

「西醫基層總額研商議事會議」106 年第 4 次會議紀錄

時間：106 年 12 月 13 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

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
王代表正坤	請假	張代表金石	張金石
王代表欽程	請假	梁代表淑政	梁淑政
王代表榮濱	王榮濱	莊代表維周	莊維周
王代表維昌	王維昌	許代表光宏	請假
朱代表建銘	朱建銘	陳代表志明	陳志明
吳代表欣席	塗勝雄(代)	陳代表威仁	陳威仁
吳代表國治	吳國治	陳代表相國	陳相國
吳代表順國	吳順國	陳代表晟康	陳晟康
呂代表紹達	呂紹達	黃代表振國	林育正(代)
李代表卓倫	李卓倫	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表育家	請假	廖代表慶龍	蔡梓鑫(代)
李代表偉華	李偉華	劉代表家正	請假
李代表紹誠	請假	蔡代表有成	蔡有成
周代表思源	請假	蔡代表麗娟	蔡麗娟
周代表慶明	請假	鄭代表俊堂	鄭俊堂
林代表名男	林名男	鄭代表英傑	請假
林代表俊傑	林俊傑	盧代表榮福	盧榮福
林代表振順	許嘉紋(代)	謝代表武吉	謝武吉
林代表義龍	曾梓展(代)	藍代表毅生	藍毅生
邱代表泰源	陳炳榮(代)	顏代表鴻順	顏鴻順
徐代表超群	徐超群	羅代表倫樾	陳正和(代)
張代表志傑	張志傑	李代表純馥	李純馥
張代表孟源	張孟源		

列席單位及人員：

全民健康保險會

衛生福利部社會保險司

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會

台灣社區醫院協會

中華民國藥師公會全聯會

中華民國醫檢師公會全聯會

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

本署醫審及藥材組

本署資訊組

本署企劃組

本署醫務管理組

陳燕鈴、方瓊惠

葉青宜

林筱庭、吳韻婕、黃佩宜

洪毓婷、吳心華

王秀貞

許嘉紋、洪鈺婷

宋佳玲

范貴惠、廖美惠

蔡秀幸

張黛玲

賴文琳

謝明雪

馮美芳

王本仁

姜義國

余侑婕

李純馥、劉玉娟、林淑範、

劉林義、王玲玲、許岑竹、

歐舒欣、林沁玫、林 蘭、

邵子川、張毓芬、鄭正義、

吳韋均、郭育成

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：劉勁梅

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)

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：洽悉。另請中區業務組於下次會議就霧峰、烏日地區新設立醫院對基層影響報告。

第二案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：洽悉；另請於下次會議分析各科醫療利用及供給情形供參。

第三案

案由：西醫基層 106 年第 2 季點值結算結果報告。

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8792	0.9551	0.9475	0.9911	0.9513	1.0351	0.9413
平均點值	0.9224	0.9763	0.9642	0.9933	0.9664	1.0276	0.9577

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

第四案

案由：107 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。

決定：107 年會議時間如下表：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	107.3.2 (週五下午)	107.5.24 (週四下午)	107.8.23 (週四下午)	107.11.22 (週四下午)	107.12.6 (週四下午)
會議名稱	107 年 第 1 次會議	107 年 第 2 次會議	107 年 第 3 次會議	107 年 第 4 次會議	107 年 第 1 次臨時會

肆、討論事項：

第一案

案由：有關「107年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。

決議：同意新增開放表別6項支付項目如下，預估增加點數17百萬點，其餘部分請全聯會於下次會議前儘速提報。

1. 「皮質素免疫分析(醫令代碼 09113B)」
2. 「人類白血球抗原-HLA-B27(醫令代碼 12086B)」
3. 「甲促素結合體抗體(醫令代碼 12121B)」
4. 「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器(每次)(醫令代碼 57017B)」
5. 「局部皮瓣(1-2公分)(醫令代碼 62046B)」
6. 「局部皮瓣(2公分以上)(醫令代碼 62047B)」

第二案

案由：107年基層總額一般服務案件之保障項目討論案

決議：請健保署試算保障項目對六分區浮動點值影響，於下次會議討論。

第三案

案由：107年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂案

決議：請健保署提供各項指標科別間之閾值，於下次會議討論。

第四案

案由：「107年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」修訂案

決議：修正重點如下：

1. 施行鄉鎮修正：107年共計115個鄉鎮區(基層診所85個、醫院30個)，與106年方案相較減少臺東縣成功鎮，另花蓮縣瑞穗鄉改由基層診所承作。
2. 巡迴計畫相關規定修正：
 - (1)新增下列特殊情形，得由院所提出申請，經保險人審查同意後，始得執行巡迴服務：
 - A. 診療時間、地點的異動，同一院所一年超過五次。
 - B. 每位巡迴醫師1天得至不同地點提供最多2診次巡迴醫療。
 - C. 每位醫事人員，該年度實際備支援巡迴醫療次數大於原申請總次數之四分之一(除育嬰假，特殊情形得申請備援總次數不得大於原申請巡迴醫療總次數之二分之一)。
 - (2)整併期中資料統一附於期末報告，報告內容新增巡迴點照片。

3. 開業計畫相關規定修正：

- (1)申請執行本計畫特約診所之執業地點，與原開業之西醫醫事服務機構設址地點為不同的村(里)，並由分區業務組評估後核定。
- (2)該診所總額內核定點數(含應自行負擔)以該區浮動每點支付金額至少1元計算，超過保障額度者，則依該區點值每點支付金額至少1元計算。

4. 為鼓勵資源缺乏地區之診所，計畫相關規定增列醫缺地區診所醫療費用每點補至1元之差額費用及例假日案件診察費加計之2成費用由本計畫支應。

伍、臨時動議：

第一案

案由：有關同療程跨年度申報之案件有重複計算掛號次數之情形，建請釐清案。

決議：本案暫保留，提下次會議討論。

第二案

案由：有關西醫基層總額新增開放表列項目之中長程規劃案。

決議：請全聯會於下次會議一併提出新增開放表別之中長程規劃內容，以逐步實現分級醫療社區化目的。

伍、散會：下午5時10分

陸、與會人員發言摘要詳附件

106 年第 4 次「西醫基層總額研商議事會議」與會人員發言摘要

主席

今天是研商議事會議第四次會議，謝謝各位代表從各地來開會，等一下相關的代表會陸續到場，現在會議先開始，請各位委員先參閱上次的會議紀錄，從第三頁開始到第六頁，上次的會議紀錄有沒有問題？好，如果沒有意見，會議紀錄就確認了，謝謝大家。

接下來請大家看報告事項，報告事項的第一案請同仁宣讀決議事項辦理情形。

● 報告案第一案：上次會議結論事項辦理情形

醫務管理組（報告）：略

主席

請問各位委員對於上一次會議決議事項辦理情形有沒有意見？

謝代表武吉

雖然不是西醫基層，但我們也要了解一下，有關第二項，霧峰新設立的醫院的影響程度有逐漸縮小，但是烏日的情形還需要繼續的追蹤，這兩個地方所設立的醫院是否為財團的醫院？如果是財團的醫院，我們是不是要想個辦法要求衛福部看看是不是有甚麼嚴加管控的措施，這樣對我們基層的醫師才比較合理一點，謝謝。

主席

好，謝謝，霧峰的醫院應該是亞大，是財團法人的醫院，那中區業務組有沒有要補充甚麼？

中區業務組

向各位報告，就如會議紀錄上面所言，我們之前在這兩家醫院設立的時候，就有密切的去注意，因為包括我們西醫基層的代表都蠻關切這兩家醫院對於他們醫療生態的影響，所以初期就如報告上面所言，少部分的基層診所在開始的時候門診量確實有影響，不過隨著時間的加長，這個門診量附近的診所也回歸於常態，應該是說那個影響逐漸縮小，但是有部分的科別，我們不可諱言確實受到的衝擊是稍微大一點，就像這個報告上面所講的，我們未來還會繼續看一下

