

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議 109年第3次會議紀錄

時間：109年8月27日下午2時

地點：中央健康保險署18樓大禮堂

主席：李組長純馥

紀錄：陳俐欣

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
王代表宏育	王宏育	張代表孟源	張孟源
王代表欽程	請假	梁代表淑政	梁淑政
王代表維昌	請假	莊代表維周	林誓揚(代)
朱代表建銘	請假	陳代表志明	陳志明
朱代表益宏	請假	陳代表相國	陳相國
吳代表欣席	塗勝雄(代)	陳代表晟康	陳晟康
吳代表國治	吳國治	陳代表莉茵	陳莉茵
吳代表順國	吳順國	黃代表信彰	請假
呂代表紹達	呂紹達	黃代表振國	黃振國
李代表孟智	李孟智	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表龍騰	請假	趙代表善楷	趙善楷
蔡代表淑鈴	請假	廖代表慶龍	廖慶龍
李代表偉華	李偉華	劉代表家正	請假
李代表紹誠	李紹誠	蔡代表有成	林應然(代)
周代表思源	請假	鄭代表俊堂	鄭俊堂
周代表慶明	周慶明	鄭代表英傑	鄭英傑
林代表俊傑	請假	盧代表榮福	盧榮福
林代表義龍	請假	藍代表毅生	藍毅生
林代表鳳珠	林鳳珠	顏代表鴻順	顏鴻順
林代表憶君	林憶君	羅代表倫樾	請假
邱代表泰源	請假	羅代表莉婷	羅莉婷
徐代表超群	請假	蘇代表東茂	請假
張代表志傑	張志傑		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

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

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國物理治療師公會全國聯合會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署企劃組

本署財務組

本署承保組

本署資訊組

本署違規查處室

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

江心怡

陳燕鈴、方瓊惠

黃佩宜、黃幼薰、吳韻婕、

陳宏毅

吳亞筑

洪鈺婷

宋佳玲

陳奕穎

范貴惠、廖美惠

麻晟瑋

王慧英

郭郁伶

陳瑩玲

馮美芳

陳泰諭

請假

請假

請假

陳怡蓓

曾玫富、連恆榮、詹淑存、

許明慈、郭乃文

吳科屏、劉林義、蔡翠珍、

洪于淇、楊秀文、林毓芬、

王靜雲、楊淑美、鄭正義

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）
確認（略）

一、修正 109 年第 2 次西醫基層總額研商議事會議報告事項第 5
案會議紀錄如下：

有關 108 年 9 月至 109 年 3 月期間，部分院所未開立連續處方

而誤報「開具慢性病處方」等門診診察費...，修正為...申報「開具慢性病處方」等門診診察費...。

參、報告事項：

第一案

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：全數解除列管。

第二案

案由：西醫基層總額執行概況。

決定：洽悉。

第三案

案由：西醫基層總額 109 年第 1 季點值結算結果報告案。

決定：依據本會議 109 年第 2 次會議決定採全年結算，本季點值(下表)僅供參考，不辦理結算事宜。

年度	項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
109Q1	浮動點值	1.0383	1.1254	1.0776	1.0840	1.0585	1.0981	1.0486
	平均點值	1.0079	1.0645	1.0466	1.0496	1.0339	1.0610	1.0345

第四案

案由：108 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉。

第五案

案由：有關 109 年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額結算方式，將採「全年結算」案。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

第一案

案由：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 2.專業醫療服務品質之「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「剖腹產率」指標修正草案，提請討論。

決議：本案未獲共識。建議彙整醫界建議後，簽請本署長官核示，再提本會議報告。

第二案

案由：有關病人自費眼科針劑用藥時，院所是否仍可申報眼球玻璃體內注射(86201C)手術費用一案，提請討論。

決議：

- 一、依據本署 100 年 4 月 19 日健保醫字第 1000001829 號函釋，未獲事前審查通過之藥品，為該次住院或手術之主要原因，則相關醫療費用，整筆不予給付。
- 二、相關抽審作業方式如有疑義，可於分區共管會議時提出討論及調整。

伍、散會：下午 4 時 30 分

陸、與會人員發言摘要詳附件。

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議 109 年第 3 次會議與會人員發言摘要

主席

各位代表大家午安，今天的會議是由我主持，主要是因為我們蔡副請假，所以就我代理主持，今天是我們西醫基層總額 109 年第 3 次會議，今天會議首先我們要確認上次會議紀錄，從我們資料的第 5 頁到 9 頁，請各位代表看一下有沒有要提出指正的？是，張代表。

張志傑代表

第 3 點有關於審查費的追扣，我覺得這不是誤報，這是健保署自己標錯的價錢，那些院所正確合理合法去申報，強調這是正確申報，用誤報這 2 個字我覺得是不對的，你們在追扣這些錢的時候用誤報這 2 個字我覺得應該要刪掉，他們沒有誤報，他是正確申報，以上。

主席

好，上次的紀錄第 8 頁，主要是我們沒有開立連續處方，因為名稱把連續 2 個字拿掉讓大家認知就覺得有落差，以為是可以申報的，我們就是把差額扣回，好，謝謝，那我們來更正，依照您的指示來做更正，還有沒有？好，沒有，那我們就確認上次的會議紀錄，那我們是不是到報告事項第一案。

● 報告事項第一案：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

謝謝同仁的宣讀，這次列管有 6 案，第 1、2、3 案是已經確定解除，第 4、6 案會併入今天的報告案跟討論案，這邊先暫時解除，如果在報告案跟討論案有任何新的決定就會接續去做列管，第 5 案是還要繼續列管，請問各個代表同不同意我們這樣？是，顏代表。

顏鴻順代表

我想請教一下第 3 案，講到說部分院所沒有開立連續處方箋而誤報，請各業務組去處理，不曉得以第 1 季來講這個件數多嗎？追扣的狀況大概是怎麼樣？有沒有一個數字出來，謝謝。

主席

好，還有沒有代表？我印象中上次有做成一個提案，金額我們再查一下，是不多。

顏鴻順代表

這個東西是資訊系統設定，應該不太會錯誤，就算錯的量應該不多，會到千萬就有點怪。

主席

因為他跨了比較長的時間，從 108 的 9 月到 109 的 3 月，總共有 5,552 萬，影響的家數有 2 千多家院所，金額不等，實際上也不能說是各位的錯，大家認知上面有落差。

黃啟嘉代表

主席，上次報告案列管的第 5 案，就是說平轉的部分，就是上次會議決議情形跟第 5 案，有關轉診診察費，有關平轉的部分，我們是已經列入 110 年基層總額成長率方案來爭取，因為當初是在沒有預算的情況下，署裡有必要盤點，現在把我們預算爭取是不是這個案子解除列管，就是先解除列管，我們爭取後署裡覺得有需要討論我們再來討論。

主席

確實，今年公會有特別再提案，裡面有提到要增加品轉的誘因，這個我們就先解除，如果那邊有確定的預算，我們明年度就可以據以執行，好，那就先這樣，還有沒有？好，沒有，那我們第一案就先照剛剛會議的決議，那我們是不是進到第二案，相國執行長。

