

# 「西醫基層總額研商議事會議」107年第1次會議紀錄

時間：107年3月2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	王正坤	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	許光宏
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	蘇美惠(代)
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	請假
呂代表紹達	請假	黃代表振國	黃振國
李代表育家	請假	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表卓倫	李卓倫	廖代表慶龍	請假
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	蔡有成
周代表思源	陳瑞瑛(代)	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	鄭英傑
林代表俊傑	請假	盧代表榮福	盧榮福
林代表振順	請假	謝代表武吉	請假
林代表義龍	林義龍	藍代表毅生	請假
邱代表泰源	陳炳榮(代)	顏代表鴻順	顏鴻順
徐代表超群	請假	羅代表倫樾	請假
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

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

黃佩宜、陳宏毅

洪毓婷、吳心華

陳瑩珊

宋佳玲

范貴惠、廖美惠

盧珮茹

王慧英

賴文琳

謝明雪

馮美芳

王本仁、張如薰、賴彥壯

李冠毅

余侑婕

李純馥、谷祖棣、劉林義、

徐維志、李姿曄、吳明純、

張毓芬、鄭正義、吳韋均

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

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：中華民國醫師公會全聯會  
中央健康保險署

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：洽悉；另精神科特殊心理治療與門診手術二項異常情形或分區間差異由本署醫審及藥材組及醫管組列入檔案分析。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層 106 年第 3 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	0.8984	0.9367	0.9076	0.9446	0.9409	1.0106	0.9223
平均點值	0.9220	0.9567	0.9358	0.9650	0.9589	1.0096	0.9438

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

報告單位：專家學者代表李卓倫老師

案由：德國健保創新基金的運作與商業模式。

決定：洽悉。

## 第五案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：107年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

決定：

- 一、台北、北區、中區、南區及高屏等五分區各季浮動點值以每點1元為上限，東區各季浮動點值以每點1.1元為上限。
- 二、點值落後地區的計算步驟為先計算點值落後地區點值，再做查處減列回補金額。
- 三、餘洽悉。

## 第六案

報告單位：中央健康保險署中區業務組

案由：「霧峰、烏日地區新設立醫院對基層之影響」報告

決定：洽悉。

## 第七案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明。

決定：西醫基層回推倍數上限值為門診20倍、住診5.8倍。回推倍數上限值(門診20倍、住診5.8倍)將由本署報請衛生福利部核定後公告。

## 肆、討論事項：

### 第一案

提案單位：吳代表國治

案由：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：本署已修正「106年分列項目表」資料擷取邏輯，人次計算排除同一療程跨月申報案件、慢性病連續處方箋調劑案件及排程檢查案件，106年分列項目表將無代表所提之情況。

### 第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107年西醫基層總額「一般服務案件之保障項目」。

決議：不予調整，107年比照106年保障項目。

### 第三案

提案單位：本署醫務管理組

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：本案保留，於下次會議繼續討論。

### 第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式，提請討論。

決議：本案保留，由全聯會帶回研議後，於下次會議繼續討論。

### 第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107年「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點摘要如下，將依會議討論結果，報請衛生福利部核備後辦理公告事宜。

(一) 強化社區醫療群組織運作及增列參與計畫基本要求：

1. 提升社區醫療群照護能力，新增醫療群合作醫事機構：

(1) 納入社區藥局、物理治療所及檢驗所為醫療群合作單位，提供穩定慢性病人用藥、檢驗檢查等服務。

(2) 建立醫療群合作診所，提供復健科、眼科及精神科醫療服務。

2. 強化24小時接聽人員專業能力，明訂接聽人員應由醫事人員擔任，並規範提供之具體服務項目。

3. 社區醫療群與合作醫院間進行實質合作及提供主動電訪(Call out)服務。

4. 新增設置社區醫療群個案管理人員，協助個案管理，提升醫療照護品質。

5. 落實計畫執行目標，提供收案對象確認回饋機制。

(二) 為提供持續性服務，收案對象中慢性病個案其會員收案期程以3年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次

年則再依交付原則分派院所收案，以利收案對象之長期經營。

(三) 檢討評核指標

1. 整併既有指標項目，並依收案對象照護情形，將指標項目歸類為結構面指標、過程面指標及結果面指標。
2. 落實分級醫療之雙向轉診及共同照護，確保病人照護之連續性與協調性，過程面指標之「會員住院/門診經醫療群轉診率」調整為「雙向轉診」，指標項目包含「電子轉診使用率」、「住院雙向轉診率」、「門診雙向轉診率」等3項指標。
3. 結果面指標：
  - (1) 修正「潛在可避免急診率」及「可避免住院率」之比較閾值由全國平均值修正為收案會員之百分位；計算基準改採慢性指標計算(包含糖尿病、高血壓、心臟病、慢性阻塞性肺部疾病及氣喘等慢性疾病)；權重由各10分調整為各5分。
  - (2) 為利反映整體照護成效，恢復104年計畫所訂之「會員急診率」及新增「糖尿病會員胰島素注射率」兩項指標(權重各5分)，以判斷疾病嚴重度。
4. 自選指標之「假日開診並公開開診資訊」一項，為推動分級醫療，調升得分診次，以提高社區醫療群診所假日開診率之誘因。

(四) 新增老年醫學專科醫師可提供失智症病人家庭諮詢照護服務。

**第六案**

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關建議西醫基層比照適用106年醫院調整重症支付標準案，  
提請討論。

決議：本案不予調整。

## 第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論。(併臨時動議討論)

決議：同意新增開放表別如下：

- (一)「心肌旋轉蛋白 I(醫令代碼 09099B)」。
- (二)「A 群鏈球菌抗原(醫令代碼 12165B)」。
- (三)「陰道超音波 (醫令代碼 19013B)」。

## 伍、臨時動議：

提案單位：中華民國醫師公會全聯會

案由：107 年西醫基層總額新增開放表別「陰道超音波(醫令代碼 19013B)」項目(併討論事項第七案討論)

決議：同意新增開放表別：「陰道超音波(醫令代碼 19013B)」。

伍、散會：下午 5 時 20 分

陸、與會人員發言摘要詳附件

## 107 年第 1 次「西醫基層總額研商議事會議」與會人員發言摘要

主席

各位代表，我們請先看上次的會議紀錄。請翻開第 4 頁到第 8 頁，大家有沒有問題？如果沒有問題，我們會議紀錄就確認，接下來報告事項第一案。

### ● 報告案第一案：上次會議結論事項辦理情形(略)

主席

好，最後一項也是解除列管，因為全聯會已經提出來了，以上大家有沒有意見？如果沒有意見，那報告案第一案就確認了。接下來第二案，就請陳相國醫師報告，謝謝！

### ● 報告案第二案：西醫基層總額執行概況報告(略)

主席

謝謝陳醫師！對陳醫師的報告，大家有沒有意見？請王醫師。

王代表維昌

請教一下，耳鼻喉科的處置，它是不是有一個 cut-point 30%跟 0.4%，不過我看這個都有超過 30%以上。這是還沒有經過行政核減的，是嗎？

主席

這是 raw data，不對嗎？請黃醫師說明。

黃代表振國

這個是最大問題，在 ENT 的治療是按照申報科別、非專科醫師別。假設聯合診所所有兩位醫師，其中一個是耳鼻喉科的專科醫師，另一個是非耳鼻喉科的專科醫師。它的總和是兩個醫師和的 30%。所以，假設非耳鼻喉科的專科醫師報低於 30%，另一位專科醫師就可以報超過 30%，問題出在這裡，所以，之前就一直希望可以把這個不予支付指標明確一點，就是 by 專科醫師別，這樣就不會發生非耳鼻喉科的專科醫師在不同科別的診所執業會有標準不一的情形，例如家醫科、小兒科或是內科醫師在舊的指標裡面是千分之四，但是如果今天這個專科醫師受聘於在耳鼻喉科專科醫師診所的話，他就是從千分之四上升到 30%，所以爭執點在這裡。所以，健保署在這個申報端的程式設計上，是不是



爾後可以把專科醫師別納入申報的項目。能讓這個指標再精確一點。也便於管控，謝謝！

**主席**

不予支付指標請醫審組來說明。

**醫審藥材組王專委本仁**

大家好~第一個，這邊是申報資料，沒有經過一些審查核減。第二個，剛剛代表提的檔案分析不予支付指標。剛剛有提的這些 ENT 的這些 local treatment 這些操作型定義怎麼修改，有跟全聯會再討論。其中一個版本是說，有沒有可能用疾病別的概念來看，這一塊還是希望全聯會內部先有個共識。我們再一起討論，以上補充！

**主席**

剛剛全聯會的意見是說，看能不能用專科醫師別，這個部份有沒有討論過？可是你剛剛提的是疾病別。

**醫審藥材組王專委本仁**

會用到這種治療的不見得只是 ENT 的專科醫師，其他的專科醫師也有可能，比如說，家醫科、兒科，但前提是他有一些相關的設備。所以，專科醫師別當然是一個可以討論的，另外一種思考方向是用疾病別，比如說，你會用這些治療通常是用在呼吸道感染，或者某一種疾病比，現在臨床上是覺得他現在大概有多少機率會需要這種，這是一個構想。就像剛剛講的，這還是全聯會內部科跟科之間有一定的共識，這我們會再處理。

**主席**

請黃醫師。

**黃代表振國**

我想聚焦在現在申報的欄位中並沒有申報專科醫師別，這是問題的所在。今天我們只能做申報案件別去歸屬他是耳鼻喉科、內科、家醫科、小兒科。如果爾後像我剛剛講的程式的設計裡面，多一個專科醫師別，這個更能精確的區分。

**主席**

好~請醫審組！

**醫審藥材組王專委本仁**

我覺得這要分兩個議題，全聯會要處理的是，要看整個西醫基層的一些申報狀

況的一個監測或統計，讓它細緻化這個是一個議題。另外一個小的是說，對 ENT 的局部處置，因為它量相對比較大，有沒有一個更理想的管控方式，這兩個議題啦，不管用哪一種，我們雖然申報資料沒有講這個專科醫師別，但是只要我們確定這個醫師他有專科醫師證書檔的話，我們內部後台是可以做勾稽啦！所以，我不太清楚它現在費用的一個監控要更細緻化的目的？還是只是處理這個不予支付指標的議題？

**主席**

好~請吳醫師。

**吳代表國治**

我覺得署裡的回應好像昨是今非！這個問題吵了N年！當時我們一直反映希望用專科醫師別，署裡跟我們反映做不到。我們很訝異的是，現在有一些科的加成，要有專科醫師才能加成，結果有一些做得到，有一些做不到，這個問題不是只有現在才產生，已經有N年了！

**主席**

我們有其他的檔案可以 mapping 是否為專科醫師，但是次專科醫師大概沒辦法，亦即部定專科可以。

**醫審藥材組王專委本仁**

部定專科而已，基本上是直接從醫事司那邊直接轉檔過來。

**主席**

就是部定專科，但是非部定專科之次專科醫師沒辦法！

**黃代表振國**

這樣聽起來是不是如果以後我們把不予支付指標改成專科醫師別，而不是申報案件別。

**主席**

要部定專科。

**黃代表振國**

對！對！可以嘛！那以後我們就朝這方向去努力經營修正，這樣可以嗎？他後台可以解決，我們很高興，謝謝！

**醫審藥材組王專委本仁**

只是那個指標的合理性就像剛剛提的治療，不限每個專科醫師才能做，他現在

變成那個議題要去處理，所以，我們希望醫界內部能夠有一個比較周延的考量，以上！

**主席**

好，至少釐清一件事情，如果是部定專科我們後台可以 mapping，至於局部處置比率到底要用專科醫師別？還是要用疾病別？再請全聯會討論清楚，因為涉及到跨科間醫師的權益。醫審組也請再做討論。謝謝！其他還有沒有意見？請黃醫師。