雙方的費用成長趨勢，這個一直是我們西醫基層關切的重點，我們在例行的分會管理會議上面，我們也會跟所有委員做報告。

主席

好，請中區業務組可不可以再說明一下影響最大是影響多少，然後影響變小是縮小到哪裡，有沒有數據上的說明。

中區業務組

之前影響比較多的就是外科。

主席

外科影響比較多，那藍醫師有影響對不對？

藍代表毅生

基本上中區講說縮小，我不曉得它的定義是怎麼樣，因為我現在是大台中的理事長，以我們各區的回報，霧峰、烏日，平均來說幾乎都沒有回升，譬如說剛開始前三個月影響百分之五，那個時候我們內部統計大概二到四成，但是沒有繼續下去，所以我不曉得他這個定義影響縮小是？因為以前是漸進式的，每個月都在減少，那減少到一定的量，因為那邊很多醫師都是在那邊開了二十幾年的，你要叫他全部都不見了，我想也不太容易，像我自己的話，大概兩成多，但是兩成多的話，以我自己來說，因為我是外科，那我又以前接顯微手術的，所以我有一些固定的客源，我也不認為說他有能力把我整個都滅掉，但是對於一些慢性病的人來講，我今天還特別帶了他們的門診時刻表，我把亞大和林新的都帶來了，基本上我們能夠做的很難，我們也跟他們溝通過，他的掛號費比基層還少，他整體加起來如果是林新的話，他附近三個鄰里，幾乎所有的鄰里都涵蓋在裡面不收掛號費，所以等於只有五十元，基層現在連自負額加起來大概是兩百元，那他自負額只有五十，他開的藥一開就是一整個月，然後你一去幾乎所有檢查都可以做，你基層的內科慢性病怎麼能夠擋得住？那亞大也都差不多，比照這樣，那他們後面還有交通車，交通車去到大里、太平、霧峰、芬園，大概一個小時到一個半小時就一班，那當然這個我們很難講，因為我們跟他溝通，他說：1. 服務病患、2. 回饋附近居民、3. 就附近的民意代表的要求、4. 關懷弱勢，你這麼大的帽子一扣下來，有誰有辦法說我這個不能這樣做？那

是沒有辦法的嘛，所以掛號費比較少，處置的又比較多，回轉率部分，中國、亞大他的回轉率是只有百分之零點四，等於是千分之四，過去一千個，回來四個，那這個是已經有數據證明的，假設像這樣的話，沒有特定的政策來協助的話，我想說看你基層如果能夠生存下去，必須要有過人之長，以上補充，謝謝。

主席

謝謝，好，請張醫師。

張代表志傑

我診所離亞大滿近的。

主席

那二位在同一區嗎？

張代表志傑

沒有，我是在草屯北邊，亞大在霧峰南邊，我感覺我的每一個病人來，只要從霧峰來的，一定去亞大看過，就不管是我的老病人或新病人，他都會說他去亞大看過，所以就會知道說他的滲透率很高，所以他對基層的影響真的很大，因為他有交通車，所以可以一直這樣載，所以病人第一個想到，就是去亞大看，我覺得對診所的壓迫性是很高的。

主席

現在應該沒有交通車了。現在聽說是有公車，公車在那邊有站是不是。

藍代表毅生

是共乘車。

主席

也是交通車。

藍代表毅生

而且亞大本身內部的人事，原本有一半的人事是由中國醫的人支援他，所以我懷疑他會縮小，因為他才一半的人就把你造成這樣，綁著一隻手就造成這樣，如果兩隻手都放開的話，我不相信會縮小。

主席

來，請曾理事長。

曾代表梓展(林代表義龍代理人)

當初亞大在成立的時候，是醫審會在審，我是在裡面當委員的，亞大當初定位是地區醫院，他還有大概六百床的護理之家，不過後來他們成立之後，聽說可能會往區域醫院發展，所以他們將來成長到區域醫院的時候，對基層的影響是更大的，中區業務組說影響逐漸縮小，我這邊打了一個很大的問號，到底是怎麼樣的縮小，是不是有數據？若有數字請拿出來給我們參考，不能只用說的。

主席

中區業務組的共管會議是不是有數據？

中區業務組

這次共管會議會提報。不過我們並沒有特別針對亞大分析，只有對醫院及基層的病人數做分析。

主席

可以至少分析霧峰地區。

中區業務組

可以特別提出來，當初為避免針對性，所以沒有特別挑區域。

主席

好，謝謝。那這個案子，是不是下次請中區業務組對霧峰、烏日地區，新醫院之前和之後的影響提供一份報告，下次會議的時候再追蹤一下。好，請主委。

黃代表啟嘉

主席，我是覺得針對這兩個地方提供報告的目的並不是說診所被衝擊，而造成診所經營困難等，我想這不是本署要去報告的，而是說這樣的過度供給造成醫療生態的扭曲、醫療費用的耗用，因為這樣過度的供給，會造成醫療需求的虛胖，整體的影響應該才是你們政府未來在做決策時應該考慮的事情。

主席

好，謝謝。麻煩中區業務組針對委員所關心的事項來提出一份你們相關的評估

結果給大家做參考。來，請呂醫師。

呂代表紹達

副署長、各位前輩大家好，聽到他們中區這樣子，我們北區也在劉著等，因為我們北區有中國醫大、台灣大學在生醫園區也要來了，那都是大型的醫院。其實在我們分級醫療和雙向轉診都是有法令依據，只是都沒有落實而已，如果在新竹地區，竹北那邊新設立的醫院，我們可不可以來轉診，不要只留於口號，不是只說我們就分級轉診、雙向轉診，這都流於口號嘛，我們就由他們來開始做，我們可不可以就由新設立的醫院來開始做試辦，由新竹來做試辦，來讓大家知道說政府的決心，這樣我們健保的體制才能夠趨於完整，如果在中國還有台大，在新竹地區也是照中區這樣的模式的話，表示我們根本沒有力量去做它，沒有辦法落實我們的法令依據，法令這個四十三條和四十四條就是有這個部分負擔一定要做，那做到多少程度，百分之三十、四十、五十，這樣子上去，這都有法令啊，只是我們都沒有在落實而已。所以我覺得不要流於口號，要真正地做，這才是全民之福。

主席

好，謝謝呂醫師。好，請陳監事長。

陳代表炳榮(邱代表泰源代理人)

主席、各位代表，剛才各位所陳述的都是一個事實，當然我想這些東西在座的各位應該也都知道，只是在立場上不方便去表述，我們基層大家可以說是受害者，其實這個問題要我們自己來解決其實是相當困難，但是醫院的設立不是中區、北區等，陸陸續續各區都會有，對於醫院設立的醫療資源分布的審查作業我想才是最重要的，為什麼很多醫院的設立都在都會區，真正偏遠地區都不去設立，而且有一些是慈善機構的，更應該是往偏遠地區發展才對，但事實上並不是如此，幾年下來我想都是這樣子，幾年來這些醫院的設立都是在都會區，這個把關應該是中央要去處理的，中央都不去處理，這些問題造成以後才要我們去善後是相當困難的，健保署對於剛剛大家所提出問題要去解決，我想也是相當困難的，所以我希望能夠向上面去反應，能夠落實醫療資源分布的設立，謝謝。

主席

謝謝監事長的說明，還有沒有意見？。

林代表俊傑

高雄林俊傑第一次發言，主席好、各位委員好。其實我認為這個問題的高度應該是在衛福部，譬如醫院的經營方式、新設立等，就是設立一個醫院應該是要有一個目標性的、政策性的，我最近有參加一個醫務管理的演講，像是員林的基督教醫院，他設立大概兩三年，主要是做急症、重症，還有我們基層沒辦法處理的，這才是我們所希望的醫院發展，那就是我們剛才監事長所說的，新醫院的設立不僅是在我們中區，包括我們高屏區未來也有義大醫院、榮總的體系，他們到時候應該會新設，當然在我們醫療資源比較缺乏的地方，應該是去鼓勵醫院作急症或重症，而不是說跟基層做一個 overlapping 的東西，所以我認為第一點把這個問題，除了我們健保署這邊，也把這個提到衛福部，把這個問題凸顯出來，那現在大陸雖然他們給付比我們晚，但他們現在對於新設立的醫院幾乎是不可以設門診的，要比照美國的方式，美國是接受基層的轉診在用的，譬如說基層沒辦法做到的，如 MI，像員林基督教醫院主要是做原 CVA，腦血管病變的微血管取栓，或者他本身做妊娠，普通的生產它是不做的，它只做高危險的妊娠，或者你婦產科沒辦法做的大出血之類的。我想如果醫院往這個方向發展，它會建立一個好的分級醫療制度，第二點，它也會成為基層醫師的好朋友，第三點，它才會是民眾整個健康的保障。因為你才不會讓醫院的資源耗用在簡單的病上，假設一個很好的心臟外科醫師做 MI 治療，然後你每天叫他看高血壓，那基層就可以做了，所以我是認為應該把這個議題再往上升，要落實分級醫療，你新設的醫院應該要有他的政策性目標或是導向，你想做哪一塊？這一塊是基層沒辦法做到的，你應該透過跟當地醫師公會、診所協會、基層的醫師協會來去討論，哪些是基層可以做的，我們基層來分工，那些基層做不到的再由醫院來提供服務，這樣對基層、醫院、民眾應該都是三贏，這樣健保署跟衛福部的政策目標也可以都達成。