● **報告事項第二案：西醫基層總額行概況(略)**

主席

各位代表對剛剛相國理事長跟我們醫管還有醫審這邊報告的內容有沒有要指教的？是，黃代表。

黃振國代表

指教不敢，接續我們相國的說法，今年的疫情打破以往很多醫界跟社會各界跟

健保署的觀點，我們也不知道對醫界什麼最好？有人稱讚今天在臺灣不用快篩，是因為有醫界就醫的方便性比快篩更重要，聽到這句話很窩心，但是當我們看到所謂的防疫獎勵金少到可憐還要去繁複的手續，今天已經8月了，我們1月戰到現在我們得到什麼？得到我們自己很慶幸都還在這個位子上，但是我們想，以前古時候說養兵千日用在一時，我們醫界存在，但是在我們打了這個仗，從1、2月到7、8月，明天有個議題對醫界很受傷，因為防疫很成功，病人也照顧了，費用也節省了，那以前的軍糧就不用那麼多了，以前病人都是虛的，大家可以看到我們今天提供的總表，從健保署報告的2-9來看因為我們全聯會書面資料，總而言之在第1、2季，我們看到總的下降是17.8%，如果扣掉一些成長項目，平均而言是少了20%左右，但是醫界少的過程中大家知道我們在座的所有醫生都是醫療團隊，都沒有缺席，在每一天門診照顧上，甚至更嚴謹的態度增加自我防疫準備等等，但是我們看到門診量減少，我們在前線守著，敵人沒來也是我們的錯，其實我們病人把他照顧好沒有擴散也是我們錯，大家看到的減少是出於2個點，一個是慢性病連續處方箋的第7項跟慢性病的部分是增加的，雖然增加7%，如果你-20%跟7%的概念要增加27%的意思，本來要-20%，所以也看到我們西醫基層在這次防疫另外重大的功能，讓我們民眾在到醫院就醫有風險恐懼的時候，有一個溫暖的窗口，讓他持續地就醫，所以我們今天看到全國慢性病的死亡率都沒有增加，所以我們請分區業務組今年在下轉幫個忙，你也看到病人用腳走下來的，這一點請多幫忙，這是第1點，第2個我們要突顯一個問題，很奇怪我們今天都洗手戴口罩但是第5點結核病，這個千年老怪竟然沒有死掉，而且還在大家都有社交距離，洗手戴口罩有防疫距離肺結核反而增加，這個訊息是不是也可以反應給疾管署，雖然疾管署一直在防疫冠狀病毒，這個TB好像跑出來了，這個是回饋，這個語重心長，希望明天我們很多的代表發發牢騷對醫界的愛惜還是尊重的，不然明天還要扣總額，說實在明天會議到時候扣總額，我們不是只有請假去，在座的代表明天中午可能會絕食抗議，謝謝。

主席

只節一餐喔。

黃振國代表

只節一餐，社會大眾還需要我們，只能一餐，而且我們要堅強的守著。

主席

健保會不歸健保署管，我們要再三重申，媒體都寫錯了，是不是繼續還有沒有代表要提問的？是，吳代表。

吳國治代表

那個明天的提案是這樣子的，那個社保司跟署都有提意見，可是寫的好像總額不總額的，其實你們沒有法規的人嗎？我覺得從法規面，他引用預算法第 69 條是不是合理的？從那邊就應該要表達你們的意見，如果說認為他們提案的內容引用根本失當的話，就立刻要提出來了，有時候在那邊會無限上綱，事實上能不能引用預算法第 69 條是很有疑義的，如果真的是這個樣子的話，國家的法律都沒有穩定的基礎了，一個健保會就可以把所有的東西都是推翻了，這是不對的，所以我是覺得說，不論是健保署或是社保司，應該都要在法律上應該做一番見解才對。因為我覺得健保會裡面的委員，大家各行各業，雖有專精，但畢竟在法律上面，一定有你們法規的人，在這方面要加強才對，以上。

黃啟嘉代表

其實如果要引用預算法，過去 20 年來我們點值都不到 1，那預算不足的部分是不是要先補足？

廖慶龍代表

其實我反而是贊成健保會的提案，不過先講清楚，所謂贊成的就是說，你既然準備逕自這樣挪動總額到準備金，那 OK，先講前面的事情，或許前面的討論主委說可以先補前幾年點值不足 1 的，如果困難的話，我們就訂下來，以後點值都保「1」，既然可以挪動總額到準備金，那明年如果點值不到 1，就用準備金補到 1，這是第 1 點。

然後剛剛我認為戰爭養兵千日，戰爭就要分平時跟戰時，今天感覺是說在檢討平時戰爭時戰士的薪水是不是太高，感覺是這樣，還有另一個感覺到不公平的是數據顯示我們那邊防疫科別那麼危險，業績少了 4 成，骨科是在後方的，他反而還有一點點小成長，我覺得是說針對防疫風險性那麼大的科別，應該要

用總額以外的嘉獎，所謂的總額就是我們平常的薪水，既然去年的薪水都講好了，沒有說今年你的薪水太高來檢討你，好像戰士在前面打戰，後面在檢討所有戰士的薪水，感覺很不好，謝謝。

主席

好，還有沒有？黃代表講完，之後是林代表。

黃振國代表

那個針對慶龍兄講的想法，事實上是沒有加薪，是點值增加，點數下降幅度比點值增加幅度大太多了，所以那個是大家集體減薪，謝謝。

主席

好，林代表。

林應然代表(蔡有成代表代理人)

針對這個衛福部補償我們這些防疫科別，其實有相關的是針對呼吸道感染跟腸胃道症狀者有補償，這個補償是照門診比例算的，多少比例的話，一個月補償多少，大概是 3 萬/月、2 萬/月跟 1 萬/月；另一個就是說每個月看診幾天，20 天以上就有，其實這個概念是很好，因為這個就是針對防疫科別，而不是針對通案去補償，才不會補到像精神科還是已經有上漲的科，但是這個錢喔，杯水車薪，根本不足以補，而且補了以後六成還要拿來補員工，員工那個時候根本清閒的很，薪水照領又沒有病人，所以這個制度有點奇怪，我們付出了這麼多給員工，結果拿了錢還要再補償給員工，所以這個制度很怪，其實那個概念是很好，只是那個錢太少太少了，少到根本沒有用，反應一下這個事情，正確是正確，但是做了一點點皮毛，沒有得到一個有效的補償作用，謝謝。

主席

謝謝，張代表。

張孟源代表

主席、各位委員：大家好，大家午安，就是說關於總額的話，我們知道健保法第 60 條及第 61 條都說得非常清楚，那健保會是在年度前 6 個月就開始了，那已經在去年總額已經談判，大家已經決定 109 年總額到底是多少，這是國家基

本的法律基礎，那我們醫界過去 20 幾年來，總額都是不足的，所以說每年不是打 8 折，0.8、0.9，甚至在 92 年、93 年時，點值是 0.7，那時候我們有到健保署或是到立法院前面大遊行，但是當時國家跟我們講，總額就是總額，法律規定的，去年就已經規定好了，所以說預算就是不多，請大家共體時艱，所以你們服務量多那只有打折，那我們應該說法律應該是彼此信賴，就是雙方有一個互信的基礎，那不可能因為說今年是世界級的疫情，就造成所謂點值上升，那這個疫情也不是醫界造成的，那我們醫界反而是為了國家的防疫，不斷的努力，希望能讓台灣的民眾得到健康，在這樣付出的當中，點值上升是因為醫療的需求、醫療的使用減少，所以說不可能因為醫療點數、點值，在已經去年協商好的總額，今年又重新來談扣總額，假如這樣大家對於國家法律的信賴，所謂的信賴保護，真的就是不足，所以我們希望這種事情，健保署大家也都 20 幾年的朋友了，也都被扣 20 幾年的總額了，希望能替醫界主持一個公道，還有衛福部的官員也能替醫界主持一個公道，希望是說我們大家一起努力，讓台灣更好，謝謝。

趙善楷代表

講起來大家都很有道理，但是在群組上的討論好像都蠻悲觀的，好像對健保會有幾個代表無可奈何，我是看過健保會的委員在會議的報告說健保總額號稱 7000 多億元，但是他們能夠協調的、有影響力的就幾十億元，所以也覺得無力感，而且也花很多時間，意思是說難得今年有這個機會，醫界犧牲那麼大，可以讓他們省下一大筆錢，可以把錢拿回去跟付費者邀功，是不是有這種心態？踩在醫界的痛處，健保會付費者代表又可以邀功，我記得理事長也說得很好聽，說病人少了，看少少的又可以賺蠻多的錢，這樣有什麼不好？真的是這樣嗎？照目前看來是一個悲觀的未來，謝謝。