**黃代表振國**

點值跟 105 年整年度是差不多的，但是說實在有高就有低。在此不得不替低的區講一下話，尤其臺北區有 1/3 的醫師，有 5000 位在臺北區，造就了臺北區醫療的方便性跟資源的豐富，但是點值卻是最底的。從申報的資料檔裡面可以看得很清楚，不論哪個科別，臺北區的申報藥費及其他費用都應該接近平均值，所以，臺北區並沒有非常高的申報的情況。這樣長久低的點值，我想以後會造成醫療品質的下降，大家不得不深思，我覺得先有個制度，如果照我們現在的基層分配的方式。我想臺北區每年都會繼續墊底，跟我們其他區的有很大的差距。希望署方能夠思考一個徹底解決的方式，至少能夠確保我們的浮動點值不要差平均點值太多，這樣的話，確保臺北區 1/3 的人口、1/3 的醫生，在執業上得到一個適度的保障。這是我的第一個訴求；第二個訴求，某些科別在某些區造成我們平均值差異太大，希望是不是拆成各分區去研議一下，為什麼有些科、有些分區特別高出同儕太多。也許有特殊性，比如說，東區因為地屬偏遠，民眾拿藥天數要比較多，那當然要給他們方便，甚至一個疾病嚴重度老人多的區，也應該讓他們有就醫上的方便。所以，建議是不是省思一下。還有一點，精神科是我們要關愛的科別，精神科的高成長，它最高的一項叫作特殊心理治療，特殊心理治療的成長百分比，遠大於它案件的成長比例。所以，是不是要釐清，到底是不是每個 CASE 來都要做特殊心理治療。所謂“特殊”它應該不是一個普遍性的處置。我想是不是請健保署研究一下，謝謝！

**主席**

謝謝！還有沒有其他意見？沒有意見的話，臺北區的點值請臺北業務組稍為留意一下。另外，精神科的特殊心理治療這一塊，麻煩醫審組列入檔案分析看看，基層申報上有沒有一致性？或者有什麼其他的問題。

### 黃代表振國

可不可以稍為修改一下，應該不是責成臺北業務組。

### 主席

特殊心理治療是指全國。

### 黃代表振國

我指的臺北業務組點值低是分配的問題，不是管理的問題。如果責成臺北業務組的話，那會更慘，管理的更嚴一點。

### 主席

分配問題？分配有一定的公式。

### 黃代表振國

我知道，公式上當然有歷史上的原因，當時民國 80 幾年有時空背景的考量。我建議，是不是爾後在分配公式上面稍為思考一下，怎麼樣來分配。

### 主席

如果是臺北區分區總額的分配，如果真有需要校正的話，全聯會每年在處理分區總額的時候，就應該併入考量。

### 黃代表振國

那我們大家一起研究一下看如何分配。

### 主席

問題是每年的分區總額分配是全聯會在做主導的，所以，理論上應該先在全聯會討論，今年的分配已經確定了。另外一個特殊醫令的檢討，確實基層精神科的費用一直在成長，也蠻多精神科醫師到基層來開業，這些都有關鍵性的影響。但是申報的醫令裡面有沒有什麼特別問題，[醫審組先做檔案分析](#)，再跟醫管組探討一下特殊心理治療有沒有什麼 criteria，有沒有人用這些項目去做一些不當的、不合理的申報，這些要納入審查，用專業審查來解決。這個部份就先這樣處理。請吳醫師。

### 吳代表國治

振國代表提到的，他比較在意醫界一直認為 RS 值的公式是不對的，所以，我們一直希望檢討 RS 值公式，當然這是一個困難的工作，可是這個公式的檢討不應該是落在西醫基層總額這裡檢討，這個應該是他的心聲。

### 主席

兩邊一起討論吧？

**吳代表國治**

對！那精神科這部分，除了去分析全國的數據之外，因為北區成長的非常地大，是不是合併北區來處理，分析一下內容。

**主席**

特殊心理治療是全國都要去處理的，就是全國都做分析，不是只有哪一區而已。

**吳代表國治**

精神科在北區成長的最高。

**主席**

檔案分析出來後就會看的出來哪一區有問題。有關分區的分配，若是牽涉到 RS 值的公式有問題，那可能要從制度面去探討，故請全聯會有一個窗口再跟醫管組初步研討一下，這個分配也牽涉到健保會，因為分配原則是健保會訂下來的，如果公式不變，只是做微調，每年全聯會這邊都可以去做，所以要看究竟是哪個環節需要修正，因為總數不變，若要改變分配，就會有人變少有人變多，所以這顯然是一件須協調的事情。

**黃代表啟嘉**

主席，其實臺北區的問題還有一個很大的問題，就是他們院前診所的規模跟其他區的院前診所規模不太一樣，這一部分他們有占了一塊很大的基層，他們成長率可以算一算的，一些大型的診所其實是應該鼓勵他升級到醫院去，那個診所的規模是醫院級的規模，這種診所如果沒辦法讓他成為醫院總額的一部分，還繼續留在基層裡頭的話，那臺北區的點值可能即使我們修正了公式，可能好了一、兩年，但未來可能還是一樣，因為畢竟早年的時候，臺北區的點值並沒有差異那麼大，但是隨著時間的推移，點值的差異越來越大，那這個大的本身臨床的現狀還是有影響很大，所以那一部分，就是院前診所的規模跟其他區是不一樣的，那很多大型診所已經是醫院規模級了，應該要鼓勵他成為醫院的一部分。

**主席**

遠東聯合診所。

**黃代表振國**

另外一個想法，有賴署方分級醫療的成功，其實臺北區最大的問題是 TRANS，

就是醫院跟基層的比例，臺北區的大醫院太多，而且陸陸續續新北市還要成立兩、三家，那個是遠大於剛剛相國兄中區的問題，我想有賴署方推動分級醫療，臺北區才有救，不然老實講，就從 TRANS 或是包括遠東、內湖國泰、書田等等，那都沒有辦法解決今天所有的問題，那個金額還是非常少。其實我今年的協商並不是這麼愉快，我想是有一些是制度面的問題，不是人的問題，那爾後我想有機會，應該再好好研究一下，大家本來應該是合作的，讓我們自己分配這機制就變成對立。我覺得這個機制不好，所以我建議說我們應該理性的探討，謝謝。

**主席**

好，其實分級醫療要推動，門診就不要再分基層跟醫院，應該分成門診總額與住院總額是最恰當，不然每次在討論哪個診所很大，所以你應該叫做醫院不要叫做診所，這永遠討論不完，也難有結論。門診服務本身就應該要能夠分工，確實臺灣的大醫院可以看門診這件事情是存在的，而且也沒有辦法改變。目前門診服務在總額之區分，相等為診所、醫院的就歸基層總額、醫院總額，且不是本會議能夠決定的。

**吳代表國治**

既然談到這個問題，其實我們新竹區也要成立好幾家醫院，大家都很擔心，但我們大概也知道說醫院應該照顧的 case，診所應該照顧的 case，健保署這邊有很多試辦計畫，我們也拋出一個想法

**主席**

嗯。

**吳代表國治**

我們告訴新竹要成立醫院的經營者，有沒有可能有一個試辦計畫，讓他們只看轉診的 case，然後在住院、重症的部分給他加成，如果大家認為這個對分級醫療是好的，對國家整個制度架構建立起來是好的話，那現在這麼多試辦計畫，我覺得這個試辦計畫應該是可以嘗試去 approach 試試看的，這是拋出來的一個想法，新竹縣衛生局局長今天中午請中國醫藥學院的院長到新竹縣，會跟新竹的診所協會還有醫師公會的代表談論這個問題，這個試辦計畫如果署方願意踏出第一步，其實大家可以坐下來談，是不是建立一個制度出來，如果這個試辦計畫醫院那邊也覺得非常好的話，這其實是一個方向，以上，謝謝。



**主席**

好，請陳醫師。

**陳代表炳榮(邱代表泰源代理人)**

主席、各位代表午安，剛剛各位談論的其實不是現在才發生的問題，我是建議全國性的問題應該在這個地方有決策處理，而不是地方性的問題在這邊談。接著請看 37 頁，有關申報狀況，很明顯的差異就是西醫門診手術的部分，唯獨台北區跟中區的高成長率，全國平均是 11.49%，台北區是 26%，中區是 12.67%，其他各區幾乎都在 5% 以下，門診手術會有區域性差異那麼大嗎？這一部分請署方能夠進一步的分析，到底這個門診手術是不是他的定義有別，還是說申報狀況有異，希望能夠提供一下資料，謝謝。

**主席**

好，謝謝，門診手術部分我們可以協助來分析，門診手術應該是跟診所經營的型態有關係，門診手術的範圍也涉及很多科，很多科都有門診手術，所以我們來分析一下好嗎？有精神科跟門診手術這兩項，麻煩醫管組與醫審組合作進行。

**李代表偉華**

關於基層轉診制度面，我有一個想法，因為我本身是跨兩邊，我在醫院、也在基層診所服務，在平衡端來看，病人希望得到什麼服務這是最重要的，其實我們基層的醫生吵了半天，很怕醫院把基層吃掉，可是我們要從病人端來看，我們服務的主體是我們整個臺灣的人民，不是基層醫師也不是醫院的醫師，我曾經有聽過一個健保的委員講一句話說：「我從來不在基層看病的，我一定都是到醫院去看的」，為什麼呢？因為我到醫院，所有的設備、所有的資源通通都在，醫院裡面包括電腦斷層所有的東西我都可以 available，但在診所裡面，我可能只有能夠得到一個照顧，當經費要求對我來講不是很嚴重的時候，每一個人都希望能夠得到最大最好的照顧，那制度面要怎麼設計呢？像我自己在看診的話，我診所一個病人花費差不多 200 多塊，到醫院去的話，一個病人約 2,000 元，在醫院裡面有的時候嚴重性比較高沒有錯，但是事實上差異沒有這麼大，那為了我們整個 budget 的使用，怎麼樣分配，我們一直在強調的是說，如何在基層跟這個之間取得平衡，是一個要思考的地方。

**主席**

好，謝謝，如果要以病人為中心，病人得到最好的醫療。各位所引用同一個 ICD

9 之門診的平均費用比較，由於醫院的資源很多，所以可能協助更精確的診斷就會多做一點檢查，其實差異都在檢查。

**黃代表啟嘉**

因為支付標準不一樣。

**主席**

所以差別在於診所的給藥日數不如醫院的給藥日數，這是第一個不同的地方，第二個，診所的檢查、檢驗費比較少，醫院的比較多，所以就差別在這裡，很明顯，第一個，基層的開藥日數比較短，當然藥費背後還有藥品品項，藥品的備藥也不太一樣。另診所比較沒辦法像醫院可以做的就是檢驗、檢查，平均費用都貢獻在這裡，就是檢驗、檢查、藥費、日份以及藥品的種類，造成平均費用不一樣。又同一個 ICD 9 有沒有嚴重度的不同，這個就沒有去校正。