主席

好，大家對於新設醫院的條件希望能夠有一些限制，避免跟基層特別是小醫院

的部分有所重疊，那我們都記下來好不好，也轉給衛福部醫事司做政策上的參考。

辦理情形還有沒有其他問題？如果沒有的話，我們就確認，相關要再報告的部分等下進行。

謝代表武吉

我建議如果是財團要設立醫院，拜託他們去到阿里山或台東太麻里那邊，或是台東到花蓮的，南迴公路也可以，真的財團醫院要去做這些，因為現在衛福部已經要改變財團醫院的管理方式了，應該是要限制他們到那邊去開診，開疆闢土。你看以前台灣的醫療都是天主教和基督教的來我們這邊救濟的，現在我們如果有能力了也應該也要去那些地方救濟才對，也比較對得起我們那些偏鄉繳保費的老百姓。

主席

好，那這項再加上去。其實新醫院的設立是在縣市衛生局核可的，一定病床數以下都是在縣市衛生局，一定的病床數以上才會到衛福部，不過縣市衛生局在核准這些新醫院的態度跟我們現在講的不是很一樣，不太一致，所以這一部分應該是要請我們醫事司去訂一些原則，讓縣市衛生局可以遵守，因為地方政府的醫審會我也參加過，從來沒有辦法去處理這種的事情，因為醫審會的委員很多，就算是有醫界也是其中的少部分，那就算有健保署的人，加起來比例也不高，都沒有辦法過半數，地方人士比較多啦。

盧代表榮福

那個在醫審會不是說有意見，因為他有 space，就沒有辦法限制它去開設，這個都牽涉到空間，譬如說有多少床位，你如果有足夠的空間，就可以申請，所以問題就在這個標準要訂定，不是說醫審會那邊一面倒，而是醫審會認為你有足夠的空間，它就可以設立。

主席

好，謝謝。請吳醫師。

吳代表國治

我希望健保署不單只是轉給醫事司，一個國家衛生醫療架構的建立有其重要性，健保署要做的事情除了讓 99%的民眾都得到健保的照護，對於醫療制度的建立，健保署應有捨我其誰的態度，不是只是轉給他(醫事司)而已…我知道這是衛福部的權限，但是如果訂出來的法規鬆綁的話，健保署也會倒的，所以應該要有更積極進取的態度來面對衛福部，提供更多更好的意見。在地方上，是屬地方政府的政績，在那邊是不可能成事的，所以衛福部如果有 guts 能夠建立一個完善的醫療架構，健保署應該要更積極進取，而不是只是轉給他們(醫事司)而已。

主席

來，請。

李代表卓倫

打個圓場，那個地方不在於是是不是地方政府的政績，而是地方政府的醫事審議委員會裡面的裁判每一個都是球員，這個是關鍵，這個關鍵已經從以前二、三十年來都沒有改變過，那個大蜂窩除非你把它整個捅出來，或衛福部那邊真的很認真誠實地去檢討這件事情，我為什麼常常在群組上說：「醫事司至少二十年沒有在做事情了。」我在講的就是類似這樣的事情，那個就是球員跟裁判一起在裡面嘛，政績甚麼的我覺得都是旁邊的事情，這個東西你要去改他？我不曉得。不過我知道這個不是健保署的事情。

主席

不過應該是這樣，跟各位報告，其實健保是建置在現有的醫療體系之上，而醫療網的規劃是醫事司的職掌，因為醫療網是要服務有保險跟沒有保險的人，還有自費的，比我們的範圍更大。第七期、第八期醫療網計畫就涵蓋醫事人員的分布和醫療機構的均衡分布，甚至包括急救責任醫院分布等，保險人是就現有的醫療網上之機構進行特約，吳國治醫師說，我們要有 guts 一點的話，那唯一的辦法就是「我們會不會走入選擇性特約」，可是二十三年來沒有，沒有的原因是因為單一保險人制度，如果有一個院所我們拒絕跟他特約的話，那很有可能對他來講就是生存壓力，所以自始以來沒有去做選擇性特約。今天如果我們不是單一保險人，問題就不一樣了，那就有可能會選擇性特約，我需要多少

我就特約多少。大家對於這些新設醫院的意見，我認為還是要回到醫療網，因為其新設立是醫療網，因為假定醫療網可以落實的話，縣市政府也要依照醫療網的狀況去進行新設醫院之核定，目前此議題是超越健保署的權責。

吳代表國治

你們要參與他的決策。

主席

參與他的決策，參與誰的決策？

吳代表國治

衛福部，因為他沒有建立起來的話…

主席

參與醫事司的決策，醫事司在做醫療網規劃的時候，並沒有問過本署，醫事司的醫療網應該是要去落實在各縣市政府的核定新醫院的決策上面才合理，所以這件事情我想並不是健保署推責任，我們認為剛才大家提的都是對的，希望中區業務組給我們一個報告，我們再看看怎麼在我們權限上能做的事情，本署既不是醫審會也不是醫事司，當已經合格設立，你說不跟他特約，這件事情又有一點難。上述議題會跟署長報告，跟醫事司坐下來談一談，看怎麼樣可以有更好的方法，好嗎？

陳代表炳榮（邱代表泰源代理人）

這第九頁第四個案子，是少數會員違規變成所有人承擔，相關辦理情形我想大家也都是很清楚，這些違規的院所追扣金額，來年就從總額裡扣掉，這個總額是包括有違規和沒有違規的權益，你現在從那邊扣掉的話，是不是說違規院所所造成的錯誤，變成所有會員的承擔，這事實上是不合情理的，我想這個相關辦理情形，雖然公文我沒有看到，但是我想應該也是跟以前的解釋是一樣的，對我們這個案由來講是一點意義也沒有，我們希望針對這個案子在座的代表可以針對這個問題審慎地去考慮，真正違規的院所我們怎麼樣能好好的去處罰他，而不是這個違規院所所追扣的金額，來年由所有會員來承擔，我想這個真的是不合理的事情，希望這個事情可以有更妥善的處理方式，能對違規的院所

有殺雞儆猴的效果，不這樣的話對他們永遠都沒有甚麼壓力，因為他明年不見得會違規，但他這一次所造成的損害是所有會員在承擔，這不合情理，至於說是不是合法，因為法是這樣規定的，但法若不適宜時，就是應該要修了。

蔡代表有成

政府立場鼓勵醫師或醫院能到偏遠地區服務，如果醫師都到都會區服務，資源分布不均勻也很可惜；如果可以依照健保法落實家庭醫師責任制度，不透過轉診時部分負擔用定率執行，加上執行上有魄力，這樣可以解決很多問題。

黃代表啟嘉

健保署的確無法選擇性特約，但是北區新設院所是否可考慮只特約急重症及住診部分，門診部分一定要配合轉診健保署才給付，經由財務手段慢慢轉移就醫流向。也許健保署可以考慮與新院所特約時要求配合政策等附帶條件；另外是監事長所提違規院所扣總額這是健保會付費者代表強烈建議的，我們也覺得不合理，不知道可以從點值部分去懲罰他，造成整體點值滑落多少就折付他的點值，給他點差別待遇作為宣示作用。

陳代表相國

呼應主委想法：健保法第 43 條部分負擔如果落實，不妨用這個機會，如果在醫療資源豐富地方新設立醫院就落實第 43 條，未經轉診逕自至醫院就醫部分負擔就從 30%開始收，法源就在那裡，主管機關只要試行就好了。

主席

違規列入次年總額扣款是健保會對各部門總額的統一作法，大家可以在總額研商時作爭取；另外定額定率部分負擔之研議已列入修法，實質上定率 40%、50%都太高了，難以執行，這些都要透過修法，也需要時間。最後大家所提建設性意見可列入討論者包括選擇性不予特約或選擇性特約新院所等，都先記下來進行研議。請接第二案，由醫師公會全聯會先報告。

● 報告案第二案：西醫基層總額執行概況報告

主席

對於剛才報告的投影片有沒有問題？

謝代表武吉

請問投影片第 30 張婦產科醫院跟診所特約機構家數減少，下降的原因為何？但婦產科醫師有增加趨勢，門診費用、件數也增加，希望下次可以告訴大家分析原因。

對於生產案件自然產跟剖腹產的比例，從投影片中無法得知，還有助產所的家數也是，是不是下次會議能夠呈現資料。

另外在投影片第 11 頁，精神科復健機構增加到 207 家，復健機構是不是要做妥善的管理。復健科的管轄有物理治療、職能治療、心理治療，心理治療的部分應由復健科醫師來開還是精神科醫師來開？是否應該由復健科醫師來統籌。