主席

還有沒有代表要表達的？請黃代表。

黃啟嘉代表

這個疫情我們都有同樣的心聲，總額其實就是一種剛性的需求，他是按照嚴謹的基礎去計算出來的，不會因為疫情的有無，或者任何狀況、突發性的東西去

影響總額的恒定性，事實上付費者這樣的做法、這樣的思維，基本上其實是把總額制度給破壞掉了，所以醫界內部也很多人支持說直接把總額給廢掉，以後移給醫院來計算，甚至如果是這個樣子，以前論人計酬的那種概念，基本上是完全破產的，總額制度已經是醫界一個最大的妥協，如果今天要把總額制度給廢掉，那醫界是絕對支持，甚至可以把總額的上限制改成目標制，不要上限了，用目標制，錢到哪裡就用到哪裡，超過以後，像英國一樣明年再來，最早的公醫制國家是目標制，不是上限制，全世界用上限制的，在臺灣是做的最成功的一個，也是醫界犧牲最大的。

主席

健保會好像明天有這個提案。那社保司：他剛講我們寫的文字太弱化了，沒有很強硬，你的看法？

梁淑政代表

健保會是一個協商的平台，委員都可以提案討論。不過這提案，從醫界角度來看，確實非常委屈，這麼認真防疫，還因為利用率下降而要被扣減總額。但有時候反過來想，以點值來看，其實總額長時間點值大都低於一元，若真要檢討，醫界也是很有利的。因此，原則上社保司還是尊重健保會議程的安排，至於預算法跟健保法之間的關係，提案委員也有他自己的見解，所以就不針對這個部份來做推演，大家心裡都明白，那本來就是不同法律對不同標的所做規範。總而言之，總額實施這20幾年來，確實是需要再去做一個討論，尤其是在疫情的時間跟平時太平的時候，這兩個服務量的差異到底是差在哪裡？大家都說醫界非常辛苦、血汗，看了很多的病人，或者是什麼樣子的狀況，或許可以趁著這時機，做一些改革，包含支付制度等。在剛剛的報告裡也看到，不同科別的影響也是不一樣的，如何達到一個平衡，這也是值得大家一起來思考的，以上。

主席

我先說明一下，其實如果在疫情一開始，整個衛福部就已經預想到會這樣子的情形，所以是要講年結算，所以那有點值？根本沒有點值，因為根本還沒有結算，這是我覺得應該要先破題的部分，因為是年結算，上半年或許真的因為疫情的關係還有季結的關係等等的因素，造成量跟去年同期比起來確實比較不相

當，可是就是因為知道會有這樣的波動，所以才會用年結算，這是第 1 個。第 2 個就是我們健保署其實寫了一段措詞還算強硬，因為我們寫出去以後，健保會委員就打電話來質問我們為什麼要這樣子寫，所以其實我們寫了很強硬的一段話就在第 3 點。第 3 點我們是說多數年份幾乎是都是少於 1 點，也就是價量都高於預期，所以也都沒有追加預算去填補，在這種情形下，價量萎縮以後，就要去縮減預算，這可能在未來追加預算倡議上面，你是沒有辦法有立足點的，所以剛剛其實有很多代表都有提到了，過去欠我的都沒有還給我，而且那個點值確實乘上量就是申報的點數，才是真正的金額，金額就是比去年少，確實對大家都有衝擊，各行各業都在紓困，只有我們因為有總額，然後當時的疏困預算編列 458 億，我們這一群在那邊算了半天，然後寫了上去就全部被打叉，我們也很挫折，因為我們覺得疫情是歸疫情，不能讓健保去救疫情，應該是要有預算來溢助，所以如果那時我們有爭取到錢，這些真正打戰的科，就那個部份就可以補了，所以其實真的很抱歉，我們力量太小沒有成功，在主計那裡就沒有爭取成功，我們沒有很弱，我們也措詞強硬。

吳國治代表

我同意署裡寫出來的話，你在第 3 點提出來是沒有錯，你真的有提到以前都沒有追加預算予以填補，遭遇疫情門診量萎縮所及要追減預算，未來衍生追加預算之唱議或做法，恐成常態，宜特別審酌，可是你要寫出這句話時，你背後一定有法律的基礎存在，可是你為什麼不去挑戰他的引用預算法 69 條的法律基礎何在？那我們健保基金是用預算法去規範的嗎？應該不是。你應該從這邊切進去，你寫的這個話就代表這個意思，我瞭解。那其實社保司寫的是固位醫療院所之穩定名譽，以平衡疫情前後之點值，並綜合考量不同科別規模院所所受影響之程度，建議持續觀察，視年度結束或疫情穩定後再一併檢討。我覺得這個東西在法上面，如果付費者代表不懂、不熟悉法令，你們就要直接站出來說，這個不用討論了，這在法上是站不住腳的，這樣就好了，對不對？你在這邊引人一個很大的空間，好像還有很大的空間可以去發揮，我覺得這個東西會引起醫界跳起來的，這個真的是...

主席

講到預算法，我們要不要請莉婷？

羅莉婷代表

大家好，我是健保會委員，目前服務於主計總處，預算法是主計總處業管的法規，第 69 條主要講的是國家發生特殊事故導致政府稅收不夠時，支出相對要減少。其實預算法大部份適用的範圍是公務預算，那健保這一塊是屬於基金，那基金收支是伴隨業務量去做處理，基金跟預算法相關部分，大概是跟公務預算的介面跟審議程序比較適用而已，其他的大概都不宜直接套用。那健保這一塊跟一般我們所謂基金又更不一樣，因為一般的基金是業務收入、業務支出，但是健保又是透過付費者、醫界跟健保署三方去運作，我有看到明天健保會的提案，我本身覺得引用預算法作為調整給付之法源，恐非十分妥適，以上。

吳國治代表

希望明天主計處有人在，他應該要發言一下，因為健保會我們去常常都覺得效率不彰，因為大家都講，你知道委員那麼多，講了一輪之後花了多少時間了，那如果說從法律切進去的話，就不要討論了，這樣也免得醫界跳起來，說實在真的是，我們要擋住我們背後的声音很困難。

黃啟嘉代表

我要講一句話就是其實健保是 2 塊，支出跟收入是 2 件事，健保基金本身夠或不夠，牽涉到的是費率的調整，因為健保基金的安全準備少於 2 個月的時候要調費率，所以健保基金是屬於收入面的東西，那支出面是總額預算制度，總額預算制就是一個剛性的民眾醫療需求，是經過精算之後算出來的，那每年談判之所以影響的範圍很小，說 7000 億只影響幾十億或幾百億是因為民眾的醫療需求，能夠讓你討論的醫療空間本來就很小，就這個人在你能夠討論他的健康需求是能有多大？原本最基本的醫療需求就是固定的，若只是說那個地方可以再多做一點或少做一點，可是那個一點就是比例很低，所以協商其實占總額預算非常小，是因為他基本上就是民眾剛性的醫療需求、剛性健康需求。他是不可以被討論的，因為你看有那麼多人在，就有那麼多的醫療需求，如果這個可以討論，那就表示我們民眾健保權益會受傷，所以支出面的總額預算本來就不是一個可以討論的，今天被討論的結果，我只看到一個點，就是過去所有總額財

務的風險，醫界買單；財務的利益，民眾拿走，財務如果有利益的，消費者拿走，醫療提供者買單所有的風險，這樣公平嗎？

吳國治代表

我再補充一下，事實上健保基金是用健保法再管的，不是用預算法在管的，而且特別法優於一般法，第2個是69條要發動，是所有的主體要進來，是主計發動的，是健保會就可以發動嗎？我覺得這些東西很多細節，法律見解真的要出來，在協商的時候就已經執行了，對不對？更何況在所有的健保裡面，也有回收機制，我們的專款沒有用完，是不是也回收回去？從這裡還要再回收一次嗎？這種種的論點，主計應該要表達適當意見，我是覺得部裡面有法規的人，應該要從這邊就直接切進去，不是再講什麼總額檢討，講這些有的沒的，這些醫界大家都聽不進去了，我們擋住背後的壓力擋得很苦，以上報告。

