

「西醫基層總額研商議事會議」107年第4次會議紀錄

時間：107年12月18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	王正坤	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	吳欣席	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	請假
呂代表紹達	呂紹達	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	廖慶龍
李代表偉華	李偉華	劉代表家正	劉家正
李代表紹誠	李紹誠	蔡代表有成	蔡有成
李代表純馥	李純馥	蔡代表麗娟	請假
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	林振順	藍代表毅生	藍毅生
林代表義龍	請假	顏代表鴻順	顏鴻順
邱代表泰源	請假	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	請假
衛生福利部疾病管制署	曾毓珊、廖芸僂
全民健康保險會	方瓊惠
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、吳韻婕、黃佩宜
台灣醫院協會	吳心華
中華民國藥師公會全聯會	洪鈺婷
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	范貴惠、張益誠
本署北區業務組	陳祝美
本署中區業務組	張黛玲
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、林淑範、谷祖棣、 劉林義、韓佩軒、洪于淇、 林右鈞、呂姿曄、邵子川、 林蘭、許岑竹

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。

註：107年第3季西醫基層總額健保給付特殊材料相較去年同期成長貢獻比率較高者主要為人工水晶體、胰島素注射器針頭、玻尿酸的注射等。）

第三案

案由：西醫基層 107 年第 2 季點值結算結果報告。

決定：

一、依全民健康保險法第 62 條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表如下表：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.9476	0.9746	0.9621	1.0000	0.9765	1.1000	0.9606
平均點值	0.9510	0.9761	0.9705	0.9947	0.9801	1.0584	0.9717

二、結算說明表，置於本署全球資訊網，請查閱參考。。

第四案

案由：106 年西醫基層總額品質保證保留款重新核發結果報告

決定：洽悉。

第五案

案由：108 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：108 年會議時間如下表：

第 1 次會議	第 2 次會議	第 3 次會議	第 4 次會議	第 1 次臨時會
108.3.7 (週四下午)	108.5.23 (週四下午)	108.8.29 (週四下午)	108.11.28 (週四下午)	108.12.4 (週三下午)

肆、討論事項：

第一案

案由：108 基層總額一般服務案件之保障項目討論案。

決議：同意比照 107 年保障項目(每點 1 元支付)，如下：

- 一、論病例計酬案件。
- 二、血品費。
- 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院日數。

註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

第二案

案由：有關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、本案通過，修訂重點摘要如下：
 - (一) 配合年度修正指標計算之資料期間及目標值期間。
 - (二) 依實務修正「健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 」之列計對象為「正常上傳」者。
 - (三) 同意新增「無障礙就醫環境」政策獎勵指標：核算基礎為 5%，惟「無障礙環境」標準與認定將依衛生福利部研訂後辦理，並經本署及中華民國醫師公會全國聯合會雙方確認後生效。
- 二、「行動支付」政策獎勵指標暫予保留。

第三案

案由：有關「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：

- 一、為減少家醫會員於不同院所就醫，由收案診所提供慢性病人門診用藥整合及避免重複用藥，新增多重慢性病人門診整合費，該會員該慢性病連續處方箋之處方調劑日份達 56 日(含)以上及 169 日(含)以上者，每一會員每年度分別支付 500 點。

- 二、收案會員及名單交付原則，針對慢性病個案增列於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上；非慢性病個案增列門診就醫次數排除復健就醫次數 ≥ 33 次/年。
- 三、修訂部分評核指標配分及內容，包含調升「電子轉診使用率」及「假日開診並公開開診資訊」之得分閾值、刪除「住院雙向轉診率」指標、調整預防保健達成情形之項目配分、預防保健項目以收案會員於基層院所接受預防保健項目為統計範圍及「糖尿病會員胰島素注射率」以糖尿病會員於西醫基層接受胰島素注射之天數為統計範圍。
- 四、為利收案會員連續性、完整性照護，社區醫療群會員資料上傳採 2 階段上傳，分別為先上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名，再依上年度評核指標結果，上傳自行收案個案加收之 100 名。

第四案

案由：修訂 108 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案，提請討論。

決議：

一、本案通過，修訂重點摘要如下：

- (一)施行鄉鎮：108 年共計 115 個鄉鎮區(基層診所 84 個、醫院 31 個)，與 107 年方案相較，新增嘉義縣竹崎鄉、刪除臺東縣卑南鄉，另臺中市外埔區及彰化縣線西鄉改由基層診所承作。
- (二)巡迴計畫相關規定：明訂基層診所及醫院備援須為同承作單位，且備援人數以 2 名為限。
- (三)開業計畫相關規定：
 1. 敘明參與開業計畫院所之支付方式，需依該年度方案之規定辦理。
 2. 支付保障額度條件增訂「參加方案第 4 個月起每診平均人次未達 3 人者」。
 3. 修訂並統一各分級地區折付管理額度。

二、有關「南迴 24 小時救護中心試辦計畫」因已有其他單位經費挹注，

依 108 年度西醫基層醫療給付費用總額協定事項，若有其他單位補助，則該計畫預算不予執行之決議辦理。

- 三、有關建議修訂現行診所獎勵開業與當地衛生所不可為同村里之規定一項，考量偏遠地區衛生所醫師聘任不易，如開放獎勵開業，影響留任當地意願，且無長期缺乏醫師之情形並有其他醫師支援，暫無開放需求，維持原方案規定，不修正。

第五案

案由：有關「108 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論。

決議：

一、同意新增 11 項開放表別項目如下：

- (一)「維生素 B12 免疫分析(醫令代碼 09129B)」。
- (二)「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗(醫令代碼 12073B)」。
- (三)「HIV 病毒負荷量檢查(醫令代碼 14074B)」。
- (四)「杜卜勒氏彩色心臟血流圖(醫令代碼 18007B)」。
- (五)「攜帶式心電圖記錄檢查(醫令代碼 18019B)」。
- (六)「頸動脈超音波檢查(醫令代碼 20013B)」。
- (七)「平衡檢查(醫令代碼 22017B)」。
- (八)「光化治療(醫令代碼 51018B)」。
- (九)「光線治療(醫令代碼 51019B)」。
- (十)「皮膚鏡檢查(醫令代碼 51033B)」。
- (十一)「C 型肝炎病毒核酸基因檢測-即時聚合酶連鎖反應法(醫令代碼 12202B)」。

二、其中「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗(醫令代碼 12073B)」及「HIV 病毒負荷量檢查(醫令代碼 14074B)」兩項，西醫基層院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報。

第六案

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：同意結算方式如下：

- 一、全年預算按季均分，各季預算先支應於當季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，方為當季可支用預算；當季可支用預算若有結餘，則流用至下季。
- 二、當季該分區補助總點數，按每點1元併入當季該分區一般服務預算結算。若當季可支用預算不足支應時，則按當季各分區補助總點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。
- 三、醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」診療項目者，基層院所接受前開轉診案件之日起，該保險對象所有於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數，以每點1元由本預算支應，並併入該分區一般服務結算。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午5時25分

柒、與會人員發言摘要詳附件

107 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

各位代表、醫管組、分區業務組的同仁大家午安，今年第 4 次西醫基層的總額研商議事會議，首先跟大家抱歉，第 4 次會議改了 2 次時間，業務單位跟我講，是因為資料準備不齊，也不想分 2 次開，因為浪費大家的時間，所以今天的議程資料比較厚。現在開始我們今天的會議，也是今年的最後 1 次會議，請各位先確認上次會議紀錄。

林振順代表

會議紀錄第四案，西醫基層品質保證保留款的問題，西醫基層是否包含特約健保藥局。

主席

您指的是什麼，如果是診所的藥品釋出到藥局，那也算西醫基層總額，交付調劑的費用會歸到西醫基層總額。

林振順代表

如果藥局也算是西醫基層總額，那麼這一塊健保藥局都沒有分享過。我問的是西醫基層含不含特約藥局，如果是的話，為什麼沒有。

主席

西醫基層只有西醫診所，**是**有一部分業務分工給藥局。

黃振國代表

藥局也會接醫院釋出的處方，不是專屬西醫基層。

吳國治代表

不是依照機構看，是依照執行的業務看。

林振順代表

所以調劑是屬於那一塊？

吳欣席代表

沒有總額。

林振順代表

那我們錢從那裡來。

謝武吉代表

補充說明，這是西醫基層跟醫院總額給你們的，你們要的更多，我們可以幫忙爭取，你們藥局領，結果醫院斷頭，同時也斷基層的頭，大家可以來好好計算。

林振順代表

我現在是要澄清，健保特約藥局是屬於那一塊，我是問主席，不好意思。

主席

藥局接受的業務為處方箋釋出，總額的劃分依各特約類別，有不同經費來源，例如處方箋來自醫院，藥費則是醫院總額支付，來自於診所，則由西醫基層總額費用支應，檢驗所類似藥局地位。

黃振國代表

很高興藥界要共同承擔品質的功與過，這個概念不錯，但要有相對的管理跟懲戒。第一點、如果今天有藥局只調基層診所釋出處方，歸屬到基層總額，或是只調劑醫院處方由醫院總額支應，下次研議的時候，優質調劑給予獎勵，沒有問題。但是用藥重複，只扣醫界沒有道理，處方箋在藥局調劑，藥局卻沒有共同承擔重複用藥的責任。第二點、目前專業審查核刪，只有核扣醫療院所，以後希望藥局也能承擔，因為病人持處方到藥局，如果藥師覺得不適合，應該要立即告訴個案，甚至通知該醫療院所，藥界要和我們一起承擔，我很高興，謝謝。

林振順代表

那一個藥局沒有被核扣，核刪的一大堆。核刪的話要看誰去處理，而不是各位委員，如果藥局不屬於西醫基層，我是希望健保署能夠幫特約藥局找到定位。至於這個錢，我是看到這個議題，希望大家能關心藥界真艱苦，大家都很痛苦，藥界更痛苦，希望主席能夠注意一下，謝謝。

謝武吉代表

我還是呼應藥界回應，沒有問題啦！但要承擔一個問題，醫院總額裡面有各醫院總額，而且各別醫院有藥品總額，如果藥費超出也是斷頭，大家一起來承擔，其他要怎樣我不管，但是這一塊要做。

林振順代表

針對謝委員提到的，其實藥界沒有什麼不能攤開的，如果要做重複用藥稽核，大家也都可以配合，就怕醫界不高興，所以不要講這個，對健保署不公平。藥價要怎樣，講白一點，大家要互相照顧，不是互相吐槽。

謝武吉代表

我不是吐槽，我是把事實面攤給大家聽。你們怎麼討，我們贊成，但是每一季斷頭的部分，你們也要負責攤。

主席

謝謝林代表提出這個問題，品質保證保留款在西醫基層或醫院總額研商會議都有討論分配指標，如果藥界想要在當中扮演角色，也要提出適當的指標，建議先回去研議，可以先參考我們全球資訊網的目前公告內容及分配方法，有意見可以在討論此方案的時候提出。今天只是釐清，沒有要討論這題。

林振順代表

剛才主席提到指標是要健保署訂，還是我們訂。

主席

要一起討論。

林振順代表

上次醫改會提出的，搞得藥界都很累。

黃啟嘉代表

請遵守議事規則，非相關的議題不討論。

主席

這是會議紀錄的確認，我們不應該花時間討論細節，今天有很多討論案會排擠時間。日後有機會討論這一題時一起提出來，林代表可以參考方案內容再來提，若沒有問題，進入報告事項第一案。