主席

精神科復健機構還是屬於精神科，不是復健科；特約助產所現在是個位數。

張代表志傑

有關全聯會投影片第 32 張眼科醫令 97608C 為何醫令點數成長但是醫令總量成長率為 0%？

主席

請全聯會做數據確認。

陳代表晟康

請問健保署投影片第 8 張關於醫院及基層 106Q3 成長率是不是和 105 年比較？可是在投影片第 20 頁基層精神科門診醫療費用成長那麼高，呼應醫療費用之成長，精神科醫師人數成長率計算基礎應為 106 年第 3 季 447 位與 102 年 331 位比較，成長率為 35%，醫院總額從 995 位增加到 1041 位，成長率 4.6%，更反應基層成長率高於醫院。

費用成長除了因社會因素造成需求增加，從供給面來看也是有增加，是否可以在明年協商因素納入預算編列考量。

徐代表超群

有關婦產科點數及醫療費用負成長，應歸咎於社會變遷，少子化，但不能因此讓婦產科萎縮，這樣對於婦女健康是不利的，尤其是基層下降率高於醫院，應給予基層婦產科醫師更多鼓勵措施，以壯大基層，建議開放項目讓基層婦產科醫師可執行，或透過支付點數調整。

另外生產案件在台北區明顯增加，這是因為民眾會選擇設備較好且環境較佳的機構去生產，所以醫院或大型診所會比較有利，這在都會區會特別明顯，但這種機構規模非常大的診所，大到某個規模以上應該鼓勵他們改成醫院，且醫院有醫院評鑑的規範，對病人品質比較好。

台北市可以參考台南市對於基層輔導的經驗。

藍代表毅生

可否請健保署也針對外科進行醫療利用與供給專題分析。

105 年到 106 年外科專科增加人數 63 位，排除醫學中心、神經外科，在區域以上醫院的，一年分不到 1 位專科醫師，以中區來說真正開刀的醫師越來越少，相對來說許多在基層可以執行的處置都沒有做，檢傷分類 3 級以下的病人，其實基層是可以處理的，但目前都是送到醫院，由專科護理師進行處理。除了對於病人品質不好，也對醫院急診造成負擔。

吳代表國治

這是國安問題，生產越來越少，精神科病人越來越多。希望在總額協商時能夠將社會變遷所造成的影響納入考量。今年在協商的時候我們也提出訴求，就像癌症一樣，新的科技發展所增加的費用並無法彌補癌症病人增加之花費。剛好健保會蔡委員今日也在場，是不是在未來協商時可以考慮我們的立場，謝謝。

莊代表維周

少子化問題應該把人口政策納入考量，大家都知道婦產科是高風險行業，但是生產案件才支付 30000 多點，和開一個簡單的刀拿到一樣的錢。是不是以署方的立場把生產納入獨立的總額，配合國家政策，鼓勵生育。

主席

調高支付標準不會提高生產數。

莊代表維周

我懂您的意思，但至少可以達到鼓勵的效果，不讓婦產科醫師萎縮到這麼快。

李代表卓倫

這個問題經濟學人針對整個亞洲分析，亞洲婦女未婚生子比率非常低，也就是不婚和少子化是息息相關，在瑞典非婚生子女占 55%。

林代表育正(黃代表振國代理人)

醫師 4 萬多人如果每人多生一個就有 4 萬名嬰兒，重點是讓醫師好過點。

林代表名男

日本最近統計，其總人口數下降，台灣亦是。有關精神科與老年化之關聯，因為失智症近年開始受到重視，是否為造成需求量上升之因素?另外，上次看到一個頭條是希望 5 年能把 10%病人從區域醫院、醫學中心下轉到基層，若是將病人轉到基層並給予適當的鼓勵，在預防醫學做的好，相信日後重症會減少，整體照護品質會更好。

黃代表啟嘉

為什麼人口老化跟精神科有關，其實精神病就是老人病，因為無法平衡的情緒會隨著年齡增長而增加，以各科成長率來看成長率最高的三科精神科、骨科及復健科，都和老人有關。失智症有時是以憂鬱症表現，尤其活越久越明顯，將來比例會越來越高。

主席

1 間診所一年的婦女生產量比 1 間醫院還多，就病人安全來看，是屬醫院規模或診所規模?此為醫事司職掌，請收錄意見，找一天就相關問題與醫事司探討。另有關精神科成長增加可不可以在總額處理，請大家看全聯會報告第 11 張投影片，106 年第 3 季件數成長 3.64%，醫療點數成長 7.49%，平均每件點數成長 3.71%，點數成長高於總額的成長，所以點值會受影響，各分區影響程度不同，南區、高屏區和東區投保人口減少，臺北、北區及中區在增加，費用和需求也會挪移，所以在人口校正部分一定要支持，因錢才會跟著人走。討論分區總額時，全聯會主張 R 值維持，相對壓縮到人口增加的分區，建議全聯會要留意。

另需長期觀察婦產科和精神科部分，建議要看全面，因基層是一個總額，非分科總額，下一次會議把全科再看一次，也可以列為明年總額協商之參考。

張代表孟源

R 值沒有往前進是因計算公式對臺北區不公平，TRANS 值分母是醫院，分子是基層診所，臺北市有 7 大醫學中心和市立聯合醫院，新北市又很多大醫院，臺北區保費收入占 40%、臺北區人口占率 34%-35%，但臺北區預算僅占 32%，建議邀集專家學者討論公式是不是應修改。

主席

有關非協商因素之公式檢討，權責單位是社保司，請社保司說明。

梁代表淑政

去年健保會也召開過分區預算公式檢討相關會議。張代表建議 TRANS 值計算方式要修改，我也是認同的，目前是用點數計算，以服務量的多寡而不是因為人數變動，確實有些失真。另死亡率，原本的設計是代表該地的健康指標，如果有更好的指數來替代，也是可以修正。每年大家都很努力討論如何修正分區預算的分配公式，但也還沒找到大家滿意的計算方式，所以到目前仍維持原計算公式。

主席

討論分區總額議題時，往往是 3 比 3，請全聯會重視，要公平分配。

黃代表啟嘉

TRANS 值有一個假設是醫院和基層的定值，醫院需求增加基層就減少，但往往不是如此，往往是 1+1 大於 2，如醫院做檢查，後續到基層治療，就基層增加了，所以不是 1+1 等於定值，TRANS 值也不是分配該區的醫院和基層的資源分配，而是以全國資源分配，邏輯是錯誤的。

梁代表淑政

R 值是以全國每人費用在做地區預算分配的概念，因此當總額分為醫院和基層總額時，就要看當地民眾於基層和醫院就醫的比重，這是 TRANS 值設計概念，但隨時空改變或運作更純熟，可以做修正使公式分配更精準。

盧代表榮福

當時李玉春老師在設計人口風險因子時，當時是民國 83 年，但隨時代變遷，可以用大家可以接受的風險因子再重新計算，如各區平均費用，再校正，如可以校正到 100%，就可以用新的風險的因子。

林代表俊傑

贊成盧醫師的建議，除人口結構，年齡等因子，如果六分區統一點值，大家方向就會是如何把基層餅擴大，可以另組小組討論如何讓六分區資源分配更公平。

藍代表毅生

全聯會報告第 5 張投影片，106 年醫師人數 4 萬 7 千多人，每年約增加 1 千人，106 年較 105 年增加 2 千 6 百人，請說明。

陳代表相國

擷取月份不同，回去再確認。

主席

數字部分健保署也協助確認。

顏代表鴻順

我們也認同當初 R 值設計概念，希望朝 R 值 100%前進，但全聯會試算過程中，R 值前進對各區的影響差別很大，所以取平衡點，R 值 66%，S 值 34%，R 值爭議是 TRANS 值，對都會區影響較大，概念是假如臺北區設很多好市多和家樂福之後，7-11 就會乏人問津嗎？有很多家大醫院之後，民眾就不會到診所就醫，所以診所分配就會降低；這觀念不對，有好市多和家樂福，7-11 一樣再成長，不是 1+1 等於 2，可能是 1+1 等於 3 或 3.5。另至於風險因子校正，人口結構產生落差，臺北區人口佔率 37%，而臺北區總額預算僅占 32%，這也是臺北區承受點值低的壓力，所以應探討 TRANS 對於都會地區的影響，或採林醫師建議六分區採同一點值，大家一起努力。