主席

請蒞茵代表。

陳蒞茵代表

我是在想今天早上不要來就好了，但是我就跟各位講說，這個付費者代表他們提這個案，其實我們之前開過會，那是在想說一直想要的36%欠款部分要回來，要把他補足而且現在要漲健保費，所以說他們有他們的想法，但是我覺得各位的想法也可以提出來，也不必生氣，這個付費者代表人也沒有那麼多，那我基本上就是一個路過而已，因為是抽籤抽進來的，那對各位醫師的辛苦，我們也非常清楚，

黃啟嘉代表

我對抽籤進來的代表，我們要充滿敬意，因為你們其實是代表一股清新的力量，你們千萬不要被那些待很久的代表給綁住，扭轉你們充滿清新的感覺。

陳蒞茵代表

其實還是有一些力道，我覺得各位醫療的代表也不必氣餒，因為提案歸提案，公道自在人心，以前你們也沒拿到「1」，所以你們很努力了，我們心裡清楚。我只是路過，然後是客卿，然後就是說你們不要氣餒，因為這個他們有他們的

算法，那你們有你們的立場，尤其是健保會、健保署這邊，他們有他們的算法，所以不必太不舒服。早知道今天不要來就行了，但是我還是傻傻的來了，想見見大家，謝謝你們這麼辛苦在第一線，真的你們在第一線，真的非常辛苦。

吳國治代表

其實我們對病友團體的代表是非常尊重的，可是站在另一個觀點，我們一直很期待就是病友團體代表病友，就是要爭取醫療服務。

陳莉茵代表

我們是想爭取。

吳國治代表

可是你們跟付費者代表，不論是資方、勞方，尤其是資方對於健保會，我可以理解，我並不反對資方去阻擋健保費的調整。

陳莉茵代表

他們付了錢(員工健保費的意思)。

吳國治代表

因為這是他們的職責所在，就像我們的職責所在一樣，可是我是覺得病友團體代表的職責，應該要發揮中流砥柱，你們應該跟我們一起去爭取更好給病友的服務才對。

陳莉茵代表

其實跟各位報告一下，我進來快要2年了，現在才慢慢的搞懂你們這個制度。

黃啟嘉代表

我歡迎隨時你們對於健保會的制度或者一些資訊或者很多細節，需要幕僚的話，我們願意提供。

陳莉茵代表

有，我對你們非常的尊敬。

黃啟嘉代表

對，我們全聯會願意提供。

陳莉茵代表

說實在話，你們的立場也是會非常中肯的，因為大家都好辛苦，所以我就覺得說不用那麼難過，因為你們在第一線很辛苦，所以你們會覺得說怎麼會被這個樣子，所以會覺得難過，但是公道自在人心，那提案的委員也是只想去健保會要錢回來而已，他也是這個樣子，盡到職責而已，所以我是覺得說公道自在人心，各位的努力大家也都看得見，沒有問題的，別生氣，真的別生氣。

主席

先張代表，那再這位代表。

張孟源代表

謝謝委員，真的公道自在人心，因為我們知道說在一個法律，尤其是中央主管機關或者是健保會，是屬於衛福部一個重要的機關，真的是應該依照法律辦事，那我們知道說剛剛我提到的健保法第 60 條跟第 61 條，現在提到的是預算法第 66 條跟第 69 條，那我們知道說預算法跟健保法，這 2 個法律各有各的管轄的範圍，按照中央法規標準法第 16 條的規定，所謂的特別法優於普通法的原則，你現在拿一個預算法來討論健保法裡面的總額預算，在一個基本的法制架構上，根本就已經是引喻失義的情況，那再來退一萬步而言，假如你用預算法第 66 條跟第 69 條，他發動的機關是中央主管機關的主計單位，那你怎麼可能健保法的委員又變成中央主管機關審計部的委員呢？這樣不是說適用的法律原則是不恰當的，那我們不知道說健保會是不是有法規審查的一個機構，像一個法律，如果程序不合法，原案就駁回了，從來就沒有一個程序不合法，法律適用有疑義，也不做法律的解釋，就放任醫界跟消費者在對立，真的情何以堪？我們是希望公道自在人心，我們的努力社會也能夠看得見，我們是希望說大家一起努力為臺灣，不要這樣子，謝謝大家。

趙善楷代表

嘉義市趙善楷第 2 次發言，談來談去都在談錢，健保署管發錢的部分，今年預算協商出來 7,000 多億，健保會這樣一弄可以省下多少億最後可以給我們數字嗎？可以省 100 億、200 還是 300 億，省下金額講出來大家來喬。

黃啟嘉代表

精確一點講這不叫省，比較算是把民眾醫療需用直接扣掉，沒有預算民眾醫療需求間接受到影響與壓縮。這樣舉例好了，以前健保會內部協商會議時，好幾次病友團體與資方代表直接對嗆起來，幾乎到翻桌的地步；其實病友團體想增加的醫療服務就要增加預算，相對排擠其他服務增加的空間；民眾多一個便當，比方他有 1,000 個員工，資方負擔是勞方的 6-7 倍資本家就要多 7,000 個便當，資方當然會拚了命來壓制。

主席

請王宏育代表。

王宏育代表

我講一點不一樣的：醫界跟健保署關係很密切，畢竟健保署管理我們也發錢給我們；衛福部跟我們比較疏遠，健保署應作為醫界與衛福部之間的橋樑；這次耳鼻喉科災情慘重，北部一位理事長單月虧損 58 萬，東部另一位醫界代表單月虧了 30 多萬；2-4 月看感冒/腹瀉比例高的院所每個月多發最多 1-3 萬不等，乘以 10 倍則可補助這些災情慘重的科別，也有紓困的意味在；老實說才發個 1-3 萬對小兒、家醫與耳鼻喉科來說根本無法補足，齊頭式平等不是真的平等。

我第二個意見是醫院、診所派人在門口量額溫跟噴消毒水，已經支出很多加班費；衛福部給醫院 150 萬獎勵金又要求其中 60% 要給員工，等於重複發給員工，剩下的 40% 經費不夠支付防疫物資等支出，這個 60% 規定真的不適當；希望少少的補助，提撥員工額度讓院所自行處理，而非強硬規定 6 成要給院所員工；最後一點依據張鴻仁前總經理所提健保保費長期遭壓縮，疫情期間房租、水電跟人事費要照樣支出，院所實質健保收入是減少的，以上。

主席

請問苦主要發言嗎？

周慶明代表

被多次點名講個話：健保署剛剛提及紓困過程中跟衛福部提出多項紓困金額，就我所知數字從 40 億、10 億到 0 元，沒有額外預算補助這些重災區科別；我覺得這個狀況希望健保署更堅持，如果有下一次疫情的話。身為耳鼻喉科醫師，每天都是心驚膽顫，全副武裝地到診所看病，既可怕又辛苦，持續 8-10 小時等

待可能有病毒的病人，對每個進門的病人都當作是可能確診者看待；我們知道自己是第一線防疫單位，我們垮了國家會更辛苦，於是我們秉持不裁員減診的原則苦撐，5月時檢視診所收支，銀行已經快沒現款，都收到房貸提醒通知了；5月單純虧損就58萬5千元，事實上3-7月都差不多，真的需要政府的奧援；剛剛聽到健保署發言深感欣慰，希望下一次有機會跟衛福部爭取預算時力道能更強。