● 報告第一案:本會上次決議/ 決定事項辦理情形

主席

一共 4 項，都解除列管，大家有沒有意見。如果沒有意見，我們就確認了，接下來是執行概況報告，先請醫師公會全聯會。

● 報告第二案:西醫基層總額執行概況報告案。(略)

主席

大家有沒有意見。

黃振國代表

第 26 張投影片特材成長較高，請問特材在基層前幾名的使用為何。

(註：主要在人工水晶體、胰島素注射針頭、玻尿酸的注射)

主席

我們等一下將數據送上來，其實基期是低的。

黃振國代表

神經科部分雖然基期低，但是神經科成長仍以復健科為主，和我們在醫院端神經科的專長不太一致，當然他們願意來基層可以讓雙向轉診更充實。他們該做的神經科專長不做，做復健科專長，這會讓其他專科話病，曾有一說家醫科、內科、外科都可以做復健科，這樣以後會更亂，我建議署方應適度的引導神經科，發揮在基層該有的專長。

藍毅生代表

全聯會第 12 張投影片，急診負兩位數字成長，其中南區-48%，中區有很多小型醫院急診掛號費比基層低，署本部推動假日看診，很多病人都跑去醫院，可能是質的改變，當初許多急診沒有換藥的，但是現在換藥的需求反而變少了，很多中小型醫院的做法是到急診開一個星期的口服藥，現在是病人到診所我只會開 2、3 天預防性用藥，所以病人換藥的需求減少了，12 月 1 日 48001 跟 48003 提高支付點數，又把基層跟醫院的差距拉開，醫院雖然說急診壅塞，但還是不放過檢傷分類 4 跟 5 級的病人，很明確已經好幾季都是負成長，改變在發生且持續在進行。這樣對基層西醫急診沒有幫助，真正在做外科越來越萎縮，變化最小的就是東區沒有大型醫院，中區是外科集中，南區甚至 48%，署應該要重視這個問題。

主席

藍醫師您的建議是什麼。

藍毅生代表

署沒有宣導民眾第 4 級跟第 5 級到基層就診，只有 1 張海報，民眾並不知道，他們到醫院做抽血、X-ray、拿 1 星期的藥，他們覺得有賺到，我去那邊掛號費又比基層低，像這種情況常在中區發生，12 月 1 日我在群組裡也有表示意見，對分級醫療，對整體的結構改變影響很大，對醫院也是不公平，誰接到都是虧本在做，對多重傷口，換藥是 2 天同一療程，第 2 天來沒有費用，只有換藥費用，換藥的連工時都不夠，例如一隻手被機器碾壓，手不會超過 10cm 換藥是 47 點打 9 折，只有 30 幾元，可是每一隻手指要分開處理約 20 分，兩個醫事人員加起來花 40 分，2 天給付不會超過 600 元。

林振順代表

慢性病處方箋都在成長當中，謝謝各位醫師給藥界機會。

黃振國代表

基隆部立醫院主動打給我，希望提供基層診所能夠處理第 2 次外傷換藥的名單，和我們雙向轉診溝通非常積極；重大外傷大部分在急診沒錯，但一般小外傷在家醫科、內科、骨科都可以做得很好，我之前換過機車外傷換了 40 分鐘，我請病人之後在配合的時間來，外傷的費用一直被低估，是否能夠重視，讓給付合理。今天報紙提到病人從國外回臺灣就醫的統計數字，國外牙醫的費用是台灣的 20 倍，事實上很多內科、外科甚至達 20 倍以上，我想不只單一項目被低估，希望署方如果要改正，不要只看點值，還要看點數，據我瞭解 30 年來成長非常有限，20 年前的給付標準，除非有特別要求，不然很多都與 20 年前差不多，建議這個部分請署方考量。另外家庭醫師整合計畫，居家醫療針對星期六有加成，我們看到很多計畫都認為在星期六開診是理所當然，建議署方以後在統計上，星期六國定假日也給我們多多鼓勵。

主席

這次執行概況報告，一共有 3 位代表發言，將列入紀錄，作為相關業務改進的參考。黃醫師跟藍醫師所提，外科同一療程可以合作，會有很大的幫助。

藍毅生代表

剛才基隆的合作方式跟我們中區剛好相關，中區實施分科管理，我們期待換藥的病人不要轉給我。

主席

不過中區的分科總額是最奇特的，是中區自己要求這樣做，你們自己要去檢討，只有你們有這種問題。

藍毅生代表

外科跟家醫科處理方式不一樣，家醫科是偶爾遇到，外科是天天都遇到，你怎麼叫病人空閒的時候來。

主席

如果已經到了換藥的部分，就可以另外安排。

藍毅生代表

急診完了之後，就都是換藥。

主席

謝謝，我認為中區的問題要另外討論。執行概況報告到這，進入第 3 案。

● **報告第三案:西醫基層總額 107 年第 2 季點值結算結果。(略)**

主席

今年第 2 季點值結算，全區平均點值 0.9717，已經很好了。以前比較點值低的臺北跟中區點值也都提高了，特別中區 0.9705。大家有沒有意見，沒有意見我們點值就確認，接下來第四案。

● **報告第四案:106 年西醫基層總額品質保證保留款重新核發結果報告。(略)**

主席

第四案是品質保證保留款重新核發的結果，這是去年的結算，已經核發了，有一些數值錯誤，是程式有問題，所以做了一下追扣與補付。大家有沒有意見。如果沒有意見，我們就洽悉。接下來第五案。

● **報告第五案:108 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

時間請大家預留，有沒有問題，如果沒有問題，時程就確認。接下來討論事項第一案。

● **討論事項第一案:108 年基層總額一般服務案件之保障項目討論案。(略)**

主席

這個部分大家有沒有意見，請陳醫師。

陳相國代表

主席不好意思，報告事項第五案 108 年第 2 次會議可以提前 1 個禮拜嗎，5 月 30 日可以改到 5 月 23 日嗎。

主席

好，大家有沒有意見。請醫管組先確認一下會議室。請黃醫師。

黃啟嘉代表

補充一點，希望品質保證保留款核算的時候不要有重新計算的問題，儘量減少更正。

主席

當然。等下確認一下會議室有沒有空再跟大家報告(註:108 年第 2 次會議預定

於 108 年 5 月 23 日召開)，回到討論事項第一案保障項目，大家有沒有意見。

黃振國代表

關於提升婦產科夜間住院護理照護品質，這是在一般預算還是專款。

劉林義專門委員

這是一般預算，當初有編列進去是要保障點值。

黃振國代表

這編多少錢。

主席

總預算嗎，查一下。

黃振國代表

查完再提供就好。

(註:103 年西醫基層醫療給付費用總額編列「提升婦產科夜間住院理照護品質」
成長率 0.062%，預估增加金額 59.7 百萬元。)

主席

Okay，其他大家有沒有意見。如果沒有意見，我們保障點值的項目就確認。接下來第二案。

● **討論事項第二案:有關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。(略)**

黃啟嘉代表

品保的部分，請盧理事長針對剛健保署報告的指標計算核發權重，要比較嚴格指標，讓進來的不用排序。

盧榮福代表

比較不容易訂。

黃啟嘉代表

所以我們品保組組長的意見就是不容易訂。

主席

好，其他大家有沒有意見。

林振順代表

請健保署針對健保特約藥局一起來分享品質保證保留款可行不可行，希望能跟

藥師公會全國聯合會來一起討論。

黃啟嘉代表

對藥師公會這個意見，我個人覺得有幾個問題要先處理，目前品保款歸屬各總額，但是藥局的收入是分散在各總額裡，而且他們現在在爭取中醫、牙醫的調劑，現在4個總額都有，所以將來除非你們自己獨立1個總額，才可能有預算來源，否則是那個總額出你的錢，所以說要先釐清藥品總額是不是能夠獨立，獨立有獨立的問題，目前品保款是歸屬在4個總額裡頭，我認為在執行上有困難。

主席

對於本案品質保證保留款的指標，要增加2個，1個是行動支付，1個是無障礙就醫環境，大家有沒有意見。

藍毅生代表

在行動支付的部分，目前臺中市政府衛生局是有推動用愛心卡，裝這個部分可能在臺中市比較容易，但是像這規定只要刷1筆，可能這個品質保證保留款還不夠租機費，因為裝2台機器，1個月的租機費要700塊，如果你刷的費用1個月超過2萬塊，國稅局會從這2萬塊裡面額外10%的稅先扣了，目前正在國稅局談這稅的問題，其他如果沒有市政府來推的話，單靠全聯會或是診所端來推，我想可能不太容易，因為量不夠大，可能連租機費的錢都不夠。

主席

這是加分題。

張志傑代表

既然是加分，它也會對城鄉造成差距，像我眼科在鄉下開業，都是老人，你認為老人會用行動支付嗎，很難吧，台中還是發給老人一張卡，可是我沒有卡。

主席

我理解，這個是國發會的政策，而且它鎖定診所，是全國各行各業最優先應該要推動的職業，所以你們是被看重的，是這個觀點。

黃振國代表

應該說順從性最高。

主席

是因為全國在推行動支付，在那些商家、那些類別，全國都被點名，那在醫療的場域，醫院跟診所就是被點名應該要優先用的。

黃振國代表

為什麼會這樣子，因為大家都知道到醫療院所除了領慢性連續處方箋的慢病跟定期的追蹤以外，病人就醫大部分都是緊急狀態，因為生病沒辦法預期，等於是特殊的需求，你今天買東西，還可以規劃一下，但生病往往是沒辦法預期的。診所病人依統計，都是中高年的老人家居多，所以到診所就醫的族群，都是比較不會使用行動支付的，會使用行動支付都是比較年輕的E世代，那些大部分都是健康的族群。所以如果有機會請健保署適當的反映給國發會，他看中診所的不應該是行動支付這一塊，應該是看我們的付出跟努力，國發會應該請行政院編列相關的補助，配合電腦資訊網絡，包括醫院、診所及藥局，直接補助我們行動支付的設備。

黃啟嘉代表

我先問一下所有的代表，行動支付跟無障礙就醫環境要列入獎勵指標，有沒有支持的？如果有支持的，可以優先發言跟我們大家說明一下。

主席

你這樣子問，應該要相反問。誰都不敢舉手，因為你這個主委這樣問，你應該要先問反對的人舉手。

黃啟嘉代表

繼續講下去都是重複反對的言論，那會影響開會的效率，所以先讓支持的人來說服其他人，可能會比較好。我建議這個議題先討論到這裡，先保留，我們把反對意見蒐集以後，交國發會參考，好不好。

主席

那無障礙就醫環境呢。

黃啟嘉代表

無障礙就醫環境，不要用指標來講，我們鼓勵同儕去做，但是一旦把它放入指標，我想在場代表不會有人發言支持。

主席

我跟大家報告，第1個指標行動支付，是國發會對我們的指示，無障礙就醫環境是部長對我們的指示。但是無論如何我們面對高齡化，無障礙就醫環境這件事情，現在從身障者那邊發聲出來，他認為到診所非常不友善，對我們推動分級醫療，就等於身障人士一定要到醫院去的感覺，現在是各醫別都有的問題，不是只有西醫基層。我再報告一下就是說，現在中醫、牙醫都同意，但是他們

