

「西醫基層總額研商議事會議」107年第3次會議紀錄

時間：107年8月23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)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：鄭智仁

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	請假
王代表欽程	請假	梁代表淑政	梁淑政
王代表榮濱	林鳳珠(代)	莊代表維周	請假
王代表維昌	王維昌	許代表光宏	請假
朱代表建銘	請假	陳代表志明	陳志明
吳代表欣席	塗勝雄(代)	陳代表威仁	請假
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	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	林育正(代)	劉代表家正	請假
李代表紹誠	請假	蔡代表有成	蔡有成
李代表純馥	李純馥	蔡代表麗娟	蔡麗娟
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
林代表名男	林名男	盧代表榮福	盧榮福
林代表俊傑	林俊傑	謝代表武吉	謝武吉
林代表振順	請假	藍代表毅生	藍毅生
林代表義龍	曾梓展(代)	顏代表鴻順	顏鴻順
邱代表泰源	陳炳榮(代)	羅代表倫樾	請假
徐代表超群	徐超群		
張代表志傑	張志傑		
張代表孟源	張孟源		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	陳信婷
全民健康保險會	陳燕鈴、方瓊惠
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜、陳哲維
台灣醫院協會	王秀貞
中華民國藥師公會全聯會	許嘉紋、陳瑩珊
中華民國醫檢師公會全聯會	宋佳玲
中華民國物理治療師公會全聯會	請假
本署臺北業務組	廖美惠
本署北區業務組	陳祝美
本署中區業務組	王慧英
本署南區業務組	賴文琳
本署高屏業務組	謝明雪
本署東區業務組	馮美芳
本署醫審及藥材組	王本仁
本署資訊組	李冠毅
本署企劃組	吳千里
本署醫務管理組	劉玉娟、谷祖棣、劉林義、 王玲玲、洪于淇、林右鈞、 吳明純、劉勁梅、邵子川、 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)

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。

第二案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：洽悉。

第三案

案由：西醫基層 107 年第 1 季點值結算結果報告。

決定：

一、一般服務部門點值確認如下表：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8745	0.9362	0.9226	0.9436	0.9219	1.0300	0.9206
平均點值	0.9170	0.9614	0.9466	0.9654	0.9491	1.0225	0.9435

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：106 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果

決定：洽悉。

肆、討論事項：

第一案

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，提請討論。

決議：

- 一、107 年方案維持 106 年方案不變，「行動支付指標」暫予保留，不列入 107 年品保款修訂。
- 二、請中華民國醫師公會全國聯合會轉知各地方公會及基層院所，加強宣導提供行動支付。

第二案

案由：107 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」(13.46 億)

結算方式，提請討論。

決議：有關基層總額轉診型態調整費用之結算方式，未達共識，下次會議再議。

第三案

案由：「運用 107 年西醫基層總額非協商因素增加預算調整門診診察費支付標準」案，提請討論。

決議：本案未獲共識，下次會議再議。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 5 時 05 分

柒、與會人員發言摘要詳附件

與會人員發言摘要

各位代表，我們請先看上次的會議紀錄。請翻開第3頁到第6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。

● 報告第一案:本會上次決議/ 決定事項辦理情形

主席

報告事項第一案大家有沒有意見？2、3、4都是列入今天的討論事項，如果沒有意見，就照追蹤建議辦理，接下來下一案，下一案是執行概況報告。請陳代表。

● 報告第二案:西醫基層總額執行概況報告案。(略)

主席

好，謝謝兩位報告，這年第2季跟去年同期比，去年的基期高，所以看起來有點負成長，但是還是有些科別正成長很高，各位代表對這報告有沒有意見？

曾代表梓展（林代表義龍代理人）

副署長、各位長官、各位前輩，我想了解基層衰退，醫院第2季的情況，件數到底是成長還是衰退？

主席

醫院大幅成長。

曾代表梓展（林代表義龍代理人）

醫院大幅成長，那也代表我們分級醫療還沒有達到期待的效果，以上，謝謝。

主席

還在剛開始，期待慢慢進步，請黃醫師。

黃代表振國

看到第2季報告跟前幾次報告有個雷同，有幾個重點我們大家可以互相研究一下。數據顯示第2季費用成長主要來自診療費的成長，這來自於幾個主要科別，翻到本會提供的第32頁，來看各科成長，不管是骨科、神經科、復健科，主要治療成長項目都是簡單治療的中度，這項目的成長也是造就我們診療費高度成長的主因。可以很清楚的看到，各科、各分區的報告裡面，中區在相關科別項目成長最高，也許是因為中區有做科控管，我想會比較嚴謹一點，想請他們

回去再研究是什麼因素，好像也跟季節無關，但這高成長也代表高需求，也許也是高品質存在，所以這點可以研究一下。

第二點，可喜的是我覺得這次有個高成長項目，就是偏遠地區的成長，代表偏遠地區服務密集度提升、實際需求增加，這當然可喜可賀。反過來講，這成長是有點突出，也許可以看看民眾需求是否有所改變，爾後當作預算編列的參考，也許在偏遠地區，人口因更加老化，民眾有些走不出來，或是有些特殊項目需要我們做更好的服務。還有剛剛第 32 頁，小兒科成長項目，大家知道第 2 季跟去年比較消退，是因為流感減少，但很意外，小兒科竟然是流感快篩成長相對較高，我不是小兒科，不能替他們做決定，但也許代表著在小兒科這方面有特殊需求，我們應該再研議一下，或對治療的品質有更好的提升，我想我們可以共同來學習，謝謝。

主席

好，謝謝。中區的骨科、復健科都是第一名成長，有沒有中區代表要回應？

張代表志傑

骨科新開診所很多。

主席

所以中區的點值相對稍微會沒這麼好，其他大家有沒有意見？如果沒有意見就下一案。

● 報告第三案:西醫基層總額 107 年第 1 季點值結算結果。

主席

今年第 1 季的點值結算結果，大家有沒有意見？如果沒有意見，我們第 1 季的點值就確認，全區平均點值是 0.9435。請黃醫師。

黃代表振國

本來不應該說，不過還是說一下。大家看到今年第 1 季點值，比去年浮動點值下降了 0.05 左右，但是臺北區下降的幅度真的很恐怖，下降將近 0.08 左右。這是每年的老問題，假設預算不夠，就會發生這問題。我們剛剛從申報案件的成長，到各科申報案件跟核減率等，臺北區都不是申報最多的，但是點值都是低到不行。所以我會建議，難道我們不思索所謂用於總額、點值浮動的概念機制，是否要一直走下去？我們參加很多會議，不管是藥品共擬或給付研商，面對學者、專家、消費者及署方，我們常被要求要無限的提供服務，包括服務的

項目增加、服務的品質提升等，但是我們面對的是點值持續下降的惡果，所以我們與會代表常被 argue，為何醫界代表都在擋新成立、新給付的項目及內容。我覺得一個制度要好，是服務的更多、更好，所應得的獎勵應該更高才對，結果現在的機制好像不是這樣，鼓勵大家做負面思考。所以我建議爾後署方規劃，現在二代健保、三代健保，不要有總額這麼模糊的制度，可以更嚴謹、精準，所謂精準就是預估要精準，預估有多少服務量就提供多少經費，建議爾後機制能明確，不然總是回到老原點。我每次看到點值核定，有意見嗎？怎能有意見，因為很多因素之前就已經決定了，我們現在看到也只能默默承受。所以我建議大家在制定政策各方面，能夠有不同的思索，不然以後服務得越好，領的越少，我相信這制度沒辦法長遠跟持久，謝謝。

主席

這個確實，點值跟去年同期比都是下降，臺北區第一季現在看起來浮動點值竟然低於 0.9，有沒有什麼建議？是分區分配的問題嗎？

黃代表振國

我想機制不只是分區，應該這麼說我們醫界未必能夠有主宰權，就像民眾就醫難道是我們決定嗎？如同剛剛講的，中區有新的醫師，理論上服務密度增加，民眾就醫方便，但是預算卻沒有增加，所以我覺得配套不是說我們怎麼建議，而是建議署方研究未來規劃裡面，能夠有好機制，當服務的越好、量也越多時，經費要相對進來，如果沒有，我們就縮減預算跟服務，謝謝。

林代表名男

是不是因為去年流感在第 2 季，今年流感在第 1 季，而且在臺北市人口密度高，點值有沒有可能因為這樣而影響。

黃代表振國

第 2 季預估，臺北區的平均及浮動點值，很高興升到 0.9，其實我們就是要看天吃飯，如果今天大家不生病，我們才有機會領到 0.9。假設民眾有需求，就只能說我們繼續服務及承受，最近這三年最低浮動點值，印象中好像是 0.83、0.84、甚至 0.79 也有。所以我建議，六區要訂一個機制來保障最低，有提供一個最低要求服務，就應該有一個最低保障的支付，應該這樣思索，比如訂一個下限 0.9，當我們各項品質、服務量都符合標準，今天該扣的扣，該刪的刪，如果都已經做到了，為何還要再扣？點值應該要有安全保障基金。不然我們永遠犧牲，這也不是辦法，我不求最高，只是要求不要最低，甚至到更低。開這

會我都不敢講，怕講了馬上得罪五區，要從五區口袋分配預算，大家臉色都變了，每次在六區分配時，是我最難過的一天。所以我建議不應該讓這些開會代表，回去又被說開會非常不力，好像沒有很認真。我們應該要有好的機制，這比好的人更重要，我建議應有點值保障基金，就從這提撥，若低於多少，符合資格時，就給予到一個點值保障的機制，以上，謝謝。