明天健保會的案子我們收到很多會員的意見強力反彈，甚至訴求上要罷診/停診，希望不管是衛福部、健保署或在場委員在重要關頭時能發揮正義的力量，希望明天能夠有很好的結果，疫情不要再起；倘若疫情再起又遇到同樣的對待，恐怕會有不好的事情發生；這麼艱難的時刻身心受到雙重煎熬，被政府單位不合理對待，真的是情何以堪。

主席

謝謝大家這陣子的辛苦。時間關係我們就先洽悉，大家所提的留到明日再戰；幾位代表所提防疫獎金不足或分配部分，我們有機會在疫情中心開會時跟醫事司反映各位所提意見。疫情中心開會時醫事司、食藥署、醫福會跟健保署都在部301會議室，預算不足跟醫事司認真爭取、健保署幫忙算的事情大家想必都清楚，這部分我們會盡快處理，請接下一案。

● 報告事項第三案：西醫基層總額109年第1季點值結算結果報告案。

主席

剛才有提到這邊的第1季點值先供參考；疫情開始時，部裡指示要作年結算，我們在這裡也算給大家看，這一季不會落實結算。請問大家有要再提問嗎？沒有的話就洽悉，請接下一案。

● 報告事項第四案：108年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告。

主席

針對去年品質保證款，慣例在7月報告前一年之核發情形。請問代表有要指正部分嗎？若無則洽悉。

- **報告事項第五案：有關 109 年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額採全年結算案。**

主席

這個案子我們每個總額都會提，昨天開完的醫院總額決定上半年結算一次，下半年採季結算，提供以上資訊供參考。因為這是部長的決定，各位意見收錄後我們會報告署長，視情形陳報部長。各位不一定要比照醫院總額的方式，各總額可以有各自的結算方式，先作補充說明。

吳國治代表

請教醫院總額代表的考量為何？

主席

醫院的主要考量是明年全年結算會有稅務的問題以外，醫師發薪水時會參考點值，現在若採預估點值，擔心薪水會有溢發或現金不足的問題。會計帳務也會很複雜，大概是這樣多方考量下的共識。

王宏育代表

全聯會討論過這項議題，很久以前有提過希望虛擬季結，我個人與高屏區都覺得這樣很好，已經習慣看點值知道如何作後續管理，希望可以比照醫院。

黃啟嘉代表

全聯會這邊原則上目前沒有共識，唯一的共識是理事長跟幾位代表都在的場合提過全聯會沒有共識，但是我們尊重部長。

主席

好，那我們依黃主委所說，尊重部長指示辦理全年結算。

- **討論事項第一案：修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表之 2.專業醫療服務品質指標之「每張處方箋開藥品項數大於等於 10 項之案件比率」與「剖腹產率」指標修正草案討論案。**

主席

請鄭代表發言。

鄭英傑代表

我想先討論婦產科剖腹產的問題，以下是我的想法：品質指標一直放剖腹產率，對我們來說很痛苦，非醫療專業但是影響很大的個人意願及風俗都有很大的影響，之前我們也跟婦產科醫學會討論，希望降低剖腹產率，實際上真的有其困難性，不管是 OECD 或是 WHO 數據剖腹產率都呈現上揚趨勢，台灣更嚴重的原因可能是生育率越來越低，跟日本在角逐世界最低的寶座，C/S 比率跟未開發國家比起來一定更高，未開發國家 C/S 比率雖低，相比之下產婦死亡率是高的，在世界趨勢中，C/S 比率成長是很難撼動的事實，有幾個修正包括排除初產剖腹、前次生產採 C/S 或是年齡排除等，又和世界統計定義不一致，數據無從比較我也不覺得是好事。簡單結論：希望把這一項指標從品質指標中拿掉，或閾值從 34% 變動程度由 1+10% 變更為 1+20%，這樣數據來到 39%，會比較容易達到，以上說明。

黃振國代表

呼應鄭理事長的意見：這項指標每年在評核會時都列為指標，討論 1-6 的附件 4 經過年齡校正後，101-108 年西醫基層剖腹產率是下降的，下降幅度因為生產人數少，數字很難達到 34%，已經沒有鑑別度了，這是第一點；第二點是請健保署提供在西醫基層生產件數與人數占比，一旦西醫基層服務好時，比較多的人願意在基層生產；品質更好的狀況下，西醫基層反而被懲罰；我的建議是如果指標定義不能變，至少閾值要修；數據只要跟醫院比就好，年齡校正後數據比醫院好即視為達標，這樣才有意義。這樣看得出那個總額部門比較認真，也才有鑑別度，對西醫基層婦產界也是很大的鼓舞，謝謝。

主席

好，顏代表、再來張代表，然後再來黃代表。

顏鴻順代表

這個品質保證保留款我們在討論剖腹產率跟每張處方用藥超過 10 個品項，剛才 2 位都在講剖腹產率，我是要講每張處方用藥超過 10 項這一項，我是一個家醫科醫師，這麼多年來，健保署一直鼓勵我們是一個整合性的照護計畫，所以我每天在看門診，都是看到很多慢性病的病人，同時要看感冒、同時要看酸痛，

離開診所前還跟我講說，那你給我開個香港腳的藥膏，請問我是一起開給他比較好，還是說你今天先拿慢性病，明天再來看感冒，後天再來看開藥膏，請問那一個品質比較好，當然是把它整合在一起，一起照顧嘛，對不對？對病人也方便，疫情期間也比較不會重複感染，對現在大家經濟比較不好的，他也可以節省一點錢，對健保也節省，但是我們現在這個指標告訴我們說，如果你現在有慢性病、急性病、藥膏、藥水一起拿超過 10 項，這個叫做品質不好，因為這是品質指標裡頭不良的，很怪吧，所以我的建議是在我們的討論 1-4 的排除案件裡頭，應該要把慢性病怎麼界定，很簡單，就是慢性病連續處方箋的用藥把它排除掉，因為你既然是連續處方箋，那一定是慢性病用藥，我想這樣子就能夠比較容易執行，也比較能夠符合這個指標的精神，這是我建議，謝謝。

主席

好，張代表。

張孟源代表

主席、各位代表午安，延續顏代表的說法，其實對於慢性病連續處方，我們知道整合性門診，尤其慢性病，都是高齡化的病人，對於這種病人的話，假如說可以把他的比如說糖尿病、血壓、心血管疾病能夠一次整合，不管是基層還是醫院，大家都是抱持相同的心理，可以節省病人的負擔跟掛號的次數，我們知道處方大於 10 項這個指標，內部的管理是已經有排除慢性病，好像應該是這樣，但是我們是希望說要把這大標題開宗明義地說明清楚，要加上非慢性病連續處方，或者是說非慢性病處方箋大於 10 件，免得民眾不清楚，我們基於善意把各種慢性病整合，讓他少看幾次門診，結果他算超過 10 項，這樣子是要讓我們把整合性門診拆開嗎？所以我們是希望任何事情，從孔子講的「必也正名乎」，必須要把原則上大標題這種當時所謂的處方箋大於 10 項，比如說他們感冒什麼的開了幾十樣，這個意思是不一樣的，我們是希望主席能夠把這個問題提出來，能夠把它的標題說明清楚，免得民眾誤會醫界的善意跟美意。