周代表慶明

106 年第二季臺北區浮動點值 0.879，是六分區中最低，其次是中區 0.947，差

距非常大，有關地區預算分配公式，對於台北區不公平，不應該有六區預算分配問題，在臺北區成本，如房租成本相較其他區高，如採全台一區有什麼困難嗎？

主席

中醫總額曾經做過除東區外，西部採一區，結果不如預期得好，因大家點值一致，造成點數全部上升，點值全面下降，採六區還可以各自管控，所以分區總額有它的必要性。另代表對分配公式的建議，這部分是社保司職掌，社保司是否可以開會討論，這事情不能等到每年談分區總額預算才提出，必須事前先討論才會有共識，這案子先討論到這裡，接下來第三案。

● 報告案第三案：西醫基層總額 106 年第 2 季點值結算結果

主席

有關 106 年第二季點值結算結果大家有沒有意見？如果沒有意見則點值確認，進行下一案。

● 報告案第四案：107 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

主席

107 年開會時間大家有沒有意見？如果沒有意見則會議時間確認。謝謝。

● 討論事項 第一案：有關「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案

醫務管理組 李組長純馥

12 月 7 日頃接獲公會函文，在時間上比較匆促，所以沒有事先把署裡意見給大家。本案中需要再考量的項目為「緩和醫療家庭諮詢費」，因即使在醫院總額，也不是在門診操作，所以對於這個項目我們還是有點疑慮，等一下請委員們可以針對這個議題作討論。

主席

請問大家有沒有意見？緩和醫療家庭諮詢費，在醫院主要為 ICU，當重症病患進入末期狀況時，ICU 和安寧緩和醫生會提供完整安寧緩和醫療諮詢，希望減少無效醫療，即申報這個項目。而如果不是 ICU 而是在一般病房，或是有其他選擇(住院安寧、安寧共照或是居家安寧)，請問全聯會對這個提案的想法？

林代表俊傑

目前基層已經在推動居家醫療及重度居家安寧，分享我過去曾經到榮總或高醫安寧病房的經驗，其實他們的病床數還是不夠，所以有些重症病患是可以回家做居家安寧，因為實際上不是每個病人一回到家就馬上往生。目前大都由醫院執行，我們希望可以壯大基層，有些醫院的醫療業務或事物可以挪到基層來做，我認為可以新增這個項目把他列入表別，編列預算並試辦一年，隔年依成效評估考量繼續保留或刪除。

張代表金石

在我從事居家安寧的經驗，在病人臨終之前除了要和家屬溝通相關事情，包括急救也都要取得家屬共識，這個會談有時會長達 1 小時，不單是悲傷輔導，最重要還要瞭解家屬的意向。曾經看過末期病人在家屬堅持下送急診，但每次送到醫院又有簽署 DNR 又送到急診來，我到底可以做什麼，真的很麻煩。事實上如果能夠由居家安寧的醫師和社工師還有護理人員給他開導，其實是有利於管控整體醫療耗用。我覺得這個錢雖然很少，但是在臨終前都不能申報這個費用，這個很奇怪。

張代表孟源

事實上居家安寧配合居家醫療，但都沒有辦法申報，為什麼？我們都用在養護機構，那些老人都很可憐，最長躺在病床長達 10 年，儘管他已經 90 歲或更高齡，醫院還是可以把他救活，到最後沒有辦法，找到我們諮詢居家安寧。所以後來我們 1 年談 5~6 案例，會談成員包括整個家族，每次都長達 1-2 小時，而這項費用都無法申報。我覺得配合現在居家安寧和長照 2.0，這是很需要的。

張代表孟源

日前開會時有會員提出這項建議，我是覺得真的有必要，而不是只有限定在

ICU，這項居家安寧家庭諮詢費用，是否可以試辦？另外署長希望壯大基層，目前估計的 2 億多元，是否可以保留一些彈性，往後的一段時間再提出對壯大基層有需要項目。

林代表名男

所謂家庭會議是要取得病人、家屬和醫生間共識，且在照會安寧團隊前要先召開才有給付費用，這個是在醫院而且最主要是在 ICU 及較重症病房。其次，在居家醫療整合計畫就包括居家安寧，現在做居家醫療計畫，一個月最多可以申報 180 次，但做 1 次安寧則算 4 次，鼓勵效果較不好。站在長期照顧病人的醫師立場，我們和家屬互動說服率比較好，讓臨終病人有尊嚴的善終。但現有制度要求二點限制，第一，你必須要參加乙類，第二，你必須要加入居家整合計畫。如何再去鼓勵，期望健保署可以再給我們一些幫忙。

主席

請醫管組說明。

醫務管理組 李組長純馥

要和大家說明二個部分，首先，現在適應症只有限住院和急診，如果基層要開放，這個鬆綁又涉及到醫院層級，因為跨不同總額他會相互影響到，我們沒有辦法馬上同意。第二，在整合計畫居家醫療也有緩和醫療諮詢，基本上它是針對安寧緩和階段的病人，在居家整合計畫是需要提供到宅服務，這個部分也感謝醫生不辭辛勞。所以建議大家在整合計畫再做討論，因如果開放跨表別，表示開放所有院所，而不限定居家。

我們有聽到一些建議，在原來居家照護可以到機構看診，但如果沒有參加整合計畫就不能申報緩和醫療諮詢，所以他希望開放表別可以直接在這個部分去鬆綁。而現在在養護機構提供服務他的樣態其實是很多，包括養護機構的自己找特約醫生、醫院居家照護團隊或是長照機構等。我們希望這個項目可以再審慎考量，因為這也涉及到醫院總額。所以先做保留，謝謝。

周代表慶明

剛剛聽完大家的講法，這是兩個不同的項目。剛剛醫院林醫師講的是緩和醫療

家庭諮詢，要在緩和醫療之前要召開家庭會議；我們現在指的是末期病人從醫院安寧回家等臨終，病人在家裡要過世之前的家庭諮詢會議，這是兩個是不同定義。所以能否可以專門定義我們所提出來需求項目，來配合我們基層的需求。

王代表維昌

安寧諮詢對病人的安寧善終其實是相當重要，其實我們在臨床(包括家庭和機構)持續都有推動，透過安寧諮詢，除了讓病人本身更加瞭解，且透過持續關心讓他生命最後這段旅程能夠善終，所以希望大家好好去思考，把它定義清楚，讓各個層級都可以運用。

主席

謝謝，大家還有其他的意見嗎？目前你們提出項目為 02020B(緩和醫療家庭諮詢費)，這是用在還沒有會診安寧之前的會商。剛剛，周理事長又提到末期病人在銜接住院安寧到居家安寧的需求，這個又不太一樣。

所以，今天跨表這一項是需要再為居家安寧設計，這個項目就先保留。另為居家醫療新增一個可以提供緩和醫療諮詢費項目，這樣才有區別。其他的 6 項就通過。另外一個問題是今年預算可能為 1,700 萬，可能還有 2 億左右費用，張醫師說還會再提案，請下一次臨時會議一定要提出來，可以嗎？

黃代表啓嘉

臨時會是 12 月底，可以三個月內嗎？

主席

12 月底會召開臨時會，如果你們來不及就是三個月內要提。最晚，明年第 1 季會議要提案。好，大家有沒有其他意見？沒有，討論事項第一案就通過。接下來第二案。

● 討論事項第二案：107 年基層總額一般服務案件之保障項目討論案

主席

這個項目是希望把醫師診查費納入 1 點 1 元，請問大家有沒有意見？

黃代表啓嘉

請問這個資料是不是有低估點值的衝擊？

主席

請總額科說明。

醫務管理組 劉科長林義

請各位代表看到第 67 頁計算表，以 106 年第 1-2 季計算，其浮動點值為 0.9608；假如保障藥服費項目，保障點數約增加 35 億點，推估保障項目點數占率約 33.9%(原占率約 27.6%)，浮動點值下降率約 0.4%；若保障診察費，保障點數約增加 279 億點，推估保障項目點數占率約 77.6%，固定點數占率約增加 50%，浮動點值下降率約為 9.1%(原占率約 27.6%)，每點約 0.8736 元；若保障第一階段門診診察費，保障點數約增加 208 億點，推估保障點值佔率約 64.9%(原占率約 27.6%)，浮動點值下降約為 4.1%，每點約 0.9192 元。以上說明。