**黃代表啟嘉**

其實 URI 在醫院開的天數一般都至少都一個禮拜，但是我碰過的病人能夠把一個禮拜 URI 的藥吃完的可能比例不到 3 成，你可以用問卷調查就知道，開了一個禮拜的 URI 的藥到底有沒有吃完，這個很重要，但他至少都開一個禮拜，那當然一個人長期在看複雜的疾病，就容易把簡單的疾病當複雜化，當然長期看簡單的疾病也容易把複雜的疾病簡單化，這個是相對的，所以我們不是說檢討說基層沒有風險，就好像流感，流感快篩開放了，其實流感快篩在以前沒有開放的時候，基層是自費，那個比例其實很小，不會像現在開放以後有幾千萬的耗費，事實上很多病人其實憑臨床的判斷就可以給藥了，並不需要做快篩，有時候我還不敢做快篩，為什麼我不敢做快篩？因為他明明該給藥，給他做快篩是偽陰性怎麼辦？該不該給？你已經做了快篩結果是陰性，可是他明明就是，你不相信兩天後跑出來又陽性了，所以那個快篩本身就不是 100%，我的意思是說檢查本身他是一個 tricky，很多時候一個醫生臨床的藝術才是真正的價值。

**主席**

好，我們預計要 5 點結束，我們後面還有很多提案，所以如果我們的代表有其他的想法建議，就提供書面，歡迎各位代表不要因為時間的關係要講的話就沒有講，麻煩你寫下來，我們會仔細的研讀，執行概況討論就先到這裡。來，請張醫師。

**張代表志傑**



第六案要報告嗎？

主席

第幾案？

張代表志傑

林新跟亞大醫院的報告。

主席

要，等一下會報告。

張代表志傑

好，我以為已經結束了。

主席

沒有，那個報告案在後面，好，我們進行第三案。

### ● 報告案第三案：西醫基層總額 106 年第 3 季點值結算結果

主席

好，點值確認，去年的第三季點值，大家有沒有意見？大本的第 35 頁，大家有沒有意見？臺北區平均點值還有 0.9220，浮動有 0.8984。

黃代表振國

請看去年(105 年)的第 3 季。

主席

0.9213。

黃代表振國

對，掉了很多。

主席

掉了很多。

黃代表振國

從第 2 季，那第 2 季大家翻到前面 review 一下，也是差很多。

主席

對。

黃代表振國

所以第 4 季也應該不會很好。

主席

不怎麼樂觀。

**黃代表振國**

對，所以跟 105 年相較掉最多的是臺北區。

**主席**

對，沒錯，各區都有一點掉，但是臺北區有掉，北區也掉蠻多的，對，而且我們診察費是提高的，所以多少都有影響，但入口袋的錢也許沒有想像中掉那麼大，來，請李醫師。

**李代表紹誠**

主席，這個 106 年跟 105 年的第 3 季，中間可能差別是在 105 年第 3 季那個時候好像流感比較沒有。

**主席**

對。

**李代表紹誠**

就是在 106 年第 3 季其實流感已經開始有了。

**主席**

第 4 季，流感從第 4 季開始。

**李代表紹誠**

第 3 季已經開始有了，106 年第 3 季開始陸陸續續開始有了，是不是有這個因素？

**主席**

去年的第 3 季也有流感，去年的夏天流感，沒錯。

**李代表紹誠**

對，是不是因為那個流感的因素造成。

**主席**

也有關係，有關係，正好出現在第 3 季，是夏天，106 年是夏天流感。

**李代表紹誠**

所以以後流感疫苗可能要提早打。

**主席**

去年夏天是最奇怪了，通常流感都是冬天，今年有小流行，但是沒有像前年的大流行所以還好，好，那我們點值就先確認好不好？謝謝，接下來第四案。

## ● 報告案第四案：英德健保創新基金的運作與商業模式

### 李代表卓倫

因為時間的關係，我就不按照書面的文字報告，我用一個基本的理念來講，剛剛有代表講一句話，他說從人民的觀點來看，每家醫院都開在我家隔壁，然後每一個人都到醫院裡面去接受全套的服務，請問這樣的醫療體系有什麼不好？我用 1996 年倫敦教授的一句話來回答，他說：「沒什麼不好，但是沒有任何的一個國家負擔的起這種醫療體系。」，這是世界衛生組織的顧問的回答，可以啊，但沒有一個國家負擔的起，哪一個國家這樣子做，如果是這樣的話，那我們回來問一個問題，那基層跟醫院的角色、功能跟定位到底區別在什麼地方？我記得應該是 2003 年？家庭醫師試辦計畫第一年開辦的時候，開辦不久，中區有兩位當過理事長的大老級的人物，在有次開會的時候，很客氣地起了衝突，不過那次好像是副座在的時候，然後有一個理事長他就說：「家庭醫師試辦計畫開辦跟沒開辦之前、之後，角色沒有什麼不一樣啊，開辦之前我就是把我的病人照顧好，開辦之後也是我把我的病人照顧好。」，那差別在哪裡他根本搞不清楚，結果旁邊有另外一個理事長跟他講說：「一個家庭醫師沒有社區功能，哪叫家庭醫師。」我是斗六人，我隔壁是荊桐鄉，馬路越開越大，斗六開車到荊桐根本不到 10 分鐘，以衛生福利部的標準，開車 15 分鐘到半小時之內的都較可近性很高，可是一個斗六的醫師可能在荊桐或者是古坑有社區功能嗎？所以顯然不是這樣定義，基層醫療不是這樣定義，家庭醫師也不是這樣定義的，那這個就是他們之間的區別跟功能，這是兩個理事長的對話，兩個都是理事長，一個有理念的人就是講這樣的話，另外一個沒有理念的就是講這樣的話。

如果我們從這個來區分的話，那我們就要問，有什麼事情是我們基層可以做的到的，醫院無論如何再怎麼開車都做不到，就是他可近性不可能太高，那可近性不可能太高，你怎麼把慢性病管理去交給他，不太可能，一個早上有的醫院如果醫師不特別限診的話，醫院限診最高的號數是 200 號，我記得以前有一個台大的老教授，那時候要做合理門診量的時候大家吵成一團，然後有一個日據時代受教育的老教授他那時候就出來講一句話，他說：「一個早上 150 個是怎麼看的你也跟我解釋一下。」，結果全國大家都沒有意見了，因為除非這種老教授，受日本教育的那種，當你回到事情的本質的時候其實並沒有那麼複雜。但是我要回到 2003 年那個時候，就是我們在做家庭醫師試辦計畫這麼多年下

來，我們除了只談錢之外，那個時候就有醫師跟我問到說：「那我們基層多了什麼服務把病人留下來？」，這件事情我們到現在還沒有去談過，但是我這一次在做健保署的計劃的時候，明明就看到英國跟德國開始在做這件事情，因為所有的臨床指引、新的科技跟新藥的臨床指引都是大醫院做出來的，可是當你有很多的疾病管理的那些臨床指引必須要回到基層，基層也管得比較好，因為他把一個月或是很長的藥開出來的時候，你是三個月後才會見到你的醫師，你的血糖控制是高高低低的，你怎麼可能三個月以後去見你的醫師呢？也許是三天、也許是一個禮拜或是一個長期的監測的控制系統，醫院是不可能做到這件事情的，那一定是由臨床個別的，透過某一些機制、某些管理的平台那樣的機制把他串聯起來的，或者是連續性的這個生理、生化值的監測把他串聯起來，而且是可近性非常高的一個服務或甚至是也許是 24 小時電話這樣的一個服務把他串聯起來的。

所以我才會有這個提案，認為說我們是不是花一點錢回來做一些完全是臨床醫師就可以做的慢性病的疾病管理的那些臨床指引，這個也是德國跟英國他們開始注意到的事情，而剛好 Lenthal 雜誌又把我們慢性病管理的排名排在後面，那可見，台灣不是沒有在做管理嗎？不是，而是我們過去把太多的慢性病的管理，尤其是可以長期拿藥的那種慢性病管理，我們基層把他拱手讓給醫院，他們如果管的好的話，我們的指標不會長那個樣子，可見醫院管不好，那這個就是我們基層能夠發揮的特色，那由我們基層來管，可是所有的那些 guide line 都不是依據基層的需要而寫的，這個事情有一個最大的好處是他並沒有逼迫任何診所或任何醫師說你一定要做這件事情，他不是，有興趣跟有意願要發展一些指標的人他來做這件事情就好，那他的想法、他的概念可以由我們的健保基金來支付他純粹的研究上面，譬如說他可能需要兩位研究助理，那這個如果是有一個新的連續監控的儀器，也許是某一個廠商提供的，也許是廠商說這個我們免費提供，因為我為了得到一個 guide line，為了我的後續的一個東西，那兩邊互相搭配，但是你的這個 protocol，每個藥或每一個處方出去或每一個服務出去的那個付錢的仍然還是由原來的健保機制來付錢，只是那個我為了要研究出新的方法，在基層不管用的這個研究的費用本身，還有行政費用的本身由這一筆錢來出，我是基於這樣的一個概念，我們開始講分級醫療的時候就一直在講壯大基層，我老實講，我一直到現在為止沒有看到一個壯大基層的這個根深蒂固的東西，就是我們有一套很強大的優於醫院的東西可以把我們病人留

住，那這個問題事實上我們 2003 年就開始想了，我們一直想到現在，我們沒有很認真的去想這個問題，那既然別的國家開始做這件事情，那當然我們就可以至少模仿一下，那他的經費也不是很多，當然這裡面也有碰到一個問題是英國也去解決的，如果我這家診所的開業醫師我有一些獨門的手法，以至於讓我的生意變得很好這件事情，我也知道他是有效的，或者是他是某一種特殊的開業術，讓他的病人健康管理也許都變得很好，那我為什麼要拿出來透過一個研究數字來跟大家分享？這個時候如果有一個商業模式或商業機制，長什麼樣子我不太知道，因為我還沒有機會深入或者去爬書或是挖掘這些資料長什麼樣子，就把他單獨執業在後面生涯裡面可能賺到的商業利益，如果在這個研究裡面證實他是有效的，而他幫健保省下來的錢，我們也可以透過商業機制回饋一部分給他，而回饋給他的部分比他後續的 10 年或 5 年能夠賺到的還要更多，那這個就是一個兩邊互換都有利益，交易的甲乙雙方都互惠，同時沒有損及其他人的，那這個就是效益最高的價值跟精神所在。

所以這裡面可以加一點點商業的模式進來是為了要能夠貢獻出他特殊的或是獨門的想法，那有這樣的機制，兩個機制到位的話，也許我們可以有一個壯大基層的機會，這個經費在德國因為是正式的立法，在英國也有正式的機構，我的換算是用德國跟英國他的每年的總經費，用在基層的臨床指引的這個總經費，我沒有用每人的 GDP，我用這個國家的總 GDP，你去看這個總經費好像英國很小德國很大，那是因為德國人口很多，英國人口比較少，所以我用他的總體 GDP 來比例的換算臺灣的總體 GDP，那換算出來就在最後一頁投影片，其實他應該要列入健康科技評估的一個部分，但那是另外一個議題，我不去談他，我只談這個，基層的臨床指引這一部分，那在英國叫做創新採購，在德國叫做創新基金，我用總體國內生產毛額去換算，以英國去換算臺灣的應該就是 13 點多億，所以我寫 13 到 14，那用德國的去換算就是 16 點多億，上次副座有跟我講說太多了，有相當的困難。

不過我今天要比較不客氣地提出一個概念，我們的家庭醫師計畫也每年大約不就花這個錢嗎？那 10 幾年過去了，其實你去問問看民眾的感覺，民眾跟你講說我不知道我是誰的會員，民眾根本不知道他是誰的會員，這是一個每年 10 幾億的無感的計畫，那要不要我們回來做一點點，如果真的錢不夠必須要從那邊挖過來的話，當然最好的方式是這個可以另外生出來，然後原來的計畫可以保留或是轉變成另外一種方式，我覺得這樣子也稍微轉移一下，或者是兩邊怎