謝代表武吉

剛才黃代表講很多，原本我不應該講話，但我認為這是改變的契機。到底流感應該由那一單位來負責任，要說清楚講明白，流感是 CDC 要負責，所以剛黃代表講的這席話，我認為這機制應該要有，如果因流感造成點值低，這方面應該是 CDC 負責，健保署不該包山包海，這是我的建議，由健保署來考量，謝謝。若 CDC 能提高流感疫苗注射率，應可減少流感。

李代表卓倫

我完全同意提供比較好的服務，應該要拿到比較多的錢，我想沒人會否定。現在問題是說，所謂服務更好這件事，通常後面代表的意思是服務量更多，這在爭取經費的時候，就會有落差。因為每次我想像的東西都離現狀太遠，所以我想我的報告可能越精簡越好，就是大家何時開始，要有個心理準備，回來真正要開始建立健康科技評估的機制，是用品質的顯性去說服別人說，我應該增加更多經費，而不是因為我提供更多的量，這樣才有說服力，但是我知道那是大工程，所以我還是精簡報告就好。

吳代表國治

剛老師提到的量，我要討論的就是量。我們總額的單位能夠做什麼量的控制嗎？我想這應該是政府要有方案才對，之前在評核會時，鄭老師有提到 patient engagement，現在署裡或部裡所有的掌控 touch 到病人的部分，是針對看病一、兩百次這種極端值的介入，可是一般多一點的完全不介入，連家醫計畫裡病人已歸到計畫中，病人都不知道，這樣分級醫療怎麼辦，所以 patient engagement 應該從實際辦法去做，這個量不是我們能控制，我們能叫病人不要來我們這邊看嗎？不行，所以部裡跟署裡應該要有更積極的作為。

主席

好，還有嗎？量到底是誰的責任？都是病人的責任？還是兩邊都有。應該都有，不會說全部都是病人的責任，兩邊都有。因為現在的點值是反映數量跟強度的增加，其實數量有一部分是病人去看病的責任，但是強度的增加是醫師要

負責。剛剛陳相國醫師報告，其實是人次減少，每人次費用增加，這算是強度。診療費部分，係由醫師決定。當然，現在核減率也低，現在本署係委託醫師公會全聯會進行專審，全聯會也應盡責把關。現在有兩個意見，一個是黃振國醫師提的點值該不該有停損，現在我們看的是平均點值，現在最低是臺北 0.9170，但是你們講的是浮動點值，所以這有一點距離。還有謝院長所提的，流感是誰的責任，這個在政府部門 CDC 預算也是不足，光是買疫苗的錢都不夠，本來流感預防需要疫苗，所以將來我們基層醫師請多多協助 CDC，把疫苗注射率多一點努力，只要那年疫苗注射率提高，當年的流感費用絕對是會比較低，這都是大家要一起努力。有關醫界這些意見先收錄。我們今天第一季的點值就先確認，接下來下一案。

● 報告第四案:106 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果。

主席

好，這兩個表，一個附件 4，一個附件 4-1，請專委再說明一下。

劉專委林義

請大家翻開第 55 頁，有關附件 4 部分，表一就是我們品保款的總額，基層去年就 2 億多，表二就是把核發的品保款分成三部分，一個是有核發，第二個是不核發，不核發的又分兩小塊，第一個不核發的原因是不符本方案第 4 點核發資格的院所。所謂的不符本方案第 4 點，可以再看註 3 的 1 至 7 項，比如說沒有 12 個月都開業，就是沒有 12 個月都申報，或者是第 7 點已經領了透析的品保款，就不能重複領取。大家可以看到數字，其中不核發的大約有一成，所以其他九成是具有核發資格，因為基層有個限制就是最高核發至八成，所以大家可以看到占率 70%，就是扣掉不核發的一成，跟至少後面是兩成，不過有些是同分就歸到核發那邊，所以變成不核發本來有兩成，就變成 16.7%，意思就是說，有七成都拿到錢，到底拿多少錢？請大家看今天的補充資料，拿到的錢從百分之百到 70%。補充資料上面那個表就是有 11 項指標，每項指標的敏感度也就是達標程度，供各位委員參考，以上說明。

主席

那個 16.7%，符合本方案資格權重和為零或小於 80%，這要不要再說明一下。

劉專委林義

這就是基層核發資格有個規定，我把文字念一下：前述各項指標的計算，計算核發的權重，排除權重和為零的診所之後，假如合格診所數大於 80%，就取前 80%診所，就是這個意思。

主席

所以又刷掉一些？

劉專委林義

對，他應該是可以拿的到，但因為我們要管控品質，所以把後面的 20%刷掉。

主席

好，所以現在真正列入核發的是 71%，大家有沒有意見？沒有意見，106 年的品保款我們就通過，接下來討論事項第一案。

● **討論事項第一案: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

醫師公會全聯會這邊有一個修正的 5-1，有沒有那位醫師要說？請盧理事長。

盧代表榮福

本來我們全聯會是說，80 百分位其實只有領到 71.8%，所以我們看到當初我們健保會建議說，還要再降到 70 百分位，這樣整個能夠領到的就會再往下降。我們認為不太適宜，用健保署這邊做的滿意度調查表是 94 點多，所以我們用那個資料提供給大家，希望能夠爭取到 90 百分位，90 百分位其實算出來差不多等於 80，經過幾次的協調，大家應該各退一步，剛剛看到健保署說 106 年才 80 百分位，那其實 80 百分位，因為有一些是違規或是開業沒有那麼久，一定是領不到的，所以最後一定是比 80 還低。這在剛剛報告第四案還有第六點都有表現出來，所以我們認為健保署今天提出來用 80 百分位，全聯會是可以接受的，但是最後一點我不能代表大家同意。

主席

好，謝謝盧醫師，醫管組說明一下修正草案。

李代表純馥

確實這個案子討論很多次，每次都癥結在要訂多少比率，百分位要訂在那裡，原來我們依照評核會的意見是要往下講的，但是幾次來回以後，醫師公會非常堅持，後來就同意維持在 106 年大概 80 百分位，那也希望你們能夠從 90 再退

回來，因為本來就是 80，你們要拉到 90，所以大家這樣進進出出很多次。雖然後面從第 62 頁開始的資料，並沒有改變我們的擬議條文，就是我們的擬議條文沒有修回來，可是提案我們已經說明，願意在這麼多次的談判以後，就維持，不要再往前進，因為如果再往前進，就表示 25%的人會拿不到，這個問題我們也看到你們的堅持，以上。

主席

好，那是不是就維持在 106 年的方式，這一點大家可不可以接受？黃醫師。

黃代表振國

我想 80 百分位，大家沒有什麼意見，但是我對第七點，所謂行動支付，我們現在釐清一下，你說只要任何一筆，那大陸的 WeChat Pay 算不算？

主席

微信可以付錢嗎？

黃代表振國

可以，手機 Apple Pay 以後也會這樣，比如說你今天到我的醫療院所，假設掛號沒有帶錢，說黃醫師我給你 150 元，就用行動支付轉過來了。應該思考的是今天品質指標是在做什麼，是在檢核這個醫療院所是不是有提供好的 quality 服務，年輕人通常很會使用行動支付，未來被大量使用，對醫療是否有助益？回去我就叫我女兒建置並不困難，只要任何人來掛我一筆就達成指標，這變成是一個 shortcut 並不妥適。一定規模的機構才會建構刷卡機制，診所大部分都是規模小而美的醫療機構，我剛剛講的 Apple Pay 或手機間就可以匯錢大陸是很流行的，技術上並不難，到時候這個要不要認定？我手機上的 Line 帳號，就有我的診所官網，就可以隨時跟我聯繫匯錢給我，以後可能衍生一些問題。建議這個議題，以後朝讓民眾便利與更優質的服務能 compatible 這方面規劃。第二，方案的第 10 項，檢驗上傳率的結果，我前幾個月本來要上傳，我說無所謂，反正我的電腦一定可以從檢驗所 download 資料到我的診所，我願意去領這個錢，可是當我的電腦軟體公司告訴我，黃醫師你這個上傳機制要給我一萬塊，我沒想到這麼貴，臺北區一點才 0.9 元，結果我發現我要上傳大概 2 萬筆之後扣完稅，我可能才會有獲利，這是什麼好機制？而且那一天開會，他們告訴我說，拿這個錢是應當的，為什麼？因為健保署並沒有公開任何檢驗項目的電腦認證碼，所以他們要去做一個編碼的動作，比如說血糖，equal 是什麼在電腦就是血糖，他們是不一樣的，所以檢驗所的資料，到醫療院所到健保署，

要做編碼的動作，困難在這裡，你們也不知道這些困難，所以為什麼每次開會，總說你們的醫療院所都不上傳，我們不是不願意做，因為我們不像醫院有好的資訊人員幫我們做編碼的動作，這一點你們可能要知道，不然也要知道說上傳率為什麼才幾%、64家，要中大型診所才有辦法做。所以我覺得行動支付指標進來，到時候可能也10家、20家而已，那這個指標有意義嗎？請大家回去想一想，謝謝。