主席

大家有沒有意見？

黃代表啓嘉

剛剛科長提到因為本來點值比較高 0.9608，就是保障 1 點 1 元，大概也只有移 0.04 過去。

主席

如果只有藥服費才是。

黃代表啓嘉

我的問題是假如各個分區分開跑會造成什麼的狀況？請問有沒有這個資料？因為台北區 106 年第 2 季點值已經很低。

主席

台北區有沒有個別跑資料？

醫務管理組 劉科長林義

目前跑的都是全區資料。

主席

大家還有沒有意見？

周代表慶明

我們已經看到台北區浮動點值是最低為 0.879，如果把錢補到第一階段 1 點 1 元的話，那台北區的浮動點值不曉得會掉到哪裡去。第一，台北區 base 最大，浮動點值掉那麼低，我們對會員沒有辦法交代。第二，你目前計算是全區，應該要算各區的影響有多大，這樣才會更瞭解。

主席

大家還有其他意見嗎？今天會議要有一點共識，主委這邊的意見？

黃代表啓嘉

我知道為何以為是低估，因看到資料是去年點值比較差，所以衝擊比較大，去年點值衝擊為 13%，今年看到衝擊為 4-5%，我們不知道第 3 季、第 4 季或明年點值是多少？所以真正的成長率可能點值還會一直往下，或者現在還差不多。像台北區其實很好算，因為他的佔率 33%，點值大概 0.87，所以你們是用平均點值 0.94 去算，如果加上第一階段診察費，點值大概會掉到 0.75，就是可能外科、婦產科、復健科跟骨科會跳起來。

主席

不同的科別診察費占率就會不同，所以結論呢？

黃代表啓嘉

先保留，我們回去再討論一下，請健保署這邊提供各分區點值資料，我們才能回去跟會員說明。

主席

我們提供分區的資料給全聯會，不分科的，請下一次臨時會之前再提出你們的結論，好嗎？

黃代表啟嘉

可能要請健保署這邊提供每一區的預估點值的資料，我們會員裡面要面對的浮動點值是多少。

周代表慶明

主席這邊，我們剛剛講的全台一區，如果這個事情，在全台執行，大家浮動點值調的都一樣，也沒什麼好抱怨，如果全台一區，要怎麼調，我們也都 OK，不要讓台北區的浮動點值調到這麼差，要就大家一起來。

主席

好，那這個案子就是暫保留，然後由我們醫管組提供 6 區的預估點值衝擊，下一次全聯會開臨時會時，再麻煩把結果告訴我們，大概兩周以後。

許代表嘉紋（藥師公會全聯會林代表振順代理人）

大家討論點值，我想跟各位分享，從健保開辦以來，藥師全聯會也一直呼籲跟支持專業診察費的提升，每每醫師公會全聯會提出來，或沒有提出來，我方都會想辦法呼籲這件事情，從健保開辦至今，大家是否有算過，基層診察費，大概從 260 點一直調到今年 350 點，調幅漲幅到 35%。

黃代表啟嘉

基層診察費是要算平均的，不能算第一階段的，我們是把後面的 100 點降到 50 點，若藥師全聯會也要跟我們一樣把前面 30 個調劑費拉高，後面 50 個或 80 個下降，我們可以同意。

許代表嘉紋（藥師公會全聯會林代表振順代理人）

是，沒錯，黃醫師提到的是，但也是把 30 個人拉高到 40 個人。

黃代表啟嘉

那你後面要下降哦。

許代表嘉紋（藥師公會全聯會林代表振順代理人）

對，在醫師診察費部分，即便後面是下降的，但是平均調漲幅度也是有的，如果算第一階段的話，大概來到 30 幾%，可是藥服費其實是沒有的，藥服費從開辦到現在我用 5223B，5210B 來算，調 3 點而已，調整的幅度只有 4%-6%，就是這麼的低，當然若是內部調劑，則漲幅 7-10%，無論如何，還是離診察費有很大的距離，依藥事服務費的支付通則，藥事服務費的成本它包含什麼呢？我念給大家聽，它包含處方確認、處方查核、藥品調劑核對、交付藥品、用藥指導、藥歷管理、藥品耗損包裝、倉儲管理等費用，這是給我們的使命，這麼多年來，在藥師服務費上，已經從原本早期以調配藥品為主，到現在全面判斷性的服務、雲端檢視、用藥整合、用藥指導等等都加上，要處理這麼多的事情，只有 30、40 點的藥服費來講，即便物價指數從 84 年到現在成長 21.43%，可是藥服費的成長比例卻是這麼低，只有 4-10%，藥師一直希望在這個領域，服務費可以大幅進步，但是在還沒有辦法達到這個之前，是期待藥事服務費能夠固定點值，一點一元的部分，朝這部分邁進，專業點值的固定，是我們藥師全聯會的期待及懇求，檢驗金額現在都破千億了，健保若可以用在更多合理、好的、更值得的部分，我想可以更節省開支，是可以回饋子孫跟社會，最近有修醫療法，就是在尋找醫病關係極大化的信任，這是尊重醫療人員的專業，也希望這個會議，能夠跟進，能夠重視專業的尊嚴，不要打折扣，這是我們藥師公會全聯會的立場，謝謝。

主席

好，謝謝，請全聯會主委，剛剛非協商成長率還有 2 億，你們還陸續在檢討，藥師公會的意見請一併考慮，這也是需要用非協商成本指數改變率去做調整，那還有其他問題？那我們這個項目，有關點值保障的部分，再提供分區的意見，儘快地提供，請全聯會儘快討論，今天暫保留，接下來第三案。

● 討論事項第三案：107 年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂案

主席

有沒有要補充？

黃代表啟嘉

我請我們的品質資訊組的組長盧理事長來說明。

主席

好，我們請盧代表說明。

盧代表榮福

全聯會品質資訊組有做過一次會議，對於品質保證保留款的修正主要有兩點，一個就是因為整個西醫基層很多科，算分的指標，都偏重在家醫科、內科方面，有好幾個科認為，那些算式比較不公平，他們第一點是要求修正，在所有幾%要可以分到品質保證保留款的時候，能夠依科別去抓，這是第一個改變修正的。第二個，因為這保證保留款能夠分配的，從民國 104 年 90%的診所，後來 105、106 都是用 80%，今年健保會要求說再把它下降到 75%，這個東西是一直要分配，一直往下降，沒有一個實證基準，他喜歡或是希望到多少，整個全聯會希望，我們要要求多少的診所能夠分配到這個保證保留款，我能夠提供一個實證基準，大家可以看到今天發的全聯會補充說明資料，有一個修正說明，依照健保署委託台北護理健康大學，於 105 年 8 月 16 日至 10 月 6 日所進行的西醫診所病患就醫可近性及醫療品質滿意度調查，其整體醫療品質滿意度為 94.3%，我們建議以 90%為核發依據，這個 94.3%大家可以翻到後面的表格，這是 101 到 105 年我們健保署每年委託作的，我們全國民眾滿意調查表，大家可以看到 105 年度整體醫療品質滿意度，在 105 年度，是 94.3%，我們認為說，全國民眾給醫師醫療品質打的分數是 94.3，所以我們認為說，我們所有的基層診所，應該有 90%診所有資格拿到這個品質保證保留款，這是我們一個實證基準，所以我們提出來跟大家要求說，我們今年不再像說像健保會說，一直要往下降，他一直沒有說服我們為何要到 75%，那今天我們拿出這個，以健保署自己作的民眾滿意度調查表，意思是希望要求 90%能夠拿到品質保證保留款。

主席

好，謝謝，那大家有無意見？李老師。

李代表卓倫

前面還不確定那個 75% 是怎麼算的，就我原來對品質保留款的理解，是有個核發的基準，有各式各樣的基準，所以我的理解的是，這邊的基準是您想要把它改成用調查出來的整體品質滿意度作為基準，是要做基準的轉變嗎？

盧代表榮福

是指有多少的診所能夠核發這個品質保留保證款，但基準是沒有變，基準有 10 幾個基準，那個基準是沒變的，分數算完後，這些能夠達到分數的診所所有多少比例可以分到這個保留款，我們是在爭論這段。

醫務管理組 李純馥組長

我說明一下，就是我們大家看到會議資料 74 頁，原來我們的方案，其實是 80 百分位，今年我們給的以每個指標你達到比較優的那些，意思是指有 20% 沒有拿到，那因為今年健保會在評核會時，包括協商時，都有再三提醒說，品保款應該是要擇優，希望百分位能夠再更嚴格一點，所以才下修調整，那他現在是希望往上，我們兩邊方向不一樣，所以全聯會希望達到 90 百分位，就是只淘汰 10%，75 百分位，則淘汰 25%，原來 80 百分，則淘汰 20% 的院所，因為他本來的架構上是，每個指標雖然用百分位，每個指標都有權重，最後拿到總分後再去做整體，所以是不是你一項達到 90 百分位你就可以進到最後拿到權重的部分，這全部數字是我們健保署算的，院所端確實是比較難掌握他現在是落到哪個百分位。