麼樣子混著做，原來的經費保留，這個也同時做，也許增加一點點，然後看兩邊怎麼樣子用一種淨額的狀態，這個大概就是我最後的一個投影片的預估，那文字說明大概立法的過程在前面有大概說明，好，以上報告。

**主席**

謝謝，李教授，李教授建議家庭醫師整合照護計畫可不可以轉個方向，重新來過，類似英國跟德國的創新基金所做的事情，可能也要引入一些新的慢性病的臨床指引在基層，甚至也有民間的工具可以使用，類似這樣的概念，重新讓基層能夠提供對慢性病的照護，能夠跟醫院產生不一樣的結果，病人也得利，他是有這樣的建議，大家有無意見，來，請陳醫師。

**陳代表炳榮(邱代表泰源代理人)：**

剛剛聽到李教授的報告，真的是洞悉醫界的所有問題，事實上是這樣，大家都有同樣的感受，那為什麼基層診所，既要壯大基層，又沒辦法把慢性病的病人留在基層，原因是：(一)其實基層你要開的藥同樣沒有限制，同樣可開三個月，但是病人為什麼不在基層看，這是種迷思。就像教授講的，醫院診所都開在我家旁邊，我還是往醫院跑，如果是我，我也是會這樣做，那為什麼呢，醫院他的藥跟基層開的藥是一樣的，問題是目前的作業方式，基層用醫院的原處方箋藥品代碼去開，你說藥局拿的到藥嗎？病人兩頭跑，到藥局拿不到藥，回來診所去更改，所以幾乎是所有診所，交付處方箋，都沒有蓋一個不准替代藥品，最後病人取得的藥品與基層醫師根據醫院之處方開出的藥品是不同的。(二)另外一個是部分負擔的問題，這是政策問題，本來就有這個規定，但是做不到，那病人先到診所轉診到醫院去看病，其實都差不多，病人是無感的。部分負擔是這種執行方式，怎麼可能讓病人留在基層，怎麼會限縮病人不要一直往醫院去跑，李教授講的，的確是要徹底的檢討，很多計畫是不是真的落實，真正政策執行，對於醫生、對於病患是不是都有好處，這是我個人感覺，謝謝。

**主席**

好，黃醫師，再黃主委。

**黃代表振國**

謝謝李教授的指導，這個德國醫療創新基金，跟英國的 NICE，跟創新的評估很重要，可是我們覺得台灣最大的問題，為什麼基層一直沒辦法壯大的理由是，我們並沒有強制的家庭醫師的制度，沒有指定制，據我了解英國的 NICE 是相

當嚴謹的制度，甚至英國強制，如果你沒有讓你的家庭醫師轉診，你不可以利用保險的經費到醫院去就醫。

第二據我了解，在參與藥品共擬會議的經驗，NICE guideline 是相對，比較省錢的方案，但省錢的功夫不及我們台灣的全民健保，事實上我們台灣的健保署功力遠大於 NICE guideline，這是我的心得，所以也要跟我們在座的一些健保署的官員，掌聲一下，因為他們的努力比 NICE guideline 更好。

第三個要跟李教授回應的是，最近大家看到新聞，英國的醫師大罷工，我想這樣創新的制度，如果真的這麼好，那為什麼會大罷工，如果我們比照這樣之後，是不是我們台灣醫院醫師也會走上街頭去大罷工，那他最大問題是費用是最精簡的，那 NICE guideline 是非常精簡的，英國作一個公醫制度，那醫生呢？只能工作 8 個小時，下班後就要去兼差，例如說計程車司機等等，那這樣的話，如果大家期待我們醫療品質，我們民眾需要嗎，其實最近我在思索的方向，是我個人診所的想法分享，以糖尿病人為例，我每個月去分析，所有 HbA1C 的分布情形，跟我所有的 case，我照顧的病人品質如何，現在計畫所呈現都是片段式的，一個階段性的評估，其實有人問我說，家醫計畫為什麼不容易呈現成效，其實他的成效，是漸進式的，現在已經有醫療群，同個地區的醫生，不同科別都會定期聚會在一起，共同來分享彼此的經驗，甚至分享如何來照顧病人，我想這感受是慢慢來，我們現在所謂就醫的方便，是柔性誘導所謂的分級醫療，並沒有很強制的，例如像我們對岸的中國，已經要求強制每個人登入一個家庭醫師，才能夠到三甲醫院就醫，我們並沒有。我想民眾要接受很難，改變很難，改變民眾行為的方法，醫界能做的也相當有限，但是藉由團體的規模，同儕的學習，至少家醫制度在基層已經深耕，今年已經有將近 5,000 個醫師加入這個計畫，不可諱言的是，不是所有的醫師都有這麼好的能力，如何落實社區的服務，也不是每個醫生就能達到的，但我相信這個方向是對的，我知道很多醫療群的前輩，現在很熱衷居家安寧的照護，都比健保署，甚至國建署的還快，如果沒有這個團體的組織，我想很多計畫，很難推行，包括剛才說的流感，大家知道，我們流感大部分的完成，除了醫院以外，都是在基層，都是有參加醫療群的醫生完成的，所以我希望健保署爾後在整個系統資料的回饋，個別診所回饋，甚至對同一型病人，同一區的回饋，也能夠給基層所有的醫師知道，爾後我們在改進自我學習的方式，我想也是大家一起的精進，謝謝。



## 黃代表啟嘉

其實我們在中華民國台灣，事實上沒有壯大基層的問題，只有說如何用很經濟的、有效益、CP 值高的方式，長期維持一個水準以上的全民健康照顧，我們只有這個問題而已，那分級醫療是我想試圖找出來的解藥，事實上重大基層不是我們的目標，我們的目標是需要能夠經濟、有效的去長期維持住全體國民的健康照顧，我想有感跟有效，往往他們之間，要劃上等號的時候，是需要有些操作，我想西醫基層，經過李教授的提醒，西醫基層接下來我們要討論的是，我們如何去作家醫計畫的 marketing，怎麼講呢，我們要如何讓每一個會員，能夠很明確的知道自己是會員，因為其實第一個，我們目前收會員的方式，健保署這邊丟會員，所以 107 年的會員事實上我們還沒有，上次副座有給我一個提示，我也在這邊呼籲我們所有基層的夥伴，只要不是初診的患者，每個來你都說你是我們的會員，無所謂，因為你本來就是每個病人都要當作會員來照顧，不是嗎？因為只要不是初診的患者，我建議我們的基層醫師，碰到每一個患者，只要你參加家醫計畫，你碰到每個病人，你就跟他說，你是我們的會員，若有些疾病是在醫院看的，歡迎來跟我討論，我來跟你討論，你哪些疾病基本上是不用往醫院跑，你可以留在基層，我來幫你解決，等到 107 年真正的會員丟下來後，你再好好地回歸會員去集中，事實上即使他過去是你的會員，今天因為他健康情況好，按照健保署的制度，他不再需要家庭醫師整合照護計畫的照顧了，你還是可以把它當作會員，我相信如果全部的基層醫師都這樣做時，有加入家庭醫師照護計畫的醫師都這樣做，我想民眾對於家庭醫師的認知跟感受應該會上升，我覺得這個議題，我們西醫基層我們回頭要來討論，謝謝李教授你提醒我這一點。

## 主席

請王醫師。

## 王代表維昌

非常謝謝李教授的指導，我這次到日本去看，我們都知道日本在 2025 要減少急性病床大概 30 萬張床，他事實上我們這次去看得，看他們的佐久醫院，政策的引導很重要，他要減少 30 萬張病床時，佐久醫院他就必須把他的醫院切割掉，大概留 300 多床是急性病床，剩下的 400 多床就變成一般病床，所以這個政策的引導一定要去落實才有辦法作，我剛提到太多的急性醫院，每個國家都無法負擔，在佐久的病房，他們的分級醫療都做得非常好，世界級的醫療都



跟他們參觀，可是我就提出問他們說，為什麼你們的分級醫療能夠做的這麼好，是自動自發的，還是怎樣，事實上他是透過政策的引導，必須要看 60% 的病人必須要從基層轉診，而且他的迴轉率要達到 70%，這樣他才能得到保費的補助，所以作分級醫療，其實政策的引導真的非常重要，以我們國內這樣做，事實上大家看到的都是在都市地區，在鄉下很偏遠的地方，很多非常熱心的醫師他不是計較金錢的服務，是真的是做很好的服務，整個政策的引導很重要，所以說如果沒有政策，我們其實很感謝我們健保署跟我們所有基層醫師，他們的努力，其實讓台灣的醫療水準維持相當的高，不過教授的提醒說，我們沒有社區功能的醫生，就不應該是家庭醫師，這個就的確是我們應該要去檢討的地方，謝謝。

**主席**

好，請張醫師。

**張代表孟源**

其實我們還是回到李教授這次的專題報告，專題報告有兩個重點，一個是創新，一個是門診支付，那創新我必須報告一下，台灣並不是沒有創新，我舉個例子，就是關於一個慢性病 COPD 的計畫，是去年才開始實行的，但是這個創新真的沒有任何經費，都是健保署跟胸腔急重症醫學會，等於我們用義務性質，我想到 13 億，我真的高興得很，怎麼會有這麼多的預算，來做一個創新，我們提出一個慢性阻塞肺疾病，後來為了這個創新，甚至胸腔醫學會提出真名，肺塞病，叫做 COPD，人家病人才能夠懂，患者才能夠有感，在那個支付標準方面，我們幾個照護計畫，那事實上很多都是無償且無財務支援下土法煉鋼的方式，還有健保署提供一些資源，還有一些統計，我們一直在推動這些計畫，其實除了這個 COPD 的計畫，那還有我們國內還很多糖尿病的計畫，各種計畫，我相信這個都是在一種創新，重點是如何落實，如何讓病人有感，如何在一個新的支付標準的增加，那如何支付標準增加，應該要回歸一個，麥可波特(美國管理學專家)提到的一個價值醫療，一個新的價值醫療，你必須要考慮到，第一個是病人的經歷(experience)，還有生活品質(quality of life)跟(quality of death)那加起來做分子，每單位給付金額做分母，那我是覺得說，新的很多新的支付標準，還有新的很多用藥，我希望教授能夠幫我們忙，很多新的癌症用藥，很多新的藥非常的貴，非常的貴到底對病人的感受、病人的生活品質、跟病人的死亡到底有沒有幫助，我們是希望不管在支付標準共擬會議

跟藥品共擬會議，大家都能一起把關，把有用的資源跟有限的資源，去用在創新，跟有效的醫療方面，當然是希望大家的經驗回饋，我們應該往創新的方向來走，以上簡單的說明。

**主席：**

好，來請，李醫師，再來林醫師。

**李代表紹誠**

請問李教授，有關於目前科技的進步，對於這些不管是在醫院，或是在基層，將來他所扮演的方便性，或者是醫療的療效，因為我接觸到很多的科技界，他們現在非常投入這方面，所以將來這方面，自己在家裡面可以 self care，我的血壓、我的血糖，都可以很容易看到數值，這個東西將來在整個我們醫療不管是產業或是在醫療實際從事的院所端，來創造出來，我相信他是一個打破傳統的東西，不曉得您對這方面的看法如何。

**主席**

我看那個，來，林教授也來吧，最後再處理。

**林代表名男**

我是橫跨醫院跟基層，本人由基層出身，現在在醫院工作，我要回應幾家主委的意見，我認為其實照顧病人很重要的是你跟他的經驗及判斷，我們以前都學過，80%就是你從 history 跟 PE 就能夠，那個 lab 部分，雖然花很多錢，但不見得有效，那我回到實際方面來講，我是有個建議，剛有提到說，現在很多新設立的醫院要開始了，那我們現在如果說我們現在有個分級醫療這樣的方向的話，那剛剛其實那個王維昌理事長有提到，我們去看佐久醫院，他 90%是轉診的，是不是我們這部分可以有一點把那個新設立醫院，因為我們已經有這個政策，能夠讓他門診、住院的比例，其實剛剛吳主委有提到，你就是全部轉診，這個可能就太 radical，大家不能接受，但就一定比例，一定要轉診，或是一定比例是門診跟住院的分配，這對新設立醫院我覺得對這樣的要求，這樣的方向是不是可以考慮，當然這政治上一定會有些對抗(fighting)，若是方向這樣，是否可以用這樣去做。