有一個問題就是說若無障礙就醫環境要讓大家去改建築等，那成本是非常的大，因為老人漸漸失能，我們希望他到診所去，這個無障礙就醫環境，目前其它醫別的處理是這樣子，原則上大家是同意診所端能夠有無障礙就醫環境，因為身障者不是每一個人，所以診所是至少每一縣市裡面有一定比例能夠接受就好，至少摒除了有一些診所是租的不能動、在 2 樓不能裝電梯等等，這些是不可抗力，成本太高。理論上是 primary care 在各縣市有一定比例具備即可，讓身障者可以去就診，這是第一，第二個是說何謂無障礙就醫環境，牙醫、中醫也提出來這規格是什麼，也沒有人知道，現在部裡面也收到這個訊息，部長很積極，希望對身障者友善，所以現在正責成醫事司，去訂無障礙就醫環境的條件、規格，因為大家沒有看到規格是不會同意。所以其他總額的處理是這樣，我希望你們比照就好，也不要花太多時間討論，因為大家的問題都是一樣的，就是說原則上同意列入，但是必須看到規格，確定規格可行才生效。我們比照這樣好不好。

黃啟嘉代表

好，那我們這個決議就是行動支付部分保留，無障礙就醫環境原則上同意，但必須看到規格可行後才生效。

黃振國代表

補充一下，因為我的診所開在基隆伊甸基金會大概 500 公尺處，我看身障者應該比例是高的。但是現在最大的問題，並不是我們診所內空間的問題，而是身障者到診所外部環境問題，如何進入診所，包括道路、臨時停車等，不是醫療機構管的，而是環保局或是警察管的，如果連車都無法停到門口，診所裡面有多大的改善都是無意義的，所以我建議應該在診所門口設 1 個就醫停車專區，只能暫時臨停讓民眾方便就醫，不然身障者不能進來，裡面怎麼改都沒用。

主席

謝謝，但是我相信醫事司現在訂出來的無障礙環境不會及於外面的馬路。一定是診所的這一端，至於黃醫師所提的這個我們列入紀錄，將來到部裡開會的時候會把這個意見來做反映，那我要講就是下一次，如果醫事司有訂全國所謂的無障礙，因為現在障礙類別很多，有些是聽障，有些是肢障，這些到底要做到什麼程度叫無障礙，這個要有一定的規格，那這個部分如果有確定，我們會拿到這個會來討論，大家看一看不可行。可行我們就生效，就來鼓勵。如果不可行，雖然原則上列入，我們就沒有生效，這樣可以吧。要不然現在沒有主題

可以討論，好不好？

黃啟嘉代表

其實有一點也要跟部長講，我們這次在總額談判的過程中，我有去拜訪殘障團體，他們給我一個很大的 hit，就是說他們重視的不見得是硬體的無障礙，還有包括軟性的，就是醫生是不是願意多花時間去看這個殘障者，短期的溫暖跟耐心最重要，所以其實我在總額談判提出殘障者的部分要加成、加費用，但是很遺憾當天跟委員談判的殘障者健保會代表沒有出現，本來我們想說其實也很願意將來若有資源可以優先給殘障者，如果協商願意加這個部分的費用，其實醫界不是不重視殘障者。這個議題我想就是照主席剛的建議，第一項行動支付保留，不是不討論，是先保留，因為我想明年寬頻使用有多加一條網路線，如果很暢通，我們認真考慮，第二個就是有關無障礙空間的部分，我們就先等規格出來之後，再看不可行，好不好？

張孟源代表

接續啟嘉主委講的，其實對於無障礙的就醫，到底是不是只是環境，還是態度，還是一種心態，這都是應該要考慮的，而不是強調在環境，比方說我的診所因為小小的也不可能是無障礙，但是只要有病人，他說要來看我們，他輪椅沒辦法上來，我們是醫師走到人行道去幫他看病，甚至有些居家醫療，我們還跑到病人家裡去看，所以說這個定義，是不是說我們今天跑了無障礙環境的定義，而是說無障礙就醫模式的改進，包括一些軟性的文化，而不是說要把診所的廁所怎麼敲掉，這樣子，會不會對於真正身障的病人就醫實際有幫助。所以說，我們是不是定義無障礙不是只是環境，假如病人在外面，診所願不願意走到外面去幫他看，或是你願不願意接近病人，是不是我們定義可以比較廣泛針對身障者，不要只是環境。

林名男代表

我跟大家提供一個建議，現在國健署在推健康醫院評鑑裡面有一個高齡友善，那裡面包括環境以外，還有流程等等，可以請醫事司去參考國健署的那個條文。

主席

醫事司知道國健署這個內容，但是放到診所需要討論內容。

陳相國代表

是不是把這個標題無障礙就醫環境改成殘障者友善就醫方式。

主席

沒關係，反正無障礙就醫環境我們等到規格出來，有沒有包括人的部分，就等規格出來再說好不好，也許我們以後的獎勵也可以改一些方向也說不定。但是這個題目是要留著，如果你們再拒絕，真的很難處理。

吳國治代表

我覺得放在品保款裡面的加分項目，成效不彰，如果真的要做的話，在協商的時候，從其他預算劃出來，我覺得效果會比較好。

主席

那樣錢會更多。

吳國治代表

是沒有錯，但這樣子的話，大家配合度會比較高。

主席

但是我們第一步可以先放到品保款，以後再慢慢有足夠的經費再怎麼樣在多方面去鼓勵的話，也是一個辦法。如果沒有其他意見，我們就照大家剛剛折衷的作法，就是行動支付暫保留，但是無障礙環境原則是同意進來的，但是要看到無障礙就醫環境的定義之後看可行性之後在生效，這樣好不好。那如果可以的話就這樣，那其他的部分還有沒有要修訂的，就是看後面的附件 6-2 的內容。

黃啟嘉代表

因為內容非常多，不知道我們盧理事長有沒有看完。

盧榮福代表

沒有看完。

黃啟嘉代表

所以說這個部分能不能讓我們回去討論。

主席

不用回去了啦，因為沒什麼改，就是照原來的，只是改那個年度。

黃啟嘉代表

看盧理事長。

主席

盧理事長看過了吧。

黃啟嘉代表

我現在一直問盧理事長，是因為他是我們品質資訊組的組長，所以他可以決定。

盧榮福代表

70 頁，就是腎臟科醫學會他們來文就是說希望把不符合慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫這一條拿掉。現在是他們建議透析品保款那邊拿得到，這邊也要可以拿到。

主席

那你們同意嗎。

盧榮福代表

我們沒有同意。

主席

沒有同意就不用修了阿。

盧榮福代表

我們沒有內部的討論，提出來是先徵求大家的意見。

主席

不要兩邊都拿，不同意的話，那就照列對不對。其他大家有沒有什麼意見要提出來。如果沒有的話，那就是加上剛剛那兩個決議，就算第二案通過。接下來第三案。

● **討論事項第三案：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案。**

(略)

主席

目前的修訂重點都是在 12 月 6 日跟全聯會的代表有商議過的內容，提到本會再做確認，大家有沒有意見。

張孟源代表

我就文字上的定義說明一下，就是第 87 頁，這種慢性病診斷的話在關於腎臟病應該是慢性腎臟病(CKD)，不是慢性腎臟炎，因為定義是不一樣的。然後另一個慢性阻塞性肺炎應該改成慢性阻塞性肺病才對。

主席

謝謝，ICD-10 如果有所異動，也麻煩一起異動。

黃振國代表

那天有建議，我們的鼓勵上限是 800 點，計畫初期原始我們是 800 元，因為今年多了一個整合性慢性病的鼓勵項目，萬一照我們原來的計畫沒有做上限的修訂，爾後它多了很多鼓勵的項目，可能會超過 800 點，所以是不是我們的給付

上限還是恢復到 800 元，還是鼓勵慢箋的部分，不列入原來的點數，這是我個人建議。

主席

好，謝謝，先記下來。

黃振國代表

還有第 88 頁，落實分級醫療，因為我們收案當時有討論是否要排除醫院到基層就醫，假設沒有排除，包含很多慢箋的病人到基層就醫的個案，如果含的話，除了這些指標以外，還有我們的可避免住院率，可避免隨著急診率還有相關的胰島素注射率等指標，應該像其他指標，也應該只採計基層醫療群的部分，這樣才符合公平，才不會因為醫院的個案多來影響到該群的成績。

主席

不對喔，可避免的住院率跟可避免的急診率看的就是因為基層醫療做得好，這些就不會發生，當然要含醫院，如果不含醫院，就沒有意義了。

黃振國代表

我剛是指收案的個案。

主席

當然是收案的個案。

黃振國代表

本來是有建議只採計西醫基層的就醫資料。

主席

我們有跑一個資料，是不是要說明一下。讓他們準備一下，我們先蒐集大家的意見再統問統答。

黃振國代表

剛剛提到因為與會的人都希望從 250 點提升 300 點，如果提到 300 點經費不夠的話，個人建議可不可以提高到 270，在現在 4.5 億鼓勵費用有結餘的時候，提升到 270，應該經費是足夠的。

主席

請顏醫師。

顏鴻順代表

也是一個文字定義的問題，看一下第 88 頁，所需經費的推估，第 1 點跟第 2 點都提到說，推估 2 種以上慢性病的病人且未整合於 1 張慢性病處方箋，第 2

點也是 2 種以上慢性病的病人且未整合，那這個的意思是說沒有整合的有這些加給，本來沒有整合你把它整合進去才算嘛。

主席

對啊。

顏鴻順代表

本來已經在照護的就沒有列入嗎。

主席

以前在照護的你已經整合完了。

顏鴻順代表

那你這不是在鼓勵以前做不好的人嗎？我們本來很認真把它整合在一起，提早做了整合的，就自得其樂吧，是這樣嗎？真的以前沒有整合的，以前沒有做好的，我們現在給獎勵。本來已經認真在做，就不在這個獎勵範圍。這個有點怪，我覺得文字上有點疑義。

主席

好，我們有預測到會有人提這樣的問題，還有那一位有意見？

謝武吉代表

在 88 頁裡面，有成人預防保健檢查率還有子宮頸抹片檢查率這 2 項，至於糞便潛血檢查率有時候是腸胃道出血，我就不會去想它。那 2 項是國健署的事情，應該由國健署撥一點經費來給我們基層才對。第 4 點也是一樣，就是預防保健檢查率還有子宮頸抹片檢查率，這是應該國健署來撥錢過來。還有一個就是 65 歲以上老人流感注射率這是應該由 CDC 來撥錢。這 2 個單位管我們管那麼多，結果 1 毛錢都不給我們西醫基層。那有這種道理，應該要講求公平正義。

主席

好，謝謝謝院長。其他大家還有沒有對本案有意見。

黃振國代表

做家醫計畫這麼多年來，我們都是以家庭醫師自居，很多做得比較有成效的醫師都兢兢業業，醫療耗用就是 VC-AE，到底有沒有節省病人的醫療耗用，基層的醫師歷年來把很多多重慢性病整合，本來病人在很多醫院就醫的都被基層醫師整合得很好。現在有這個費用，也是我們辛辛苦苦協商來的，與會的健保會代表因為成長項目有限，所以希望費用能挹注到家醫計畫來，當時他們也非常肯定我們西醫基層有這樣的努力，協商時也沒有說要排除以前的，如果今天只

