購買藥品，若以健保局核定價格無法購得時，有機制向健保局反映，由健保局收集相關資料後，再與藥商討論。

夏保介醫師(陳代表夢熊代理人)

「藥價調查」時，院所可否不提供所有藥品價格單據給健保局。

蔡主席魯

院所若不提供藥品價格單據給本局，本局將無法與藥廠討論藥價調整的問題。

張代表孟源

健保局現將破傷風疫苗歸類為不可替代性藥品，依規定以健保局支付價格乘以 1.3 倍。破傷風疫苗 66 元乘以 1.3 倍為 85 元，而國光藥廠每支疫苗價格 99 元，因市場價格波動大，對於不可替代性藥品，建議健保局將 1.3 倍提高至 2 倍。

本局沈組長茂庭

破傷風疫苗係因廠商變動才產生的問題，近期內就可解決。

陳代表宗獻

有關破傷風疫苗價格，請健保局與國光藥廠協商每支疫苗價格為 66 元。

本局沈組長茂庭

對於不可替代性藥品，依規定以健保局支付價格乘以 1.3 倍，破傷風疫苗 66 元乘以 1.3 倍為 85 元，若在 85 元以內均可向本局申報費用。

藍代表毅生

有關破傷風疫苗部分，出貨量至少 10 支，運費 200 元，所以每支疫苗需加 20 元運費，院所是虧本提供本項醫療服務。

報告案四「西醫基層總額101年第4季點值結算結果報告案」與會人員發言摘要

蔡主席魯

請各代表表示意見。

蔡代表登順

會議資料第 39 頁，北區浮動點值為 0.96566376，平均點值為 0.96262648，平均點值內因含有保障 1 點 1 元的項目，平均點值通常高於浮動點值，為何北區浮動點值高於平均點值？

本局張科長溫溫

跨區就醫浮動點數係用前季全局平均浮動點值計算，全局浮動點值比北區浮動點值低，以致北區平均點值低於浮動點值。

蔡主席魯

若無提問，101 年第 4 季點值完成確認。

報告案五『「101年基層以病人為中心整合照護計畫」成效指標結算結果案』與會人員發言摘要

蔡主席魯

請各代表表示意見。

蔡代表登順

「101年基層以病人為中心整合照護計畫」編列預算2億元，院所申報金額8,746萬元，應與參與院所率低有關，故成效需要再檢討，以及本計畫是否繼續執行仍有討論空間。

陳代表宗獻

- 一、本計畫於100年執行時，曾經加以檢討，因部分院所照護對象僅有20~30人，基於成本考量，以致影響參加意願。
- 二、我們希望個別診所與醫療群在此部份有所進步，所以自102年起，因應不同地區特性，納入無法組成醫療群之單一診所，於「家庭醫師整合性照護計畫」分社區醫療群及單一診所兩種型態辦理，繼續鼓勵診所加入社區醫療群執行全人照護。

張代表孟源

- 一、辦理「基層以病人為中心整合照護計畫」有其必要性，東區幅員廣大，要5家診所組成醫療群，困難度很高。
- 二、102年計畫已訂定相關指標，參與院所若未達標準，就需退場，對於社區醫療群的品質也有保障。

李代表昭仁

健保局推動很多試辦計畫，院所得到的結果不如預期，就會影響院所

參與的意願。

楊代表芸蘋

健保局推動各項計畫，係為提升醫療品質，「101年基層以病人為中心整合照護計畫」預算執行率僅為44%，院所參與率偏低，未來請檢討是否繼續辦理。

張代表孟源

- 一、「101年基層以病人為中心整合照護計畫」執行成效不彰，與部份參與院所不敷成本有關。
- 二、建議於103年基層整合照護計畫，增加獎勵措施，提升院所參與率。

夏保介醫師(陳代表夢熊代理人)

