

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 112 年第 1 次 研商議事會議紀錄

時間：112 年 3 月 2 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良(李副署長丞華代)

紀錄劉勁梅

出席代表 (依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
丁榮哲	丁榮哲	徐超群	徐超群
王宏育	王宏育	張孟源	張孟源
古有馨	請假	連哲震	連哲震
朱光興	請假	陳志明	陳志明
朱益宏	朱益宏	陳相國	陳相國
江心怡	江心怡	陳晟康	陳晟康
江俊逸	江俊逸	黃兆杰	黃兆杰
何活發	何活發	黃振國	黃振國
吳國治	吳國治	黃啟嘉	黃啟嘉
吳順國	吳順國	楊宜青	楊宜青
李丞華	李丞華	楊芸蘋	楊芸蘋
李承光	李承光	趙善楷	趙善楷
李紹誠	李紹誠	劉守仁	請假
李龍騰	李龍騰	劉碧珠	劉碧珠
周朝雄	請假	蔡有成	蔡有成
周慶明	周慶明	蔡昌學	請假
林名男	林名男	鄭俊堂	鄭俊堂
林旺枝	林旺枝	盧榮福	盧榮福
林恆立	林恆立	賴俊良	賴俊良
林誓揚	林誓揚	藍毅生	藍毅生
林憶君	林憶君	顏鴻順	顏鴻順
洪一敬	洪一敬	蘇主光	蘇主光
洪德仁	洪德仁	蘇東茂	請假

列席單位及人員

衛生福利部社會保險司	陳淑華		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	劉于鳳	
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜	陳哲維	吳春樺
台灣醫院協會	申哲	林佩菽	吳心華
中華民國藥師公會全聯會	請假		
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲		
中華民國物理治療師公會全國聯合會	請假		
台灣神經學學會	藍聖星		
台灣皮膚科醫學會	趙曉秋		
本署主任秘書	張禹斌		
本署臺北業務組	廖美惠*	莊茹婷*	
本署北區業務組	陳祝美*	王慈錦*	胡淑惠*
	陳孟函*		
本署中區業務組	張黛玲*		
本署南區業務組	林純美*	丁增輝*	賴阿薪*
	洪穰昞*	郭郁伶*	黃琪雅*
本署高屏業務組	施怡如*	陳瑩玲*	陳榆萍*
	林紋年*		
本署東區業務組	羅亦珍*	王素惠*	馮美芳*
	劉惠珠*	劉寶云*	戴鳳廷*
	陳佳穎*		
本署醫審及藥材組	許明慈	詹淑存	簡淑蓮
	陳盈如	羅惠文	
本署醫務管理組	劉林義	洪于淇	陳依婕
	張作貞	朱文玥	王智廣
	周筱妘	鄭智仁	楊淑美
	鄭正義		

壹、主席致詞(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱(不宣讀)
確認(略)

參、報告事項

第一案 報告單位：本署醫務管理組
案由：「西醫基層總額研商議事會議開會規則」之說明
決定：洽悉。

第二案 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：序號 1 至序號 10 解除列管。

第三案 報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)
本署醫務管理組
案由：西醫基層總額執行概況。
決定：洽悉。

第四案 報告單位：本署醫務管理組
案由：111 年西醫基層醫療給付費用總額新醫療科技項下「新增診療項目」預算執行結果。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、本項預算 58.59 百萬元，生效執行之 25 項推估增加 3 百萬點，未執行額度約 55.59 百萬元，衡酌各季點值穩定性，分攤於 111 年第 3 季扣減 27.8 百萬元，第 4 季考量院所仍會補報費用，依實際執行結果校正扣減費用。本預算未執行額度，於 112 年一般服務基期中各季扣減。
- 三、全聯會代表反映若未執行額度於 112 年基期扣除，則後續若超過預算的部分亦應有補足機制，建請全聯會提案至全民健康保險會(下稱健保會)委員會議討論。

第五案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：111 年西醫基層醫療給付費用總額「新醫療科技」、「藥品及特材給付規定改變」預算執行結果。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、111 年新藥預算 241.41 百萬元，未執行數計 139 百萬元，衡酌各季點值穩定性，分攤於 111 年第 3 季扣減 69 百萬元，考量第 4 季仍會補報費用，依實際執行結果校正扣減費用。本預算未執行額度，於 112 年一般服務基期中各季扣減。
- 三、111 年新特材未編列預算、藥品及特材給付規定改變之預算 (292 百萬元) 已執行完畢。
- 四、全聯會代表反映若未執行額度於 112 年基期扣除，則後續若超過預算的部分亦應有補足機制，建請全聯會提案至健保會委員會議討論。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：111 年西醫基層醫療給付費用總額「提升國人視力照護品質」預算執行結果。

決定：洽悉；與會代表建議會後提供各分區業務組白內障手術申報件數，作為後續管理參考。

附帶事項：111 年白內障手術申報件數，如 **附件 1**。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 111 年第 3 季結算點值報告。

決定：

- 一、依 111 年全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配，新醫療科技預算未依時程導入，應扣減該額度，統計「新醫療科技」(包括新增診療項目、新藥)應於本季結算扣減 97,279,226 元，考量第 4 季仍會補報費用，將依實際執行結果校正扣減費用。
- 二、有關 111 年預算未執行扣減案，全聯會將提案至健保會委員

會議討論，爰 111 年第 3 季點值先依程序結算，俟健保會決議，調整辦理 111 年第 4 季結算。

三、一般服務部門點值(下表)確認，依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.91952920	0.95975045
北區	0.97622573	1.00833817
中區	0.97994730	0.99210665
南區	0.99104660	1.00472950
高屏	0.97654645	0.98881518
東區	1.04295076	1.04611632
全區	0.98011598	0.98591428

肆、討論事項

第一案

提案單位：全聯會

案由：112 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案

決議：本案通過如附件 2，重點如下：

112 年全年風險調整移撥款 600 百萬元，提撥 300 百萬元撥補臺北區，300 百萬元優先用於保障東區浮動點值不低於每點 1 元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，其次為撥補因 R 值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依 112 年西醫基層總額四季預算占率提列。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關全民健康保險醫療費用審查注意事項(下稱審查注意事項)部分條文移列至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)案

決議：考量青光眼執行裂隙燈之頻率仍須討論，爰建議「第二部第二章第一節第十七項眼部檢查通則」暫不增訂外，其餘

診療項目通過，同意於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準比照增列，醫院總額亦比照辦理，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。另俟公告後將函請全聯會周知會員。

第三案 提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂開放表別項目案。

決議：

一、本案通過項目及修訂項目如下：

- (一) 同意新增 1 項 18010B「頸動脈聲圖檢查」開放至基層適用及修訂編號 19013C「陰道超音波」支付規範，除開放診所支援診所之醫師得開立處方及執行，並增訂「接受支援之婦產科診所限定執業登記醫師 5 人(含)以下者」。
- (二) 依程序提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告，另考量本項開放後基層申報情形可能高於現行推估，建議持續監測申報情形並於一年後檢討，俾利費用控管。

二、有關 51018C「光化治療一天」及 51019C「光線治療一天」適應症增加「異位性皮膚炎」一節，請臺灣皮膚科醫學會提供建議適應症範圍、支付規範等管控措施；另 20015B「運動神經傳導測定-上肢」等 4 項開放表別項目緩議，待全聯會內部取得共識後，再提至本會議討論。

第四案 提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 29016C「脊椎穿刺」等 146 項診療項目西醫基層適用支付點數暨手術及麻醉通則修訂至與醫院一致案。

決議：與會代表反映全聯會內部尚未充分討論，本案保留於下次會議討論。

第五案 提案單位：本署醫務管理組

案由：有關調升門診診察費支付點數案。

決議：

- 一、通過調升第一階段門診診察費支付點數1點。
- 二、另有關運用「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」預算，俟本署徵詢中華民國護理師護士公會全國聯合會意見後再提會討論。

第六案

提案單位：全聯會

案由：112年西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」
執行方式。

決議：本案通過如**附件3**，重點如下：

一、動支條件：

- (一) 支應申報任一診斷碼有 U099(COVID-19 後的病況，未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)與 108 年醫療點數之差距。
- (二) 本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