限定新整合的案例，抹煞以前很認真、整合得很好的家庭醫師，這樣子不妥適，應該顛倒過來，現在有經費的話，過去3年已經整合成功的，應該另外要加碼給費用才對，應該鼓勵醫師持續的整合、持續照顧，如果今天沒獎勵已經整合的醫師，反而是劣幣逐良幣，我建議應該是所有整合成功的都給獎勵，因為要整合1個慢連箋，絕對不是1次見面就能夠達成，是經年累月醫病雙方建立良好的溝通關係，而且得到病人的肯定，醫療品質是好的，才能得到成效，而不是今天隨便一個雙向轉診的病人來了就能整合，這個辛勞絕對不只500點。我那天提了一個更好的機制，礙於預算沒辦法達成，其實我建議整合的疾病別越多鼓勵越多，我相信那個成效會更好。但是因為只有4.5億，所以我們才屈服成這樣子。希望今天不要把這個美意抹煞掉，尤其過去認真做得好的基層醫師，如果沒辦法補足以前的差額，至少未來給他多鼓勵一點。

主席

好，等一下我們有估算一些數據會跟大家做回應。還有沒有對這件事情有意見。

張孟源代表

剛很多前輩都發言得很清楚，所以說1個錯誤的指標，只會把你的醫療用到錯誤的方向，絕對不是說以前沒整合後來整合了，就給500點，而是統計的方式應該是更科學化。比方說符合2種或3種慢性病的病人，在這個家醫群裡面到底比例有多少，那其中有百分之五十或者是百分之六十、七十都有做到整合，才做鼓勵，而不是說整合1個然後就給他1個鼓勵，那明年再給它拆開，後年再給它整合，這不是開玩笑嗎？這整合是完全違背內科的治療原則，照這個操作型定義就是這樣子，而是說應該你要鼓勵這些照顧群組裡面有多少是多重慢性病，比方說百分之八十，這百分之八十裡面你有多少做到整合，這樣子才會給予鼓勵，算這麼多人數才能把所有多重慢性病的例子趨向都有整合，而不是每一年這樣操作來操作去。

主席

張醫師這樣說就不對了，我們沒有像你講的這樣，是你自己把它曲解成這樣，真的不要這樣詮釋好嗎，拜託你。我們先插播一下，各位桌上是不是有這一張，就是剛剛黃醫師在講的就是說到底基層的特材都花在那裡，這是前30名，主要就是人工水晶體，還有玻尿酸的注射，這些都是大宗好嗎，請大家參考。

黃振國代表

第2名的胰島素注射針頭，真的是很正向，代表基層今年度很努力推動胰島素

注射，所以可以考慮在明年，應該編這項目來鼓勵。

主席

好，我們明年度列入紀錄。如果對本案都蒐集之後，我們現在就依據大家的問題先做回應，先請純馥組長。

李純馥組長

我先回應大家對於 88 頁上面今年新增要做整合的費用，大家的質疑是原來已經整在 1 張處方的 2 種慢性病的病人，這些人如果再把他加進來，可不可以也給予獎勵，也就是目前有在收案診所，或是部分診所所有來就醫的這些收案會員，我們初估是這樣，如果以今天這個數字括弧 1 本來是 22 萬 5,590 人，我們是以當時還沒有整合的人，如果把原來已經在整合的人算進來，人數會上升到 38 萬 6,561 人，大概初估經費要 1.93 億，括弧 2 的部分是已經拿了 169 天以上的會從本來 4 萬 9,000 多人會變成 7 萬 4,135 人，大概經費會變成 0.37 億，所以 totally 會增加為 2.3 億的經費，4.5 億我們來看到第 89 頁，如果我們以 108 年我們的會員，都會有些自然成長的比率，因為我們有績優良好多收會員的機制，或是說因為越來越多的慢性病就是在這個診所就醫的部分，所以我們以自然成長這個部分，大概就有 2 億的經費是在這裡面，所以我們覺得如果這 2 億再加 2.3 億等於是 4.3 億，其實是有一點點捉襟見肘，我們也不希望最後用浮動的概念去處理。

黃振國代表

那個不太一樣。在座如果有家人或有慢性病，要讓原來 2 位以上醫師能夠減到 1 位醫師，經驗大概多久，我相信這個今年宣示大於實質，假設你排除以往的，原來的預估值是 base on 經驗，如果扣除以前你整合的，以前 2 個慢性病今年變成 3 個慢性病，你也把它排除了，如果這都排除了，我不知道你的 22 萬 5,590 或者是 4 萬 9,552，這個人數如何估算而來。

主席

現在是這樣，就是說預算已經協商完，我們要把它放在那裡適合，今天就是再討論一次也沒關係，那就是來回應大家的意見，就是剛剛其實黃醫師你也有提說 800 點可不可以變 800 元，或者是 820 點，所以這些都還沒算進來喔，就是說我們究竟要改那裡，你們覺得恰當。

黃振國代表

我們當時挹注的 4.5 億，是要提升慢病，如果整個慢病超過我們原來的 4.5 億，

我覺得 O.K.。如果你都排除以往整合成功的案例，那請問一下，這 22 萬 5,590 是根據什麼數字去推估的。

李純馥組長

我們是以現在有拿慢方箋而且是在收案診所，不管他這 2 張慢箋是不是都在同一家院所，只要是我們所謂的家醫會員的診所有在領這些慢方箋的，那我們把他歸類成他有 2 種或 2 種以上，可是他有可能這 2 種慢箋各開 1 張處方箋的，這個我們會把他歸到第 1 類，也就是你剛請我加進來，將近有 17 萬人，在收案診所他是 2 種慢病，可是他開 2 張慢箋，不是整合成 1 張，如果未來這些在收案診所內，他直接 17 萬，他就把它整成 1 張，其實你這 500 點就要給他，另外 1 個誘因，是說如果他持續 169 天都在這一家院所領藥的，再另外給 500 點，概念上是這樣。

黃振國代表

如果我有 2 張慢連箋，1 張慢連箋目前是 550 點，我只要把它分成 2 張，遠比你的鼓勵還多，我為什麼要把它整合，你講個理由，而且我可以 1 年開 3-4 次。

李純馥組長

開慢方箋你還是有其他幾百塊的那個。

黃振國代表

我們邏輯很簡單，你講同一個醫療院所比較容易達成，但是以現今的經濟概念，我原來有的 2 個病人開 2 個慢連箋，在不同月份申報，等於就有 8 張慢連箋的診察費，1 張慢連箋的整合目前是 550 點，你用這個的機制只有 500 點，要喚醒這些醫療院所把它濃縮成 4 次，你認為哪個可能性比較大，我認為維持現況的機會大。

李純馥組長

沒有阿，他可以變成 169 天就 1,000 點。

黃振國代表

這 1,000 點我就算給你聽，原來 4 次就 2,220 點，你 1,000 點給我，跟我 2,220 點，你認為那個多？而且還排除他沒有在其他醫療院所有重複用藥，萬一他先到醫院領走了，又符合我們重複用藥的核扣，這個錢是拿不到的。所以其實我認為排除以往的數字是高估，為什麼把以前辛辛苦苦已經整合成功的醫師排除，其實本來的機制是你原來 2 個慢病的病人，因為第 2 或第 3 個病到醫院拿，已經有這個機制鼓勵他減少到醫院拿，就可以少掉 2 次醫院的門診，還有因為

很多病人在 3 個醫院、3 個門診就醫，如果我們辛苦的把它整合在 1 張，我相信減少的費用更可觀，除了減少醫院的費用，還有提升病人的就醫品質，減少重複用藥的可能性，所以其實這個不是簡單的，就我們看來，如果你期待某個醫療院所自己減少慢連箋，這個 1,000 點沒有鼓勵的效果。

主席

我們來稍微整理一下，這裡頭的訴求現在有幾個，我們要稍微取捨一下，一個是說原來已經整合的那些人，是不是適用這個 4.5 億的誘因，大概會多花 1 億，另外一個就是個案管理費要不要調升 50 點，這要多花 2.55 億，所以我們可能要取捨，假定大家認為說原來對慢病已經有整合的這些誘因要留著的話，那就留著，我們這個個案管理費 50 點本來就不予考慮，這樣子是不是大家要的，可以嗎？

林俊傑代表

我手上本來就有高血壓、高血脂、糖尿病的病人，我本來就把他整合好了，那原來我們秉持像醫院整合門診的概念，我認為應該給這些醫師一個鼓勵，所以不要再分新跟舊，就是他原來手上有一些 case 已經整合了，而且這在操作型定義會比較方便，好去計算，你已經原來就有 3 個診斷碼或 2 個診斷碼，等於這些病人你一直照顧他，就應該付出更多一些鼓勵，如果這樣的話，等於說 2.3 億。第 2 點，整合照護已經很多年都沒有調整，既使沒辦法調到 50 點，也應該調到 20-30 點，等於對於參與計畫的醫師有一些鼓勵，以上。

主席

好，謝謝，那我們現在發下去的這一張，就是我們剛在講的到底人數有多少的數據，各位代表也留 1 份在身邊，那我們是用這樣子的數據來估算，無論如何確實有爭取到費用，那我們就是大家如果同意剛剛我的建議，就是說那就是取捨，看你要這裡多，那邊就比較沒有辦法去處理，就看大家是不是同意就是把錢就是放在那裡，因為那裡可能預期跟這個主題比較接近，原來想要建議整體個案管理費提升的部分，我們今年就不予考慮，這樣好嗎？好，這個部分如果可以的話，大家就同意了。另外剛剛謝院長講的那些預防保健，那我們就一直都在這裡鼓勵基層醫師能夠多做一點預防保健的這些指標，而且這也是得分很高的，這個就照列好不好。

張孟源代表

因為真的這種多重慢性病，在總額研商大家都已經討論過了，主席現在的意思

是 88 頁所需經費推估，那 2 個「未」都刪掉嗎。

主席

對。那這個部分錢就壓在這裡，個案管理費我們就不予考慮。好，李醫師。

李偉華代表

我想這個發言可能算是個蜂炮，如果說這些糖尿病、高血脂可以整合，是不是應該要整合，不是說是鼓勵，是應該要整合成功，一方面要獎勵，一方面應該要有一點點強制性，應該要把它強制整合下來。

主席

我們期待的就是真的去把它做整合，甚至如果這個處方箋是在醫院開的，都應該整合到基層來。這樣才可以拿到錢，如果沒有做到就拿不到這個錢的意思。以之前已經整合過的現在都算進來了，好像這邊比較多，盧醫師。

盧榮福代表

這個整合性照護是內科，我跟王宏毅提出一個議題。當初理論是說，在診所 1 個醫師只看 2、3 種疾病，一起看只拿 1 次診察費。醫院的話，例如心臟科看一個慢性病、去胸腔科又看一個慢性病，這樣他可以拿到 2 次診察費，這是沒有整合。所以，當初我們提出這些就是 1 個醫師看 2、3 個一起看，拿 1 次診察費，這個才算。1 個診所你把它分 2 次，他已經拿了 2 次診察費，那個不算，這個理論是這樣出來的。所以，你現在做的東西應該已經整合好了，就應該要給，當初的理論是這樣。

主席

剛剛已經通過了。

盧榮福代表

如果他現在還是把它分 2 次，根本不用給他了。

主席

現在是這樣啊，盧理事長你現在講的就是剛剛的決議，各位可以看這一張，這一張的意思我簡單講，回去大家再自己研究一下，它有 2 種慢性病，現在開 1 張長期處方箋，這就叫做整合過了，如果現在 2 種開 2 張的，就是還沒有整合，就是待整合的。有一些是在診所就開 2 張的，你自己就整合。有一些是診所以外，還有在拿慢箋的，你最好也把它整進來，你就可以拿到這個錢，所以，可以理解這一張嗎？那大家就加油努力，好不好，謝謝。