第二個剛有提到，現在新科技醫療，我跟大家報告，現在我們大林，有參加一個歐盟的計畫叫做 do change，他就是用新的科技，剛李教授提到，三個月來一次，現在他們新的科技，現在他們在英國有個叫 docobal 新的科技，他就隨時，是給付的一個機器，可以測血糖、測心跳，他有一些 alarm，或是一些 warning

level，機器在基層也可以用，若他診斷你是慢性病，就會給你這個機器，你可以在家裏面隨時做自我照顧，那他自我照顧上去，你其實可以 assess 到他的會員，他登記的會員，那個是 NHS 有給付，我們參加這個三年了，是希望可以作一些不一樣的，有機會的話，再跟李教授報告，我覺得這也是個方向，不是只有在醫院可以做，在基層你只要有固定的話，讓基層的醫師跟民眾之間的互動就更好，在醫院裡面，說真的，三個月看一次，那種我們都知道，有些部分品質上面實在是會有點問題，我覺得這部分，我們在政策上、引導上是可以作，可以訂一些，在基層裡面，就單打獨鬥的年代已過，現在像慈濟醫院她開始有社區醫療群，社區醫療群的醫師，其實表現都還不錯，每個月的聚會，大家來，一些指標或是說需要說，醫院，那個轉診合作的密切性其實就還不錯。

**主席**

好，那大家還有無意見，如果沒有，那李教授這邊有無要回應。

**李教授卓倫**

好，那個我剛剛報告的這個議題，是在健康科技評估的範圍之內來講的，有沒有強制轉診，這個資深醫生、跟資淺醫生之間的分工，我剛剛沒有談，我假設那些都是稻草人，我沒有談到稻草人，盡量大家去設靶沒關係，那些我也都贊成，在那些都有錯的前提之下，這件事情，仍然跟大家談的是獨立的，沒有錯，確實有些醫師針對特定疾病在想盡辦法，你一個老人家他必須每隔三個月，同時看三科醫師，你想要在醫院裡面把三科的醫師的用藥，讓他們有機會聚在一起，針對同一個 Case 去作討論，這個機會是 0，幾乎是不可能的，可是既然前面我們有 10 幾年的基礎，我們有跨科別的診所之間的默契在，我們聚在一起去針對同一個 case 來共同給他一個新的治療方式，這是可能的，可是你們為了一個 case 或為了解一個 case 而聚在一起，並沒有多給錢，那我們就會希望說，如果我因為這樣作，我剛那些都只是個例子，剛剛 COPD，那些都是例子，你如果願意糖尿病跟減重一起來，那因為糖尿病開藥有錢，減重沒錢，那我們如果把它包成一個包裹，這個包裹是怎麼樣包，我給你不同的錢，這個是我後面沒有談的，你這包沒有錢，我仍然強調他的優勢是，總是會有新的醫師，開業醫師，不管你是自己開業醫，還是跟開業醫合作，還是開業醫跟後面的醫院合作，他總是會想到他自己的方法，那不願意做的，也沒有任何人強迫你進來，那願意作的現在是在現有的資源之下，沒有另外的資源之下，他們都在那邊周轉這邊，周轉那邊，想盡辦法在周轉，然後 BC 肝的治療，例如南彰化，我就

看到彰化醫院的陳詩典醫師，也是周轉來，周轉去，想盡辦法，無論如何，他不會一個 BC 肝帶原的病人，他在沒有症狀的時候，他不會放下一天的工作來你彰化醫院就醫麻，那唯一的方法，我去田中，或是田尾的某一個診所或衛生所，我去那個地方，這就是一個新的模式，這是這樣新的模式可以照顧到他的病人，那我們健保署有沒有另外給他錢，是沒有的，他從某一個基金會周轉某些東西，但台灣社會民間有太多自願性的醫師，他已經在做一些創新服務了，應該要給他這樣的機會，那 evidence 就提出來，如果我這樣做，evidence 在哪裡，後面的這一包，未來怎麼給錢，這個就是另外一個議題，這樣總是一個壯大的機會，相信有做過這件事情的醫師，就會知道我大概是在講哪個東西，我完全是在健康科技評估這個框架之內，我記得主秘要奉派到布魯塞爾的時候，我剛好去法國，跟他溝通一下，我們有個共同的感慨，現在科技評估講半天也沒有抓，到了這個節骨眼，給我一個感慨，台灣有在關心健康科技評估的人很少，以前本來有一個辦公室，現在那個辦公室也沒了，與其你去期待一個國家整體的健康科技評估的辦公室出現，那不如，既然這件事情跟我們基層這麼有關，只不過是差不多 10 億到 15 億之間可以解決的事情，我們先來做，更何況這個本來就有人周轉一些資源在做，這是我的回應，謝謝。

### 主席

好，我不曉得錢是怎麼算的，也不太清楚如果要交換，現在有家醫計畫之預算當然牽涉很大，所以是要好好談。不過有關慢性病的管理，基層沒有做的，不是基層完全都不會做，或是基層做不好，例如說 DM 的管理，我們有好幾家診所，真的做得很好，只不過我們的擴散複製速度沒有很大而已，不是很多人願意 copy 他，變成另外一個成功的診所，我們有好多診所甚至比醫院照顧的還好，所以基層不是不會的，當複製的速度不快，即早就有人創新，也做得很好的，也不曉得為何同儕之間 copy 的速度不大，而且那幾位糖尿病做很好的醫師，他甚至在我們的 DM 的計畫裡，每年的 bonus 拿的都是第一名，而且那個拿到可以讓員工去旅遊，我想不用講，大家都知道是哪些診所。又剛剛張醫師有提到，COPD 也有一個創新模式出來，現在也不斷地在做，學會也到處在開研討會，在訓練大家能夠趕得上新的 COPD 的照護模式等等，不是沒有，而是基層願不願意去 follow，我覺得這個關鍵在於基層的醫生，你們願不願意改變，大家已經在 push 這件事情，可是基層的醫師自己不 change，那就所有的東西都沒有辦法，例如說，就算有一個基金在那邊，大家不願意 copy，那依然還是

沒有，所以我的意思是說，在沒有另外基金的時候，已經有人創造出不一樣的模式在照顧慢性病人，why not 大家沒有去 copy，這才是重點，假定大家都去 copy 做得很好的醫生，今天慢性病在基層不是應該照顧得很好，那黃主委要趕快要講一下。

### 黃代表啟嘉

我要講，我要稱讚我們東區業務組，我們東區業務組最近有針對某些 target，他認為他是穩定在醫院的，他希望直接丟給家醫群，他就把你歸在那邊的會員，並告訴你他的資料，經由病人的同意，讓我們家醫群去跟病人接觸，就是說，你這個其實是在我們基層就可以照顧好的，我是覺得你多重慢性病，如果有同樣情況，你資料在你們健保署手上，你可以針對某些複雜的病人，可是他其實也不複雜，他拿的藥都是穩定的，他應該作個整合，你可以把資料，看他屬於哪個家醫群來照顧比較好，你就跟家醫群談，丟給他們，讓他下轉，我覺得這個東西可以解決某些多重慢性病在醫院裡頭並不是這麼複雜，也不需要到醫院看兩三科的醫師，這個可以考慮。

### 主席

好，不管怎麼樣，今天還是謝謝李教授。我相信基層醫師要壯大，或是希望增加民眾對基層信心，其實是基層醫師本身就要讓民眾有信心，而不是說，我們一直宣導民眾要對基層有信心，民眾就會有信心的，真正實效是比較重要，實際上民眾的感受是最重要的。另外今年有個政策上的配套，就是病人要流動，要醫院釋出 2% 的門診，他們要減量，所以昨天也才跟醫院的代表開過會，為了這個減量大家也很有意見，顏醫師兩次都有參加，不過昨天總算有個結論，大家也願意配合。當然這個 2% 門診至基層，醫院代表也質疑基層接得住嗎，好，他們要下轉，基層接得住嗎，社區醫院接得住嗎，假定是接不住，那還要要求病人下轉，這件事情又變成是一個問題。現在大家都沒有預設立場，我覺得，不管有沒有參加醫療群，其實有參加醫療群，代表群是跨科，有不斷在聚會，你了解每個醫師的狀態，如果一但病人來，他是多重疾病，你沒有辦法 cover，你應該用團隊的力量去照顧這個病人，這個我相信參加醫療群的醫生，你應該有這個 sense，下來的病人，真的要留著住，你自己要想辦法，不管是用藥，或是信心，或是跟醫院之間的合作，這東西你自己一定要想辦法，這已經沒有什麼 SOP 給你，因為每個病人的狀況都不一樣。純粹就是病人如果真的是從醫院下來，我們現在有鎖定慢箋的病人要優先下來，慢箋代表什麼，病情穩定，

可是一個人可能有好幾張慢箋，你就應該要給它整合醫療，把它整合成一張，讓病人感受到，基層確實可以讓病人少跑很多趟，又可以幫我們照顧很好。因為現在醫院，也在思考，他如果真的要減量，他也必須要作整合醫療，以前他不願意做，他也被迫要給病人做整合，那就在這邊競爭，但是最終是病人得利。但是我們其實更希望看到病人流動，所以病人有沒有流動，或者是醫院啟動比較好的整合醫療，把病人又是留在醫院，當然都有可能，但是一但有可能，不管怎麼樣做，我們都樂觀其成，是因為病人得利，這些都是好的。但是我們依然希望病人垂直有下轉，我們在討論家醫計畫的時候，還是不斷的在講基層應該跟你合作醫院去談這件事情，怎麼樣把穩定的病人下轉給你們，那要怎麼去做合理的下轉，然後要接得住，要對病情了解，要讓民眾下來覺得更方便更好，可近性是你們的優勢。但若病人還是不願意，那又怎麼辦，他寧可不方便，也要到大醫院，或者是他覺得方便又好，就留在基層，就是存乎一心，而且是下來的那一次就決定了，他願不願意留下來，對不對。我覺得現在的動能，願意把病人下轉，這是第一步，第二個下來的那一個 moment，基層有沒有辦法能夠讓病人感受下來是對的，而願意留在基層，那當然很重要。若每個人在這裡有共同的信念，能夠在病人流動的時候，把他留下來才是重點，且大醫院的門診減量，是要連續執行 5 年，量也不少，而且如果真的是這樣，我們也有額外編列預算，所以也不是會稀釋點值的，署長很重視這件事情，他念茲在茲都在分級醫療，所以我覺得一步一步來，因為五年的第一年，我們跟醫院去協商有碰到一些阻力，畢竟最後也是有所決議，開始執行，那每年都要談判一次，我們第一年鎖定穩定的慢性病，或是預防保健，希望醫院能夠先行這些，接下來可能明年再來談簡單的門診手術，再分流，這都是一步一腳印，如果最終民眾覺得是不對的，因為他下來失望，那這件事情又是非常的困難。所以剛剛啟嘉也講，健保的目的，就是要大家得到合理的照護，那總額雖然是有限，但是我們也是 keep 在永續經營的範疇之下，那至於為什麼要推動分級醫療，當然不希望有些人過勞，有些人沒有分工，對不對，且醫生也要永續，所以在很多面向看，分級醫療也是對的，像日本他推動分級醫療，也用 10 年以上的時間去慢慢誘導，才有這樣的慢慢改變。我們都是沒有家庭醫師的國家，日本、韓國、台灣都是一樣，都是沒有強制轉診的國家，甚至日本現在都在減床，他現在大幅要減床，而且他的長照保險也開辦了，所以這些點點滴滴，我相信每個國家為了提升醫療效率，也都做了不同的努力。台灣也不是跟人家完全一樣的環