盧代表榮福

所以剛剛老師才在講說，為什麼健保會他用 75 百分位，80 百分位，他有什麼數據能說明為什麼 75% 的診所拿到，所以我們在思考事情應該要拿出實證基準出來，所以我們才會去找這些東西來證明，那剛剛醫管這邊，若他只有一個指標達到分數，如果他只有一個指標達到，他不會落在前面，他只會落在後面，落在後面就不可能拿到保證款了。

主席

來，吳醫師。

吳代表國治

這是觀點的不同，全聯會也有討論過，這是評核會專家學者評出來才拿到品質保留款的結果，但評出來的內容是所有的醫師貢獻出來的，所以我們認為說，應該要普及化，當然健保會那邊是希望我們要有鑑別度，是Quality就可以拿，還是一定要Excellent才可以拿，這是兩個不同觀點，我們認為既然是評核會評出來的結果，那我們滿意度這麼高，這不是只有Excellent的診所所創造出來的，這是每一家診所辛辛苦苦一起經營出來的最後結果，所以我們認為應該要普及化，希望能有90%的院所可以拿到品質保留款。

主席

好，品質保證保留款的金額來自總額評核會的評核結果，依各自總額的一定比例當作品質鼓勵。但是問題是，品質獎勵本來就不是要大家都分的到，是要獎勵表現比較好的，至於什麼叫做表現比較好的，就以指標進行比較，現在11項指標你們又提了2項指標，總共就是13項指標，有不同的權重；但如果最終是要大家通過去平分這個錢，那就不用指標，如果要有指標，就是要有一點鑑別度，如果大家都平分掉的話，就失去指標的意義。

黃代表啟嘉

因為剛剛盧理事長有個重要的立論基礎，今天民眾的滿意度是多少，鑑別度跟你的滿意度高低應有一定的比例，如果滿意度都90幾%，他已經滿意了，我們還要硬把某些人刪掉，其實我倒覺得，值得思考的是，我們目的並不是要刪人家，而是希望每個人都達到更好的標準，目前是沒有一個指標的回饋機制，往往院所是到最後結束，才知道說他是落在哪個百分位，如果是每一季院所都有得到回饋機制，你多了這機制，你可以秀給付費者看，付費者可以知道健保署不是要來刪這個，我希望診所每一季都review他自己的品質，是否有達到我們的指標，這些資訊讓院所知道的話，會更有意義，反正錢就是要給你們醫界嘛，目的是要達到好的品質，我們是覺得，民眾已達90幾%的滿意度，鑑別掉10%相對比較沒有達標的診所，我認為這樣的程度是可行的，但是如果要更有鑑別度，應該要分為10個等級，而不是一個等級，事實上你20%，有另外80%同一筆錢，那80%拿到的錢其實差不了多少，比例差不了多少，看診所申報金

額，我的意思是說，你說 10%、20%、30%我都認為跟 10%的鑑別度沒有太大的差別，鑑別度應該要有等級(grading)，從 10%到 80%都不一樣的價錢、不一樣比例，但是太困難，太難算了，說實話大家都達到一樣的標準，不需要再去做不必要的，我認為應該是要要求改善鼓勵的性質，輔導的性質比較多，其實 10%本身代表已經有 10%院所達不到了，這樣已經有相當的啟示作用，最重要的是在過程中，讓那些比較落後的診所，有機會去知道自己是落後的，讓他有機會努力去調整，往上走，有這樣的回饋機制，就已經是夠了，不需要一直把刷掉的比例一直拉高，這不是本制度的目的，這筆錢本身說實話，還是付費者每年在決定的，也沒有在總額內，也沒有滾入基期，雖然是放在今年總額，但是他是每年每年算，還沒有滾入基期，所以我覺得在核發上面，應該要用另外一個思考方向去考慮。

主席

好，謝謝，其他還有無意見？

鄭代表俊堂

當初我們在討論時，我們認為民眾滿意度這麼高，我們醫界評估自己的診所，難道沒有 90 幾的滿意度嗎？也就是我們診所有瑕疵的有這麼多嗎？我們當初想，我們起碼 90%的診所都是兢兢業業、規規矩矩在經營的，所以我覺得我們這樣就有達到一個鑑別的標準，我們那時候想到 90 幾，我們是這樣的思考方向，從這樣來說，你的鑑別項目，鑑別度是有點問題，像剛才盧理事長講的，像科別，婦產科很多都沒有，這樣是不是還要分科來鑑別，不然對某些科是不公平的，這些鑑別度對家醫科、對內科是比較好的，那既然鑑別度有點問題，應該是整體上把它提升，例如婦產科也很認真在做，只是做不到評鑑的標準，所以我們希望說，另外一個思考方向已經出現了，希望有一個品質保留款的方案。

主席

好，謝謝，請林醫師(林教授名男)。

林代表名男

我剛剛看，剛剛這 11 個裡面，其實有屬於說，全部的百分位的部分，還有幾

個是說他要達到某個閾值(threshold)的部分，比如說你 A1C 要到 65%，這部分用閾值(threshold)的方式，滿意度是個閾值(threshold)，當然滿意度對民眾來說是很好的主觀性指標，但是還是必須要有些客觀性的指標，就是滿意度裡面不能呈現出來的，像 A1C 大於 65%可能有時候雖然滿意，可是他還是很多沒有做到的話，所以我認為可以類似用像這樣的，把它變成閾值(threshold)的方式，例如平均就診次數，大家都很拚，你還是要挑一些出來，大家就會覺得，並不是很好，是不是把百分比把它改成閾值(threshold)，當然你可以算現在的 90%或是 80%大於閾值(threshold)在哪裡，大家用閾值(threshold)的方式來看。

主席

好，謝謝；請盧代表。

盧代表榮福

就是剛因為西醫是科別很多，像是 Hb1C、像婦產科、耳鼻喉科就沒有這些東西，所以很困難就是在這裡。在我們今天資料第 74 頁，如果設在 90 百分位，能夠核發獎勵分配，我們會先扣掉違約的，點數有問題的，如果 90 百分位，能夠核發獎勵金的就是 84%，大家可以看到 70 頁，也不是說一定就是 90%的診所會拿到，大家可以算一下。

主席

好，謝謝，還有沒有？付費者代表有沒有意見？麗娟有沒有意見呢。

健保會 蔡代表麗娟

其實，聽起來，其實西醫基層這個複雜度，這幾次開會理解，因為各科的不同，所以本質上有一些較大的差異，例如剛有代表說，有些科別可能沒有在執行的實際上不會有牽涉到那裏面所訂的指標，這部分，其實在當初這個品質保留款當然是希望有鑑別，比較執行好一點的品質的人，真正去拿到這樣的獎勵，在剛剛大家的表達裡，好像有一些指標上面，也沒辦法完全符合真正事務上的內容，在整個要怎麼樣給的方式上面，如何去平衡這兩個，意思是希望鼓勵真的執行很好的人，在指標上又有怎麼樣的方式，契合到、鼓勵到他們，可能要請學者專家這邊，再有一些補充跟建議，當然就付費者來講，我們也希望說表現

好的人真的拿到這樣的獎勵。

主席

好，大家有無意見，這樣好不好，這個案子林醫師有建議，我們是用百分位，可不可以改成閾值，我們請醫管組這邊就 80，85，90 百分位的閾值，稍微做一下統計，下一次臨時會再做確認。

盧代表榮福

閾值有耶，你們在抓的。

主席

如果改成閾值的話，就不會如你想像的一定刷掉 20% 哦，就沒有，大家如果努力達到，刷掉的人就會少。

盧代表榮福

你們那些指標，都是前一年度的閾值。

主席

對啊，所以改成閾值跟百分位的結果是不同的，百分位就是說大家雖然一起進步，但還是把最前面的 20% 拿掉，如果採閾值，就是先訂閾值在那，大家有個努力的目標，大家如果都達到，搞不好不是拿掉 10%，或是只有拿掉 5% 都有可能，這個結果就不同，我的意思是說，下一次我們要開臨時會，下一次會議的時候，把閾值再拿出來，再做最確認，好不好？好！今天這個案子就暫保留，接下來下一案，請徐醫師發言。

**● 討論事項第四案：「107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」
修訂案**

徐代表超群

本案我們上個禮拜的會前會都充分討論過了，我是覺得本案可以不用唸，它改的是小方面、小部分的修改，且是朝有彈性的方向改，我是很認同。比較大的改變，則是增加了醫缺診所點值保障一點一元，還有假日加成，這是比較重大的改變，關於經費方面，我們跟健保署在這方面都討論過了，經費方面沒有問題，都是可行，就照會前會決議這樣通過，另外我非常感謝健保署支持醫缺地