黃振國代表

假設這個個案，除了在診所拿慢箋，也在醫院端有拿慢箋，現今的機制是，如果他沒有在醫院調劑的話，就必須到該醫院或藥局才能調劑，如果是家庭會員的話，健保署、學者、專家、健保委員都希望我們能夠幫我們的家庭會員做整合的照顧。家庭醫學會曾經去函健保署，假設病人除了在基層院所拿慢連箋，如果在醫院也有慢連箋，第2次或第3次也能夠在我們的診所調劑，這樣自然而然他就會覺得，我不用為了一個慢連箋每次都大老遠跑到醫學中心，久而久之就不會去了，如此一來，他會覺得除了減少就醫次數外，也減少了他的掛號費用、社會成本，健保署也能夠減少爾後在醫院端的診察費，但是健保署委婉的拒絕這個建議。現在提這個議案，如果我們的家庭會員希望我們整合他們在醫院的慢連箋，應該在第2次、第3次，得以在你的家庭醫師診所做調劑，不只是民眾方便，我們健保也節省費用，我想這也便於我們做整合的動作。

主席

好，謝謝，相關意見，來，張醫師。

張孟源代表

延續盧理事長所說的，對於這樣整合，把慢箋、多種慢性病歸於1個處方、1個醫師來照顧，是我們內科醫學會的理想。今年是因為預算的關係。所以放在家醫計畫，其實家醫計畫才400多萬人，全國有2000多萬人，還有1500多萬人根本沒有因為整合或者任何一個機制來鼓勵這些患者去整合。但無論如何，今天跨出第一步，對於過去已經整合的予以鼓勵，那是應該的，對於明年我是希望，家醫計畫假如推行成功的話，是不是也可以推廣到沒有參加家醫計畫的一些會員，也能夠因為整合減少他個人及社會的經濟成本，並提昇照護的品質，這才是我們內科醫學會就是盧榮福理事長講的目標。我們是希望明年副署長可以考慮到這一點。還有1,500多萬人嗷嗷待哺，謝謝。

主席

好，我們就看今年的成效如何。從元月份開始看大家的努力。你的病人都會出現在你的診所，你應該努力多看一下我們的雲端藥歷，好嗎？看了你就知道他還有在其他地方領慢箋。你就應該跟他一起討論處方箋整合。我們VPN也給大家了，對不對，都幫大家出了網路的錢。所以，大家請多多利用。

林俊傑代表

我非常贊同孟源兄提的，今年我們本來是在要非協商因素要把這個費用，去照顧這些慢性病病人。我認為今年把它放在家醫整合計畫，可能是因為預算的問

題。今年如果成效良好。明年希望署方可以把它編到非協商因素，我們跟消費者代表、學界去說服。明年可以擴及照護更多基層多種慢性病的病人。一方面對於民眾來講是更方便、另一方面也可以節省病人到醫院去的預算，也可以更落實分級醫療的目標，以上建議，謝謝。

主席

好，謝謝。這是一個我們共同的目標。明年很指標喔，大家加油。好，顏醫師。

顏鴻順代表

我想問一個定義的問題。一樣是第 88 頁，提到說推估 2 種以上慢性病會員，會員的定義，因為我們現在會員收案有 3 種。第 1 種是 1 個醫師 1,000 個案收進來，看你能收幾個；第 2 種就是加收的。第 3 種就有參加論質計酬的慢性病個案，沒有照護費，但是列入品質跟 VC-AE 計算，像這一類的是不是也是會員？你剛才在計算基礎有沒有把這群人算進去。

主席

淑範專委說明一下。

林淑範專門委員

剛才顏醫師提到計算的範圍，您提到 3 種。這 3 種都在我們的統計範圍裡面，因為他都是您照顧的病人，所以我們都會算進去。

顏鴻順代表

好，謝謝。

主席

釐清了，還有沒有其他的問題？黃醫師。

黃振國代表

指標「胰島素注射率」，之前我提出概念的時候，本來期待是提升基層的胰島素注射率，我們從特材裡面看得很清楚，因為有家醫計畫的貢獻，我們看到基層的胰島素注射率增加了。我們 50 百分位，印象中高達 11 點多，我印象中記得醫院的注射率大概在 16% 左右，基層只有 8%。結果因為我剛剛講的，假設我們不排醫院的病人，變成醫院端的病人提升了假的基層的胰島素注射率，如果照這種百分位的邏輯，反而會員人數，大部分來自於醫院端的，可能它達成目標的機會大，如果是純基層的，它可能達不到。所以，我希望這個指標也只採計基層，讓有在基層從事胰島素注射率的醫療群能夠拿到成績。謝謝。

主席

好，可以。我們就註明好不好？糖尿病的胰島素注射率只採計基層。

林淑範專門委員

大家看到第 99 頁第 4 點，糖尿病會員胰島素注射率的分子定義，糖尿病會員於西醫基層胰島素注射率天數大於 28 天以上的人數。

主席

這裡沒有寫西醫基層。

林淑範專門委員

對，把它寫進去就解決黃醫師的問題。

主席

好，那我們就只採計基層，確實我們剛剛發的特材。我們胰島素的針頭在西醫基層是有大幅成長的。

黃振國代表

假日開診的項目，在之前溝通會議上我們做了很多的溝通跟讓步，有醫師反映怎麼調整讓步這麼多，這樣我們會背負很多罵名。我們現在所謂連續假日的認定都必須在 VPN 裡面登錄，登錄完才算這個成績，目的在於有實質的服務民眾，很多醫師真的有看診，但沒有去 VPN 做登錄，你們可能也沒給他算成績。如果他實際有看，但沒有登錄 VPN，這樣你們有沒有算成績？

主席

說明一下。

林淑範專門委員

第 100 頁假日開診率，它的定義是講，要開診而且在 VPN 登錄的。所以，我們會從 VPN 的統計數據裡面去算上面的數字。

黃振國代表

因為最近 VPN 發生過故障，另外醫師看診都已經那麼忙了，不會每天去看 VPN，VPN 也不會主動提及。我建議，原則上鼓勵大家登錄 VPN，讓資訊透明。我們現在 APP 也沒那麼 friendly，我建議當我們的登錄方式不是這麼的方便，未登錄也要採計。

黃啟嘉代表

你們現在操作上，是同時會看申報和 VPN 嗎，那有申報資料就 O.K. 了，我在懷疑是不是只看 VPN 就不會去看申報。有看申報的話，何必再加一個 VPN 呢？如果今天登錄 VPN 沒有看診，那不是做假嗎？

主席

現在如果有申報，但沒有登錄 VPN，錢依然是付的啦，但只是在這個指標裡沒有採計而已，但是錢是付了。

黃啟嘉代表

但你們會去勾稽他有沒有看診，也是在鼓勵，你會勾稽這個事實嘛。

主席

當然。

黃啟嘉代表

現在很多地方都流於形式主義，除非實質的東西在勾稽時很困難，那只好流於形式，但實質上你會去看，再多個形式有點怪。

主席

好，有人要說明嗎。

林淑範專門委員

大家爭論的議題有兩個，一個是申報資料有，另一個是 VPN 有。有一種情況是，申報資料沒有，但 VPN 有，也有這種情況嘛。所以採計那邊比較正確，而且 VPN 在登錄的時候，因為在不同地方有不同的獎勵金來鼓勵大家用 VPN 登錄，因為開放、公開資訊嘛。以現在的做法，其實明年很長的假期，尤其 4 天以上的假期有 5 個，非常地多，其實非常容易達成指標，而且它不是用診所，是用社區醫療群的概念。

黃振國代表

我覺得應該回到 really work，我們希望假日也有醫療院所能夠服務，服務不需要所有診所都開。為什麼？因為假日有需求的病人畢竟是少數，週六、週日特殊情況需要就醫的不應該是多數，一個區只要有一個人開，就能夠滿足民眾的需求。我們要的是資訊能夠透明，例如，今天公布基隆市哪些診所是有營業的，讓民眾看病有地方可以去，讓資訊透明公開才是我們要努力的。假設我們的需求那麼地少，硬是要這麼多診所看開診，我相信診所會收支不平衡，那個診所也不用開了。我那天舉例一蘭拉麵，一家拉麵 24 小時營業，生意好到再開第 2 家 24 小時的，客人一樣是滿的，代表需求有這麼大，所以，供給要符合需求；反過來說，假日的就醫需求沒那麼大，我們就不需要所有的醫療群診所都開診在拚誰比較賣命，而且西醫基層在牙醫、中醫、醫院等 6 個總額中，週六開診的診次，絕對是所有層級最高第 1 名，不要老是懲罰第 1 名，適當鼓

勵就好了，如果有退步我們再研議，謝謝。

主席

好，謝謝。大家還有沒有其他意見。

吳順國代表

我覺得各基層在開診的時候，在各地區開診，其實當地民眾大概已經知道了。所以，有時候我們不建議再用 VPN 再去登錄。謝謝。

主席

我們沒有要每一家。這個是社區醫療群 5~7 家，只要 1 家開診就算，根本不是要每一家，所以，也不要無限上綱說我們要大家都不休息。現在的爭執在有沒有 VPN 登錄跟有沒有實際看診。我們現在是兩個都要。目前是僵持不下，兩位專家、學者要不要說說話？林教授，再來李教授，投個票。我們先講一下，為什麼 VPN 還是很重要？就是你宣示你今天會看診，讓大家知道，而不是臨時說我今天本來要去打球，但後來沒去，那就來開一開診，這樣意義就不大，因為你本來就告訴人家今天不開診，人家就不會去，你再開就更沒有效益。所以，我們希望你先宣示你今天時間本來就是要看診，而且你真的有來看診，就這兩個意義。但是現在如果說隨便啦，你現在臨時起意要去看，也都算，只是那一診效益不高。我們先把這些講給老師聽。

黃啟嘉代表

我很想知道健保署有沒有做研究，有多少民眾會去看 VPN。

主席

現在下載我們 APP 的人很多。

黃啟嘉代表

我知道，我也在推啊。

主席

你不要看 total population，原因是一家人只要有一個人載，全家就可以用了。

黃啟嘉代表

可是問題是他們真的會去看 VPN 嗎。

主席

會。

林名男代表

我是不曉得 VPN 登錄要花多少時間。

黃啟嘉代表

那是一個行政程序，醫師會忘掉。

主席

不是難的問題。

林名男代表

系統怎麼樣去提醒，第 2 個部分，因為假日開診是希望大家都能夠來，不然你幹嘛開？如果這樣能夠達到你開診的效果。

主席

所以，老師是支持兩個都要？

黃振國代表

主席，我建議 VPN 的登錄可以補登，我試過連續假期不曉得是過了幾天忘記再去補，不能補了，它有補登期限在連續假之前，我既使那天看了想登都沒得登。

主席

說明一下那個 deadline。

林淑範專門委員

先報告兩個，第 1 個是一般的 VPN 看診時間的登錄，一般看診時間的登錄其實大家隨時都可以上去異動。可是我們在每個月月初的 1 日、2 日、3 日都會自動跳出提醒的機制。如果沒有異動，它就會一直跳出直到 3 日提醒你，如果你異動了那就停止不跳了！對於長假期的登錄，明年有 5 個，我們會在每個長假期的前一個月就開放登錄的權限，直到長假期的第 1 天才會停止 VPN 的登錄。所以，不會在你看診的第 1 天，你再去登錄，我們就沒辦法再繼續受理，因為已經開始看診了。