附帶事項：前開動支條件，業經全聯會 112 年 3 月 24 日電子郵件確認。

二、結算方式：預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。

附帶事項：依據全聯會 112 年 3 月 13 日全醫聯字第 1120000320 號函檢送之執行目標與預期效益評估指標如下：

- (一) 執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。
- (二) 預期效益評估指標：本項預算使用達 80%。

三、後續將依 112 年本項目協定事項，提報至健保會最近 1 次委員會議確認。

伍、臨時動議

第一案

提案單位：全聯會

案由：有關中華民國醫師公會全國聯合會建議 112 年調升西醫基層 1~30 人次門診診察費支付點數 10 點案。

決議：將依程序續提至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。

陸、散會下午 5 時 13 分

柒、與會人員發言摘要詳附件 4。

附件 1

106-111年白內障手術申報件數_依分區別層級別統計

單位：件

分區別	層級別	106年	107年	108年	109年	110年	111年				
							件數	相較108年		相較110年	
								增減件數	件數成長率	增減件數	件數成長率
1_臺北	醫院	39,421	41,538	44,625	43,027	38,024	45,905	1,280	2.9%	7,881	20.7%
	基層	29,818	31,786	34,154	34,275	33,253	38,352	4,198	12.3%	5,099	15.3%
2_北區	醫院	11,514	11,255	12,507	12,318	11,018	13,678	1,171	9.4%	2,660	24.1%
	基層	16,134	16,856	18,447	18,223	17,700	19,833	1,386	7.5%	2,133	12.1%
3_中區	醫院	17,005	17,803	19,427	19,714	18,257	20,674	1,247	6.4%	2,417	13.2%
	基層	26,554	27,307	28,489	28,480	27,240	29,246	757	2.7%	2,006	7.4%
4_南區	醫院	11,985	12,517	13,227	12,594	11,330	12,481	-746	-5.6%	1,151	10.2%
	基層	22,098	22,520	25,052	26,059	24,328	25,116	64	0.3%	788	3.2%
5_高屏	醫院	11,672	12,461	13,177	12,517	11,627	13,862	685	5.2%	2,235	19.2%
	基層	29,795	29,795	32,519	31,227	29,579	30,715	-1,804	-5.5%	1,136	3.8%
6_東區	醫院	2,704	2,794	2,889	3,031	2,592	3,087	198	6.9%	495	19.1%
	基層	2,125	2,216	2,275	2,065	1,803	2,064	-211	-9.3%	261	14.5%
總計		220,825	228,848	246,788	243,530	226,751	255,013	8,225	3.3%	28,262	12.5%

備註：

- 1.資料來源：本署四代倉儲系統門診、住診明細檔(資料擷取時間112.3.2)。
- 2.資料範圍：本項統計係採白內障手術醫令代碼，排除代辦案件及切帳之醫令。
- 3.白內障手術醫令代碼如下：86006C、86007C、86008C、86011C、86012C。
- 4.件數以就醫計數(OP_CASE、HP_CASE)計算。
- 5.層級：以該案件申報費用係於醫院或基層區分層級。

112年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式

- 一、112年西醫基層一般服務費用地區預算之參數分配方式。
- 二、SMR及TRANS以107-110年度數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。
- 三、112年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：
 - (一) 112年一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)，全年移撥風險調整移撥款600百萬元。提撥300百萬元撥補臺北區，300百萬元優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，**其次**為撥補因R值**占率**前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依**112年**西醫基層總額四季預算占率提列。
 - (二) 六分區各季預算69%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R值)」，31%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S值)」比率分配。
 - (三) 撥補**因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」**，**係採112年一般服務總額預算計算**，**並扣除**風險調整移撥款6億元**後**，估算減少地區之費用，進行該區預算回補。
 - (四) 以臺北區及東區以外之四分區一般服務費用(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用，含查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、及藥品**給付**協議)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款作業。
 - (五) 風險調整移撥款撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)方式及比率分配如下：
 1. 點值落後地區：係指點值排序第3名及第4名地區且點值小於每點1元者。
 2. 撥補比率：點值排序第3名地區撥補30%，點值排序第4名地區撥補70%。
 3. 點值落後地區如僅有一分區，仍維持前開撥補比率。
 4. 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區**浮動**點值。
 - (六) 若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含臺北區)移撥後

(係指撥補因 R 值占率前進而減少預算分區之「減少費用」後)之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。

(七) 分區一般服務預算依前開調整後併入「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」，結算點值。

三、110 年西醫基層總額六區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 112 年六分區地區預算分配，計算方式如下：

(一)扣除額度，臺北8,352,860元、北區7,717,446元、中區6,990,586元、南區14,582,239元、高屏7,859,002元、東區349元。

(二)112年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依110年四季預算占率計算。

(三)112年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依110年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至112年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

附件 3、西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」

- 一、預算經費：112 年全年經費 10 百萬元。
- 二、執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。
- 三、預期效益評估指標：本項預算使用達 80%。
- 四、動支條件：
 - (一) 支應申報任一診斷碼有 U099(COVID-19 後的病況，未明示) 之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)與 108 年醫療點數之差距。
 - (二) 本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 五、結算方式：預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 112 年第 1 次 研商議事會議與會人員發言摘要

壹、主席致詞

李丞華副署長

本屆有 15 位新任代表加入，先向大家一一介紹本屆新代表，首先是我本人、接下來介紹衛福部江心怡代表、台灣醫院協會劉碧珠代表、全聯會洪德仁代表、林恆立代表、丁榮哲代表、賴俊良代表、蔡昌學代表(請假)、朱光興代表(請假)、江俊逸代表、周朝雄代表、何活發代表，健保會 2 位代表是楊芸蘋代表及劉守仁代表(請假)、還有我們專家學者代表仁濟醫院李龍騰院長，歡迎大家。

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)

李丞華副署長

請各位代表確認前次會議紀錄，請同仁說明一下前次會議紀錄或朗讀。

醫務管理組劉林義副組長

請各位代表翻開會議資料，去年第四次的研商會議紀錄是從第 6 頁到第 16 頁，請大家看看有沒有什麼問題。

李丞華副署長

這個議程資料大家事前有拿到。那如果沒有問題的話，我們就先跳過去，散會之前大家如果對會議紀錄有要更正或詢問，都可以提出來。

參、報告事項

報告事項第一案

「西醫基層總額研商議事會議開會規則」之說明

報告單位：本署醫務管理組

李丞華副署長

各位對於第一個報告案有沒有要詢問或者要修訂的或者是，如果沒有的話，我們就進入第二個報告案。

報告事項第二案

本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

報告單位：本署醫務管理組

李丞華副署長

這十個案除了第八案繼續列管以外，其他有九個案解除列管，不曉得各位有沒有什麼要詢問或者是要修訂或者要建議的？如果沒有，就進入第三個報告案。

報告事項第三案

西醫基層總額執行概況

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)及本署醫務管理組

林恆立代表

李副署長還有主秘還有各位代表，全聯會的同仁大家午安！那我是林恆立醫師，那第一次來報告，請大家多多指教。那基本上是因為全聯會周理事長還有黃啟嘉主秘的提攜，讓我擔任這一任的這個執行長。在座還有相國前副理事長還有孟源前執行長，表示執行會的傳承人是無縫接軌的。那我大概是 2000 年左右開始參加公共事務，那時候健保已經實施五年多了，那 2003 年 SARS 還有後面的家庭醫師共同照護整合計畫，我們在中區都成立了率先成立了診所主導的這個社區醫療群，那經過這麼多年的參與，對於基層醫療有一定的了解跟對於未來的想像。那六年前邱前理事長讓我有機會參加基層總額的協商，那 2020 年 COVID-19 的疫情，我們有之前 SARS 的經驗，那所以剛剛的這個衛福部長官還有這個健保署醫界一起努力，那其實在總統府周理事長特別提到了，那應該由政府出面來承辦，那全民感謝政府、指揮中心、健保署還有全國醫護的一個活動，那總統也特別請林佳龍秘書長來承辦這樣的活動。那 2023 年其實疫情已經接近尾聲了，翻到第二張，那從基層的總額執行概況，我們也可以看得出來全國民眾已經對從這個疫情當初的這些緊張壓力之下慢慢走出來，那也慢慢的開始讓這個開始恢復比較正常的生活，那我們基層的看診數目其實基本長也