境，我們要用我們的方法來面對，面對這個問題，我想全聯會這邊，如果對李教授給的建議，有形成共識，再給我們一個具體做法，我們也歡迎，這樣好不好，那就看看大家思考之後，怎麼樣的方式對於基層最有利，我們也非常的歡迎，啟嘉這樣可以吧，那這個案子的報告案，我們就討論到這裡，接下來下一案。

#### ● 報告案第五案：107年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式

主席

第78頁步驟七是否為最後總預算？

醫務管理組李組長純馥

這是試算的總預算。

醫務管理組劉科長林義

補充說明，全聯會今天的補充文件，修正議程第70頁第六點，原各分區各季浮動點值以每點1元為上限，修正為五分區各季浮動點值以1元為上限，東區各季浮動點值以每點1.1元為上限，若會議通過，會寫入會議紀錄。第二點，第77頁步驟四，點值落後地區撥補款事宜，請問全聯會希望在步驟四先計算點值落後地區點值再做查處減列回補金額，或是先做查處減列回補金額後，再計算各分區點值進行撥補落後地區？

吳代表國治

減列金額是希望各分區能夠加強違規管控，所以我們希望先將各分區點值計算出來後，再來減列違規金額。

主席

步驟的算法就依照本署試算方式，另修改東區浮動點值以每點1.1元為上限，若步驟的算法沒有意見，那會後我們再修正點值落後地區點值計算步驟。好，報告案第六案。

#### ● 報告案第六案：中央健康保險署中區業務組報告「霧峰、烏日地區新設立醫院對基層之影響」

張代表志傑

藍理事長今天有事，特別要求我來幫他提出意見，亞大的預設目標人員的配置計畫還要再持續成長一倍，所以目前只看到一半的影響，且亞大的滲透度高並

保持很低的掛號費，我們受到的影響很大，以我的診所來說，白內障開刀的病人想要來我這裡開刀，因為他在亞大要排三個月，代表他們的案件量很足夠，如果再擴充人員對我們的衝擊會更大。絕對不能解除對亞大還有林新醫院的控管，我們也不知道基層會影響多大。

第二點提到就醫人數減少，但是季別申報件數及就醫次數仍成長。就這兩家醫院的控管，藍理事長希望 2% 初級照護能有成效並解決此現象，如果成效沒有出來，診所還是在萎縮。

**主席**

目前這兩家仍屬地區醫院，不在 2% 管控的範圍。

**李代表卓倫**

我問一個技術性的問題，這裡面的人數及費用的成長率和去年同期比較？

**中區業務組王專員慧英**

此曲線圖主要和西醫基層整體做比較，有排除這三個區域來看，前一年基期可能受到季節性的影響。

**主席**

確實有影響，這是病人的選擇，也是醫院本身的策略。

**林代表義龍**

我們希望看到的資料是這家診所去年、前年的比較到底衰退多少？從投影片的資料無法得知。

**中區業務組王專員慧英**

個別診所本組也有做比較，剛開始霧峰區，由正成長轉為負成長共有 32%，成長幅度變小約 16%，負成長加劇的部分約 14%，整體來講大概是有七成的費用有影響，無影響或持續有成長大概占三成。

**主席**

有 1/3 是正成長變負成長。

**林代表義龍**

所以這表示醫院在衝刺哪些科別，那些就受到影響。

**主席**

那你們的建議是什麼？

**吳代表順國**

我們無法控制醫院設立，但可以做醫療品質的管控，例如：外科乳房小腫塊可



能只是青春期的影響，但是病人一來醫院就給病人開刀，造成醫療品質下降，我們可分析這些醫院疾病手術成長的合理性，另外頸部動脈超音波也很浮濫，也可以分析醫令申報是否合理？就像申報手術醫令成長的合理性，我們可能比較好操作，因為我們不能限制病人、沒辦法控制醫院不能怎樣。

**主席**

謝謝！請李醫師，下一位林醫師

**李代表紹誠**

這問題要釜底抽薪就要回到醫院總額，你在外面開的所有東西都回到醫院總額，你看他會不會去衝？

**主席**

他現在是在醫院總額。

**李代表紹誠**

像北區，某間醫院在外開聯合診所。

**主席**

這間醫院在外沒開聯合診所，這是兩家醫院。

**李代表紹誠**

希望下次能分析竹南地區的聯合診所，這間院前聯合診所所有 5 部中型巴士在竹南地區 run，我們與其他診所怎麼辦？這不是正統、正確的醫療行為！像這種情形，就將此類聯合診所的額度回歸到醫院總額，這家醫院已經有 10 餘家院前聯合診所，看後續是否會再增加，一間院前聯合診所每月申請費用近千萬。我再會去爭取成長率，遇到此類醫院，大家通通不要成長。這是很現實的問題，是不合理的醫療行為！遇到此類醫院，基層並非沒競爭力，而是通通被打趴。

**主席**

院前診所如要計較，那就是為什麼門診要分醫院總額與基層總額。假定是共用總額，就不分誰是院前，反正門診全部都要在一個總額處理。我記得基層也反對變成門診總額。

**黃代表啟嘉**

因為兩邊型態不同。西醫基層在處理醫療經濟，會以醫療的盈虧考慮自己的經營；醫院的醫療經濟可以考慮不賺錢，因為有停車場、便利商店、美食街等收入，這些可以捕掉。並非醫院好賺，醫院還可以炒地皮，醫院周邊土地價格至少漲 1 倍，這才是賺錢，開醫院不賺錢。醫院考慮醫療經濟並非就事論事，剛

才提到的叫做浮而不虛，健保署可以抓到虛報，但抓不到浮報，每個病患都住頭等病房，你能說醫院有錯嗎？每個病患都用交通車載來醫院，你能說醫院有錯嗎？這叫做浮而不虛，都有服務到病患。

**主席**

請林醫師

**林代表義龍**

其實台中市政府的醫審會對這兩家醫院有做管控！也非常頭痛。第一個問題它們都是地區醫院，對外號召說要提供醫學中心級的服務。我要請問：他們真的在做 A 表的事情，不知他們如何申報？大家都很納悶。第二個問題它們的醫事人力其實是不足，甚至以另一家醫院的人力大量去做填補醫事人力，關於這點台中市政府的醫審會非常有意見，也要求他們必須削減這種資源。當原本醫院的人力大量去做挪用，原本醫院的醫療服務品質、病患安全在哪？地區醫院去做高難度的手術與照顧，包括護理人員、ICU 是否達到保障病患安全的程度？其實它們的醫事人力還有一半是空的，但是都以支援方式處理。事實上，保險人應該有很多措施可以作為。例如保險人規定不可以交通車載病患，但保險人沒作為或推說無法可限制。當初醫院與健保署特約時，保險人其實有很多事情可以作為。

**主席**

請老師發言，李教授

**李代表卓倫**

這件事情發生後，台中市政府衛生局是有壓力，此項業務的文官負責人是過去教過的學生，有次與他討論，去檢查醫院，結果是合格。我說檢查之前不用通知時間，他說老師這樣會天下大亂，中華民國政府就是長這樣，副座問我們，我們也沒有解決的方法。

**主席**

請林老師

**黃代表啟嘉**

抱歉，因為今天後面的討論案還有很多，怕後面會來不及。

**主席**

好，本案的討論可能要先停在這裡，改為書面表示意見好了。

**黃代表啟嘉**

是否請主席先問大家對第七案有無不同意見？不用逐條報告，因為本案在基層已經討論很久了。

## ● 報告案第七案：隨機抽樣回推方式「設定回推倍數上限值」說明

**主席**

第7案的大家有無意見？請李醫師

**李代表紹誠**

我不是 20 倍的問題，是針對有同療的這塊，一位病患去診所看病，一個月去 6-7 次，這位病人並未被論人統計，可是有同療的科別被核刪，放大 20 倍。一來一往相差很大，我們希望是在沒有同療之前的分母來看此事。

**主席**

請醫審及藥材組回答

**醫審及藥材組張科長如薰**

在抽審方法有兩種抽樣，一是論人抽樣、一是論件抽樣。論人抽樣是將申報案件依人做歸戶之後，再依人抽樣，還是回歸件數的概念。

代表提到有些診所是採論人方式抽樣，有些是採論案件抽樣，這部分在各區西醫基層共管會議處理。第 2 部分後面回推方式，論人抽樣或論件抽樣，最後都是回歸案件。論人抽樣，這些人相關案件會 grouping 在一起，回推部分與原來申報母體案件去做相關性的回推，這部分在後續計算總核減率也是相同算法。

**李代表紹誠**

不是這樣的，我們 random 去抽 20 件。

**主席**

論人或論件？

**李代表紹誠**

論件！抽 20 件，還是同療全部相加的一筆款項，核刪之後去放大。所以這不牽扯到妳說的論人或論 random，遊戲規則是我的分母是同療之後的分母，例如某診所沒有同療之前有 3 千件，同療之後只剩 5 百件，可是用 5 百件當 random 去抽，與 3 千件的分母是不同的。

**黃代表啟嘉**

我可以解釋理由，他是復健科醫師，其實是 5 百件，有算同療後等於申報 3 千

件。抽 1 件金額扣 6 次的金額，6 次金額應以 5 百件當基礎去乘，但是若用 3 千件去乘去放大，等於被剝兩次皮。扣的金額是整筆，乘的比例是個別用大的比例去乘，等於不合乎抽審的比例原則。

**主席**

如薰科長是這樣嗎？技術上是這樣算的嗎？

**醫審及藥材組張科長如薰**

這部分無涉此項議題回推倍數。回推方式涉及同療的 grouping 之後，回推都以案件角度。您提到歸戶完後有 5 百件，實際以金額做回推，不是以件數角度處理。抽樣是以件數角度，以金額方式做回推。因為怕耽誤後面討論提案，是否這部分另外再做討論，報告案內容部分在此先做確認。

**主席**

計算方式會後再談，倍數部分先通過門診 20 倍、住診 5.8 倍，大家是否有意見？若無意見就先確認。

● **討論事項第 1 案：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。**

**主席**

這個已做修正，大家覺得報稅有點吃虧。

**李代表紹誠**

有人真的去算，前年就有反映，我說真的有也是少數。本來我還不確定，後來第 2 年再算，真的有被多算。署裡是否也發現慢性連續處方箋的患者在門診次數上也是被多算一次掛號人次。

**主席**

所以一併修改。

**李代表紹誠**

改了之後，有人希望說之前多算的再...，因為健保署在追扣款會溯及 2~3 年，幫他們請示：是否在 107 年度報稅，在就醫人次部分，將之前算錯的，看是要 2 年 3 年沒意見，要讓他們心服口服。扣錢快、該還錢卻不還，還錢多少是另外件事，這是表達他們的心聲。

**黃代表啟嘉**

既然這件案子健保署已經處理好了，還是繼續下面重要的案子，是否可以進入

第 2 案。

主席

好，通過，進入討論案第 2 案

● 討論事項第 2 案：107 年西醫基層總額「一般服務案件之保障項目」

黃代表啟嘉

本案直接與夥伴講，是否有人支持保障 1 點 1 元？如果支持，抽血的檢查費只剩 7 成；婦產科小手術可能也剩 7 成。西醫基層代表在總額框架下去保障任何一個點值，若範圍很大，只是重分配的意義，代表意見是集體反對或集體保留意見？