李卓倫代表

登錄的操作細節我不是很清楚，我沒有特別的意見。

主席

專家學者 2 位，有 1 位支持，有 1 位沒意見。而且這個指標是舊指標，不是新指標。一直都這樣，好不好。黃主委說，不用再講了。

黃振國代表

我只有要求登錄在假期間都可以補登。

主席

現在是假期的第 1 天。

黃振國代表

第 1 天可以，第 2 天就不行了。

主席

那我們可不可以延長。

林淑範專門委員

可以。

主席

那我們就延長。還有嗎。

張志傑代表

補充一下，是不是可以增加通知的機制，因為我真的不太會去按 VPN。因為我都是在家裡用 Internet 做申報。

主席

你是那一區。

張志傑代表

中區。

主席

我們請人去教你。

張志傑代表

不是，你誤會了。我的意思是說通知信不要只有 VPN，是不是也可以用 e-mail 之類的。收 e-mail 我就知道要登錄，我就會在 VPN 登錄。我不知道要去登錄 VPN，因為我沒有開 VPN。

李純馥組長

通常要有留 e-mail 給我們，我們才有可能通知。我們可以跟分區講。

張志傑代表

對，這樣通知比較有效率。

李純馥組長

不要讓我們再用簡訊通知，因為簡訊要付費。

主席

好，謝謝，可以了吧。

黃振國代表

還有，我剛剛提的第 94 頁第 4 點收案每人支付費用，是不是可以改成 800 元。

主席

不要啦，不知道會花多少錢。

黃振國代表

我的意思是，下面都是「點」沒關係，這是總 total。

主席

我告訴你錢如果夠，你也是拿到 800 點，800 元好不好。

黃振國代表

我拿不到，為什麼？因為最多是 800 點乘以點值，我好幾年都拿到 800 點了，我沒有要改你 total 的計算方式，你每個地方都浮動沒關係，我只怕你們就設 800 點為上限。應該回到 800 元為上限。

主席

是上限。

黃振國代表

對，800 元。

主席

這有困難嗎，淑範。

林淑範專門委員

因為現在點值個案管理費是 1 點 1 元，後面的獎勵費是浮動的。如果今天的獎勵費達到 1 點 1 元，那你拿到的就是 800 元。

黃振國代表

我的意思是，因為我們現在還有個案慢連箋那一部分整合的點數會進來。不然就是算在原來的 800 點，整合的部分，每人的 500 點。

主席

它本來就不算在這裡啊，800 點不算在這裡。

李純馥組長

整合是另外的。

主席

這個早就超過 800 點。

黃啟嘉代表

我想振國只要釐清而已，就是跟原來方案裡，包話品質、收案管理費這些。

主席

這些 800 點就包含原來的舊的。

黃啟嘉代表

只有含舊的嘛，那新增的一些獎勵都是額外的。

主席

對。

黃啟嘉代表

Okay，這樣有釐清。

主席

好，那我們就討論到這裡。

黃振國代表

會超過是因為 VC-AE 我們超過了。

主席

好，淑範最後 1 次再說明。

林淑範專門委員

我不是要說明，是要拜託大家，黃醫師還有各位醫界先進，我們看到第 93 頁括弧 3 交付名單如下的第 2 個，非慢性病個案。今年新增的是排除復健次數大於等於 150 次，這是全聯會提出來的嘛。我們在統計上、技術上，因為 150 次的復健，相當於 25 次的就診，就是一次做 6 次，就會有 25 次就診。對我們來講，復健就醫次數 25 次，那我在做的時候，技術性會比較好做。可不可以改成復健就醫次數 25 次。

主席

好，就改了。

林淑範專門委員

謝謝。

主席

第三案我們就討論到這裡，大家都有達到原來想要的目標。好，接下來第四案。對第四案有修訂的部分說明就好。

- **討論事項第四案:修訂 108 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案，提請討論。**

韓佩軒科長

好，那我們直接進到條文，第 117 頁。我們看到「在施行期間」這邊，我們是做年度的修正。

主席

好，第 118 頁。

韓佩軒科長

第 118 頁這邊在施行區域的部分，我們有要新增、刪除、變更的，請大家看到修正說明的第 3 點。因為斟酌嘉義縣衛生局的建議，嘉義縣竹崎鄉的醫人比雖然小於 2600。可是他們的醫療院所都是集中在竹崎村跟灣橋村。如果是山區的村、里，跟這些醫療院所集中的地區，大概都差了 17~38 公里，所以都需要 1 個小時的路程，建議我們納入。所以，我們這邊就建議要新增嘉義縣竹崎鄉。另外，有關臺東縣卑南鄉的醫人比雖然是大於 2600，可是該鄉距離臺東市的醫療院所只有 15 分鐘，民眾到臺東市就醫方便，而且從 105 年開始，都沒有院所要提供巡迴服務。所以，建議 108 年刪除臺東縣卑南鄉。另外，有苗栗縣造橋鄉、臺中市外埔區、彰化縣線西鄉，在基層醫療院所都沒有承作的意願。所以，我們建議這 3 個地方都改成由醫院承作。以上。

主席

好，這個部分大家沒有的意見。施行區域，看起來是要看徐超群醫師。沒意見，主委、大家都沒意見，好，那我們就通過，接下來。

韓佩軒科長

第 120 頁，在這個地區申請相關規定的申請資格，我們看到第 2 點開業計畫。在第 1 項括弧 1 的部分，我們是把文字敘明而已。在同指或同一負責醫師限申請 1 次，我們加了 1 個「負責」。在括弧 2 的地方，我們在這裡的規定是說，如果申請執行本計畫特約醫療院所執業地點與原開業的西醫醫療特約醫療院所設的地點為不同村里，可是有現行診所因為開業地點跟當地的衛生所同村里，本署就不同意參與這個方案的開業計畫。最後這個診所就來函申復。請本署考量診所與衛生所服務內容是不是有不相同。建議修正，我們是在會中提請討論，以上。

主席

好，我們西醫醫缺的執業計畫。來，徐醫師。

徐超群代表

改負責醫師我是可以同意，但衛生所我是覺得他沒有醫師只是短暫時間而已，

因為當地衛生局如果覺得有需要，他隨時會有支援醫師來，包括從其他衛生所或是醫院都可以來支援，所以我建議維持原條文，才不會造成複雜化。

主席

維持原條文就是衛生所不能重複再給他執業計畫，大家有沒有意見，吳醫師。

吳順國代表

苗栗造橋我建議還是維持基層，我們包括晟康理事長都希望還是由基層來承作，基層如果再整合還是可以做這一塊。

主席

這是因為造橋沒有基層診所要去才會變成醫院去。

吳順國代表

對，那時候是因為造橋鄉衛生所主任換人、缺醫師才會造成，現在可以由基層去整合，有人會承作。

主席

好，這個我們沒有太多的意見，可以把它放在基層，但是要確定要有人去做，可以嗎。

吳順國代表

可以。

主席

好，那 118 頁苗栗造橋鄉就把它留在基層，120 頁這個部分就維持原條文，接下來。

韓佩軒科長

121 頁我們是去做年度的修正，122 頁巡迴計畫的延續，也是做年度修正，另外為使文字更清楚，增加其地點及診次若與 107 年度相同，符合 108 年的規定，原申請的地點還是可以再報備核准，以上。

主席

好，大家有沒有意見，沒意見，接下來。

韓佩軒科長

124 頁，在申請相關規定的括弧 3，申請所需檢附之文件，第 4 點的第 2 項，敘明文字，以上。

主席

有沒有意見，沒有意見，124 頁通過，接下來。

韓佩軒科長

125 頁在申請相關規定的括弧 4 裡面的第 1 點，在休診前 7 個工作日，要跟我們做報備，這次把文字敘明清楚一點，就是至少 7 個工作日前，以上。

主席

有沒有意見，徐醫師。

徐超群代表

原來的做法是休診前的 1 個禮拜內申請都可以，現在作法變嚴了，一定要申請的 1 個禮拜前就要申請，1 個禮拜內你不可以休診或是變動地點，這樣會遇到很多突發性的問題，比如說現在巡迴點都是借的，不是自己開的診所，尤其像活動中心，如果活動中心跟你說，不好意思我們中心那一天有活動，請你換個時段再來或換個地方，那我們完全沒有辦法改變，還有人員問題，醫師如果突然有什麼事那他 1 個禮拜內不能變，我覺得這樣等於是趨嚴。我覺得原來 7 天如果不妥，可以修正為於異動或休診前，向所轄保險人分區業務組報備，這樣就可以了，就不要一定要 1 個禮拜前報備才能改，我是覺得這樣是比較有彈性的作法。

主席

好，南區有意見嗎。

南區賴文琳科長

這個意見是因為我們南區原本有 1 個巡迴點，每次看診都有 40 多個病患，醫師連續休診，但是有緊急狀況我們要安排病患，尤其是有領慢連箋可是已經沒有藥的病人，我們要安排其他醫師作支援，所以才會這樣建議，事實上有一些特殊緊急狀況來跟我們說明，我們其實都給他核備了，只是希望說能計畫性的讓分區業務組有足夠的時間去安排其他適當醫療資源的介入。

徐超群代表

那是個案，緊急一個禮拜內要休診、要異動，自己有義務要通知他的病人，我是覺得如果把個案框到整個族群裡面會造成很多其他不便，因為其他人沒有看到 40 多個的啦，我們有統計，總平均 16、17 個而已，40 多個，照我們草案機制是要鼓勵他在那邊開診所了，而不是巡迴醫療，所以我是覺得不要用個案框住所有人，讓所有人都不方便。

主席

好，那這條就不修了，好不好，維持原條文，接下來 127 頁。

韓佩軒科長

127 頁，開業相關規定的括弧 5，執行本計畫新開業醫療服務之專任醫師，於執行新開業計畫三年期間不得支援其他醫療院所及跨縣（市）辦理巡迴醫療，那這個條文其實 126 頁括弧 2 已經有規定，所以建議刪除。

主席

好，有沒有意見，沒有，再來。

韓佩軒科長

新增括弧 5，敘明參與開業計畫的院所的支付方式需依該年度規定辦理，以上。

主席

有沒有意見？沒有，接下來。

韓佩軒科長

在 9 巡迴計畫的相關規定，全聯會是建議 108 年先維持每週巡迴是 3 次，109 年能夠爭取提高至 4 次，我們建議到 109 年提案再討論。

黃啟嘉代表

這樣的會議適合逐條討論嗎？針對修正的部分我們代表有沒有什麼意見，可不可以直接統包來講。

徐超群代表

我有意見的簡單講一下，看 131 頁，討論備援人數，健保署建議為避免民眾每週需適應不同醫師，明定限制醫院備援人數，但是又把醫院備援人數增加到 4 人，加上原來 1 個就是 5 個，那每個禮拜都不同醫師，違背它本來的原意，所以我覺得如果醫院要備援比照基層 2 人就好，頂多 3 人才不會每個禮拜都不同人輪來輪去，另外下面改成其他院所支援，還是要定義基層還是基層診所支援，醫院還是醫院支援，才不會搞亂，雖然基層跟醫院經費是放在一起，但是有個別的經費，院所可能要定義嚴格一點。