黃代表啟嘉

一年前我去新疆玩，到很偏遠的地方有一家雜貨店，它就可以行動支付，我就很好奇問他說，為什麼可以行動支付，它說因為現在沒有行動支付就會沒有競爭力、沒有人消費。所以我的意思是，這種東西它當社會自己的進步跟發展，有需要它自然會有，我覺得是當它很方便必須要有，否則病人會 murmur 的時候，它自然就會裝。可是你用行政力量綁品質保留款當作一個工具，我覺得對健保署來講，有需要做這件事嗎？這個其實是屬於商業競爭行為，如果真的到社會上用行動支付是很方便，出門大家都不帶錢的話，不用健保署去推，診所自己就會去裝，可是我們去 push 這一點，而且是用品質保留款這個東西，這種已經有一點屬於非醫療核心服務的東西了，我覺得不需要放到這裡頭來，而且今天提出來，我們基層目前是還沒有共識，也不敢冒然答應，也許我很容易做到，但不是我說了算，所以說這一點是不是可以保留一下。健保署提出來，我帶回去看用一個什麼樣證明的形式給你看，我有跟會員講說健保署希望我們能做這樣的事情，那大家願意做的就去做，然後慢慢久了，它是一個自然的形成，我剛講過為什麼一個小雜貨店願意，因為它發現沒有做的時候，就收不到客人。但是政府強迫它做，這就有一點怪，我是覺得這是社會力量慢慢進步就會達到，不需要做這樣一個措施。我是建議說這件事我保留，我理解健保署希望我們基層做到這樣子的服務，那我們回去跟大家商量一下，好不好。

主席

謝謝，大家還有沒有別的意見？請吳醫師。

吳代表國治

主席，我是要提到鑑別度的事情，我們也樂見署裡能夠不堅持75%，80%事實上真的領到也只有71%，我要陳述的是4個總額裡面，鑑別度上面的模範生是基層，這個署裡都知道，所以說千萬不要因為鑑別度折損了我們對品質的表現。今天健保會的委員也在，社保司也在，我覺得這個一定要釐清，4個總額裡面，

鑑別度最好的目前是西醫基層總額，以上，謝謝。

主席

所以今年的評核是優等，已經有回應了。

林代表俊傑

林俊傑醫師第一次發言，我是認為品質保留款應該是著重跟品質有相關，但是這個行動支付是有關便利性，本席認為不宜跟品質保留款綁在一起，就跟以前我們在推 IC 卡的時候，這是一種便利性，但是品質又是另外一個層次，這是一個金融的工具，我是認為品質保留款就是著重跟醫療品質有相關的，以上建議，謝謝。

主席

謝謝，還有嗎？那我們就是 80%照列，至於行動支付還是跟大家報告一下，其實目前行政院透過國發會要求各相關中央各部會都協助推動行動支付，與本署有關的是醫療的市場，國發會是認為醫療市場在醫院的部分都已經有用，診所的這一端呢，其實是有機會可以帶動全國行動支付，所以期待優秀的醫療團體可以幫助政府往行動支付成為一個帶領的作用，期待給予鼓勵，不是強迫。

黃代表啟嘉

我們決議上可以說，我們公會透過公會系統，轉知各地方公會，亦或基層院所，能夠提供行動支付；前面還可以加這是根據行政院國發會的政策，健保署轉知公會，希望公會系統轉知會員能夠盡量提供行動支付。

主席

轉知是一定要的，現在是行政上的作為，給一點誘因，那誘因大概就在這裡，黃醫師。

黃代表振國

我建議是這樣子，因為國發會覺得這個應該是全民需求，如果他們覺得我們有可能是推動這個業務的 pioneer，應該有一個 pioneer 的補助經費。我建議就請醫療院所或全聯會來寫補助計畫，跟國發會申請，國發會如果願意補助，我想各地的醫師公會願意共同推動；初期來講，技術上也是問題，這個東西不是說我黃醫師願意做就能做的，應該配合所謂的資訊廠商，跟所謂的 Apple Pay 行動支付的結合，這個我們可能要回去研究，開很多次會議討論，全聯會這幾個主要幹部都在，我們願意由全聯會來開一個研討會，健保署這麼重視，我們也重視健保署給我們的意見，今年一定辦一個全國性的研討會，你也告訴我們

那些是我們的專家，不然我們說好，結果回去不會做。我們現在認可的指標，1 到 11 看得很清楚，1 到 10 都有百分位，符合的家數最少也有 3,000 家，代表這些家數參與評比的話都有認真，10,000 多家的診所只有這 3,000 家，代表每一家診所都有朝指標在努力，但是你到 11 的時候，只有 60 家，這有什麼意義呢？就像我剛剛講的，這項指標並沒有多大的鼓勵，沒有讓大家去努力的動機，今天如果再放這個指標，把大家的成績都拉下去，我相信這樣反而本來是美意變成惡意，我的建議是，我們願意配合健保署宣導，包括研議、規劃如何共同來做行動支付，這樣可以嗎？不要再列進來了，謝謝。

主席

好，曾醫師。

曾代表梓展（林代表義龍代理人）

跟各位報告，臺中市政府現在在推敬老愛心卡，它要求兩家公司，一家是一卡通，一家是悠遊卡，變成說現在每家診所都要裝兩套刷行動支付，它一個悠遊卡公司，一個月成本大概就要 350 塊，兩個要 700 塊，所以一年大概支出最基本就要 8、9 千塊。所以說未來如果健保署推動行動支付的時候，是開放所有公司都進來競爭嗎？如果開放 5 家，那可能每間診所都要搞個 5 台，那就會有問題；如果集中一家，那這些錢就可以 costdown，如果健保署要推動行動支付，這一塊有沒有這樣的可能，因為我們只有健保署一家，那是不是悠遊卡行動支付，也可以只要一家就好，謝謝。

主席

請問一下曾醫師，中區是診所都需要配合嗎？

曾代表梓展（林代表義龍代理人）

現在只是開放自由參加。

主席

那有沒有人配合？

曾代表梓展（林代表義龍代理人）

現在有 200 多家在申請，9 月份才開始。

主席

沒有補助嗎？

曾代表梓展（林代表義龍代理人）

是這樣的，有去爭取補助，結果市政府的回應是說，計程車都有在裝，為什麼

診所不用?我就覺得我們被打臉，計程車跟我們應該是不一樣的系统。

黃代表啟嘉

是這樣的，行動支付我們先帶回全聯會研議，我們把它放在下一次基層委員會的議題。

主席

好，吳醫師。

吳代表國治

我要提的是，這個看起來是政府的政策，署裡因為要配合政府的政策，所以希望我們能接受，那如果納稅人拿出健保費出來負責這一塊，那我也沒話講，不過這都可以討論的。是不是每個人付的健保費要拿來做這個東西是可以討論的，如果可以的話，因為品質保留款已經是在總額裡面的專款項目了，我建議如果健保費可以拿來做這部分的話，那健保署你們有自己的私房錢，用其他的預算去處理鼓勵這個項目也是一個方法，不一定要擺到品質裡面來，謝謝。

主席

好，謝謝大家提出很多建設性的意見，本項本署對各總額都有提，不是只有西醫基層，牙醫、中醫也有提，其建議放到各總額的品質保證保留款，請帶回研議，曾醫師這邊也有反應，中區西醫基層也有 200 多家在申請了。請藍醫師。

藍代表毅生

中區的我補充一下，200 多家有 100 多家是我們大臺中貢獻的，為什麼會這樣，是因為臺中市政府有提出一部分的經費，補助這些 65 歲以上的老人。

主席

牙醫診所跟中醫診所也有補助嗎?

藍代表毅生

目前是我們西醫先開始補助。

主席

但是病人拿卡出來，也可以看中醫跟牙醫。

藍代表毅生

但是只有老年人有，那為什麼有 100 多家願意去裝，就是現在它強迫這些衛生所必須要裝，這些慢性病老人家都是拿敬老愛心卡，這些錢沒有辦法累加，我每個月撥進去，你這個月沒用完就沒有了，所以要拿著這張，去有裝機的地方，但是老人家的健保補助取消掉。

主席

所以我的意思是說如果要吸引老人家到你的診所去看病，裝這個事實上是有可能的。

藍代表毅生

可是醫院本來7月15日就要裝，後來變成計程車先開始，因為醫院是反應說它每個月牽涉到的費用會有100多萬，萬一病人這個卡沒有錢，已經刷下去了，這個錢跟誰要？還有就是現金流的問題，多久你可以申請的到？而且萬一我支付出去，而臺中市政府卻不補助了，這些呆帳又該怎麼樣？在醫院來講這些金額都相當大。所以市政府有特別把所有醫院的院長都叫來開會，我不是醫院的院長，我只知道說，在公會，他們院長回來回報時說，他們的疑慮很大。

主席

謝謝，如果臺中市有這個機制，很顯然臺中市的診所會有提供此服務。

曾代表梓展（林代表義龍代理人）

這個卡未來可以開放，病人自己付自己的錢，他那1,000塊是臺中市政府免費給65歲的。

主席

所以他1,000塊要想辦法花掉，也存不下來，要想辦法把它消費掉。

黃代表啟嘉

行動支付這個議題，有開花的現象，那我們還是回到這個討論案本身。

主席

這樣好了，既然看到臺中市有這樣措施，樂觀其持續推動，暫時不放到品保款，希望臺中市這邊陸續給我們提供推動訊息。

吳代表國治

你們不怕創造醫療需求？

主席

那我們這個提案是不是就討論到這裡，謝謝大家的提供意見。接下來下一案。

- 討論事項第二案：107年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」(13.46億)結算方式。