反應到這種情況。那到 112 年的這個統計，我們目前大概有 17137 位的醫師，那服務大概 2347 萬的臺灣人民，那醫師數是有在上升，但是我們這個投保人數是有在下降。這兩個看起來基本上好像是這個供給大於需求，但是事實上我們這裡面還沒有反應出這個投保人數的年齡的狀況，所以看起來好像是這個供給大於需求，但是後面我們看到件數的狀況，其實就可以表示說我們基層提供給臺灣民眾的這個醫療這個供給還是有很大的這個空間。那目前我們的這個提供給臺灣民眾的醫療件數大概是 4710 萬件，那成長率大概 17.6%。下一張幻燈片，那所以疫情稍緩，到第四季的門住診的件數其實看得出來有相當大的幅度的成長。那點數也是一樣，達到 344 億，所以雙雙是都有成長。那基本上目前的情況是這樣，但是雖然疫情有稍緩，但是我們還沒有回到這個 108 年，就是疫情之前基層的這個就醫件數跟點數。那我們看下一張，下一張，我們看這一張，其實在 109 年我們的就是疫情剛發生的時候的成長率是衰退 11.4%，那到了 110 年衰退得更嚴重，大概將近 22%。去年也還是在衰退，衰退 8.22%。當然點數上面看起來，好像慢慢的回到正常的一個狀況，從 -3.72% 到 -3.52% 到去年的 6.31% 的正成長，基本上看起來好像疫情真的是有一點快要結束的感覺，但是還是有一點差距。那我們的住診，下一張，住診我們依舊衰退，尤其是中區的衰退超過 30%，相當嚴重。那我有問過中區的主委，主要是因為我們生產數的下降，生產數的下降。那可能是有一部分到醫院去，但是事實上問起來看起來是可能是因為還是少子化的關係，那太多的這個生育年齡的婦女病沒有懷孕，並沒有，所以那個住診的部分有衰退到這麼大的這個程度。下一張，那醫療費用基本上剛剛有提到件數也成長，然後點數也是成長，下一張。那分類看起來基本上主要是那個藥費跟藥事服務費，剛剛有提到這個藥事大概占 29%，那藥事服務費因為去年有調整藥事服務費的這個點數，所以基本上雙雙從這邊看起來，是藥費跟藥事服務費的成長率跟那個我們的診察費診療費的這個成長率是相當，所以我們未來其實還是要持續關心藥費的成長會不會衝擊到整個基層總額的部分，下一張。那看起來件數的分類，其實跟之前的差不多，一般案件跟其他專案成長率最高，那其他大概

就是慢性病的部分，那其他的項目看起來都還是有一點衰退。再來下一張，那各分區看起來狀況跟全區類似，所以沒有特別的哪一個區塊有不同的這個醫療形態，下一張，再下一張，對，好。那各科看起來，小兒科的成長率是最高，但是因為它之前在疫情的時候衰退得最嚴重，所以它那個成長率是第一名，這是第四季的情況。那等一下全年度還是會有一點這個名次的變動。耳鼻喉科也是一樣，這個也是在疫情受到最大衝擊的一個科別，那它的件數是 718 萬件，成長率是 51%。那再來下一張，家醫科是第三名 1043 萬件，成長率是 15%，下一張。神經科是 37 萬件，成長率是 10%，下一張。內科是 740 萬件，成長率 9%，下一張。那復健科是 177 萬件，成長率是 7.7%，下一張。精神科是 142 萬件，成長率是 6.7%，下一張。那外科這裡面包含泌尿科，所以有 144 萬件，成長率是 5.4%。那未來我們是不是會把外科跟泌尿科做一個區別，大概等下一次報告的時候再來做一些調整，下一張。骨科的話是 204 萬件，成長率是 2.2%，來，下一張。皮膚科是 362 萬件，那成長率是 0.35%，下一張。那婦產科還是在持續衰退，總共是 150 萬件，那-1.77%成長率。最後一名是眼科，眼科的那個件數 394 萬件，那成長率是-3.5%。那這個是第四季的情況，好，下一張。那各科看起來，比較特殊的就是這個內科跟外科病理，因為可能是因為它的那個單價比較高，所以才會出現在這個地方。那未來我們可能考慮調整一下不要用那個金額，而是用件數來做一些那個呈現會比較清楚。那還有一個就是小兒科的在宅醫療，就是小兒科的居家醫療，那這個部分表示小兒科因為它之前衰退的情況相當嚴重，所以很多小兒科醫師可能轉而做一些居家醫療的這個服務，所以也造成一些這個變化，下一張。那轉診的情況其實上轉跟下轉的比例其實還是差不多在 10% 左右，所以我們這幾年的這個獎勵措施並沒有讓下轉的這個數目有比較多的有比較量大的一個成長的狀況。那不過這幾年的政策宣示，我想也讓醫院的醫師可以有一個管道可以讓基層可以跟醫院做一個更好的雙向合作的一個情況。好，再下一張。那就醫科別醫療分布的部分，其實我們可以看起來，其實剛剛講那個藥價的問題，其實實際上我們也要考慮一下其實有一些科別有一些醫師，他們收入其實是有一點入

不敷出，我們看起來這個申報在 50 萬以下的，其實大於 50% 的這個科別，包括小兒科、外科、婦產科、內科跟神經科，其實都超過 50%，所以基本上看起來這些診所或者是這些診所的醫師其實都還在生存的邊緣做一些掙扎，那有可能因為年齡或者其他的關係很可能會退出，退出這個市場，其實這樣的話對於我們臺灣這個 2300 萬這個人民的這個健康的服務其實可能會，未來也會受到一些影響，下一張。那全年的話其實剛剛提到了，其實跟第四季的趨勢差不了多少，下一張。那當然衰退的情況是都有，因為各個季別會影響各科的門診數跟它申報的點數，所以基本上看起來差別會有一點縮小或者有一點變動，那基本上大趨勢看起來並沒有太大的改變，下一張。那住診也是一樣，下一張。那門診的部分也是跟剛剛第四季的情況差不了多少，下一張。那申報費用的情況也是差不多，下一張，那全區那個案件分類也是一樣一般案件跟其他專案為主，那一般案件增加的部分大概主要是慢性病的部分，下一張。那其他各區的這些情況跟第四季的情況都一樣，下一張。主要的變動是全年跟剛剛第四季會有一點差異，那小兒科全年度是 1817 萬件，那成長率是 25%，那也會比第四季稍微少一點點。那耳鼻喉科是 2330 萬件，成長率是 18%。那第三名就開始變動了，第三名的那個成長率是復健科，那它的件數是 633 萬件，那成長率是 10%。那第四名的話就回到神經科 137 萬件，成長率是 9.2%。那第五名的話是精神科，它有 538 萬件，成長率是 8.65%。那第六名的話是內科 280 萬件，成長率是 5.7%。那第七名的話是骨科，那 777 萬件，成長率是 5.64%。那第八名的話是家醫科 3830 萬件，成長率是 5.47%。第九名的話是外科跟泌尿科合起來是 540 萬件，成長率是 1.53%。那第十名的話是眼科 1535 萬件，成長率是 1.10%。然後第十一名的話是皮膚科 1447 萬件，成長率是 0.37%。那最後一名還是婦產科是 597 萬件，是 -2.44%，這個是目前整年度的一個情況，下一張。OK，下一張。那開放表別的部分，我們其實執行會這邊非常的注意，也不希望說開放表別的這個數目衝得太快，但是我們看起來基本上還是這個超音波這個有關心臟圖的超音波，還有心臟血流的超音波，還有陰道的超音波，還有耳石復位，還有平衡檢查，這些還有一個那個，

這些都是比較多基層在執行的項目，那表示說基層的民眾對於這一些項目的需求還是比較大，下一張，下一張，下一張，下一張。那看起來是 108 年的時候開放表別的那個這個預算數我們達到將近 80%，那因為疫情的關係降到 50% 以下，那我們希望說隨著疫情結束，我們基層服務民眾的這個項目跟這個件數跟點數能夠慢慢的回升，以上，謝謝，謝謝大家！