主席

好，請黃代表。

黃啟嘉代表

其實這 2 項指標，我覺得基本上都與品質無關，為什麼與品質無關呢？首先，我們就講說一個醫師如果民眾他有很多樣的需求，他能夠在一次看診中把它處理好，這是基層醫療希望能夠做的整合性照護，是往這個方向來走，所以你如果看到 10 項，可能是因為他有很多種病，很多疾病能夠在一次看診中，這個醫師能夠滿足他，而不是讓他分很多次去看診，或是分很多醫師去看，所以基本上它無法鑑別一個品質，這 10 項來講，即使把慢性病排除，假設他有感冒、腸胃炎、皮膚病，很可能每一次看 2~3 樣，他就超過 10 項，所以說實話，這一項指標對於民眾的權益是有害的，再來就財務誘因來講，你原本看多次的診察費變成一次的診察費，對健保的財務是有幫忙的，對醫師是有害的，可是這樣醫師還願意去做，表示他是願意幫病人的，所以 10 項藥物指標的限制本身對品質是無關的，無法從你開藥以後超過 10 項來鑑別他的品質。第 2 個剖腹產率這部分，我因應鄭理事長，這件事其實在很多次我們內部的討論，我受很多婦產科這些前輩指導很多，知道能自然產就盡量不要剖腹產，本身這個觀念已經有在改變，世界最新的潮流跟他們專家學者所提出來的觀念是有在改變，剖腹產不再是對品質來講是那麼負面的指標，所以你在剖腹產設這個當品質指標，也是非常怪，我並不是說因為我們達不到，所以才要廢掉，而是這個指標與世界潮流是不符的，所以對民眾權益是有損害的。另外再從財務誘因來看，現在健保給付自然產跟剖腹產是一樣的價格，那醫生沒有必要幫病人剖腹產的話，用自然產他比較節省成本，為什麼要剖腹產呢，開刀的成本一定比自然生要貴嘛，既然健保給付相同，誘因都一樣，大家都要自然生，為什麼要剖腹生，當然都是站在民眾權益的觀點來看，所以這 2 項指標，我們可以看到，從財務誘因或民眾權益來看，都不是一個很好的品質指標，所以我個人是建議都要廢掉，而不是討論指標怎麼改。

主席

好，盧代表。

盧榮福代表

我來說明一下，因為從總額開始，我在全聯會就當 19 年的品質資訊組組長，我在高屏區也當了 19 年的品質資訊組組長，基層總額有 3 個品質，一個是品質保

證保留款，這個跟今天討論的指標是沒有相關的，另外一個是品質確保方案，還有一個是品質公開資訊，這才跟今天討論的有關。譬如說每張處方箋 10 項的時候，它是在品質確保方案裡面，6 個分區去比較，對於個別診所，它是機構別公開項目本來會有，大家看今天的討論 1-1 第 3 點，健保署有意思把機構別的醫療品質資訊公開部分，建議予以刪除，如果刪除以後，大概民眾就不會看到個別機構的處方箋超過 10 項的比例是多少，因為確保方案都是分區的，不會跑到個別診所出來，這一區的比例是多少，用於區與區之間的互比而已，確保方案是當作健保會在每年談判協商因素的參考依據，它也沒有一個很大的獎懲的東西，所以說這只是一個資料的呈現，對於個別診所，如果把個別機構品質資訊公開的部分把它刪除的時候，其實這些東西就對於個別診所完全沒有關聯性，有的就只是資料比較完整，每年評核會的時候老師會跟你說這個指標你要注意，所以這些資料只是應用到這些而已，不會 down 到個別診所，以後如果說把它刪除個別品質資訊公開的部分，民眾也看不到每家診所一張處方箋超過 10 項，但是今天我有特別準備 2 張 4 頁的資料，大家可以看到第 2 頁就是說我們也很怕這個每張處方箋大於 10 項，真正跑到各分區，各分區把它當作一個抽審指標，所以在這裡，我們有一個本會立場，括號(三)爰提醒各分會先不將此指標納入各分區抽審指標，就是提醒我們各位幹部回去的時候，如果各分區有把這個指標當作抽審指標的時候，因為這個指標是沒有把慢性病排除掉，而健保局它們的程式沒有辦法把慢性病排除掉，所以說就會不準確，就是剛說一個醫師會把一個病人的慢性病、急性病叫他分開來看，他就永遠不會落入每張處方箋 10 項，所以說如果各分區有把這個指標列入抽審指標，我們就可以跟健保局各分區業務組說明一下，說這個指標是個不適當的指標，在這邊跟大家來報告。

主席

好，鄭代表。

鄭俊堂代表

我是建議剖腹產率把它排除掉，我覺得人口已經負成長了，現在出生率已經低於死亡率，你又列入這個指標，讓他們又更不願意生產，也對品質也沒有意義，剛婦產科醫師都已經講了，剖腹產率低，反而胎兒、孕產婦死亡率高，那這跟

品質有什麼關係，跟財務關係也沒有影響，所以我是建議這個指標應該把它排除掉，以上建議，謝謝。

主席

醫審及藥材組要不要回應一下代表們的意見跟你們的看法。

醫審及藥材組許明慈科長

剖腹產率的部分，因為是國際的指標，基於民眾知的權利以及國際上普遍在使用的指標，是不是應該還是要保留。還是要先澄清一下，這個品質確保方案，其實它的效果跟品質保證保留款是沒有勾連的，它只是一個資訊提供給民眾參考，另外如果要調整閾值的話，我們這邊是尊重醫界的意見。剛有提到剖腹產率國際上在用的時候，其實是沒有太多的排除條件，所以當然會希望除了現行已經有排除併發症案件外，是不是就不要再增加說要排除重複剖腹產率以及一些其他的條件。另外針對每張處方箋開藥品項數大於等於 10 項的案件比率，與會代表的意見是這其實是沒有鑑別度的指標，跟署內最近在推的整合性照護計畫是有一點衝突沒有錯，所以我們建議說，是不是針對署內在西基主推的家醫計畫有做整合的部分開藥品項數予以排除，但是如果是把整個慢性病連續處方箋的案件做排除的話，討 1-2 第三點括弧(一)的 3，我們可以看到如果以這樣的概念去做排除的話，大概就排掉近 70% 的案件，那這支指標大概意義就不大了。我們建議因為這支指標同樣在醫院總額品質方案裡面有，為了 2 總額同樣 1 支指標，兩邊是可以做比較，是不是就參考醫院的部分，醫院是以醫院以病人為中心去做排除，也不是排整個慢性病案件，那西基這邊是不是用家醫整合照護計畫，以上。

主席

我先說一下我的經驗，剖腹產率這件事情真的很複雜，因為它涉及到產婦、產婦所在的家庭(包括她的夫家跟娘家)，還有整個醫療體系怎麼去處理生產這件事情，如果這個孩子是非常困難懷孕到的，她絕對不會冒這個風險去自然產，真的是這樣，所以我曾經有一次去美國一個做不孕症的醫院參訪，他 50% 以上都是剖腹產，我當場問他們說，為什麼這麼高，他說這個孩子都得來不易，所以沒有人要承擔在生產中的風險，讓這孩子不見，所以如果產婦沒有堅持要 NSD，

他一定 C/S，從這個故事裡面你要思考的是，有時候真的坦白講我們是覺得在幫民眾，可是你不知道到底民眾想法是什麼，其實回頭你應該去看確實很多是自行要求剖腹產，我覺得這部分應該要還給醫界一個公道，既然支付標準是拆開的，你其實是算得出來，雖然她的自行要求剖腹產，或許跟民俗或看時間都無關，可是她就是怕痛，因為真的很痛，其實這個生產的過程每個人都有故事，我是建議醫審及藥材組，可能可以思考一下，其實你們也還他們公道，因為年齡校正之後，確實我們剖腹產率沒有往上走，所以其實可以知道大家都很審慎在看待生產這件事情，因為產科真的風險很高，所以我是覺得可以再思考看看，請黃代表。