主席

專委有沒有要再補充說明？

劉專委林義

這案其實也討論很久，我們兩邊癥結是在於，什麼是健保會規定的「當病人流動達一定門檻」，大家可以翻到第 83 頁的這個表，第 1 季已經有數字，所以大家就看數字來說話。其實第 1 季增加的人次，就已經達 300 萬人次，但全聯會上次講過，本來是講說只要比去年高就補錢，後來有來一個文說，那就增加一個門檻，可是你們或許是因為考慮六個分區，想要六個分區都拿到，所以你們訂的門檻就變成 20 萬人次。我們是想說，那與其糾結這個門檻，而且會影響到人次的原因其實很多，像剛講的說有一個怎麼樣的疾病發生，或是當地有什麼樣狀況，這都很難講。我們也覺得可能很難對健保會去交代說，為什麼要這樣子訂，後來想說乾脆真的用有實際下轉的人次，只要這個人次是從上面下轉到基層來，那這個 ID，從下轉之日起，這個 ID 所有在基層發生的費用，都從這 13.46 億支。假如這樣的話，是不是可以講說這個 ID 確實是從醫院下轉到你們基層的，所以他的費用，你們會比照醫院給藥給他費用，可能比較高，會對你們基層總額造成衝擊，這個 ID 從轉診之日以後所發生的費用，也就是說 7 月轉診，就是 7 到 12 月，這半年所發生的費用都從 13.46 億支給你們，這樣也比較務實，以上是建議，再聽聽看大家的意見。

主席

好，謝謝。

黃代表啟嘉

這個就是除了 VPN 登錄的個案以外，如果說民眾自行從醫院到基層就醫，沒有經過轉診。但是你用 ID 歸戶可以證實的話，你就要把錢給基層。

劉專委林義

剛剛那塊是抓不出來的，因為從醫院下轉到基層了，他或許本來也有在基層看病，這部分我就不管，用這部分包那部分。

盧代表榮福

你那一部分是最基本的，剛剛啟嘉講的是，如果健保署強制規定這樣，也會造成一個風氣，民眾一般不到醫院去，這種會讓民眾有一種感受，漸漸地他就不會去醫院，會直接去基層了。這個部分的移轉，是看不出來的，但實際上是會發生，我上次提出的，有涉及到第二階段的問題，第一階段就是你們今天講的部分，就是從 VPN 轉診平台下，那是必定要給的，剩下一些沒有辦法統計的，我們有一個公式去算它，但是在上一次被副座批評的體無完膚。像第 1 季跟第

2 季，第 2 季是-1.3，等於少了 54 萬人，而我們設定的如果是 20 萬人的話，也是達不到，但這個東西都是因為流感，像第 1 季我們也認為大概是因為流感，第 2 季少，因為去年從五月就是流感，今年沒有。所以，今年的件數一定會比去年少，但是那個時候沒有辦法反映說醫院有沒有下來。我在我們的公式是排除流感的件數，而你們現在辦的是最基本的，還有一部分是看不出來的，你們把它當做好像沒有了。

黃代表啟嘉

我看了一下 7 月份，我本身是耳鼻喉科，原來 80%~90%感冒的病人在我這邊看，但自從署方推動分級醫療後，我上個月有 12 個病人，他本身原來是在我這邊看感冒的，你說他原來就是我基層的病人，這是 ok 的。但是他在醫院裡是拿一些慢性病的藥。他說醫生我現在回去不方便，政府現在在做分級醫療，你看能不能幫我看，穩定的慢性病如果只有一種、兩種血壓藥，沒有合併心臟的問題，我血壓藥就給他了。我如果按照你們的做法就會說，你回去叫原來那個醫生開轉診單給我。第一個，病人怎麼好意思回去，我怎麼好意思叫他去，你了解我的意思嗎？這些病人本來是在基層，所以，你從歸戶的過程中，看到某些疾病的項目從醫院轉到基層的時候，這一部分就應該要給錢。否則我只好拒絕你說，你沒有經過 VPN 認證，我不要你在基層看，你回去拿個 VPN 下轉單再過來。結果你還要多花一筆錢在醫院的診察費。我大概看一下，在開會前為了這件事情，看一下我上個月的申報資料，總共有 12 個人，我 ID 也可以給你，因為他完全沒有在我的基層看病，說實話要把他在醫院的穩定慢性病拿到基層來是很困難的，因為他跟你沒有醫病關係。但是他原來就是我的病人，很多原來在醫院看的部分他不看，他願意在基層拿藥。事實上，同時有符合副座念茲在茲的，就是他同時在醫院看好幾個科。他們在醫院，高血壓、高血脂可以是不同的醫師開的，那當然是合併同一張處方箋給他。他同時在我這邊看氣喘，而他同時有高血壓、高血脂，我就把他氣喘、高血壓、高血脂合併。我的意思是說，這個東西 VPN 是看不到。當然，我們原來提的那個東西，你說第一季有 300 萬人，第一個盧理事長說的把流感排除，第二個，如果你對於我們提的門檻，覺得有什麼疑義的話，也可以從門檻上來討論，這也是一個方法。不然就像我剛剛講的，你要做個歸戶，把那些 VPN 呈現不出來的部分能夠算出來，讓我們知道。畢竟我們的努力還是有人願意下來，我覺得錢要花的漂亮。我們要讓政績呈現出來，因為錢要花掉政績才有。事實上，政績是確實有呈現，不是用騙

的，我剛剛也講過，那些病人如果不是推動分級醫療，根本不會到我診所來。況且我只是個耳鼻喉科醫師，我都有 12 個慢性病，他們內科診所我相信更多。

主席

這個都有道理，問題是能不能精確地算出來才是個大學問。因為每個人在基層、醫院都是跨著看，這是一定有的。你感覺他有一張處方箋從醫院過來，可是他在基層也有。

黃代表啟嘉

以前完全沒有。

主席

沒關係，但是這個人你看到的是這個面向，但是他有可能在其他科的診所也有在看。所以，這個東西不是單純你自己感覺，他就是直接下來的。

黃代表啟嘉

我這樣講啦，9 個在慈濟、3 個在門諾。

主席

沒有錯，我可以理解你說的。我的意思是說這個病人也許在慈濟、在門諾，但是他也有可能在基層看別家診所，也有可能，但是他今天把慈濟跟門諾的處方箋，請你幫他處理，對不對？那我們現在提出來的方案是說，如果你有真正下轉這些病人，不論你以前在診所或是在醫院就醫，未來這些費用都用 13 億來支應。例如，我在臺大醫院有一張慢箋，我拜託黃醫師，我就以後都到你那邊去拿，對不對？那我這張慢箋的錢本來就下來了，但是我平常就在隔壁的皮膚科看啊，我也在隔壁看啊，我以後這個人的 ID，包括皮膚科、什麼科的，連同這張慢箋，我都用 13 億來支應，是這個意思。這樣子就是有多嘛，包括本來在你 base 裡的都拿出來用專款來支應這個概念。但是當然算不到你那一塊，直接過去了沒有透過轉診。所以，這是互相 cover。用這個方式可能比較明確算得出來。你講的那個概念有，但是算不出來，很難去 identify 出來，所以這個是我們的對案。

黃代表啟嘉

這個要增編，因為你今年如果真的有下轉的話，除非你把今年下轉的金額，明年直接併入基期。如果沒有併入基期，明年還在專款的話，因為下來就已經下來了，你明年如果還繼續要 2% 下來的話，你大概還要把今年 2% 的耗用當 base。

主席

這個你們可以主張，協商的時候，你們可以主張，我們是可以來考慮，但是你們要在協商的時候來談，不是現在這個時候來談。這個時候是在講，今年要怎麼去用這 13 億的規則。那你總要想一個兩邊都很明確的，不然到時候那個數據有爭議？而且你看大趨勢的話，也許我們大家都節省浪費，因為分級醫療不必要的浪費都節省，也許人次、總人次都會下降也說不定，或者是本來他看兩科，你把他變成一科，兩張處方變成一張處方等等。不管我們有沒有推動分級醫療，都希望節省不必要的浪費，診所可以提供整合醫療是有價值的。

吳代表國治

如果這個東西在第二年、第三年、第四年我會贊成。因為今年第一年要用轉診單下來的絕對不樂觀。每個醫院經營階層都有它的經營策略、方法，我們在基層期待我轉上去的，醫院就轉下來給我，可是主動轉下來的幾乎是零。所以，今天如果我是醫院的經營階層，我一定有我的策略存在，在第一年它很快的能夠符合，而且不用轉下來，這個我想署裡都很清楚。那這樣基層要去動這筆錢的話，很可能就要鼓勵我們的院所，叫病人回去拿一張轉診單回來，不論是電子的還是紙本，這樣的話其實不好。在第一年，我覺得對醫界不是很好，你覺得是醫界佔便宜，其實我們覺得基層是吃虧的。

黃代表啟嘉

我剛剛講的那 12 張處方箋以外，我沒有半個病人是 VPN 下轉的、回轉的，我沒有半個病人，我有上轉啊。

主席

現在我們這個意思是回轉或者是下轉，你現在覺得絕大多數是回轉，沒有那種純下轉的，很少，對不對？回轉的也算耶。

吳代表國治

副座的意思是說，只要上去過個水就可以了？

主席

不是啦，現在所謂的回轉就是你有上轉接受轉診醫院，看完後又回轉給你，回轉給你那個病人所有的費用都用 13 億來支應。

黃代表啟嘉

如果有回轉。

黃代表振國

我認同國治兄的說法，其實這幾個月有認真在轉，就用 VPN 點而已，但是接受轉診的下轉、回轉的個案，很熟的醫院醫師跟我說，電腦我不知道怎麼點，這是最大的問題。我想在座有幾個醫院的醫師可以給我回應。事實上，有很多醫院都說我很願意配合，可是我真的不知道怎麼打。第二個，我也跟我們基隆主要的醫院溝通，包括現在在醫院端要建置下轉 VPN，必須要有這些基層醫療院所的名單，醫師、科別跟專長，我們現在只是在建構這樣的基本資料給醫院而已，醫院之後什麼時候會把它完整地植入它們的資訊系統，還有時間差，而且很多的醫師在看診過程中要熟悉使用這個下轉機制，也是要時間差，VPN 轉診，從書面轉成用 VPN 轉，基層也耗費大概半年左右的推動。所以，如果從以往的書面或是一個口頭的轉診，轉到實體用 VPN，至少有半年到一年的時間差。假設你們真的認為我們今年佔了便宜，這個便宜我們真的佔不到，如果在明年、後年這樣算，也許因為大家熟悉運作方式，我們才有佔便宜。所以我建議，既然 VPN 你也給我們很多的條款、需要我們從 VPN 去轉診，有支給的回饋，到所謂的指標，我們基層的醫師都可能是最熟悉的一群，可是醫院的醫師，10 個可能 8 個甚至 9 個，都不知道發生什麼事。所以，我建議這個要宣導，第一年用這個指標，說實在的，我們可以預期用個字，叫做”慘”，到時候我們指標設了，這個錢下不來，謝謝。