主席

那我們就維持原條文可以嗎？

徐超群代表

原條文沒有談到醫院備援人數，只有診所，所以我覺得可以照健保署這樣改，備援以 2 名為限，就不區分診所或是醫院，改成基層診所及醫院各以 2 名為限。

主席

好，我們就照徐醫師這邊的建議，可以嗎，診所或是醫院各以 2 名為限，4 名

就拿掉，可以就照這樣改。

黃啟嘉代表

我現在必須讓我的案子趕快過，我最重視的就是最後一個案子，大家留下來都為了討論最後一個，所以請徐醫師長話短說，希望這個案子可以在 1 分鐘內結束。

徐超群代表

還有 2 個地方我有意見，我們看到 135 頁，提到第 3 級保障額度原本 35 萬建議降到 30 萬，因中醫、牙醫最高都是 30 萬，只有我們 35 萬，但我們第 1 級第 2 級都跟中醫牙醫不一樣，所以我覺得不用定成同一個標準，西醫有成本經營的考量，另外在第 2 級第 3 級的管理原則方面已有趨嚴，折付及管理部分都有提高標準，我覺得如果改這麼嚴就沒有人要去了。

主席

好，那就維持原條文，還有那一條。

徐超群代表

最後就是 133 頁、139 頁、140 頁，台東縣大武鄉的問題，這部分的經費問題健保署講得很清楚。我們爭取到 20.1 百萬的經費，是要用在大武鄉的專科門診支援及 24 小時急診，之前有一個大武鄉衛生所的品質改善方案，只用於提供夜診及假日門診。健保局後來發現 108 年度他就有兩個經費，一個是大武鄉衛生所的品質改善方案，另一個是醫發基金，等於都把我們要的補足了，所以我同意健保署，既然有別的經費來源就不予執行，明年再把 20.1 百萬總額扣回來就好，我是同意的。

主席

好，同意就照修正通過，本案大家如果沒有意見，醫缺的部分就討論到這裡，下一案。

黃啟嘉代表

紹誠要補陳 65 天的那一個。

主席

好，65 天的那個。

李紹誠代表

這次考驗到復健科，因為過往家醫計畫區都會被排除，大家都覺得他是減分的科別，現在是擺進去，剛剛講說他是 150 次或是 25 次掛號次數，但沒有考慮

到如果他是急性發作，掛號使用頻率相對會比較高，那現在健保不予支付已經有 200 次，是不是用這個來作參考值，超過 200 次不支付，如果一個療程 6 次，用 200 次來除大概 33 次，因為要考慮到這些極端的。

主席

好，那就照理事長建議改成 33。

林淑範專門委員

補充一件事，在醫不足的討論，裡面有涉及醫院部分，因為醫院部分其實修的很少，是否可容許我們這個案子先報到部裡面，在下次醫院總額研商議事會議補一個報告案，謝謝。

主席

Okay，那我們就進到第 5 案。

● **討論事項第五案：有關「108 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論**

黃啟嘉代表

我們看到建議新增開放表別有 10 個案子，除了淋巴球表面標記及 HIV 病毒負荷量檢查這 2 個案子我們西醫基層是希望限感染科別，與健保署希望不限感染科別有意見上的差別外，其他 8 項是跟健保署意見一樣，這 8 項我先通過，這 2 個案子健保署是覺得只限感染科的話，基層家數太少了，那我現在問在場夥伴，是否要照健保署的意見。

黃振國代表

最大問題是沒有給病人一個專屬看病的方向，在醫院也是限感染科專科醫師在處理，假設這些專家到基層來，他也同時具有感染專科，假設目前沒有限感染科就會變成疾病篩檢而不是在治療追蹤，會變成只要民眾懷疑就會想測，那費用管控上真的沒辦法預期，如果初期開放只限感染科，說實在他們斟酌病人的實際需求會精準一點，如果不限感染科，怕會有什麼不適當的地方。

主席

現在基層感染科醫師到底有多少人，才 9 個而已。

黃振國代表

你不用擔心，像我同學，臺大神經科專家，是一個罕病專家，去年退休在基層，你現在看到很多醫院的感染科醫師，陸陸續續會退休到基層來，就像那個罕病

的醫生也到基層來，謝謝。

主席

好，2、3 就限由感染科醫師申報好了。但是我們建議的 C 肝這兩項，這你們就同意了吧，來，疾管署，為什麼會在這裡？

疾管署曾毓珊

不好意思，因為今天我們來列席的。這部分我也來說明一下，因為目前我們配合健保署分級醫療的部分，目前也有在推動基層診所的指定醫事機構，我們目前在推的部分，指定醫事機構有關診所的部分也是由指定的醫院來做輔導的機制，那目前診所的部分，不一定說，可能有泌尿科診所、家醫科診，可是他的後面還有一個指定醫院的輔導機制。我們是建議說，目前的話，有關 14074B 的部分，在目前的支付標準裡面，是說限指定醫院，或許以後的話，不然就寫成說，限指定醫事機構或醫師認可的檢驗機構。

主席

疾管署指定嗎？

疾管署曾毓珊

是。

黃啟嘉代表

我認為疾管署不應該在健保的討論會議出現，我們在爭預算的時候，疾管署沒有出任何力氣，而且把該負擔的東西推到健保來，我以健保會委員的身分向疾管署嚴重抗議，請疾管署既然是列席的話，沒有經過主席同意，請不要發言。

主席

好，那我們就限感染科專科醫師申報。我們就談一下 C 肝好嗎，C 肝這兩項建議開放表別，好不好，因為這是政策上也要鼓勵明年的 C 肝，基層醫師要參與。

黃振國代表

我建議是今年的 C 肝已經開放到不限期別，這個衝擊多大，我自己就有病人，他本來 C 肝，因為是穩定的都不太 care，但是因為聽說 C 肝開放所有期別，他從沒有登錄，也要求醫師要去做檢查，我建議因為今年是一個大躍進，我們本來 C 肝是分階段用藥在開放，今年是所有的 C 肝患者都可以治療，只要他有測出病毒素，我會建議初期應該還是交由專家，現在需要多少經費、評估，我覺得都是未知數，不如讓他開放一年，really work 大概是多少、治療成效為何，我們隔年再來談，不然我們就是 base on 很多不知道的數字，我覺得這個評估

上會有很大的差異，所以我建議這個 C 肝還是維持現況，明年 109 年，假設 108 年的治療成效跟基層沿用得很好，我想我們更會考慮把它列入成長項目。

主席

這個項目基本上現在就有優秀的開業醫，譬如說好心肝診所，它其實就治療非常多的 C 肝，這些基因的檢測本來我們都有支付，它理論上是在用藥之前需要去測的項目，假設基層無法執行，那這些病人他如果要服藥就會變成從基層再轉診到醫院，現在就變成這樣，這些人數會不少，其實你可以即時治療，你為什麼不掌握呢？

黃振國代表

好心肝診所就開在臺大醫院的對面，醫師主要也是來自於臺大的醫師，他現在只是把臺大本來就醫要 360 元，到好心肝診所部分負擔只有 50 元，花費只有 50 元，我們等一下請臺北的代表敘述一下，臺北市基層醫療院所目前掛號費多少，他就是用這麼好心肝的行為，來招攬原來在醫學中心的病人，一個扭曲的雙向轉診或是分級醫療，我們要鼓勵嗎？我覺得我們要審慎考慮，尤其在臺大醫院隔壁。

主席

不是啦，我們現在治療 C 肝的診所不只好心肝。

黃振國代表

對，我知道不是只有好心肝。

主席

問題是不只這家診所，那這個是在 F3 階段他們就參與治療了，F3 以上就參與治療，現在明年是全部開放，就表示你的診所病人可能就是有符合可以用藥的，我們基本上明年要治療 4 萬人，如果這 4 萬人有部分都要由基層轉診到醫院，其實又違反我們分級醫療，又把病人推走。事實上基層有很多 GI 的專科醫師，他現在在做 B 肝、C 肝的 P4P，他就已經收了蠻多病人，那些病人如果要在一個一個轉到醫院，其實是違反分級醫療，我會建議這兩個指標先放進來，那我們再觀察。我們也沒辦法強迫診所去治療 C 肝的病人，但是再看看有多少診所的醫師願意來治療 C 肝的病人，而 C 肝病人的藥費是由另外專款來支應。

黃啟嘉代表

有沒有費用評估？

主席

有，在附件 9。

吳國治代表

主席，明年 C 肝擴大，甚至超越協商的 level，那這些帶進來的費用。

主席

都是專款，現在基層都有編 C 肝的專款。

吳國治代表

現在醫院和基層這邊，我記得上次在健保會有一個臨時提案，它帶進來的檢驗費用。

主席

那個我們會在禮拜四的共擬會議討論。

吳國治代表

是不是先等那個釐清之後。

主席

那個已經釐清，禮拜四的藥物共擬會議會去報告，然後健保會禮拜五的部分，我們的報告也已經送到健保會。

黃啟嘉代表

所以費用看起來大概 800 多萬，就是你剛才要開放這兩項，810 萬。不可能，會不會嚴重低估。

李純馥組長

我們可以算，我們可以按月監測。

陳相國代表

主席，C 肝現在這些用藥，這些胃腸科這兩項檢驗都是廠商免費提供的。

主席

沒有，這是我們健保支付的。如果他廠商已經支付，那他就不應該申報健保。

陳相國代表

對，那現在就是有需要報這些檢驗的診所，他會申請跨表，跨表都會過，所以如果讓一般診所都可以輕易檢驗的話，光這個費用 1 樣 2000 多塊，若開放的話。

主席

那你這些診所，如果申請跨表的話，你們不能擋他歐！

陳相國代表

對，我們沒有擋他。

黃啟嘉代表

乾脆不要讓他跨表，開放就好。

主席

對嘛，那有這麼麻煩的事情。如果你跨表不擋他的話，那就是開放。

陳相國代表

但是我覺得要有審慎的財務評估才開放。

主席

拜託，現在也不是那麼多診所，好不好？

黃啟嘉代表

我在想，是不是做檢查的是要做治療，就是說他本身具有後續治療的意義，在做 C 肝治療診所才開放，不要是只做檢查，然後後續不提供治療，又把他轉到醫院。

主席

我們可以來監控。

黃啟嘉代表

監控這個，好不好。就是說開放第一線有在做 C 肝治療的診所。

黃振國代表

是不是我們 B、C 肝有 P4P 的診所限定。

主席

你們想的都太多了，現在真的會進來治療的院所，就是參加 P4P 的醫師而已，而且那些醫師還不一定要，因為他還要在再訓練一下和上課，因為那些用藥有一點複雜，所以你不用擔心太多。

黃啟嘉代表

我跟我們代表講一下，其實 C 肝就是部長窮極洪荒之力在推的東西，他自己去找預算，弄到我們西醫基層來，其實我們真的會去做的人不會太多，就幾家特定的 P4P 診所，大概 800 多萬，今年的預算目前看起來是夠的。

主席

爭取這麼多。

黃啟嘉代表

爭取這麼多，現在看起來是夠的，所以我建議我們代表是不是給部長一個面子，這個地方我們就配合，800多萬就放手。

主席

好，請張醫師。

張孟源代表

其實我們的主委已經表現出很大的善意，但是我還是必須要講一些，譬如說E2202B、E2203B，大部分會做的就是E2202B是real-time的PCR，那為什麼還要再加一個03B，這個就沒有意義，你要做02B就全部都有。