黃振國代表

很高興大家都不難為女人，也不難為醫生，謝謝。但是我覺得重要的是它把閾值 34 訂在那邊，每年的評核會，我們都被這些學者電，回來也遭受很大的壓力，跟我們這些婦產科大老說你們不是婦產科，不知道我們的辛酸，所以我今天要還自己公道，我對他們很 care，所以我覺得如果你要揭露是可以的，但是揭露的方式，第一個要有鑑別度，這個應該揭露比如說到底新生兒死亡率，應該 quality 比過程更重要，我們醫界照護產婦的，這個造成母嬰的，到底所謂的危險性高不高，結果好不好，這個才是重點，生產過程只要結果是好的，大家皆大歡喜嘛對不對，應該是喜事一件，也不要再苛責了，這一些婦產科醫師很認真、很辛苦的在我們的第一線，幫我們國家未來的希望誕生了，應該鼓勵。所以第一個如果能廢止那是最好，假設不能廢止，我們希望能夠提供一個讓外界很容易讀、容易看醫界的用心，希望揭露的方式跟結果，能夠跟我們的鼓勵能契合，如果覺得揭露可能有討論的空間，也偶爾跟我們或婦產科醫學會談一談，讓揭露的資訊能夠還婦產科一個公道，謝謝。

主席

不過剛剛他們有提這個跟分配無關，不過在評核的時候確實有關。

黃振國代表

但是每次評核他們都沒去，每次都是我們去被電。

黃啟嘉代表

我在想這也不是跟錢的問題，我剛提的是這樣子，一個指標其實沒有多品質指標是有意義的，但是就這 2 項來講，它是很有爭議性的，一般有爭議性的指標跟沒有爭議性的指標混在一起的時候，相對來講，你是污辱那些沒有爭議性的指標，而且相對來講，會讓民眾混淆，對那些沒有爭議性的指標，他的信任度會下降，所以說這 2 項是真的有爭議的，包括我剛也有講不管財務誘因來講，醫師絕對是反向進行，因為今天健保給付，自然產跟剖腹產是一樣的，那醫師何必花更多成本幫產婦剖腹產呢？一定是會為了孕婦的安全跟胎兒的安全，還有孕婦自己希望，所以是民眾的權益，這 2 項指標是有爭議的，如果繼續保留下來，對於那些沒有爭議的品質指標來講，基本上是有混淆的問題。

主席

好，請鄭代表。

鄭英傑代表

再一次謝謝主席，我們這邊也有好幾位醫師的夫人，2 次都是剖腹產，老實講，我也很感謝黃振國委員，他每次都盯我們婦產科盯的很慘，這次能支持我們，因為這是沒有鑑別性的又有爭議，我今天真的非常高興大家能夠介入，因為現場只有我一個是婦產科醫師，所以今天也比較辛苦，謝謝。

主席

現在是這樣，因為本案是第 2 次討論，上次已經討論過，沒有結論。那醫審要不要回應一下，那個剖腹產率你們還是要堅持放嗎？因為真的各國差異很大，你們自己提供出來的，你到時候也要去解釋你跟其他國家怎麼差異這麼大，我的意思是說，雖然是國際化的指標，可是這個是不是國健署要 care，不是我們。

梁淑政代表

這指標從西醫基層總額開辦的時候就已經存在了，每次在討論的時候，醫界都想把這指標刪除，但因涉及婦幼健康與醫療品質，又屬國際性指標，建議可以徵詢國健署的意見。

黃啟嘉代表

其實應該是問婦產科醫學會，而不是國健署。我的意思是說對於專業來講的話，

婦產科醫學會比國健署要專業的多吧。

黃振國代表

不然叫國健署來列席，我們邀請他來醫師公會說明。

主席

好，請藍毅生代表。

藍毅生代表

其實整個指標應該與時俱進，當年的時候，甚至監委都說我們的剖腹產率高，要來查，那是因為剖腹產跟自然產那個時候是有價差，監委是怕因為有利益的關係，不需要剖腹產的你使用剖腹產來獲取利益，當年的考慮是這樣，但是現在，第一結婚的年齡越來越大，第二生產的年齡越來越大，第三生產的人數越來越少，所以很多人到40幾歲才生第1胎的時候，她會希望說母子均安，所以已經扣除掉當年利益的誘因，其實我們應該把安全跟品質放在第1位，不同的國家，像最近美國的一篇，它甚至已經高到好像46%剖腹產率，最近好像是哈佛出來的研究報告是這樣，有的醫院大家覺得最難生產的，都集中在某一家醫院的時候，那一家醫院的比例一定是升高，變成它的難度越高的時候，如果我們把現在的模式套用，反而會把真實的情況給抹滅掉，如果整個是對評核指標沒有太大的意義的時候，其實我們應該選擇其他的指標來替代這個剖腹產的指標。

黃啟嘉代表

另外我再補充一下，剛剛10項用藥的指標，不是健保開辦以來，我如果沒記錯，這個大概目前列入品質指標大概只有10年的歷史，所以事實上這10項真的是可以考慮，因為這其實影響病人的權益，我一個病人是要分3次去看醫生還是1次就可以搞定，另外一個剖腹產率我再補充一點，如果我們預計每個產婦都要生3個以上胎兒的話，那就鼓勵自然產，因為生超過3個剖腹是危險的，但是如果3個以內，其實剖腹產是ok的。

主席

王代表。

王宏育代表

我們這麼多人來開會就是要有個決議，不要再推給國健署、推給誰，如果按照主席剛講的剖腹產比較安全，另外錢又沒有比較多，我們就把這個指標給廢掉，還有一個很重要的原因就是，大家大概不知道我們國家的人口紅利是正的，人口紅利意思是 25-65 歲在養年輕跟年老的，我們年老的很多，那我們人口紅利應該是負的，但是我們養的小孩太少，所以變成我們的人口紅利是正的，孩子這麼少，將來那些人都不會繳保費，太少人繳健保費，國家就倒了，所以就讓婦產科他們放心地去做，剖腹產、自然產都好，今天大家那麼多人來，我們就決定把它廢掉好了，謝謝。

主席

你們把一個官很小的推上火線，其實是這樣，大家今天也提供很多寶貴意見，我覺得這個指標的設置一定有它的用意，當然我剛也有提示你們，真的要做就要調校，全世界可能沒有在調校，可是我可以跟你講監察院那一次我是天天去，我印象很深刻，你怎麼講都講不過，他就用那個值來挑戰你為什麼那麼高，你怎麼去解釋，所以我建議是說請你們綜整大家的意見，還是簽內部簽呈，那當然最後的決定我希望還是在這邊做一個報告，因為這個確實也不涉及總額的分配，就是一個監測指標，我還是希望說你能夠收納這些醫界代表的意見，簽核給長官去做決定，可以嗎？這邊我就不做決定，因為我沒有管到他們那一組，我今天代理主席，也擔心越俎代庖，所以我想就不幫他們做決定，然後我也沒有下指導棋說一定要怎樣，可是今天會上包括我的經驗談，我希望你們能夠思考清楚，當然品質監測很重要，但是問題是有時候放在我們健保署，他就認為是我們健保署的責任，國健署根本不會幫我們講話，坦白講是這樣。

黃振國代表

家醫計畫把四癌篩件列為預防保健重要指標，但什麼獎勵都沒有，若國健署對本案有意見，歡迎到全聯會給我們指導，請勿把國健署的目標加諸到西醫基層當指標，請不要把舊時代的觀念帶到新時代。應該想一想如何因應少子化，請不要難為女人，已經生不出來了，希望國健署可以鼓勵每個生產的婦女 1 胎 10 萬，1 年之後第 2 胎 20 萬、第 3 胎 30 萬，用累計的方式，應該由國健署編預算，