黃代表啟嘉

我要講目前醫院的策略，就像去年初級醫療的事情一樣，醫院用轉 coding 的方式處理。這一次 2% 用什麼招呢？用處方箋原來 2 個月改開 3 個月，因為我那天開醫師公會的時候，我聽到醫院的代表有跟我講，醫院下達這樣的指令，我只能照這樣做。院長還跟他們講，你們不要管那 2%，那 2% 沒有關係，病人流失造成的損失比那 2% 還要大，講完我也不知道該怎麼說了。這個東西如果只看 VPN 下轉或回轉。

主席

這不是純粹是電子轉診單，只要你有申報，是看申報，不是一定要透過電子轉診，就是你有申報。我們是看碼的，用書面的我們也都承認。

黃代表振國

最大差異在那裡？你問在座的基層院所，上傳不管是 VPN 還是書面，基層大家

都有感覺，在你申報的隔月，可以看見你申報幾件、幾點。對於醫院的醫師，其實是無感，因為醫院收走了，沒有回歸到醫師他自己的績效，最大的落差是在這裡。很多醫院，我也跟他們溝通，拜託他們一定要有某種比例回饋到醫師身上，可是現在我們只能用道德勸說。所以，我想到目前醫院醫師應該是無感，或許未來可能有感，但至少在推動的初期，我們需要讓所有的醫師有感，這個制度才能夠很實際的反應這個數字。

林代表名男

剛好南區健保署昨天在我們醫院開會，至少我們醫院把它當成非常認真的一回事在看，剛提到的那個系統，我們現在把至少社區醫療群的所有會員，他的 ID 都灌到我們醫院的系統來。只要是病人，就附上比方說，他是輕症的、費用多少，醫院都會跳畫面來提醒要轉，我覺得這部分，至少我們醫院在這一塊，特別院長也來參加那個會，健保局的官員來，社區醫療群這一塊，因為大家每個月都會見面，他們藉 VPN 也轉很多，我們用電子轉出去的少，用書面的轉出去也不少。不過我覺得，醫院現在被斷頭，像我們醫院被斷頭好幾千萬，醫院會很重視這個問題，院長親自每個禮拜來盯這個事情。所以，我覺得這個部分，應該還是會，但多久不知道，我覺得現在目前對很多醫院來講，回轉或是下轉這一塊，是有把它當成一回事的。

黃代表啟嘉

我可以問一下我們在座的所有基層伙伴嗎？因為現在用回轉的病人，它以 ID 歸戶後，所產生的醫療費用都補給你，基層伙伴覺得這樣夠嗎？我知道要多幾個人發言，不要只有少數幾個。

黃代表振國

署方應該有個資料，就是我們 5 月還是 6 月看到的，就是有上轉、下轉的個案。剛剛我們林名男副院長講對了，但是因為他看到一個數字叫臺北區，臺北區可以公布這個資料嗎？因為臺北區醫院沒有做醫院的小總額，所以臺北區是最不積極的，各區包括南區、高屏，都有做醫院小總額。所以，那 2% 是實際扣的到，如果照現在的制度，那些苦主今年是拿不到了。對不起，我們認了，謝謝。

主席

好，大家是要表達贊成還是反對？贊成的先講。

陳代表晟康

主席，我講一下實際 case。現在醫院的管理階層都很注重這件事情。像我在苗栗的一個小診所，接到三個雁行計畫的邀請，都專案打電話說請你一定要過去，像這種雁行計畫，包括為恭醫院、新竹馬偕、林口長庚都叫我過去。因為他知道我跟他的互動很好。可是重點是，我也要 echo 我們啟嘉主委的講法。我甚至在雁行計畫公開講，我希望院長要達到這件事情，要把那 500 塊的下轉費直接給開單的醫生。不在於你院長訂多少？管理階段多少？因為他們無感。第二點，為恭醫院甚至做到，主治醫師你不必點什麼東西提醒，你只要做這個動作，他們的資訊室直接幫你 package 做後面這一塊。可是我的感覺是，病人的因素，是我們現在剛開始在推動的時候，是沒辦法掌握。所以，我的 case 裡面回轉的蠻多，可是下轉的少之又少。所以，如果我們今天純粹用 VPN 要去動支這個經費，現在只剩下半年，我個人是 echo 啟嘉他們的講法，這個量可能會比我們預估的少很多。所以，這可能是 finally 效率會很大的因素。我想所有基層的看法應該都類似這樣，謝謝。

主席

好，那邊還有嗎？好，王醫師，這邊講太多了，你們講的都一樣，換一下。

王代表維昌

不好意思，我們署長很努力，他光宜蘭縣就來了兩次，每個醫院都很認真說會配合。我相信他們會配合，但困難度在那裡？因為我們執行到現在，痴痴地等了很久。上轉很多，但是沒有任何個案下轉，這困難度應該是有，可能健保署要宣導。像 H2 的病人，病人無法去醫院看病，由家屬代領藥這一塊，其實要認真宣導一下。病人一定要親自看病再拿藥，除了遠端醫療以外，這些病人其實就是要丟下來給基層，或者是由居家醫療去看他。這樣才有辦法使門診的病人量下降。假設我們碰到這樣的居家病人，我們去照護的時候，真的就把他們所有的病、藥都整理出來。讓他們不會再去醫院，拿回一堆不知道是什麼藥，有些病人去醫院拿回十幾種藥以後，我們把他收到居家後，一種藥也不給他，他還是活得很好。所以，這個 H2 的病人，政府要去宣導，謝謝。

主席

對，沒錯，要宣導。而且要想辦法讓他這個事情不要再發生。

吳代表順國

吳順國第一次發言，在苗栗社區醫療群裡，電子轉診 VPN 上去的很多，幾乎每

一家都有不少。事實上他們有回轉，他有跟病人講，請病人回原診所。問題是他沒有開單，沒有任何佐證。所以，根本看不出下轉。理論上都有回來，但是沒有那個動作變成拿不到那一筆，謝謝。

主席

以前有可能，但現在有碼可以報，如果大家有做這個動作，應該都會報。請顏醫師。

顏代表鴻順

這個問題，我們從幾個層面來看，這個政策的推動，對於基層來講是個非常期待的大機會。我個人在北部這裡參加 5 場記者會，但是我收到的下轉病人比這個 5 還要少，我目前只收到 2 個，而且來自於同一個醫院。我想署方大概也知道這個政策在推動的過程，可能跟各區的給付方式，會給醫院有不同的壓力。臺北區是一個大總額，甚至私底下我都有聽到好幾個院方的決策階層說，他們大概不會配合這 2% 的下轉，這個是臺北區。那北區以南，因為它是個別總額，個別總額砍掉就是它的錢，比方說，我現在看到做得最積極的是林口長庚，他們一天的門診量有 2 萬人次，一個月 50 萬人次。所以，它 2% 的下轉，就是 1 萬人次。如果以正常他們還要成長 3%，還要轉下來，他們一個月要轉 2 萬 5 千人次下來。所以，他們是非常積極的配合政策，2 萬 5 千人次如果一個平均值 2 千塊，他們一個月，如果沒有動作的話，是要被砍 5 千萬。所以，林口長庚做的非常積極。我的 case 都是林口長庚轉下來的，包括我們的醫療群伙伴在下新莊、林口、泰山，通通接到林口長庚的轉診病人。你要看一個醫院有沒有在做？你只要問它一件事情就好。你有沒有把配合的醫療群跟院所鍵入你的門診資訊系統。如果有，它是玩真的，如果沒有，它就是玩假的。我在看門診，我想把這個病人轉下去，他在三重，我怎麼知道轉給三重的那個診所？那個醫師？你叫醫師怎麼去海底撈針，不可能啦！所以，它如果沒有把這些配合院所的資訊，鍵入它門診系統裡頭，那就是玩假的。林口長庚有跟我們要資料，它們有鍵進去。現在有幾個系統也開始跟我們要資料，但是會不會鍵進去，我不曉得。但是目前我只接收到林口長庚兩個，這是第一點。再來，我們從實際上的資料來看，看到六月、七月臺北區醫學中心、區域醫院下轉的件數，以全台灣六區來講，臺北區是最低的，僅略高於東區，以這個電子轉診的數字。所以，如果今天以臺北區去抓下轉的 01034 或 01035 來講，對六區的轉診型態，光是