李丞華副署長

謝謝報告。接下來我們健保署也有一個補充說明的報告。

醫務管理組

健保署補充的部分，請看附件二的簡報。本署補充報告大綱的第二點，就是第四季的點值預估還有第三季的初審核減率。請看頁次報 3-9，這張是第四季的點值預估，各分區浮動點值介於 0.92 到 1.08，點值比較低的是在臺北，最高的是在東區，平均點值是介於 0.94 到 1.05。接著頁次報 3-10 頁是初核核減率，目前全區的核減率是 0.19 左右，以上補充。

李丞華副署長

好，各位對於這個補充報告有沒有要詢問或修訂的？請。

黃振國代表

看一下我們全聯會的報告，第一個看到各分區的申報細節，有個很重要就是說，各分區管控的尺度跟方法不盡相同，我點幾個可能差異在兩倍以上的，也請業務組去了解一下到底為什麼差異這麼大。以我們申報的第四季案件為例或者全年為例，中區的急診案件每件的點數在第四季是 2,603，我看到其他區都只有一千多而已，這個也許去了解一下為什麼，在基層的急診案件本來不多，可能限定在某一些特定的醫療院所有在做急診的服務，那同樣做急診服務，為什麼它的比例會高於同儕其他區，這一點可以去了解一下。還有就是我看到各科差異兩倍以上的，第一個是神經科，神經科在臺北區的點數高於平均每件的點數，我舉這個為例，我沒有指哪一科，也許是申報內容、樣態、服務內容不一樣，也跟其他區有高達兩倍的差異。還有精神科一樣，可能有高低可以差到將近兩倍。還有骨科也是，某些區尤其是臺北區

可能會高達兩倍，就是申報會高個兩倍，所以可能跟當地民眾的健康問題，跟醫療院所的服務內容，甚至跟我們管理都有關，我希望署本部去了解一下。還有婦產科差也是有兩倍，中區跟北區差兩倍，我建議針對這一些差異性，也許各區去互相研究一下，是不是尺度有的太緊有的太鬆，或者是內容有不一樣，也許可以大概了解一下。還有我們看一下最後一張投影片的 summary，是我們全聯會 106 年到 111 年 11 月的整個 summary，這個降表跨表大家看得很清楚，我們在 106 年開放 25 項，那 107 年 108 年是沒有疫情的狀態，那個大概都是倍數，就是 107 年是 106 年的倍數，那 108 年大概是原來的將近 3 倍，那 109 年、110 年跟 111 年，因為疫情的關係，所以這個需求可能被疫情給 suppress 住，所以我們看到執行率是比較低的，在 109 年跟 110 年甚至 111 年的數據都是假象，因為你看到 107 年、108 年開放表別項目逐漸在成長，民眾在基層的使用率就相對高。那唯一有在 106 年 5 月 1 號開放的，那個有一個最大宗的就是我們流感快篩的 A 跟 B 流，這個就差 3 億多，把這兩個差 3 億多 return 回去後疫情時代的時候，光流感 A、B 流它原來實行的項目就會有 3 億多的挹注回來，所以開放表別完成率我們回推回去已經到達七成多了，所以 110 年度不是現在各位看到只有三成多。假設我們開放表別壯大基層也非常好，但是剛剛我們執行長講的，很多項目在原來編列預算是以在醫院的十分之一編列的，事實上基層的方便性也造就更多民眾方便的使用，所以未來的幾年發現開放表別的預算執行率超過百分之百的時候，針對高成長的項目，我建議署本部能夠針對剛剛提的幾個項目，譬如說陰道超音波、光療等等這些基層服務比較好的，也能相對的給適當的預算挹注進來，讓更多民眾到基層來接受服務，建議到這裡。

李丞華副署長

謝謝。各位委員對於這個方案三有沒有要補充或是詢問？好，請說。

藍毅生代表

中區，我是上一任中區的主委，那我自己是外科，我嘗試回答一下我們那個常務的有關於中區急診特別高的這個部分，嘗試跟大家報告一下。第一中區我們的組成主要是中彰投四個縣市，那當初我們一直

在中區一直在推動這個健保政策，當初我自己是外科，那我也在這個急診的這個部分，我們其實在署本部這個部分我們也推動了很久，當初包括監察委員他們也希望我們基層的能扛起醫學中心的特別是第五級的這些急診，輕症的急診，那中區我們是全力的，因為我們有分科管理，我們全力的配合，我們全力的來在這個減輕醫中的急診的負擔，我們希望把時間把人力注意都是放在重症的病人，所以我們全力的在推動這個部分。那監察委員對我們的表現也給我們一個鼓勵，認為我們是全力相挺。所以在這個部分，我想說急診的部分，不管是申報，因為我們急診的申報大家在署本部可以查得到，包括我們的自付額我們也一定是按照急診的規範去做，我們只要是符合健保表 2-21 的那 12 項，特別是在假日一些外傷的部分，那有某些單項會比較高的是，因為我們中區有在做分科，我們非常了解是有很多包括皮瓣的移植，包括一些緊急的燙傷的處置，大面積緊急的燙傷的處置，這些在我們中區這個都是很普遍的。也許在北部地區，因為醫中太多了，他們可能不太會到基層診所，但是在中南部來講，這個急診處置是很普遍的，以上報告，謝謝！

李丞華副署長

請顏委員。

顏鴻順代表

謝謝！我也想 echo 一下剛才我們黃振國常務講的，有關我們剛才講的開放表別。那其實分級醫療這個是全世界很多國家的一個趨勢，能夠讓醫療的資源做更好的一個配置。那在分級醫療的過程當中，怎麼樣壯大基層，增加基層服務的量能，這個就是很重要的一環，因為所有基層的醫師其實都是在教學醫院經過一個非常完整的訓練，像這個李龍騰代表，就是我們的老師，我們都經過他很完整的訓練才到基層來。那所以就有開放表別這樣的一個策略出來。那開放表別當然我們都是，像剛才振國講的，都是用醫院的量去做一個估算。但是有時候會有不同的 shift，比方說這個東西開放了之後，那會有更多人覺得說那既然基層可以做，我就不用跑到醫院去了嘛，就到基層來做。那比方說現在這個婦產科的陰道超音波就是一個，它的使用量其實是慢

慢的超過了我們當初的預期，還好是已經內部去 supplies 去管控，要不然早就已經超過了。那再來就是眼科的白內障，儼然也有這樣的一個狀況，所以我是建議說基於壯大基層，讓這些比較輕症比較基層能夠服務的，那能夠回歸到基層。如果說我們當初預估的額度真的不夠，那也希望署裡頭能夠容許也能夠協助我們把相關的額度再一次的把它擴編，讓基層醫療能夠用它好的品質來服務在地的民眾，得到這個方便專業的照顧，以上。

李丞華副署長

請黃委員。

黃啟嘉代表

我最後就剛剛開放表別講一下。開放表別基本上是專款，不應該超過預算，因為專款專用。可是事實上開放表別帶進來的是服務密集度，其實我想振國跟鴻順在講的意思就是它把服務密集度帶進來了，因為開放表別我們給了費用只有那一些項目的診療費用而已，但是它進行這樣診療的時候帶動了診察費、帶動了藥費，這些完全沒有挹注，換言之開放表別開放得越快的時候，服務密集度增加的越高，那這個時候總額就會有承載的壓力了。所以開放表別在開放的時候，我們必須要有服務密集度相對應在第二年度的挹注，也就是說可能請署本部未來在署版的總額協商因素上面，能夠考量開放表別給一個服務密集的預算做評估，這樣我想就可以讓我們基層更願意做開放表別的動作。

洪德仁代表

主席、各位，大家好！我大概也是一樣延續剛剛幾位前輩的發言。那因為我今年度開始擔任臺北分會這邊的主任委員，一樣都是要很認真去了解狀況。那我們在第一季到現在為止一樣面臨到三個狀況，一個是光線療法這個部分，目前所理解的是付費者代表他們是要求乾癬這個疾病能夠開放表別到診所，但是事實上目前乾癬的一個服務的量它其實是增加的，而且大家也看到醫院來使用所謂的光線療法不只是用在乾癬還有其他的一些疾病，這些部分有沒有可能一樣的有機會來開放。第二個部分是白內障也是一樣面臨到我們在基層這樣的一個某程