不然我們老了之後由誰養？

主席

好，請黃代表。

黃啟嘉代表

黃振國代表非常適合當國健署署長。

周慶明代表

那這邊就加碼一下，如果再加碼 0-6 歲小孩國家養，那國健署的功勞就更大了。另外，我這邊要提出來跟我們健保署比較有關係的就是品質保留款，因為我最近有收到會員的反映，就是說他隔月的申報是 21 號才郵戳寄出，但是他電子申報是 15 號就申報了，但是 21 號才憑郵戳寄出去，比 20 號晚了 1 天，他連續 2 個月都晚了 1 天，所以他的品質保留款就沒辦法領，因為他違反了核發資格的第一項，就是因為他寄上個月的資料日期晚了 1 天。針對這一條，我建議看健保署是不是可以稍微慎重考慮一下，因為這個處罰我覺的有點過重，因為現在大部分診所都會先用電子申報，且電子申報都會在規定的期限內(20 日)完成，但是還要再加一個就是還要再憑郵戳再寄，寄的時間有時候就忘記了而 delay 了，這個讓他沒有辦法符合標準，我覺得太過嚴苛，這是發放資格的第 1 條，那發放資格的第 2 條就是診所去年有違規就沒辦法領到品質保留款，所以你這 2 個條件在一起，好像他晚了 1 天去寄跟他違規的效力是一樣的，這個對晚寄 1 天的診所處罰有點太重了，因為他的電子申報是已經在規定的時間內已經申報了，所以在這邊建議健保署能不能夠如果已經有電子申報了，是否可以不再加多這個郵戳郵寄的申報方式？因為現在無紙化的情況，我們還要強迫來寄申報的報表，是不是有疊床架屋，能不能省略？用這個來做為品保款發放的資格，是不是有討論的空間？這個跟剛剛討論的比較沒關係，只是最近有會員覺得不太公平，所以我提出來建議一下。

(已於 109 年 9 月 3 日以電話聯繫周代表，表示院所是否有符合第一次暫付與診所醫療品質無關，建議刪除。因代表建議修改內容涉品保款方案修正，品保款方案本署每年均與醫界共同進行討論，建議代表可將意見送中華民國醫師公會全國聯合會凝聚共識後，提會討論。)

主席

我們會納入您的意見，後續在修訂品保款時納入參考。

因為後面還有一案眼科的討論事項，是不是我們直接進入討論，這個案子簡單說就是病患使用事前審查的藥物，超過核定數量的部分需要自付，病患要問的是施打自費針劑的注射費是否應該由健保給付？請討論。

黃振國代表

這個案子我們是支持，說明二的文字應該要修正一下為非屬適應症或非經事前送審通過者，其實眼內注射的適應症這幾年一直在擴充，所以有很多醫師走在前面，幫病患施打，對病人來說，希望健保能給予保障，而醫生辛苦施打，所以我們是支持，只要他實際有施打，就同意給付處置。

黃啟嘉代表

在振國醫師文字修正的前提下，請問有沒有人反對的。

主席

補充說明，這可能會違反健保署的相關規定，就如同達文西手術的爭議一樣。如果本次就診目的是為了注射自費藥品，則非屬健保給付範圍所對應的手術或處置等項目不應由健保給付。若病患有其他符合適應症健保看診項目，可以予以給付，不然後續會有爭議。

黃啟嘉代表

請眼科代表說明。

陳晟康代表

其實我們會員反應的點是，沒有經過事前審查的藥物去施打玻璃體內注射，如果已有函釋文，那尊重，但會員主張的是健保是 Fee for service，會員收取 1,000 多的施打費，後續的法律及傷害等相關責任也是由會員承擔。

主席

健保不給付不是說不能收自費。

陳晟康代表

所以署的專案審查其實是擔心基層會員一魚二吃，我打了自費藥物，還可以再

申報施打費，這在眼科來看不是一個好的常態，就這點來看，我是支持署做回溯性審查。但會員抱怨的原因是你要打玻璃體內注射，這在眼科是標準常規治療，這與還沒有 Anti-VEGF 以前是沒有關係的，像開完刀要打眼內抗生素，在基層沒有感染管控，我們幫病人施打，但沒有辦法申報，我們是在救他的命，但在這種專案中會被抽出來審查，還好有專審，不然會死的不明不白。還有一些抗病毒藥物，像 Herpes，我們也會施打，因為病人已經在爛了不能不打，還有 kenacort 雖然不是事前審查的藥，或像 Ozurdex 等類固醇也是一樣在打，這個專案是抽基層，還好沒有在醫院做，如果在醫院視網膜科，他們應該會跳腳，因為世界已公認視網膜在北半球有破洞時不用辛苦去開刀，灌空氣趴躺數天後進行雷射，花 1 千多元費用可以救回眼球，這個抽審在邏輯上沒有對等，才有會員提出反映，以後若有類此狀況，是否可以先廣納各界意見並爭詢眼科的意見。

主席

我們副組長以前督導過事前審查，請她補充說明。

醫務管理組吳科屏副組長

我們的案由與內容可能寫的有些差距，內容主要在說某些藥品要經過事前審查，當事前審查不通過或超過事前審查核定數量後的自費施打是否應由健保給付，這一塊屬於健保不給付範圍。案由是說自費眼科針劑用藥，當然也屬健保不給付範圍。事前審查還有另一條規定是對不符合藥品許可證所載適應症及藥品給付規定者，院所醫師可以個案提出相關文獻及實證說明，向本署申請特殊個案的事前審查。建議仍應回歸原來的規範，即已經事前審查不符健保給付範圍者不予給付，否則開放後會違反現行規定。

主席

不建議給付注射費。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

本署醫管組在 100 年的函釋有說明，未獲事前審查通過之特材或藥品，這其中包含事前審查不通過者及不需事前審查但不屬健保給付適應症的特材或藥品。本組提本案的原意是要重申，應依函釋辦理，若當次就診是進行非健保給付特

材或藥品範圍之相關處置或手術等，依規定不予給付。

陳晟康代表

所以署的專案審查其實是擔心基層會員一魚二吃，我打了自費藥物，還可以再申報施打費，這在眼科來看不是一個好的常態，就這點來看，我是支持署做回溯性審查。但會員抱怨的原因是你要打玻璃體內注射，這在眼科是標準常規治療，這與還沒有 Anti-VEGF 以前是沒有關係的，像開完刀要打眼內抗生素，在基層沒有感染管控，我們幫病人施打，但沒有辦法申報，我們是在救他的命，但在這種專案中會被抽出來審查，還好有專審，不然會死的不明不白。

還有一些抗病毒藥物，像 Herpes，我們也會施打，因為病人已經在爛了不能不打，還有 kenacort 雖然不是事前審查的藥，或像 Ozurdex 等類固醇也是一樣在打，這個專案是抽基層，還好沒有在醫院做，如果在醫院視網膜科，他們應該會跳腳，因為世界已公認視網膜在北半球有破洞時不用辛苦去開刀，灌空氣趴躺數天後進行雷射，花 1 千多元費用可以救回眼球，這個抽審在邏輯上沒有對等，才有會員提出反映，以後若有類此狀況，是否可以先廣納各界意見並爭詢眼科的意見。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

各分區這項抽審作業是與 100 年函釋反向思考的概念，若有申報注射費卻沒有申報對應的藥物，我們會不瞭解是否注射了非健保給付藥物，或是有剛剛代表說的情形只做純注射治療其他疾病，所以需要藉由專業審查來認定。抽審案件不代表有異常，只是透過審查醫師再專業確認。

陳晟康代表

那為什麼不抽審醫院，如果抽醫院，是視網膜科一定跳起來，因為他們用最少的代價，給病人最大的療效。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

目前西基基層的醫療服務審查勞務委託是委託醫師全聯會，抽審作業是在各分區共管執行，共管會議可以討論疑義或調整抽審作業方式。

陳晟康代表

這是一個充份條件與必要條件的問題，就是我們全聯會來文是希望未來能完整，所以充分條件不代表是必要條件，東西的運作要平順有效才是重點。這個抽審案在北區是列在報告案，因為案件量不多，所以我們沒有提意見，但其他分區有會員提出反映到全執委，我們只是希望把事情做好。

主席

目前是走精準審查，不希望叨擾院所，所以藉由大數據分析異常值來做審查，至於您所提的跨總額間的衡平，我們可以多做溝通，謝謝陳代表的反映。有沒有臨時動議，好，今天就到這裡，謝謝大家。