臺北區來講，就是一個非常不公平的現象。但實際上是這樣子嗎？我覺得一個政策要成功，我們要往前看，而不是只有靠醫院。醫院可能第3季錢真的扣下去後，可能動作會有點不太一樣。現在還沒扣錢，大家不知道痛嘛！你真的把它扣下去了，勝負就分出來了。所以，真正能不能成功可能是在第3季以後，刀砍下去後各醫院配合的措施就會紛紛出爐。除了去抓轉診的代碼以外，轉診的代碼其實還會有一些盲點，假設他要轉到我的院所，最後他是跑到別的院所去，這個碼是不給付的，但他是轉下來了，那這個算不算數？這是第一個。第二個，在分級醫療的大氛圍下，其實很多人包括上次跟這次都提到了，包括病人我們跟他講現在健保署在推動分級醫療，所以你這樣穩定的慢性病病人，以後就在我們這邊領藥就好，就不用去醫院。這樣的病人也有，可是這樣的病人可能完全沒有 01034 或 01035 這樣的碼，可是也呼應到這個政策，他真的到基層來看。因此在執行上，一個去抓這個碼，當然後續他的看診應該全部都要買單，不是只有單次而已。除此以外，那些下轉到非指定院所的也許也要算進去。再來是，那一部分直接被我們 advice 就留在基層的，這些怎麼估算？這一部分可能比較難一點。所以，我是覺得今年第一年，我們總是預算要執行，我們是不是先以全聯會這樣的概念，把預算先執行下去，明年我們再從健保署的概念看是不是能夠更落實，把這個沒有估算進去的部分，看用什麼樣的方式把它估算進來。再循著長官提的方式來進行研討，以上，謝謝。

主席

他們提的案子我們有試算過嗎？我們那個 13 億有兩個用途。

李代表純馥

優先用於轉診費的不足，然後才用到這裡。

陳代表相國

我們分級醫療的政策上半年是還好，不過我們認真推動是在大概 4 月~7 月時才開始。那醫院真正有開始下轉是在大概 7 月、8 月才開始。所以，如果按署方這個規劃版本的話，算這個數字會很難看，如果說有這個代碼才算有轉診費用的話，算出來的案件。比如說只有 1 萬件、5 千件，健保會說，你們不是說署方要大力推動分級醫療嗎？到時候動支或經費只有 1 千萬、2 千萬，健保會會說你這樣推動政策不力，我是為署方著想，因為數字很難看。所以，就不要算了，而且那時候健保會的規範是說：「為落實分級醫療，當病人流動達一定門

檻」，我有達一定門檻，第 1 季的數字非常好看。所以，我們建議按照我們全聯會版本應該是一個不錯、好看的結果。

主席

不是好看啦。

黃代表振國

應該比較務實，不好意思。

主席

不是務實，因為第 1 季你就用掉 2 億，第 1 季根本還沒有開始推動，連下轉都沒有，就把錢用掉了，這樣子不好。

黃代表振國

沒有，第 1 季不是沒有下轉，而是因為沒有用 VPN，包括我自己也是因為資訊公司跟中華電信的關係，你們聽到不要嚇一跳，6 月份的時候我們臺北區上轉的 VPN 5,711，下轉了 196，7 月份好一點了，上轉有 12,782，但是下轉增加到 343，其他區大概一比三、一比四左右，所以如果照剛才我們的比例，上轉了 12,782，下來了 343，那什麼概念呢？維持以往而已，所以我會覺得，如果照我們剛剛講的這種指標，各區又是這個比值去分配，我想這個錢，苦主是臺北區，會更慘，收到病人反而又沒收到錢，謝謝。

主席

好。

林代表俊傑

主席，這邊都還沒表示意見，表達一下。

主席

好，優先聽這邊。

林代表俊傑

第一點，我認為我們署方要推動分級醫療是很好的美意，但是各區分區的情況不一樣，我們是希望就是說，基層各區大家都很努力在做，也都參加雁行計畫，包括高屏我們也參加了好幾場，每一場李伯璋署長都有下來支持，像前幾天高

榮也是大力推動。但是制度上我是認為說剛剛有委員提到，一定要給這個轉診的直接醫師有感覺，因為醫院的制度很多都是跟 PF 有關係，醫院 keep 這個病人並不只是說他在意轉診費，他其實你全部轉診費給他，他也不見得一定必轉，那我們的要求是說，你比較穩定的病人，其實所以我們這邊有提出一個意見就是說，如果真的醫院有誠意，就把穩定的慢箋就下轉，這是最快的方式，為什麼？很多病人穩定慢箋，他不敢離開醫學中心，是因為他以後怕沒辦法在醫院掛到號，所以說我們高屏區是有提出雙主治醫師的制度，病人穩定了醫院轉到基層診所就醫，那如果病人病情發生變化，我很快就能夠轉回去原來的醫院主治醫師特約就診，那剛剛振國兄和啟嘉主委提到的一些資訊，其實我們發現就是說臺北轉診數據最少，為臺北的基層弟兄真的是感到很辛苦，如果用這種方式去算各分區，那臺北永遠拿不到這筆費用，既然署方願意推動分級醫療，那基層也一直很配合，我是認為應該是說採取我們全聯會所提出的版本，今年的占率比去年的，有達到成長，不是用 VPN 的下轉去算，從數據來看南區跟高屏表現的轉診 case 數比較多一點，那北區是最辛苦的，如果是這樣的話，我想今年的話，要達到我們健保會說要提到的 VPN 登錄，因為有的醫院的醫師他會看診，但是他根本就不會去登錄 VPN 這些東西，所以既使他有實際下轉，像我們學者林教授所提，很多醫師都是用手寫的轉診單，所以說你要用 VPN 這個目標去登錄，我覺得今年會很難達成，所以本席還是建議署方可以考慮，因為我們全聯會也是經過多次的討論，才討論出這個方案，我是認為是可行的，就像我們剛剛前面提到的，就是說我們那個品質保留款指標，原來健保會今年的要求是到 70% 以下，但是我們後來實際操作的定義，會發現我們全聯會訂的上限 80%，實際上執行達到也是在 70%，較接近實務執行面，所以我認為說今年這個基層總額轉診型態調整費用預算要很有效用的使用，那明年也可以鼓勵基層很努力去推動，應該是採用我們全聯會的版本，讓今年的 13.46 億能夠很有效的使用上，那明年的指標我們再來討論，以上建議，謝謝。

黃代表啟嘉

我剛剛在討論的時候我浮現一個場景，其實那個可能不會出現，但是我浮現謝天仁歪著腦袋在那邊笑我們的樣子已經出現在我的眼前。對，我知道他不是委員，但他常常代理出席，他出席率還蠻高的。那我的意思是說，如果全聯會的版本大家覺得門檻太低的話，我們可以就那 20 萬的門檻，我們大家可以尋求

共識來討論，是不是可以把每季 20 萬人次的門檻拉到 40 或 50 萬，那這樣子不知道貴署可不可以接受，就是我本來提 20 萬門檻，那 20 萬大家如果覺得太低了，我們把他拉到 40 或 50 萬人次的門檻，好，那因為第 2 季完全拿不到，第 2 季就是沒有。

黃代表振國

第 2 季肯定拿不到。

黃代表啟嘉

因為用幾十萬人次其實很好聽啦。

主席

用你的數字就只有第 1 季拿的到，以後的通通拿不到，為什麼？確實因為你的總人次也在減少，但是你去設想，第 1 季拿到的理由就是用這個理由，根本對不到焦，就是說我們分級醫療其實是第 3 季才大量啟動，理論上要看到結果應該是第 3 季、第 4 季，應該是真正的數字從第 3 季、第 4 季產生，來拿這個錢才是最對的，那大家都有分析，第 1 季是跟流感是非常的有相關，但是等於把這個錢轉嫁到這個專款，就是這樣子可能不是原來的原意，所以這樣好不好，既然爭議這麼大，大家雙方堅持不下，我們就緩議了，這一題就緩議好嗎？

謝代表武吉

主席我說一下，其實我剛剛聽很多，我們大家的建議都很好，其實我們最大的雁行計畫，我覺得這是他們大醫院在演布袋戲給我們看，不是確確實實要落實，目前總共有 84 間區域醫院，19 間醫學中心，明年度有已經確定有 2 間區域醫院要降成地區醫院，所以說我拜託主席，我們大醫院的雁行計畫，我們一定要有強力的配套措施來管理，這樣才可以，比例講就是說，像去年度的初級照護只實施 11 月跟 12 月，實施兩個月我們才扣他 1,100 萬而已，這個是他們用 coding 碼來改，所以我是建議像這 coding 碼偷改的，應該依法追究。

在這裡我要講個幾點，剛才黃啟嘉代表有講，穩定的慢性病患者應該要轉到地區或者是基層診所，這是應該要轉的，但是他們是用 2 次改成 3 次，我也有聽說過，這點我希望署裡也要特別來注意一點。

第二點就是說，署應該要叫資訊室的人，要特別注意退掛的，為什麼要講退掛

的問題？退掛就是說，他去掛號看完了，結果他的費用比他去醫學中心或區域醫院部分負擔費用還要低，他就說你這交現金就好，有退掛的就要追究他的責任問題，很簡單的一句話，浪費資源、電腦資源、電力資源，所以要注意退掛的這一些，應該要予以追究。

第三點就是醫師的心態，我在幾天前曾投一個稿，剛才幾位醫師也講了，醫院的醫師配不配合、院長配不配合，他們可能連甩都不會甩，對於不配合政策的，健保署要怎麼處理，我們希望也有配套措施。

我在這裡向各位報告一下，我這裡有一個統計，醫學中心第 1 季和第 2 季，第 1 季費用的成長率是 10%，但是件數的成長率是 3.6%，第 2 季費用成長率是 6.3%，件數成長率是 3%，差 0.6% 而已，那區域醫院第 2 季費用成長率是 5.5%，但是件數的成長率是 1.5%，就費用的配合度，就可以簡單看出醫院及醫師的配合度。也有醫師說的很坦白，我是公家機關的醫生，我要開就開，我開多少，醫院 PF 也是要給我算，這個是一個非常錯誤的想法，所以轉不到基層也轉不到地區醫院就是這個原因的發生，我們是希望健保署能夠特別的注意，還有一點就是說，同體系的、同樣財團互轉，這個也要特別注意，如果他是像這種費用，應該要如何來管理，我們應該要有一個很好的措施。