主席

有人贊成？在場的代表都是內科系？藥費及藥服費。

黃代表啟嘉

其實對所有科系都有影響，這只是重分配而已。

主席

檢驗、檢查與處置費影響很大。

黃代表啟嘉

復健科不敢講話。

主席

復健科應該影響很大。

黃代表啟嘉

外科、婦產科。

主席

有開刀的都影響很大。

黃代表啟嘉

內科有檢驗費的也有影響，看各科診療費的占率，哪科占率越高，受影響越大。這只是重分配而已。不知同伴是否支持保障？看來好像是沒有。

主席

如果沒有，那…。

黃代表啟嘉

那就全體保留，我們沒有反對，期待總額框架可以打破。

**主席**

那就暫不調整，就是維持原來點值的固定項目。

**黃代表啟嘉**

對

**主席**

大家還有沒有意見？確定保障項目是照原來的不動。進入第3案。

● **討論事項第3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**

品質保證保留款看能不能修正百分比做，不要大家都有獎，全聯會的看法是什麼，請盧理事長。

**盧代表榮福**

全聯會的意見是核發率為90%，理由是以健保署對民眾醫療品質滿意度調查已達94%，所以認為對基層診所品質保證保留款的核發比率為90百分位，這是全聯會大家一致意見。至於90%要用到，希望明確化，兩項意見，全聯會大家都沒意見。

**主席**

現在是80%，健保會希望有鑑別度，本來不該往90%邁進，假若大家要向90%邁進，不如不動。

**盧代表榮福**

任何一項東西都要evidence base，104年是90百分位，105及106年都在80百分位，107年要調到75百分位，希望提出evidence base，你一定要提出為何要如此調整到75百分位？我們去思考什麼東西可以support，我們敢講說90百分位，健保署對民眾醫療品質滿意度調查已達94%，所以我們大膽提出可以用90百分位來分配。

**主席**

健保會要做說明嗎？品質保證保留款百分比做修正。

**健保會蔡代表麗娟**

健保會報告，107年度衛生福利部對總額的公告，對於品質保證保留款部分，決定事項是請中央健保署與基層總額相關團體研討品質保證保留款的發放條



件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。這是第一點補充，第二點，在每年7月我們辦理評核，對於品保款發放的比例是歷年評核委員都非常關心此部分，不希望看到統統有獎，觀察近幾年各總額部門不核發比例已越來越低，請大家考量可能會影響評核的分數，以上說明。

### 主席

盧代表所提滿意度與品質保證保留款部分扣在一起，顯然不是可行，那是兩件事情，不能因為說民眾對醫療品質滿意度達94%，就說品質保證保留款要發90%，這好像不能完全對到。

### 黃代表振國

我們追求品質的目的何在？這只是評分標準，希望大家都能提升品質。任何考試都會有最低的及格標準，像是低標、中標、高標。現在不論在基層或醫院的醫師，每天努力追求醫療品質，評分標準能訂低標，表示及格了，過了幾年又不滿意，再達到均標。現在是已達到高標80多分，但大家還是不滿意，就像在資優班還要比前幾名，這種概念真的好嗎？指標的目的在鼓勵。

我們理解與體諒評核委員求好心切的心情。但要務實一點，用何種方式鼓勵基層醫師真的可以提升自我品質？明天比今天好才是重點，若省些小錢，造成明天比今天差的結果，大家滿意嗎？品質保證保留款其實不多，醫師能分到的非常少，要不要誘因？請大家思考。

### 主席

請張醫師。

### 張代表孟源

贊成盧理事長所提以民眾的滿意度作為客觀的 evidence base，我覺得非常合理，健保的滿意度與民眾的滿意度是很客觀的數據，每年健保署都有公告，另外最近全聯會收到健保署公文，關於用百分位是違反法律授權明確原則，所謂心臟超音波不支付指標用多少百分位的方式，違反了明確性原則，所以被行政機關要求修改，因為百分位是浮動概念，會讓醫療機構難以接受無所適從，因此我們從善如流，修改為絕對值。若將80百分位降為70百分位，評核委員是違反法律授權明確原則，這違反行政機關處理辦事的方法，所以我覺得應該訂一個絕對值或是回到90百分位是合情合理。

### 主席

用百分位感覺是相對值，所以沒有明確概念。但及格分數是絕對的，不是相對的，請醫管組 check，若到 90 百分位，及格分數是上升或下降？或是大家都變好，及格分數沒變？現在爭執在此，若大家都變好，還要打掉 20%，顯然是相對不公平。絕對數字沒 check，決定要打下多少比例的人不能領，這是相對的概念。從 80 提到 90，從 20%的人不能領變成 10%的人不能領，門檻因此下降或上升？

#### **醫務管理組李組長純馥**

因為是從今年的數字做推估，當然每年都是相對值，有時 pk 的值會變動。如果用過去的值推估，百分位如果向上拉，當然標準是下修，才會有多人拿到。我能理解指標很久了，大部分的人值已相近，百分位的切點會沒鑑別度，所以在表 8-3 提供每項指標值，各在分區業務組指標實際的值，每區每個科別有不同的變動情形。

#### **主席**

從這裡看起來 75、80、90 百分位都是 0。

#### **黃代表啟嘉：**

本案我們醫界已經有共識，盧理事長講的話就是我們醫界的共識，以在場的幹部來說，下降百分位對他們個人來說可能是有利的，因他們對指標的理解比非幹部要高，且下降百分位後，平均可以領到的錢更多；但為何我們希望改成 90 百分位，是因為若只考量自己的利益，而不考慮會員，不是我們要的，我們反而希望能提高百分位，讓更多的會員可以達到，往高品質的方向走，而不是去打擊一些人，讓他們達不到指標，所以請主席斟酌。

#### **主席**

大家還有沒有意見。

#### **吳代表國治**

品保款原來的目的是希望確保西醫基層醫療服務的品質，若品質是醫界共同創造出來的，那品質結果就應該共享。如果今天的目的是希望給特優的，那當然可以訂較嚴的百分比。但目前醫界的態度是前者。

#### **主席**

我想本案今天暫時保留，再研議看看，也許有些指標應該退場，因為很多都 100 分了，已不具鑑別度，要留下哪些具鑑別度的指標，大家再來研究。

#### **黃代表啟嘉**



若採新的指標，希望是採鼓勵的性質，而不是強迫去排除某些人。以免有些人因為差一點點沒拿到，就乾脆不去注意。

**主席**

當然，不管指標訂在那裡，永遠都會有人沒達到。

**黃代表啟嘉**

那至少讓沒有達到的少一點。

**主席**

那要端看你們的指標線訂在哪裡，因為永遠都會有差一點點的人達不到指標。

**黃代表啟嘉**

我們只是要淘汰離群值。

**主席**

我們把每個指標的型態再研究看看，下次再討論。進行第 4 案。

● **討論事項第 4 案：107 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式**

**醫務管理組劉科長林義**

107 年為了因應分級醫療，所以在其他部門編列了 13.46 億元的預算，本預算的分配是為了考量是否因為分級醫療使基層的就醫人次增加，進而衝擊到基層的點值，所以我們選用「西醫基層門診就醫人次占整體西醫(基層+醫院)門診就醫人次的占率」當做指標，若此占率高於去年同期，則給予一定額度的補助，本 13.46 億元預算按季均分，依健保會協商內容各季預算要先優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足款後，才為當季可支用預算。計算方式就是採用各季「西醫基層門診就醫人次占率」，為確保本指標不是隨機浮動，所以我們會加 1 個標準差當做指標值，表示西醫基層確實有把醫院的病人吸引到基層來就診，若當季該分區「西醫基層門診就醫人次占率」大於去年同期指標值(包含一個標準差)，則補助金額為(當季該分區西醫基層門診就醫人次占率-去年同期指標值)\*當季該分區西醫整體門診申報件數\*該分區西醫基層門診平均每件點數。

**主席**

大家應該聽的懂。

**黃代表啟嘉**

計算方式我們瞭解，還有沒有其他建議的算法？

**主席**

那請你們提一個，請吳醫師發言。

**吳代表國治**

1 個標準差可以理解，但用各季 3 年平均值是什麼想法？

**主席**

不是用 3 年平均值，是用當年的值，與去年的值做比較。

**吳代表國治**

請問試算的補助金額每季大約多少，有沒有補完。

**主席**

年度總預算是 13.46 億，目前還沒有實際值發生，無法推估是否補的完。

**吳代表國治**

那試算 106Q2 補的錢是多少，每季若沒有補完，剩下的金額如何處理。

**主席**

當季預算若有結餘則流用到下季，沒有一定要補完。

**黃代表啟嘉**

現在基層委員人數不足，可否帶回討論再議。

**主席**

好的。

**吳代表國治**

若當季額度用完就沒得再補，可是如果下一季有剩，應該回補不夠的那一季。

**主席**

可請全聯會提對案討論。全年度若用完，不會有其他額外的補充款，未使用完則收回。若當季可支用預算不足支應，按當季各分區總點數的比例分配，當季預算若有結餘則流用到下季，沒有一定要補完。

**黃代表啟嘉**

這個案子我們還是帶回去討論比較好。

**張代表孟源**

本案帶回討論，是否可用醫療費用計算也是一種算法。

**黃代表啟嘉**

孟源，不能用醫療費用去算，因為醫院用非協商的 60 億去調整支付標準，醫療費用不會減少。

**張代表孟源**

就是提供一個精算的數據。

**黃代表啟嘉**

不能用醫療費用，因為基層調支付標準的比例輸給醫院，我們不能用醫療費用去算，費用是假象。

**顏代表鴻順**

撥補不外乎是用量及平均值，但用平均西醫基層平均每件費用點數做計算基礎這個就不對。

**主席**

是用占率。

**顏代表鴻順**

不是，我指的是乘上單價(E)的這個部分，因為會轉下來的都是醫院的慢性病處方箋，這些在醫院的慢性病費用不能用基層的單價去算。

**黃代表啟嘉**

我看還是帶回去討論，我們還有其他委員在等討論後面的案子。

**主席**

好，本案就保留。

## ● 討論事項第 5 案：107 年「家庭醫師整合性照護計畫」修訂案

**醫務管理組李組長純馥**

本案就不逐字唸，本案之前已與公會、家醫醫學會及相關代表開過 2 次會前會討論，對修定草案已有共識，主要是依據今年協商內容對家醫計畫希望納入的目標值，包括評核指標、及需與社區藥局連結，還有這次分級醫療把醫院慢性病下轉的指標也納入計畫了，是否就不逐條唸，請問各位代表是否要表示意見。

**主席**

家醫計畫已經開過 2 次會前會討論了。

**黃代表啟嘉**

家醫計畫的主要參與者黃振國醫師對家醫計畫細節最瞭解，相信黃醫師會維護大家的權益，所以大家也不用太擔心會有不合理的部分，是否就請大家支持之

前開過多次會議的結果。請問大家是否同意？

**主席**

好，大家都同意，本案通過。

**● 討論事項第 6 案：建議西醫基層比照適用 106 年醫院調整重症支付標準案**

**主席**

請用口頭說明

**醫務管理組李組長純馥**

本案是去年醫院調重症時，有一些項目是醫院與基層併用的項目，可是那次調整後，推估起來對基層有費用的衝擊，所以後來協商時基層有提到是否基層不要調，只調醫院。如此同一個支付標準就會變成二個點數，一個醫院使用，一個基層使用，但此種現況與支付標準同項同酬的原則不同，所以在這裡提出來討論，請大家參考議程第 136 頁，今年西醫基層醫療服務成本改變率有 4.296 億，希望過去基層未與醫院同步調整的部分可以一併做調整，135 頁本署有推估若本案調整，對基層影響的金額約 1.06 億，主要項目有婦產科的陰道超音波等。