度的管控還有民眾的一個痛苦跟困難，那前面已經有提到陰道超音波的部分，這些議題其實某個程度它代表一但開放表別到診所的時候，我想診所應該有很多可以提供優質的服務的，也會讓民眾專業或者是滿意度都是蠻高的情況，那正如我們的啟嘉召委所提的這個服務密集度的一個提升，有沒有可能可以變成是我們定期的一個評估考量跟檢討，甚至於來擴充的可能性，不然的話這一些做當初設定這樣開放的條件的設定，可能過三年五年它不一定是符合當時的需要，也會造成很多的困擾，以上。

李丞華副署長

謝謝。麻煩我們同仁把它記下來，有一些是牽涉到各分區之間的差異，把剛剛委員代表提到的，轉給分區的總額共管會議去參考，看看為什麼分區之間高低差距較大。接下來進入第四個報告案。

報告事項第四案

111年西醫基層醫療給付費用總額新醫療科技項下「新增診療項目」預算執行結果。

報告單位：本署醫務管理組

李丞華副署長

各位對這個報告案有沒有意見，請黃委員。

黃啟嘉代表

第四案第五案其實可以合併討論。第四案是新增診療項目，第五案是新醫療科技跟藥品給付的特材的給付，在編足預算但是沒有使用的情況之下，依健保會的決定要把它從基期扣除，這兩個案都是同樣性質。第一個質疑是我們知道任何一個新增的項目在第一年使用的時候，可能用量是不足的，但逐年在增加的時候，到第二年第三年的時候，它的成長率會超過我們總額成長率。那這部分我們在每年做校正的時候是不是能夠足額校正，這是第一個。也就是我們去年開放的項目，去年可能執行不足就把它扣掉了，可是它今年剩下的錢在基期裡頭它沒辦法照我們總額成長率，成長到我們今年實際耗用的，那這個部分怎麼補？這是第一個問題。第二個費用不足的就扣基期，那有用

超過呢？像我們開放適應症我知道去年是超過了，用足了超過了，那超過要不要補？就是說今天用不足你把它從基期扣掉，那你超過又不補進來，要獎懲分明，有獎有罰，所以你不足的應該要補，你用超過，就是用不足的你扣基期，用超過應該要補，這樣子比較公道。所以第四案第五案我的發言就同一個原則，你沒有用足夠的，沒有用光的就把它扣掉，用超過的就應該要補，這是第一個原則。第二個原則，取五年的值來評估一個新藥還有新診療項目還有新醫療科技它的耗用情況。如果當我們的基期總額成長率不足以滿足五年總耗用的時候，應該要有補償的機制進來，這大概就是這兩個案子我的發言。

李丞華副署長

謝謝。報告案第四案還有沒有要補充的？請。

賴俊良代表

主席，因為第四報告案是關於這個新醫療科技，那我們知道這些支付的項目很多是在 111 年 6 月的時候才生效，那甚至有一些是在 12 月 1 號才生效，所以它生效的日期其實已經在年中或者是年尾了。那編這些預算的時候，其實在基層要用的時候，當然就是會不夠，頂多用到半年。那剛剛我們主委也講過了這些新的支付標準的話，剛開始的話大家不熟悉也不會有，尤其在 12 月把這個有一些支付標準訂得比較嚴格，比方說你要照相，所以造成一些申報上數量會比較少。那它這個是在一般服務預算，可是它認為說這個沒有用到這個額度，要從這個額度扣繳，它就是用專款專用的精神來做的，不然覺得也是很奇怪。那包括這個藥品跟特材給付規定也是一樣，也是實施的時間太短了，所以我們這些經費當然沒辦法用。那剛剛我們主委已經講過了，其實在一般服務裡面應該是互通有無，互相支援的一個精神。我們第六案會討論到一個提升國人的視力照護，這些白內障開放它根本不夠用，那都是在一般服務預算裡面。所以我覺得就是剛開始實施這些沒有用完的額度是不是不用扣除，可以挪到我們一般的服務預算裡面去。那我們知道現在我們的 GDP 占比也大概醫療費用大概 6%，那麼低了還要再扣除，所以我建議可以互通有無，放在一般服務預算裡面，以上報告。謝謝！

李丞華副署長

對於第四個報告案不曉得各位還有沒有進一步要發言，如果沒有的話我們同仁說明回應一下。

醫務管理組陳依婕專門委員

跟各位代表說明，有關剛剛賴代表提到說因為去年6月支付標準才生效的部分，我們在這一次的計算其實有予以校正，大家可以參考報4-1頁的2，因為我們知道實際的執行情形未滿一年，所以我們有試著用實施月份除以12月，就是初抓一個量。所以如果看去年，其實實際上執行才125萬，我們這一次其實是推估到268萬(詳報4-2頁的(3))，因為我們有去稍微試算一下全年可能會多少錢，有可能因為這才實行了第一年，所以可能後續還會有一些影響。因為依照健保會的決議，應該說111年的預算因為確實沒有執行完，所以111年的會扣減沒有執行的額度，至於後續就是112年以後的基期那一塊也許再跟大家做討論，以上。

李丞華副署長

整體來講就是一年的不足月份我們有做了一個處理，但是現在第二年、第三年、第四年多少成長，這個可能需要有一個通案，就是在健保會裡面去談譬如說新的東西，那到底要給它觀察幾年是比較合理的。因為事實上增是增，但是事實上也有某些會有替代的，你這些新增了什麼東西但是就會，它如果好的項目會減少這個其他的項目，所以那邊替代效應可能有人會講，所以你要看久一點，同時也要看它增加什麼會減少什麼東西。這裡當然我們總額基層去切開，基層做得好也許他就少住院、少ICU、少急診，只是兩邊不好算而已，這邊增了然後那邊要去扣，那邊它可能跳起來。單單在醫院裡面它可能比較容易處理，這個是一個。那我們就列入紀錄，就是第一個我們已經把它月份去把它放大，那再來以後去處理說這個東西到底要把它算兩年三年四年，還是要到健保會去把它敘明，因為通常到健保會去把它敘明的話，大家充分溝通而且互相說服比較了解，比較容易建立一個可長可久的制度，大概是這樣。大家如果沒有意見的話，我們就進入第五個報告案。

報告事項第五案

111 年西醫基層醫療給付費用總額「新醫療科技」、「藥品及特材給付規定改變」預算執行結果

報告單位：本署醫審及藥材組

李丞華副署長

第五個案剛剛除了有委員已經先講了，不曉得其他委員還有沒有要進一步說明。

黃啟嘉代表

我大概補充一下，我們就用新藥來算，新藥第一年它編多少預算，一般都會用不足，假設我們今天編 1 億的預算，新藥開放當年它使用率大概是只有一半不到，但是五年後我們這個 1 億就滾入基期，經過五年的成長可能變 1.3 億，但是那時候新藥都用超過 20 倍了，這個是我以新藥來講。當然我們可以用另外一個說法說這個新藥用 20 億了，但是你可能替代了多少舊藥，這是過去我們醫界跟健保會付費者之間最大的爭議，就是替代的問題。但是我們要知道現在很多是新增的診療項目，這些診療項目有些是以前都沒有的，沒有做這項服務的，那這個有什麼好替代的，也許替代大家活得更久，活得更久更老他會用更多錢，我只是說這個東西其實真的是很難算，但是如果今天基期直接扣掉，沒有去算第二年第三年的耗用的時候，用這樣一刀切的方式，我們把滾入基期的一般服務預算當作專款專用來做預算的增減的話，那我們一定要有一個代償機制，否則一旦滾入以後，我們實際耗用情況會遠超過我們預算能夠提供的資源。

李丞華副署長

請說。

吳國治代表

剛剛副座也提到說，提到健保會去，是一個可長可久的方法是沒有錯，可是健保署的大數據很多，你們可以數據跑出來做一個最好的建議，用一年就來處理其實是非常粗糙的方式，所以你們可以找幾樣東西去跑，到底什麼時候到 Balance 了，這樣子回推去算，才是比較合