講一個實例，像高雄榮民總醫院還有高雄醫學大學的有幾位醫師到地區醫院去支援的時候，有的醫師很主動的就把患者直接轉到地區醫院看診，但是也有一兩個醫師就不想轉，醫院你也拿我沒辦法，所以說有一些真的是醫師本身的心態要去改變。

我以上幾點的建議，希望主席認為有好的地方就把他列入參考，我們要怎麼樣來追究，不會讓他們又偷溜，這比較重要，抱歉用你們這麼多時間。

主席

好，謝謝。

黃代表啟嘉

主席，我的建議，就是全聯會的版本把那個門檻提高修正，全聯會的版本是 20 萬人次，你把它拉到 50 萬或 60 萬我都 O.K.，這樣子的話，今年第 1 季跟第 4 季應該達的到，2、3 季拿不到，但是如果照主席那個 VPN 的算法算出來，它會 masking 掉很多我剛剛講的那種情況，實際發生的轉診，大家的努力完全不見，

那真正出來呈現的數字，會讓比較搞怪的付費者委員歪著頭笑我們，那個場景都浮現在我腦海裡頭。

主席

好，沒關係，現在數據有點不足，因為我們現在也不過申報也在7月份而已，那最近這幾個月不足，所以我想既然是這樣，差距很大的意見，我想不管是不是門檻要提高或是怎麼，我想今天就沒有辦法當場決議，就暫緩，好，接下來第三案。

● **討論事項第三案：「運用 107 年西醫基層總額非協商因素增加預算調整門診診察費支付標準」案。**

主席

好，已經講完了。我們兩邊是不一樣的，那可不可以支持一下，因為上次我們第2次會議的決議是說，希望全聯會帶回去研議，然後把調高假日開診的誘因納入考慮，可是全聯會回來是沒有考慮，所以大家看法怎麼樣？來，先請吳醫師，你們這邊先不要講了，先請外圍先講，來，吳醫師。

吳代表順國

主席、所有委員，那這點其實我們還是反對，我這樣講，為什麼？我們並不是說刻意的反對或為反對而反對，第一點我們講，假日加成，比如像禮拜天加成，其實我們這樣講，今天會看的、當天可以看診的就是，第一個他人力夠他才可以，那我們今天如果你加成，事實上人力不夠的人他還是沒有辦法去看，尤其現在的一例一休，藥師、護理人員全部都要配合，你給他加成，其實也沒有辦法去支應那個人力，再加上他會違反勞基法，就像我講的，以我的例子，我們的護理人員很希望說周日看診，他們可以多拿錢，但是我跟他講勞基法規定，我讓你看我就被罰45萬，就是因為你根本沒辦法調配人力，你也不可能說我多聘一個，因為多聘也不知道要放在那個位置上。第二個就是說，其實我們是蠻支持說可以增加支付標準給這些，但是我們應該知道說並不是只有這些少支付，如果我們全盤去考量，其實不是只有這幾個項目，所以如果只有補這幾個項目，會對很多其他項目又不公平，所以我們會認為說，應該是支持我們全聯會的案-增加8點，為什麼？其實我們剛才講說，我們增加了32點，應該來考

慮那是 20 年來增加 32 點，整體的人力、物力、物價什麼的，都是增加很多，包括我們講說我們公務人員的調薪，如果從 20 年前的 3%、3% 這樣一直算，我相信也不止這些，所以我希望我們所有的先進委員，包括我們健保委員，都可以支持我們全聯會的立場，就是我們增加的 8 點，是肯定了我們一個醫療人員努力的付出，謝謝。

主席

好，謝謝吳醫師，那還有嗎？好，顏醫師。

顏代表鴻順

署裡頭把它算的很精確，就是說 4 億多的費用都把它 match 的很好，但是我們非協商因素這個費用，它適用在西醫基層總額醫療服務成本及人口因素成長率，它這個 item 是醫療服務成本這一塊，如果說只是把這個錢用來補助，或者用來調升假日開診率，那對於假日沒有開診的，難道他們的醫療服務成本就不需要被補助、不需要被增加？這個錢其實是廣泛的要運用在所有基層醫療院所，讓它去增加員工的福利，增加員工的薪資，增加它的環境與設備，來改善它們的醫療品質，提供給民眾更優質的服務，概念不是這樣子嗎？你如果把它放在只有百分之 20 幾，因為配合假日開診的政策來挹注這個費用，我覺得跟非協商因素這個 item 的意涵是完全不一樣。如果說可以這樣子做的話，那假設你把這個錢挪到那裡去，開診率不好，明年再把非協商拿過來再來挹注，一直挹注下去，那這些醫療服務成本跟這個人口因素成長這一方面非協商因素的錢到那裡去了？那我們怎麼樣用這一方面的費用來改善同仁的薪資，改善同仁的福利，改善我們的設備，增加對民眾更優良的醫療品質。所以我覺得這個品項，這個經費運用在這裡好像是完全不對的。所以全聯會會認為說應該是調升個 8 點，把這個費用讓每一個人都能夠有一些改善，是這樣的一個想法，所以我是贊成說全聯會的版本，就是把它放在 generalize 的點數調整上，以上。

主席

好，那還有嗎？藍醫師。

藍代表毅生

各位認為這東西就跟鴻順委員講的一樣，其實它的 item 放進去的運用是不一樣的。首先，第一我是外科醫師，那外科調整這個處置費用，如果我們把它放

在非協商，其實我必須跟大家報告一下，就是我們目前在轉診的制度上面，已經面臨到同樣的問題，像我自己從事第一線的外傷工作，很多多處擦傷，比如說四、五個，我們現在開放成六個，連前胸變成七個，多處擦傷我們假設以當初 47 點、63 點這樣來的話，那 47 點現在是以成本再加 40% 變成 66 點，可是我們現在所有的外傷處置都是浮動點值，它這個是用當年勞保年代的費用，一直到現在已經 20 多年了，沒有調整過，還是那個費用，當年我們外科的處置是拿優碘塗一下，我們叫做乾式、不包紮式的處置，可是這個已經是落伍了，現在都是濕式的，所以 47 點，我們假設四個肢體、全身六個肢體都受傷，包的像木乃伊一樣，可是隔天是同一療程，是沒有診療費的，等於說全部都加起來，兩天的費用大概這個醫療院所可以領到 700 塊，700 塊是所有的費用，包括人事費用，我們如果有做外科的經驗，你就知道，我們處理一個這樣的把他全身包的像木乃伊一樣的包紮，拆下來的時候，我一個醫師再加兩個護士小姐，我們要處理 30 分鐘，等於他第二天來沒有診療費，我還是再處理一次 30 分鐘，兩天的人事費用要一個小時，一個小時所有的包紮耗材都不用錢的話，光 700 塊付三個人一個小時的費用，就是這樣的原因，所以醫院不要，現在很多大醫院，急診完之後開一條藥膏，開 7 天的口服藥給病人，叫他在附近看就好，那所有我們現在遇到包成這樣的，他就比照這樣，拿著一條藥膏，藥就自己塗，要不然就吃口服藥，吃到第五天之後，整個化膿、蜂窩性組織炎才出來。現在目前就是這樣的狀況，而且天天都在上演，那我們現在並不是說要改變這個方式，而是我們對民眾的醫療品質已經起了很大的危機，這個費用已經不是這 0.87 億，已經不是在補助外科這些費用，而是去改善民眾他現在面臨到的這個危機，他就是人球，基層我接到的話，我沒有能力來處理這個，又我只有一個醫師，那醫院的話它急診那麼多，我們附近醫院說藍醫師你做外科的，拜託你過來處理急診的，現在是面臨到這樣的，包括消費者，包括政府有沒有需要說拿出來改善這個品質這是很重要的，不是說我們用非協商、用 0.87 億來改善，其實這些處理最多的，並不一定是外科，可能是家醫跟內科，因為家數比較多，那假設以一個家醫科或者內科，它沒有特別的處置室，像我有一個專門的開刀房，裡面可以推輪椅，推床都可以進去的，可是以一個內科醫師，我都要半個小時，他們來處理的話，一個小時都不一定處理的完，所以他會變成人球，醫院不要，診所也不要，所以這個對民眾來講，並不是一個好處，我在這邊已經提了兩、三年，那另外就是這 3.44 億我們以為是補助，其實我們把

它實際算，每一個增加 60 點，一天看 30 個病人，總共是 1,800 點，那你這個 1,800 點，光藥師跟護士在星期天看診，他的薪資就不足了，所以並不是增加了診所的費用，如果診所接受了的話，是增加了他的支出，而且落人口舌，我已經補助給你，你為什麼星期天不開？所以這個已經變成是診所你如果接受，或者是全聯會如果今天的委員接受了，回去絕對被罵慘，這是我個人目前遇到的狀況，以上，謝謝。

林代表育正(李代表偉華代理人)

我也是支持全聯會的版本，因為像我們大部分的基層診所就是一個醫生，一位藥師，其他的幾位護士。不是我們不想假日看診，是沒辦法，一定違反勞基法，所以不是我們不為，是不能。所以基層診所沒辦法來做，可以的話我們當然想做，但是做不到，如果補助這些，那點值就更慘，現在臺北區都已經 0.87 了，那以後會怎樣？所以很難預測這樣的情況。