區診所點值保障，這對於偏鄉的診所所有鼓勵的效果，我很感謝健保署這次很重視我們偏鄉醫療，謝謝。

主席

這個應該是跟總額的核定結果有關吧，專款才會這樣配合，好，這個部分，醫管組都討論過了，這個項目我們就算他通過了。

那接下來，有幾個臨時動議，我們稍微看一下，不見得今天有結論，但是今天李教授本來要給我們一個簡報，但現在人這麼少，是否下次再講。

李代表卓倫

下次再講。

主席

好，臨時提案現在吳醫師有送來一個臨時提案，我們自己也有一個臨時提案，我們先看吳醫師的提案。

● **臨時動議第一案：有關同療程跨年度申報之案件有重複計算掛號次數之情形，建請釐清案。**

吳代表國治

我沒有全部發。

主席

你講一下好了。

吳代表國治

因為有會員反映說，跨年度申報同療程案件在年底跨年度時，掛號的次數會重複計算，在報稅的部分會有所疑慮，我們當然沒辦法去求證，既然提出來是不是請署裡帶回去分析是否真有此情況。

主席

好，這個部分，醫管先收錄，因顯然是需要討論一下；接下來我們來看健保署的臨時提案。

● 臨時動議第二案：有關西醫基層總額新增開放表列項目之中長程規劃案。

主席

好，這項大家是不是可以理解在說什麼？

吳代表國治

我知道！

主席

好，這個是今天上午部長指示的，有關開放表別是希望基層可以落實基層可以逐步能做的事情，如果你做的事情很少，留住病人的機會也少，你現在必須要留住病人，必須要你能夠執行的範圍變大。因此哪些項目之開放有助於未來基層理想的營運模式，請先提出願景，再逐年落實。部長希望你們分科都要去檢討，因應高齡化社會，病人共病多，基層是要用 team 來照顧病人，不是只有一個醫師。本案請全聯會帶回去好好的作長程的研究，勿只是片段的思考，才有利分級醫療長期發展。

李代表卓倫

這個就是我的投影片在講的東西，也許下一次可以用。

黃代表啟嘉

可以先講一下。

李代表卓倫

我們事先商量一下也可以。

主席

好，事實上是需要商量，基層未來希望是社區化的基層，而且是好的基層。請吳醫師。

吳代表國治

我要解釋我們不是湊，每次討論的時候是有原則的，我們都是站在病人的角度思考，這個醫療照護要怎麼樣留在基層照顧，而不是我們診斷出來以後就送到醫院。

李代表卓倫

大家可以先看我的投影片，我投影片內容，比這個強大 100 倍啦！

主席

你稍微講一下，應該不會很久吧？

李代表卓倫

這牽涉到新增，現在服務的內涵是可以改變的，那有沒有一個機制幫助我們去創新，想像空間就會無限大。

這是德國的全民健保重建方案裡面所提的，有一些還沒有被健保核可的項目，事實上可以在全民健保經費的挹注下，進行試辦研究計畫，它是一個 control study，他希望我們基層過去沒有做過的事情，可以透過這筆經費去做出 evidence，可是這個 evidence 並不是在醫院做的，因為你回到基層，你還是很多變數，這是很多普遍周延檢驗的前提，它目的在累積實證的資料，這個會非常的強大，提出的人是不特定的醫師，不特定的診所，找不特定的研究機構及醫院來協同合作的項目，相對原來的診察項目，可能帶來比較好的診斷程序，或比較好的治療方法，這有非常多的想像空間，

這也是我們的困境，我們在實施總額的時候，如果有新的技術跟政策，會面臨相互牽引的困境，解套的邏輯就是我們要另外設立一個獨立基金來做這件事情，這個是新的東西，2015 年 6 月 11 日德國的眾議院才通過，92 條有關加強健康服務的內涵，我後面有附他的德文原文，由聯邦一個委員會負責，他 2016 年 1 月 1 日才成立，1 月 2 日才開始運作，這個計畫運作才一年多，他是建立一個醫療創新基金，這個基金主要是讓基層去使用，為某些特定的創新計劃提供資金來源，例如有些跨部門，有些跨科別的。

黃代表啟嘉

我是建議這個要我們大家都在一起時再來討論。

主席

沒關係，我們下一次再講。

李代表卓倫

我這邊很快的講一遍就好，有些是舊的，有潛在的效能，還沒有永久性跟現有

的健康照顧體系結合，例如糖尿病就是要跟減重在一起，你這邊開藥是有錢的，可是減重是沒有錢的，如何把它包成一包，再把它加進來，就會有個想像空間，什麼樣的想像空間，不太知道，總要以人去設計出來提到全聯會，這個新的科技定義有兩種，一個是全新的，雖然已經出現一段時間，但是還沒有正式納入醫療體系，第二個對於人口老化特別重要，他不是因為全新科技，那個會放在醫院，有的舊的科技，你重新把它包成一包後，就會牽涉到跨專科跨部門的東西，這個沒做到，會一直對話當中，很可惜，他的做法就有個創新，最重要是他的錢。這個在德國 2016-2019 每年上限是 2 億 2 千 5 百萬歐元，額外再加上 7500 萬計畫評估費用，相當於每年是 3 億歐元，我不是用每人，我用總體，德國跟我們的總體 GDP 去換算，我們大概是他們的 6 分之 1 到 7 分之 1，所以這樣換算下來，我們應該每年會有一個 15 到 20 億，前面會比較少，我們就可以提撥一個醫療創新基金，我們可以把它導向疾病管理的概念，這樣的錢，每一分錢花的就不是在醫師身上，而是你必須對人民的健康有幫助，我現在要拿 evidence 的東西，這樣就會導向人民健康跟疾病管理的重點方向，那個方向才是我們基層醫療應該要做的，會比醫院做得好的地方，我們現有壯大基層的項目，並沒有這一塊，這個東西不做的人就可以不做，但是有興趣的人就可以說，我手頭明明就有個東西，再加一筆研究經費，為了就是要求取 evidence，這個 evidence 可以導向 guideline 這件事情，在 HTA 健康評估那邊並沒有在做這件事情，下一頁，這個東西，我為什麼把英國拿出來，那個地方有個商業資源單位，有一些醫師手上有一些特別賺錢的門路，他可能不願意透過這個拿出來分享，透過這個商業機制可以讓健保的錢省下來，或是療效更好，他同時又可以收到商業機制，這樣就有一塊想像空間。

黃代表啟嘉

我跟李教授報告一下，因為我還要回花蓮，所以可能下一次再麻煩您說明；然後另外我要跟藥師公會全聯會這邊道歉，因為我剛才語氣不好，我要講的是說，其實在醫界對於這個所謂的費用，我們比較覺得調支付標準會比較反映成本，如果保障點值，支付標準不動，其實就沒有反應成本，目前是還沒有最後結論，上次藥師服務費調 3 元那個機制過程，我建議您再 review 一下，若真

的要調，要循那個機制調，比較有機會，就算我內心支持你，到我們會裡討論也不會過。

主席

好，沒關係，總之藥師的藥師服務費，也是在西基層有一塊，我們要持平的看待大家的努力，那沒關係，下一次再討論。

黃代表啟嘉

怎麼樣去按照我們的比例給等比例的增加，這是可以考慮的，我覺得內部討論時，要達到這樣的目標，可能要請署方這邊給我們建議。

主席

好，那我們會給你建議。

黃代表啟嘉

到時候你給我們建議，如果真的要去做，我們一季支付標準也是個平均數，不能只看我們診察費那邊，我們不動的支付標準要去看，要去看平均，有很多支付標準我們是沒有動的，甚至我們被降的，你們只有這一項，這一項代表你們全部，我們要整體來看全部到底是占多少比例，這樣才公平。

主席

好，有關臨時提案，下一次就當第一案討論，今天就先帶回去，李教授的部分就下一次列第一案；然後請吳醫師。

吳代表國治

李教授所提其實是一個很大的東西，現在開放表別項目卻是裡面很小的東西，那是一個創新的東西，開放表別項目是既有的東西，二者是不一樣的，李教授提到的我很贊同，這是要建立一個新的治療項目，或是新的照護制度，當然是希望可以往這邊去做，未來可能還是要健保署規劃。

主席

好，我想，今天會議就到這裡，謝謝吳醫師你奮戰到最後，還有蔡醫師，謝謝，還有黃啟嘉醫師，還有徐超群醫師，謝謝。