理的方式。當然我知道這是非常複雜的，副座剛剛有提到可以取代其他的。站在醫界立場，那我們照顧病人的壽命越來越久，那醫療耗用的越來越多，這就全部都混在一起了，所以我們就回到單純的這個項目，我想健保署應該可以向健保會提供最適當的區間來做處理，這樣是比較妥當的方式，以上。

李丞華副署長

黃委員。

黃振國代表

我想這個議題我們要談的很多，大家知道我們現在新藥編列，不管是 1A、2A 或者是 2B。1A 編了五年，逐年遞減，2A 只編了第一年，2B 是零。我們很多代表在醫審都聽過了，我們剛剛主委講過了，新藥的耗用在第三年甚至第四年甚至第五年，甚至第五年、第六年、第七年也算過了，我們現在只編了五年，但是很多的新藥在第六年以後成長率遠高於我們現在的非其他因素，所以最近我們對新藥的財務評估，才用 Horizon scanning 來取代舊的所謂五年的計畫分類 1A、2A、2B。所以我們現在已經大概知道新藥用舊的模式去估是不準的，但是你又用舊的模式來扣錢，我相信你今天扣了錢，可能三年後又要還給大家，我想這個更複雜。新藥共同擬訂的會議如果大家有開過，我相信沒有人滿意的，因為病友團體說越快通過越好，醫院的醫藥代表說預算這麼有限，為什麼健保署不去算今年的預算已經用完了。我相信一定大家爭執不休，如果今天只是用單純的第一年去當做預算的編列的時候，而且它是滾入基期的，如果你今天拿掉了，我是不是要問一下如果第三年第四年你拿掉了以後，有沒有辦法 return 回來？如果沒有，我覺得這樣一刀切真的是很 risky 非常危險，而且我們財務評估已經改成 Horizon Scanning 了。所以我建議是你跟付費者代表講我們現在舊的方式已經不用了，我們到 Horizon Scanning 來預估財務 impact。新藥預算我們也常常講究邏輯，新藥假設今天編了，假設隔年發現不足，我請問一下不足你們有沒有增加預算的機制？如果有，當然扣基期是對的。那假設今天新藥，我們剛好今年有扣，那假設明年，新藥就像我們今天通過的很少，你怎麼知道我們會通過什麼藥，

萬一通過一個大家可能嚇一跳的藥，我講的藥大家一定知道，口服的 GLP-1 減肥神器，請問一下我們署方有沒有可以補錢的機制？如果有，今天我們當然從基期扣掉，那以後超過，也希望你給我基期加回來，這樣是不是比較公平。如果沒有，我相信今天大家不要這麼麻煩，既然舊的方式已經不適用了，你用舊的方式來扣，我相信爾後衍生的問題更多，我相信在座的很多代表，包括劉代表今天沒來，劉代表知道那個很難為的會議。我們主要目的何在？第四季我大概依稀記得，我們疫情還沒結束，已經很多區點值小於 1 了，代表什麼意思？我們的財務不予支應我們的醫療服務的需求了。那你今天再扣下去，我相信我們在座，今天本來早上見了總統，這個精神非常好，我看下次去笑不出來了。所以我建議這個案子我們就以我們醫審的精神，舊有的五年的計算方式已不符實際的需求為由，我們暫緩扣除基期，謝謝！

陳相國代表

主席、各位委員，大家好！那個以前我們就是衛福部在編這個新藥的預算是五年為一個預算，譬如說這個新藥下去編五年預算，那譬如說我預算是兩億，那一年是四千萬，那我們根據統計很多年的資料，在第一年都是大概都只有幾百萬，可是到第三年第四年會倍數的成長，那每一年這個新藥的預算，我們估計下來一年可能不足兩三億，累滾大概五年，大概差額應該 15 億到 20 億。所以我覺得以前李伯璋署長的時候，那時候就捨棄了這種五年編預算的方式，用這個 Horizon Scanning 估計這個新的預算。那現在遇到我們很嚴重的問題就是說今年的，就是去年度這個就很少了，你再扣掉基期的話，那對我們基層是一個很大的傷害。如果說要給健保會一個交代的話，可以說這是舊的估算方法，那我們新的估算方法覺得在此年度不宜實行，也知道在評估第二年第三年再來評估整個新藥整個它使用以及耗費這個經費的情形，所以建議不要在今年這麼做，這對基層是一個蠻大的傷害，扣減總額就是不能承受的重中之重，以上報告。

李丞華副署長

各位對於這個報告案還有沒有進一步要討論的？請。

藍毅生代表

剛剛全聯會幾位前輩都有提到，那我自己是在特材組，在特材其實今年我們已經透支了，但是我們做的預算是說我們用下一年度的預算來優先補足今年的不足。但是在西醫基層我們今天在報 3-34 那裡，西醫基層沒有編列預算，其實早年度我們是有編了 30 萬，但是 30 萬基本上很難做什麼事情，所以我們之前有本來像一些人工皮一些外科的敷料，但是因為給付項目給廠商的錢太少，它根本不進貨，所以根本也買不到，因為他給的價格，我們連去採購，像我們自己做外科，大量採購的價格都沒有，像健保給付的價格都沒有我們採購的價格那麼高，所以根本沒辦法做。所以在這裡面我們回應前面幾位前輩講的，其實在特材的部分雖然我們現在西醫基層沒有編預算，但是特材的部分是最明顯的，因為我們所有的外科或者特材在使用的一個操作的模式，我們要進入一個比較有經驗的模式，起碼都要兩三年操作的一個成熟的模式。所以在之前我們沒有這個信心的時候，我們通常大部分不會去嘗試一個新的東西，只有一些先鋒的人會進入這個新的器材先使用，通常都是兩三年之後比較成熟了，訓練也比較成熟，因為這個關乎到醫療糾紛的問題，所以大家不會去做，外科體系不會去做那些自己沒有把握的事情，所以在這方面其實很多的包括新藥，其實我認為它的替代率也是跟前面幾位前輩講的一樣，通常都是四五年之後才真正的成熟。所以是不是我們能夠改變一些譬如說像我們特材一樣，我們現在已經優先在決定說我們動用下一年度的預算來做優先支付今年的不足。那同樣的我們是不是考量譬如說四年或者五年，那起碼三年以後我們使用的狀況，我們再來做一個評估，而不是說一年不夠就把錢全部扣回去，以上。謝謝！

李丞華副署長

各位對第五個報告案還有進一步要建議或者詢問的嗎？我們同仁說明一下。

醫審及藥材組許明慈專門委員

有關預算的編列，我們是從 111 年開始運用 Horizon Scanning 的平台資料，也就是請廠商提供預期在未來的藥建議案件之財務評估情形，結合已收載的新藥，以預估個別品項的申報情形，逐項計算於 111

年新增之費用，然後加總起來去編列預算。所以今年度我們在算新藥的執行方式的時候，也跟過去不一樣。因為過去可能是用固定比率的替代率去算，這一次我們是用個別品項，也就是前四年的部分，是以各品項於 111 年實際的申報費用，結合當初納入收載時候的 HTA 報告裡面預估的財務衝擊，換算為執行數。也就是說跟過去不一樣，我們並不是說第 2A 類的新藥，就將該類藥品申報費用加總後乘於 70% 或者是乘於百分之多少計算替代率，今年改為用個別藥品的申報費用依各自替代情形，來計算財務衝擊。另外，在 111 年新收載品項的部分，那就如同在會議資料裡面（一）第一項第二點呈現的，因考慮 111 年才新增的品項，由於導入的時程還沒有完整的申報，所以用基期補滿的概念，以 HTA 報告預估於整年度的財務衝擊的費用，作為執行數，這部分計算為 0.24 億元。此外還有若五年內新藥有給付規定的擴增的情形，也是將整年度預估的財務衝擊納入計算，以上補充，謝謝！