**黃代表啟嘉**

婦產科的陰道超音波主要是屬於降表的部分，我們會在第七案討論，另外就是支付標準同工同酬的部分，請問醫院是否願意把診察費及合理量算法調到跟基層一樣，若醫院願意我們可以考慮調整。醫院與基層性質不同，醫院主要調整急重症，我們希望急重症在醫院處理，而不是在基層處理，所以支付標準應該脫勾。其實基層的診察費有包括很多，包括婦科外科的加成，也在基層第一階段的診察費中做為主要調整的部分，這是與醫院不同之處，請問基層伙伴是否要補充。

**主席**

請問大家有沒有意見？

**黃代表啟嘉**

那本案是否就保留？

**主席**

上次 106 年醫院調整的項目中，是否有一些項目你們願意調，有一些不願意調？

**黃代表啟嘉**

如果有要調整比照，我們也要回去與基層委員會討論後再決定。

**主席**

本案是否與今天的臨時提案是一樣的，要不要一起看。

**黃代表啟嘉**

那可以先討論第七案嗎？

**主席**

開放表別更急嗎？其實臨時提案也很重要，都是107年的預算，請大家忍耐一下，把這二案都討論完，第六案與全聯會臨時提案的要一起看。

今天全聯會有一個提臨時討論案是要調診察費，全聯會還有一個臨時提案是調陰道超音波，陰道超音波是106年醫院調的，是否與第六案重疊？

**黃代表啟嘉**

但是我們調的方式不一樣，醫院是在一般服務預算。

**主席**

那請全聯會先說明。你們的訴求一個是第一階段診察費要調8點，另一個是陰道超音波，請說明要怎麼調。

**黃代表啟嘉**

陰道超音波是用降表的專款去支應，不是調整支付標準，在基層是開放表別，用專款來支應。

**主席**

那第六案就是不調整。

**黃代表啟嘉**

對。不調。

**主席**

那接下來討論第七案開放表別二項，再加上陰道超音波，對嗎？

**黃代表啟嘉**

對。

## ● 討論事項第7案：「107年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案

**主席**

醫管組有核算過金額嗎？

**醫務管理組谷專委祖棟**

請代表參考第 142 頁，有原來提的 2 項開放表別項目，開放跨表後預估增加 0.5 億。

**主席**

今年開放表別預算是多少，4.5 億？

**醫務管理組谷專委祖棟**

今年的預算是 4.5 億，但要先扣除去年的 25 項及今年談完的 6 項，總計 31 項的預估金額是 2.3 億，還剩下 2.2 億。

**黃代表啟嘉**

可能沒有那麼多，因為去年是 4、5 月以後才開放，所以今年大概只剩 1.28 億，陰道超音波的部分大概估 6000 萬，剩下 6000 萬我們就不再開放，以做為緩衝額度。

**主席**

957 點是目前陰道超音波的點數，點數跟醫院一樣，今天是要調整原本提案的 2 項再加上陰道超音波共 3 項。

**黃代表啟嘉**

我們有管控措施，超音波總數成長率不得超過去年同期 5%，陰道超音波醫令總量不得超過整體超音波總量 10%。

**鄭代表英傑**

附表中反黑的部分不知是誰提供的，957 點是醫院目前的點數，表內預估的 70% 轉換率應該不會有這麼高，因為考量適應症、各診所的陰道超音波設備、病人的意願等因素，我們預估應該只有 10%；至於轉換金額應該是 957 點先扣除現在的超音波點數 450，用 507 點來算推估影響金額應該是 3,362 萬，所以應該不會超過 1.28 億。

**黃代表啟嘉**

我修正一下，6,000 多萬都是用在 1.28 億裡，會省下的 3,000 多萬預算是在一般服務預算，所以耗用的金額還是 6,000 多萬。有一點要請健保署釐清，就是專款不夠時應該在專款範圍內浮動，而不是併入一般服務而吃到一般服務的預算。

**主席**

請結算的同仁說明。

**黃代表啟嘉**

應該要比照家醫計畫一樣，不要併入到一般服務。

**主席**

請醫管組回答

**劉科長林義**

如果今天專款做了 100 點，我們會把 100 點以 1 點 1 元方式併入一般服務結算。

**黃代表啟嘉**

那請問家醫計畫怎麼結算。

**主席**

如果超過如何結算，請醫管確認一下

**黃代表啟嘉**

如果超過是併入一般服務結算，那我們就不只是檢討陰道超音波，而是要全面檢討。

**醫務管理組李組長純馥**

過去的開放表別不是專款，所以都是併入一般服務，對基層較有利。

**黃代表啟嘉**

但既然現在是專款，可否回到專款的精神，去年怎麼算我們欣然承受，但今年請回到專款精神。

**醫務管理組李組長純馥**

這中間很複雜的因素是現在開放跨表的這些部分，過去已經用跨表申請的方式，後來又改成支付標準，其實帳很難切。

**黃代表啟嘉**

若不回到專款精神，其實是在美化基層點值；專款若用到超過本來就不到一元，所以我們要管控到論入為出，量入為出，我們管控目標就是要一點一元，所以用不到的回歸健保基金，但超過的不要併入一般。

**主席**

你們有無想過，提供同樣的醫療服務，跨表的就一點一元，不是跨表的就浮動點值，這樣也不合理。

**吳代表國治**

如按照此種算法，用完就通知醫界不要再做，那病人會不會跳起來。

**主席**

你們現在已經很保守



**吳代表國治**

很難掌控，快篩也是爆量超出預估。

**主席**

這樣的操作，不是會產生很多立場嗎？

**黃代表啟嘉**

過去耳石復位術預估 85 萬點，結果是 600 萬點。

**吳代表國治**

所以我們會擔心有爆量的問題，我們希望比照家醫計畫的方式處理，也不會造成病人的困擾，若第三季用完了，病人跳腳怎麼辦。

**黃代表啟嘉**

還是回歸到專款專用原則。

**主席**

你們現在是擔心爆掉，如果沒有爆掉而是有剩餘，那要併入一般嗎？

**黃代表啟嘉**

我個人反對，我不希望開先例說有剩下就回到一般，那這樣所有專案大家都不會努力執行。

**主席**

你們又擔心爆量，又要努力去執行(正常有需要的)。

**李代表紹誠**

我們對專款的認知是控制的好為一點一元，控制不好就是專款內浮動。之前 106 的 2 億專款，後來衍生快篩突然爆量的情形，所以我們希望在這樣的認知範圍內執行，以免我們以後都不敢提專款的費用。

**黃代表啟嘉**

在這樣的認知範圍內執行，對我們開放表別的部分會比較鬆，如過不是這樣，是吃到一般服務預算，那以後我們對專款的開放就會非常嚴格。

**主席**

我們科長在這邊有問題要請教如何處理，問題很複雜，請說明。

**劉科長林義**

請先看第 48 頁的結算表，可以看到跨表的部分除了 106 年度的 9600 萬點外，其實在 105 年以前就有人來申請，約 306 萬點，所以我們是先扣掉之前有申請跨表的點數後，再從專款拿出 9300 萬放入一般服務預算。

**黃代表啟嘉**

很精啊，但目前因沒有超過，所以專款是一點一元，歸入一般服務是美化點值。

**主席**

那你們現在訴求是 306 萬還是在一般支應，超過的部分才由專款支應對嗎？

**黃代表啟嘉**

如過這個項目已經歸到專款，那就是把 306 萬扣掉，剩下的部分由專款支應。

**主席**

好，那現在就變的愈來愈複雜，像今年的 3 項，裡面已包含原來 base 就有的，以陰道超音波來說，到底 base 要算什麼？是要算原本一般超音波的錢還是要算什麼？那原來的 base 就要深究，因為不可能重複給，所以這裡每一項都會有這個問題，那陰道超音波到底要不要扣一般超音波，都有要再拆解的問題。

**黃代表啟嘉**

那要看原本申請的量。

**主席**

像前面討論到心肌旋轉蛋白及 A 型鏈球菌抗原項目，也都可能有原來申請跨表的，只是不知道多少量而已。

**黃代表啟嘉**

比例不大。

**主席**

不管多少，如果要精算不是都應該用同樣的算法嗎。如果只看跨表的醫令金額用專款支應，我們也認為不對，因為都有 base 的問題，所以最簡單的做法就是併入一般服務一起結算；但現在你又擔心萬一爆量會吃到一般服務預算；如果要拆，就是要每一項都拆，甚至要破項拆，那這要怎麼處理呢？是否沒完沒了變的非常複雜。

**張代表孟源**

主席。

**主席**

請張醫師發言。

**張代表孟源**

以心肌旋轉蛋白 I 來看是屬舊項目，照 48 頁的方式扣除是合理，但陰道超音波是新的項目，不應該扣除，應依新的支付標準，我知道會有轉換率，但既然

是政策上的鼓勵，就不應扣除。

**主席**

所以大家都有不同的看法，但若要用專款，那就要算清楚。

**張代表孟源**

目前大家關心的是擔心用爆怎麼辦，是否可加但書，當專款爆量的處理是不是我們可以再檢討如何計算。

**主席**

我請問您一個實際的問題，如果 A 項目，有人先申請跨表，那在付款給診所時，要怎麼知道那些件數是屬於原本 base 要用浮動結算的，那些件數又是後來開放表別要用專款結算的？

**張代表孟源**

就會計來說是沒辦法結。

**主席**

沒辦法，很難結算。

**張代表孟源**

所以專款就是要這樣。

**主席**

孟源我的意思是假設 A 項目，我之前有申請跨表，我的件數含在 306 萬裡面，但開放表別後，我原來是 3 件，現在變 10 件，但那些件數是屬於一般，那些是專款，該怎麼算。

**黃代表啟嘉**

那就是回頭看總額協商內容中有沒有給付跨表的錢，事實上總額協商內容中有沒有給付跨表的預算，且跨表不是西基核的。

**主席**

我再舉一個例子，醫院總額的 DRG 也是在專款項目有一項目鼓勵款，實施後我們是把專款併入一般服務結算，因為根本切不開，我們不是只要算總帳，我們是要結算後付錢給全國每一家診所，如果全聯會有更好的執行方法再來討論。

**黃代表啟嘉**

降表項目是否每季都統計一下。

**主席**

目前都有。我可以理解主委的想法，但也要可行，理想與實際間也要能做到，

目前的確有拆不開的困難，是否請你們帶回去討論再研議。

**張代表孟源**

是否可以但書在專款超過時凍結預算，暫時不執行。

**鄭代表英傑**

專款的部分是否另外討論，婦產科的部分可否先通過。我們都有在管控專款。

**主席**

婦產科的部分已經通過了，現在只是在討論如何結算。非婦產科的科別是在擔心專款刷爆要如何處理。

**黃代表啟嘉**

如果真的刷爆要檢討的不只是婦產科，應該是通過專款的全部項目都要擔心。

**主席**

就是太複雜算不清，無法結算，至於如何結算要有方法，請全聯會回去再討論看看。今天婦產科的部分已經通過，專款併入一般服務結算的這個部分沒有解決，本案確實有窒礙難行的地方，並非本署不配合。此外，專款在很多項目都是併入一般結算的，不是只有這一項。

**李代表紹誠**

通過後是代表可以執行了嗎？錢從那裡來？

**主席**

公告後才可以執行，從專款支應。

**李代表紹誠**

好。

**主席**

今天謝謝大家。