- 一、「101年基層以病人為中心整合照護計畫」係因院所收案人數約40~50人，因需很多行政成本，是院所不參與計畫原因之一。
- 二、「平均每人門診醫療點數」，全局僅有395家(48%)達成指標，與很多病人開立慢性病連續處方箋，增加藥費有關。
- 三、「成人預防保健檢查率」，全局267家(33%)未達指標，與成人預防保健項目的檢查太少，影響病人參加健檢意願。

本局林副組長阿明

費協會102年度西醫基層給付費用總額及其分配決議「家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫，全年經費12.15億元。以家庭醫師整合照護計畫為主，納入診所以病人為中心整合照護計畫」辦理。其中因「100年診所以病人為中心整合照護計畫」執行率偏低，102年預算已由2億元，減僅編列為1億元。至於103年預算編列額度，需視評核

會評核結果決定。

蔡主席魯

1. 本案無更正意見，確認通過。
2. 至於本計畫執行成效提升部分，請健保局與全聯會一起努力。

討論事項一『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，「門診同藥理用藥日數重疊率」指標定義修正案』與會人員發言摘要

蔡主席魯

本案請醫審及藥材組說明。

本局劉視察家慧

- 一、本次修訂「門診同藥理用藥日數重疊率」指標，其中有 6 個同院所，6 個跨院所，主要修訂有兩個部分，慢箋不納入重複日數計算之案件，由 7 天修訂為 10 天；又 101 年 11 月起申報相關特定治療項目代號，對於持慢性病連續處方箋一次領取 2 個月或 3 個月用藥量案件得以識別，故先於排除，不列入計算，故修正指標定義。
- 二、會議資料第 65 頁文字誤植，現行定義 1.第 3 行「...進行同一醫院同一病患不同處方...」修正為「...進行不同院所同一病患不同處方..」。

盧代表榮福

有關「門診同藥理用藥日數重疊率」指標，慢箋不納入重複日數計算之案件，由 7 天修訂為 10 天；若是慢性病病人，不是開立連續處方箋，請問重疊率日數為幾天(就是指病人到院所拿藥寬限日數)。

本局沈組長茂庭

對於不是開立慢箋的處方，「重疊率」日數，目前尚無規定。

陳代表宗獻

病人因高血壓至甲院所就醫，因降壓藥副作用導致咳嗽，至乙院所就醫，醫師改開立不同藥理的降壓藥，請問此部分，是否屬重複領藥？

本局張科長溫溫

本項指標是監測同藥理重疊率，以前慢箋重疊率日數 7 天不計算，現修改為 10 天。陳醫師所提情形亦屬重複，仍計入重疊率。

張代表孟源

一、有關「門診同藥理用藥日數重疊率」其係法規命令變動後指標定義修正，係配合「全民健康保險醫療辦法」修訂，全聯會支持健保局提案。

二、符合開立慢箋的病人，必須病情穩定，因需長期服藥，所以才設定指標監測「門診同藥理用藥日數重疊率」。

蔡主席魯

其他代表若無其他意見，照案通過。

討論事項二『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」(以下稱本方案)之增列施行區域』與會人員發言摘要

蔡主席魯

請各代表表示意見。

徐代表超群

- 一、本討論事項為照規定辦理，本會應同意增列台南市北門區為「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」之施行區域。
- 二、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」，據醫師公會統計，第一季院所已申請約三分之一的費用4.4千萬，全年度原有的預算可能不足，建議103年酌予增加本計畫預算額度。

蔡代表登順

- 一、為維護民眾就醫權益及公平性，付費者代表鼓勵醫師至醫療資源不足地區提供醫療服務，讓有醫療需求的民眾，得到診療服務，這是實施全民健保的目的。全民健保受到國際的肯定，必須感謝醫界的貢獻與努力。
- 二、醫療資源的使用，城鄉差距很大，目前西醫基層總額仍有90個醫療資源不足區域，其中還有缺乏小兒科醫師，西醫基層除落實初級醫療照護外，亦需擴大照護範圍，讓全民享有醫療照護，並建立醫師良好社會形象。

蔡主席魯

同意將台南市北門區增列為「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」之施行區域。