黃振國代表

這個應該是辛苦了醫審，這個報告本來就不好做。藥品醫審講得非常清楚，就是剛才講的其實用第一年來算，甚至第二年第三年是非常風險高的，而且我們現在新藥的編碼不好，我們是先通過預算，隔年才逐次的開會來通過品項。所以那天署長講得非常好，也許新藥應該列一個 List，就是可能要列入新藥考量 List，那每一項逐年列它所需要的費用，爾後根據我們通過的項目來編列預算，就不會有所謂因為時間差所產生的耗用差距。如果你今年用這個方式去估，假設明年 112 年甚至 113 年我們藥品通過的金額遠高於你的預算，你有沒有補的機制？如果有，你今天扣基期，隔年超過你又補基期，我相信大家一定會心服口服。如果沒有，我們是 111 年才開始做 Horizon Scanning，你沒有去算 110 年以前所有五年的新藥甚至更久的新藥。謝謝署方在針對新藥藥品的成長分了兩個，一個叫擴大適應症，擴大適應症的部分是我們在西醫基層用得最多的，但是你每年給我編的預算是嚴重不足，如果你給我算新藥這個預算要扣除，請你補足我擴大適應症的不足，好不好？之前當然已經編了 1.9 億，那我就有算過當時差額有 7 億，所以我會建議你新藥用這個方式給我扣，你的擴大適應症要給我

補，這才合理。但是每年我都不想吵，因為其實也知道是制度問題，不是你們的錯，所以為什麼我們跟你們算那麼清楚，假設我們醫審要這麼算，請同步給我算擴大適應症的差額，我相信遠大於今天扣的金額。還有請告訴我們，因為預算編列在先，爾後我們通過的項目遠超過你預算的時候，你如何增加預算來補，這樣才更公平，不能說只有扣沒有補，我相信今天沒有人會接受，謝謝！

黃啟嘉代表

我只用 20 秒發言，不耽誤太多時間，大家可以算我時間，20 秒就好。如果你們要扣基期的話，我建議第四案第五案所有的項目用專款，不要列在一般服務預算，改用專款。然後五年衡平穩定以後，耗用穩定以後，再考慮要不要列入一般服務預算。

張孟源代表

主席、各位委員、各位代表，大家好！關於新藥科技，剛剛醫審組有報告，就是說它有把一個月份除以它的年度來作為一個整年度的計算。但是主席，那個非常的清楚，我們知道的藥品它要加一個權重，你不能用單一的年度，因為你剛剛說一個新藥導入的時候，剛剛我們很多代表講了，第一年度、第二年度、第三年度、第四年度，到第五年度的時候它可能會增加，平均可能會增加兩倍到三倍。所以說你假如要在第一年度，我們知道說這個案子是要配合健保會，而且當時在總額協商裡面的一個條文裡面，所以我知道健保署也是依照這個原則來提出，但是這個原則的計算會有一個時間差，所以我們是希望，我想健保署有這麼大的數據，它應該能夠計算出所有的新藥經過三年五年它的權重值是多少，你不能在第一年要扣的時候你忽略這個權重值，那結果就造成現在扣將來要補，那扣扣補補搞來搞去，那個預算是一個措施性的法律，我們應該有它的穩定性。所以說這個計算除了 Horizon Scanning 以外，還要再加一個權值的話，才能代表實際上的耗用。因為預算的扣除是一個很慎重的事情，以上報告，謝謝！

李丞華副署長

各位對這個案還有沒有意見。來，請。

黃啟嘉代表

我有一個建議，因為後面還有很多支付標準討論案，我們每個人發言 20 秒好不好？如果要發言，20 秒言簡意賅。

李丞華副署長

沒有關係，請大家知無不言言無不盡，儘量講，沒有關係。

黃啟嘉代表

因為後面還有討論案，六個案裡頭，有好幾個案牽涉到支付標準的調整。

李丞華副署長

可以加開會議，另外就是要讓大家最後要坐高鐵回去的來得及買得到票就可以了，慢慢開，沒關係。這兩個案是按照總額協定事項的內容去做，雖然牽涉金額在我們一千五百億的基層總額裡面大概不到 1%，但是大家都熱烈關切。那我們這樣建議，就是這兩個案顯然跟之前在健保會的一些協定不太一樣，是不是我們再把它提回去健保會，讓他們充分討論好不好？但是需要全聯會去裡面充分溝通說明，讓健保會知道到底怎麼辦；我們今天健保會有代表出席，請健保會楊代表說明。

楊芸蘋代表

有機會在健保會裡面討論我也覺得 OK，因為那裡人多，而且你們把你們重點的訴求跟應該要調整或者是要做什麼更進一步的更精進的一個內容的話，儘量講，我想大家應該都會支持。

李丞華副署長

陳組長這個程序這樣可以嗎？

健保會陳燕鈴組長

我先補充說明一下，有關未執行預算扣減的部分是 111 年總額的決定事項，就是已經公告了。然後扣減方式在去年的 7 月份健保會委員會議已經議定計算方式了，所以今天健保署是依據確定的計算方式來算出來計算結果。依健保會決議這個案子其實在 2 月份就要報告扣減的金額給健保會，社保司也已函請健保會提供數字了，因為需要處理基期。可是因為 2 月份還沒有資料，所以 2 月份在委員會議決定，3 月份請健保署一定要把扣減的金額送會。目前牙醫、中醫我知道他們都是依據這個決議已經商定好了會送過來。所以一樣的在健保會 3 月份

委員會議基層也是一樣需提報扣款計算結果，這個也是部的政策，請健保署算清楚到底要扣減多少提健保會，因為計算結果是要送衛福部處理，也不是說健保會討論就可以更改總額公告事項，因為計算是非常的專業跟細節，還是要請健保署就執行部分去做正確的計算，然後提到健保會去確認這個數字，再送衛福部。

李丞華副署長

這樣聽起來就比較傷腦筋，因為有牙醫、中醫他們的做法，那如果跟他們不太一樣，就會變成在健保會被對照出來，所以大家想想看應該怎麼辦，這個有一點傷腦筋。

吳國治代表

其實剛剛主席已經有提到說這部分基層的意見還是不太一樣，就到健保會去提是合情合理，沒有說不能再討論的。另外我也建議，剛剛也有幾位前輩也有發言到說，希望健保署也提一個你們認為怎麼樣是最 reasonable 方式。

李丞華副署長

這個由你們提健保會比較好，看你們訴求什麼，不然擬出來的時候你們拿來攻擊，那不是又覺得不符合你們的期望。那如果你們期望什麼，你就直接提。

吳國治代表

因為我們手上沒有數據。

李丞華副署長

你要數據我們可以幫你跑，你要把表格畫一畫，我們可以幫忙填數據。

吳國治代表

可以跑嘛，OK。

李丞華副署長

這樣你的訴求比較清楚；我們基本上是按照健保會的建議去執行，我們現在不執行，健保會的人就會覺得說我們怎麼沒有執行它的，尤其他會比照跟牙醫跟中醫，其他兩個都可以，那我們這邊不行。如果沒有他們做對照組的時候，就比較好講。有他們做對照組的時候，你就不管是雞立鶴群或者是鶴立雞群都會看到有一個總額跟人家不一

樣。所以這兩案雖然本來是報告案，本來就是要執行的，既然大家有這麼強烈的意見，那我們也不需要橫柴入灶，就拜託你們提案到健保會去訴求一下，然後充分溝通說明，好不好？看看有沒有可能改變健保會之前的決議，那我們等下一次再來看健保會的決議，我們再怎麼執行，好不好？

陳相國代表

不好意思，請問一下，Horizon Scanning 可以算五年或者是十年嗎？

李丞華副署長

Horizon Scanning 都是一個 project，只是一個參考，不是那麼準確，Horizon Scanning 的精神是一個預測，但是常常不準。我講一個我們以前那個藥品有一個叫做給付協議，就是跟藥廠簽說你未來一年兩年三年有多少錢，我們簽了第一個約就簽了兩億四億六億這樣子，結果事實上後來超額，我們要收回很多。那也有那種就是差距很大，就是那種 MEA，連估計連廠商那麼精明都可能估不準，所以 Horizon Scanning 也是同樣的情況。但是總額基本上就是會有那樣截長補短，就像那個前幾年疫情厲害的時候，大家都沒什麼病人，但是我們總額給你保障未八補八、未九補九這樣子，然後所以有時候這個就是總額有一點像那個有一點就是大家要去知道說就是它基本上維持，就是有時候景氣不好的時候，其他行業都是負成長的時候，我們還是有正成長。那如果人家景氣非常好，人家成長 8% 成長 9%，我們也只成長 3% 到 5%，所以這是各有利弊的部分。我覺得前兩三年疫情的時候，你看大家病人都不見了，那我們也是未八補八，未九補九那樣子，保證讓大家的收入這些租金可以付，員工薪水發得出去，所以大家知道這樣的。現在我們這個看起來就是 1500 億的總額裡面，大概只有 1.5 億，大概很小的部分。我的意思說我們一般會按照健保會的規則去處理。如果大家很強烈的建議要改變，我們就送給健保會去討論，雖然健保會可能會不高興，尤其他會覺得說這已經確定的東西，但是我想沒關係，試試看嘛，因為健保會也是很重要，委員大家都很高興的時候下一年的總額就給你多一點，如果大家很不爽的時候，下一年的總額就給你掐緊一點，你可以看到我們看到健保評核會議的時候，那四個總