黃代表振國

第一個，我們呼應這個 item 就是醫療成本及人口因素成長率的一個項目，來檢視一下 106 年跟 107 年，剛其實各位也都講到，這幾年其實最大的變遷就是勞基法的變更，就是一例一休，我想在座的各行各業都有面臨到這個陰影。而且最近勞動部又三申五令，會不定期的到各醫療院所去考察，就有基隆某診所的負責人跟我講過，他甚至給我一個教戰手冊，他是去年就有被查，我想這是第一個被反應的。最近大家可能都知道，最低工資可能明年又要調，但是今年的 1 月也從 21,009 調到 2 萬 2，大家知道我們勞工團體的最低薪資是多少？都有看新聞，是 2 萬 8，我們現在調到 2 萬 2，各位恐怕都是公務員，不能體會這樣成本壓力，我們所有的醫療院所，馬上面臨現有醫療架構的服務成本又要增加，包括物價在漲，所有的人力、物力，包括運輸費用在漲。所以你問我說，這個 13 億今年能做什麼？農曆年 CDC 以防疫名義鼓勵我們開診，是 CDC 給的錢，所以我呼籲剛剛謝前輩講的，本來 CDC 要給錢，現在健保署要給，結果明年 CDC 說，你們健保署做這麼好，我為什麼要編，我們是屬於防疫的工作。我們現在覺得健保署是萬能，CDC 沒辦法做的，像是愛滋病防治就丟給你，公費克流感也不用買了，乾脆健保署以後也給付。所以我覺得這半年，尤其健保署經費有限，錢應該用在適合的地方。第二個，假設我們因為補助了假日開診，讓資源錯置，等於是補給本來已經有在開，而沒有開的人，因為成本增加了，

又要面臨給付的減少，我們剛講到的苦主就是臺北區，臺北區是醫療資源最豐富的區，為什麼基層是最差的？因為就醫的方便性最足。所以我們有時候在想，那些地方要優先調整，應該是偏遠地區、醫療資源不足的地區。如果你問我們在座醫界代表開會人越來越少，為什麼？因為今天很多人要趕回去上班，如果只求方便性而不考慮成本，你問醫界代表何時開會最方便，大家一定會選擇禮拜天最方便，那健保署開會的成本就會增加很多，所以不能只考慮方便性而不考慮成本。假日開診，應該不是常態，要有緊急需求的優先，上次我也分析禮拜六、禮拜天，很多的病患不是因為那一天剛好有需求，而是因為那一天剛好看到黃醫師有開診，我本來是禮拜五晚上要來，發現黃醫師禮拜六、日有看，就隔一天再來找你。所以，你本來要鼓勵真正有需求而提供需求的人，結果普遍性的提升以後，會很厲害的扭曲。而且你們提的兩個項目，我們去年在專款項目，好像都有提出來，一個外傷項目我們提了好幾年了，署方認為說經費不夠，所以把我們打回票，好像我們醫界耐受度很高，就把專款協商直接打入非協商項目。還有假日我們去年曾經提的，就是一例一休所造成的人事成本，希望能夠有一個適當的資金挹注，去年在協商也拿掉了，我記得健保署是說會給我們 1 億，我們算是 20 幾億，差距太大，所以無疾而終。我們連 1 億都不要，在座專家學者代表那有那麼笨的，人家給你 1 億還不要，所以你就知道這是個毒藥。我建議署方，這個政策美意很好，希望署方能夠有配套的經費資助，不然的話，老實講我想今天不論那一科都反對，連外科都不太支持，為什麼？因為回去大概沒有人承受得住這樣的提案能夠通過，謝謝。

陳代表炳榮(邱代表泰源代理人)

主席、各位專家學者長官以及全聯會的夥伴，全聯會對於署內專家學者的交代，包括法規，精神醫療，這些議題針對政策、醫療提供者、消費者各方面都有討論。剛代表發言，也是我們全聯會經過 10 幾場討論的精髓，希望署方還有專家學者，能夠慎重考慮剛剛代表提供的意見，應該是比較切合實際的作為。主席剛剛講的有關雙向轉診強度的問題，說是我們醫生給病人太多的好處，造成雙向轉診沒辦法做的情況，其實除了醫生的問題以外，對於病人方面，署方應該也要加碼加強宣導和遂行部分負擔的依法執行，剛謝武吉教授提到的都是很切合實際的問題，我們基層也一直有考慮到，我們都是點滴在心頭，再說這個雁行計畫，臨停的候鳥，飛出去會不會飛回來，這大概也是謝教授一直

在擔心的問題，我想這個也是雙向轉診能不能成功的關鍵。針對剛剛第3案的地方，這個議題預算項目跟健保署這邊提到希望在假日開診的部分能夠加強，項目真的有點不一。當然這個部分接受支付標準的全盤調整，對於我們醫界，只是希望能提供一點點的挹注，針對這個項目還是希望各位專家代表能夠慎重考慮，謝謝。

黃代表啟嘉

主席，還有我們基層的所有夥伴，第一個，其實對西醫基層來講，外科和多重慢性病都是我們協商放在最前面的重點。雖然說每次我們都鎩羽而歸，但是我們每次都提出來，但是這一次我們希望能夠把它包裝在服務密度裡頭，也就是說在服務密度裡頭有匡，我們就會優先考慮。但是看我們拿到多少錢，至於署方要求以非協商因素給外科的東西，其實我們調8點這個東西，對於婦產科和外科來講，也是有一點點間接的挹注，大概多了多少錢，大概多了1塊多，為什麼？因為他們有多10幾%第一階段的加成，所以調第一階段對於外科、婦產科這種艱困的科別，是有一點點保護的加成，執行項目我們換掉的部分，是我們基層迫切想要解決的問題，並不是說我們沒有理想性，我們跟副署長開過會，也知道外科及多重慢性病是放在前面，也是我們想跟付費者溝通的部分。那非協商就好像一個取之不盡的聚寶盆一樣，沒有，就說從非協商因素來移，我談了10年的總額幾乎都是這樣的氛圍，非協商本身，其實真的能夠拿的，除了人口結構及投保人口成長率那是不能夠用的，那本來就增加的耗用，只能夠動成本指數裡頭的錢，去調跟我們支付標準有關的，怎麼去調支付標準，我自己有一個想法，覺得大家要獲共識其實沒有那麼容易，調第一階段合理量，當然我們連續調2、3年，或許我們可以再討論，但是在西醫基層這一次也是很強烈的共識，當然署方有署方的想法，或者我們這樣講，署長有署長的理想性，署方這樣的60點，想增加假日開診率，我只能說60點實際上沒有構成誘因，而且我必須說，如果真的成這樣的事情，千萬要說醫界是反對的，為什麼？你去給假日的醫生加成，到時候，病人來看診，會說你這個醫師怎麼這麼愛錢，連假日都出來看，我聽過這樣的話，事實上我假日有看，那是我自己的權責。但是我看的時候，你給我加這條，絕對有病人會這樣。醫生為了金錢不為家庭，因為每個人會有自己的考量，選擇假日看診，但是現在加了這個錢，你叫員工出來，員工會覺得因為你有拿到這個好處，所以叫我出來犧牲血汗，所以這個

我想醫界沒有一個敢加這個東西，即使是現在假日有在看診的醫師。我們希望假日看診的時候，得到是民眾對你的感激，願意犧牲奉獻家庭、假日來看診，而不是為了 60 點來看，如果真的被冠上這一點的話，我認為假日開診率還會下降，這是有可能的，甚至員工對於老闆的付出不諒解，如果加 600 點是有效，加 60 點是無效，且有很多副作用，我是強烈地保留。

林代表俊傑

林俊傑委員第三次發言，本席建議有兩點，第一我們每一年所增加的預算，非協商因素是指包括人口老化、服務成本、通貨膨脹等各方面，所以在費用的使用上應該著重於平均之診察費，實際上目前之醫療費用給付都沒有明列包括房租及護理人事等成本，都是用醫師的診察費去支應，所以費用給付之增加應該平均加在各科，就是每一個醫師都可以拿到的較為合理，也就是加在實際上每一個診所開業的營運成本。第二點我是非常支持，署方所提到外科必須要加成，但是前提是，我認為應該新編專款專用的預算來補貼這個，為什麼呢？很多病人因為外傷或者是其他的外科需求要去掛醫院急診，本次外科此方案增加的預算還不到 1 億，可讓病人就近在基層接受醫療，應該這個事情是要做，但是建議不能從非協商裏頭把預算編出來，建議署方應編列專款專用預算去做這樣的事情，才符合實際。因為要提升醫療品質，不只是醫界的責任，我想署方這方面在預算、學界也應該支持。因為基層成長其實越來越困難，應該要給基層支持，也是讓民眾就醫方便，不會一直往急診跑，建議編列專款專用的預算以執行提昇醫療品質的事情，以上建議。

陳代表相國

如果沒有共識的話，是不是我們下次再議。

主席

今天顯然是沒有決議，本署所提的全都沒用。

黃代表振國

我提一個折衷的，好不好？

主席

有折衷的嗎？

黃代表振國

我們點值非常低，臺北點值非常低，我們即使 13 億都來調整，也只能調整 0.01 的點值，服務有的地方，但是就缺乏區非常重要，所以我其實折衷就是我們也不要調 8 點，你們也不要調這 13.46 億，讓我們慘不忍睹的點值能稍微好看一點點。

主席

好，謝謝，大家都盡力了，因為我們也屢次提，我們都盡力了，今天是算沒有共識，完全沒有交集，各說各的。所以今天這個案子也沒有過，那我們再持續努力，好，謝謝大家，今天就開到這裡。