主席

沒有錯，可是我們本來就有這兩項，那是供選擇的，02B是用比較多的，那就算是這樣，你多開放一項也不會怎樣。

張孟源代表

可是你開放一個半調子的項目，沒意思阿！

主席

不是完全沒有人用。

吳國治代表

現在因為擴大C肝的治療，超越協商當時的東西，這個治療帶來的費用並沒有進來。

主席

我們有一個評估，確實它會帶來一些檢驗檢查的需求，但是相對於後續減少肝硬化和肝癌所省下來的錢，其實差距反而是相反的。

黃代表啟嘉

講的是醫院的錢，但用的是基層的費用。

吳國治代表

我知道這個錢不多，可是我們在這邊通過的話，那禮拜五健保會根本就沒有討論的空間。

主席

沒有、沒關係，在這裡我跟各位報告，其實在這裏通過，也未必有多少診所願意去治療C肝的病人，你們這樣等於是堵住了讓願意的人來的機會。

黃啟嘉代表

吳國治醫師跟我比較擔心的地方，因為我們2個都是健保會的委員，如果當醫

院提出希望爭取有預算挹注，我們今天通過這個，會不會影響到醫院要爭取。

主席

明年的預算，部長已經公告了。

黃啟嘉代表

對阿！但是會不會影響到。

主席

不是，明年的預算就已經公告了。

吳國治代表

在禮拜五還沒釐清前，我們就先通過了，那不就是我們先背書。

主席

你們現在通過也不過是項目通過。

吳國治代表

項目通過，錢就要花。

主席

可是現在能夠通過，也不過是當時申請跨表通過的那些人再用而已，那是一樣的，好不好。

吳國治代表

對基層影響不大，我能夠同意，可是我們通過了之後，連醫院那邊討論都沒有。

主席

不是，醫院那邊可以討論，問題是明年的總額已經公告了。

張孟源代表

主席，我還是必須要講，因為你不管通過 02B 或 03B，你即使通過一個 03B 只是勾錯檢驗項目，雖然他只有 1,200 多點，因為你真正要做 C 肝治療還是再加做一個 02B。

主席

所以張醫師你要把第四項刪掉就對了。

張孟源代表

對。

主席

好啊，刪掉。

張孟源代表

因為你如果做的話，既然要治療你要用 02B 才能夠配合 C 肝用藥，你列一個 03B 到底是什麼意思。

主席

好，就把第 4 項拿掉，只留 02B，這樣修正可以嗎，可以，那就修正通過。增加 02B，因為多數的人是用 02B，那我們第 5 案就討論到這裏。接下來第 6 案，口頭說明一下。

● **討論事項第六案: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

針對本案大家有沒有意見，請黃醫師。

黃振國代表

這討論很多次，不過現在雙向轉診的機制建置不明，而且大家啟動的時程表不一，當然如果照署方的公式，理想面也許在 109 年或 108 年能夠用，但是初期真的很難建立起好的機制，現在臺北區 total 投保人口有 36 點多趴，目前整理的費用有 32 點多趴，可是照目前實際轉診能夠拿的錢，我相信是杯水車薪，也才 11 點多，我蠻支持我們全聯會之前所提的版本，不用 VPN 轉診，實際用病人到基層。不管是 VPN 轉診或是雙向轉診的機制合作，到現在我都還在磨合，我相信很多的縣市公會都跟我一樣，都還在跟醫學中心磨合，如果我只單純用這操作型定義，到點值結算之後，人下來了，錢下不來。所以我會覺得說是否可以考慮一下我們全聯會的版本，至於全聯會的版本，有個上次講的必須有差值，差值多少大家可以研究，不然以現況實際透過 VPN 轉診的人次，我相信錢只會分到醫學中心比較配合的某些區而已。

黃啟嘉代表

我知道署方這個案子，但有一個很重要的地方，事實上很多沒有透過 VPN，病人自己用腳走路去診所看診的那個部分，是沒辦法估到的，其實在分級醫療推動以後，很多診所盡力把穩定的慢性病從醫院移到診所來，在這過程中，其實病人很難叫醫院的醫師開個轉診單到診所來，因為病人自然就會選擇診所跟家庭醫師，但它絕對不會回去跟他醫院的醫師說，請你幫我開個轉診單。其實有一個方法可以讓署這次推動分級醫療的成績會大幅的躍進，就是把病人歸戶，歸戶以後會發現他以前在醫院看診超過 9 成，但是經過 7 月以後或今年以後，

他在診所看診超過 9 成，明顯表示他已經轉診，那還一定要經過 VPN 這樣的**形式主義**，是把你們推動分級醫療的成果大幅削弱，如果有人批評健保署推動分級醫療不力的話，我一定會站出來講，健保署分級醫療推動的成果只是他呈現的十分之一而已，另外十分之九沒有在 VPN 上面，這個部分你們應該考量把一部分的預算挪移過來，這樣對我們基層的努力比較公道。

主席

還有沒有其他意見。

李卓倫代表

上次也是有討論這個議題，不過署方的建議，是說撈資料的時候定義不清楚，但如果太寬鬆誇張，本來現在就都有。

黃啟嘉代表

到底有沒有診所跟病人講，其實你不用到醫院去，這些東西我診所都可以做，我相信你們去做民意調查，絕對比例是有的，我不敢講因為我沒做民意調查，所以我不知道，我相信今年絕對跟去年有統計上的顯著性差別。

主席

有沒有基層病人數增加的，現在人次增加有限。

張孟源代表

其實我們臺北區真的是病人用腳來投票，來做分級轉診，他不一定有 1 個轉診單，也不一定有所謂 01038C，很多病人跑到診所醫師這邊跟醫師說，我可不可以從醫院來你這裡看診，那醫師一定說好，這個就沒有形式上的所謂的轉診單或是我們所謂的接受轉診，但是事實上他的病人是從醫院跑到基層，我們是希望這一塊也要計算。這一塊計算才能真正反映對推動分級醫療的區域有幫助，因為所謂的實質的轉診跟形式的轉診，形式上有轉診單的比例可能不到實質轉診的百分之五十，謝謝。

黃振國代表

以臺北區為例，點值是最低，臺北區的醫療院所推行 VPN 轉診的步調最慢。

黃啟嘉代表

我知道我們今年人數增加率不夠，但是其實已經增加很多了，因為今年沒有流感流行，去年有，所以我們今年非但沒有下降而且還能夠微幅上升，這是增加很多，因為今年我們這樣子表面上的呈現，沒辦法說服你們，所以我們是不是今年就先接受他們這個案子，因為再這樣爭取，大概這個案子也只能保留。

黃振國代表

保留。

黃啟嘉代表

你要先保留嗎。

主席

那就不發。

黃啟嘉代表

我們這是合議制，不是我一個人決定。

李卓倫代表

我自己就是那個用腳走路的病人，所以我在理念上是認同你們，但是它要能夠操作，上次副座有跟我講，那個操作確實是有困難。

黃啟嘉代表

我今天為什麼覺得我沒有那麼堅持，可我的同伴是堅持的，我必須說他們應該比我更受基層夥伴的歡迎，其實今年呈現的人數微幅上升，但是今年沒有流感流行，我是 ENT，我最知道有沒有流感流行，我今年的生意差到不得了，不知道是不是因為我來開會開太多沒有回去看病，所以我現在要跟大家告假，我要去趕飛機，要回去看病。我想我們所有夥伴的意見就是我主委的意見，但是如果今年真的沒辦法呈現，我建議可以先同意，但是明年怎麼樣算，保留明年改變的權利，好不好。

黃振國代表

我想署方可以提供目前各區用 VPN 轉診的人次，臺北區是嚴重低估，我很多病人都是從醫院自己用腳走路來診所，我開會開了很多，但是我的門診量還是 O.K. 的，為什麼，因為我的病人真的很多從醫院來的。

主席

這樣好不好，黃醫師有時候你有數據沒辦法算出來，沒辦法來結算的對不對，那如果大家對這個案子，現在人數已經變這麼少，這樣子好了，我們今天就不通過好了，但是你們必須提出來可以操作的，否則的話是沒有辦法做。

陳相國代表

那這一題是可以下次再討論嗎。

主席

就是保留了阿，現在結算時間最晚什麼時候？

劉林義專門委員

等於下一次我們第3季都已經結算完了，就只剩下第4季。

主席

如果用這個規則就是適用今年第3季、第4季，要改變這個規則就是明年再來變。今年好歹也有3、4億在這裡還不拿。

黃振國代表

拿不到啦。

主席

黃醫師不要太堅持。好啦，說實在的現在人數已經不足，可是我們現在第3季結算在即。

黃振國代表

我建議這樣子，採用這規則可以，但是是不是有一個最低的保障，因為你看臺北區這麼低，它的占率才11%。

主席

剛報告了臺北區根本沒什麼下轉的病人，那你還要保障什麼。

黃振國代表

臺北區不是沒有下轉的病人，而是沒有下轉的機制。

主席

那是你講的，現在大家都宣導要走向機制。

陳相國代表

這1季這樣子，那下1季可以再改嗎。

主席

我們今年就是第3季、第4季用同一個標準。

劉林義專門委員

假如這個確定，我們禮拜五健保會就要報了。

陳相國代表

主委剛說今年第3季、第4季先照署方的建議，明年再議。

黃振國代表

如果照目前來講，把它除以每一區分配的點值，預算數臺北區被嚴重低估，如果這樣講，臺北區要不要這幾百萬，真的可有可無。

主席

可是別的區有較多下轉病人。

黃振國代表

我知道，但是我覺得假設我們公式不夠周延，一定要用 VPN 來算，也不算自己實際用腳走路的病人，是不是有機制可以算自己走去診所的病人。

主席

那你告訴我們怎麼算，腳走路的我們去那裡算。你認為低估，可是實際上就是真的這麼少，我覺得現在因為有下轉費，會不報的人很少。

李紹誠代表

其實要考慮我們臺北區的想法，但是問題是現在有個時間上的壓迫，所以我覺得就我們剛執行長講的，我們有沒有可能保留一個再修正的機制，這個機制是在什麼時候可以啟動。

陳相國代表

還是我們先決第 3 季，第 4 季可不可以再修改一下。

黃振國代表

你叫我回去算，我回去真的認真算。

主席

我們可以今年第 3 季、第 4 季用不同的方法嗎。應該是沒有這樣子的。不過我是覺得，黃醫師你一直在講說有用腳走路，以前沒有下轉費也許啦，可是現在大家都有下轉費、上轉費，理論上大家都不會去放棄的啦。所以不要一直用說這樣因為虛擬用腳走路，我們的 data 根本看不出來，真的不知道。

黃振國代表

我不反對。

主席

黃醫師，我跟你報告一下，6 區裡面臺北區確實雙向轉診做的最差，這是事實。那你如果說有人漏掉，那個漏掉多少我們不知道，但是事實上 6 區確實臺北區甚至就是東區的第 2 名而已。

黃振國代表

我們跟長庚在這個月底，已經有 3 個次專科在做。

主席

那這樣就好啦，也許第 4 季就會好了。

黃振國代表

第4季不會好，但是在臺北區基隆只是占率很少的，最大的臺北、新北醫學中心沒在動。

主席

那你沒動，我們不可能把錢放下去啊。這是很現實，我不可能還保障什麼。

黃振國代表

可不可以考慮剛剛啟嘉說的假設去年的就醫行為，是以醫院為主的病人到今年的就醫次數。

主席

算不出來。好啦，不要堅持，今年先這樣好嗎。明年如果真的說實在如果要辦得好的話，明年才會看到成效，明年他數字就會越來越多了。

黃振國代表

好啦，但是雙向轉診的醫院端，可能要多加把勁。

主席

當然，大家一起努力，包括你們自己也要努力。那我們就先照這個方式，感激大家，我們就開到這裡，謝謝。