額的時候，那一個好像在那邊都得到很好的支持，那一個都比較吃癩，你們稍微體會一下。我們這個是談到千份之一，但是那個總額成長一個百分點兩個百分點，那個事實上這個金額的非常非常非常多倍，所以大家可能也是要除了明察秋毫以外，也不要忘了這個更大的東西。我只是這樣的，我沒什麼特別的想法，因為對我來講都可以。

周慶明代表

是。剛剛提到中醫跟牙醫針對這個案子已經都執行完畢，我個人覺得在新藥這一塊大概都是西醫才是重要的大宗，所以中醫跟牙醫其實一般應該不會有什麼新藥的問題。現在問題卡在我們覺得這個資料不夠完整，所以我們能不能就帶回去先討論以後，看看需要什麼資料，就請署方這邊能夠提供給我們，健保會這邊我覺得我們這個案子西醫是很複雜的，沒有像中醫跟牙醫這麼單純一下子就可以解決，所以能不能這樣子來處理。

李丞華副署長

基本上你們比中醫、牙醫複雜一點，但是比醫院簡單很多，所以大家互相比來比去。那基本上完全尊重你們的意見，就是你們去提案，但是需要的資料，你就把那個表格畫一畫，我幫你填數字給你，你要看過去二十年還是未來五百年我都填給你。好不好？你要寫得出來我們就填給你，那你們到那邊去提案，那想辦法盡力去跟健保會委員說明說這個當時的建議是這樣，但實際執行發現這個情勢變更怎麼樣，那大家口才都非常非常的好，然後人脈也非常非常好，所以就是。請。

醫務管理組黃兆杰組長

那個可能要跟各位代表說明一下，因為我們要做結算了，所以在今年度的部分，是不是允許我們按照我們的提案先做結算。至於基期的部分再提健保會去做爭取跟報告，這樣子的話也不會影響到我們結算的作業。

黃啟嘉代表

先扣今年，但是先不動基期，是不是要扣基期我們再談。

醫務管理組黃兆杰組長

對，提健保會，是不是這樣子，這樣子結算就可以處理。

李丞華副署長

我們做結算，萬一到時候做變更的時候我們再去做調整嘛，就是結算還是因為很重要，因為要付錢給大家多少天那個不要 Delay，就是結算先結算，但是後來如果有變更的時候，我們再來做一次調整。好不好？這樣子大家就不會有問題嘛。以後我們是這樣，我們寧可後來補，我們以前有一次要收回，那個非常趕，你說按照這個東西暫結。

黃啟嘉代表

按照暫結。

李丞華副署長

暫結，然後再改變的時候我們再調整一次嘛，對，多退少補。但基本上就是，我們好像民國九十幾年曾經有一次付了錢還去把它回收，那一次很恐怖，對。所以基本上，這個事實上大家不要太擔心，因為這個 1500 億裡面，這個只有那麼不到 1% 甚至是接近千分之二還是千分之三這樣子，所以先暫結，然後如果這個千分之二、千分之三有調整的時候，我們下一期再配合調整好不好？這樣就是行政作業也可行，然後大家的意見也能夠到健保會再去反映，你們在健保會要充分說明，這樣的話那更能夠感動健保會的委員，健保會的委員都是慈眉善目的。

健保會陳燕鈴組長

主席，不好意思，我想請問一下行政程序的問題。因為依健保會決議本來是 2 月就要提報健保會 111 年的扣減結果，那已在健保會決定延至 3 月會提，所以這個部分就不講基期，就 111 年的扣減金額，健保署還是會將計算結果提報給健保會嗎？

李丞華副署長

我們都是照著做，然後等到健保會有做調整的時候，我們再補一次，這樣好嗎？因為那是新的一個變更然後建議，這樣大家都沒有負擔，那也有期望，好，那我們進入報告案第六案。

報告事項第六案

111 年西醫基層醫療給付費用總額「提升國人視力照護品質」預算執

行結果

報告單位：本署醫務管理組

李丞華副署長

各位對這個報告案有沒有什麼要詢問或者建議的？請。

黃振國代表

源於上一個議題，我們今天請署方有統計過，別忘了 111 年還是有疫情的情況下，白內障手術是增加的第一個，我們可以看到最近五年的基層的白內障手術增長率遠高於醫院的成長率，等於說醫院總額的病人下來了，預算沒下來，所以你看今天我們開放表別所造成的民眾的方便性，這個我希望跟上一案一併提到健保會，因為我們服務的你今天用完了不給我補，今天沒有用完你給我扣回去，我請署方去統計，我們白內障一個眼睛是兩萬多，我統計前三個月，就是前一個月到後面兩個月，一個案子在臺北區大概三萬，因為還有包括其他後續的檢查跟用藥，今天你們只編給我白內障手術，但其他的服務密集度的增加也沒有給我們，所以我想這個案子非常好，今年不是已經用完而且不夠嘛，對不對？也希望來年健保署能夠編足，或者是請我們的代表到健保會去要這個差額，不然的話老實講這個用不完你要給我扣，那用超過叫做用完而已，用罄這個字讓我們真的非常難過，所以我建議是不是也可以用預算補給我們，謝謝！

李丞華副署長

整體來講我們就比照前面，就是我們先結算，然後大家提到健保會去看要不要變更，如果變更，儘量去說服，然後你們就去提案，然後我們協助做表格，那就去協助做變更跟說明這樣子。那這一點可能大家要去衡量一下，事先跟健保會要稍微好好做做公關，然後另外就是可能也要讓健保會委員感覺到理直氣壯、大氣凜然願意支持，然後也避免不要讓健保會委員說他們的決議有一些打折這樣，那會讓你 9 月份在談總額的時候會有一點吃虧。可能多看一下像其他三個總額他們在健保會的公關，好像比這個西醫基層還強一點，所以這一點是可能你可以看到每次他們談的時候，好像成長率都超過，我們看起來很樂觀這樣子。那這個西醫這邊是比較吃虧一點點，所以這一點有時候也要

看一下，有時候譬如說這個 1500 億，我如果明年再加個 100 億，比我現在再增 1.5 億說不定來得重要，但是我沒有特別意見，因為我們只是經理人，所以上面這個董事會做了什麼決議我們都可以做。對我們來講那個七千五百億差這一億兩億，事實上我們真的是不會用起重機去吊那個芝麻起來看，芝麻就是芝麻，大概就是這樣子。好，那我們就比照前面的處理。接下來我們進入。

賴俊良代表

主席，表達一個意見。就是說感謝署方開放這個 40 例天花板免事審，造成民眾就醫比較方便。但是我們看一下這個報 6-2 這個預算執行率，就會有一點嚇一跳。那基層的成長率是比較高的，那醫院成長率是逐年下降的。可是一開放以後，我們看到右邊的預算執行率，這個醫院變成 405%，增加 4 倍，那基層增加 1.5 倍，那我是覺得就是說當初我們基層在用這些經費的時候，其實我們在全執會那邊各分區都有說這個經費有限，所以各分區都有照一定的這個占率去分配這個預算，有一些分區就是很認真的在控管，所以執行得相當不錯。我建議一個附帶決議，就是請健保署這邊把各分區白內障手術的執行件數讓各分區業務組了解，那我們這樣各分區做一個適當的一個管控，以上報告，謝謝！

李丞華副署長

謝謝，我們就列入紀錄，讓它後續走行政程序。

吳國治代表

我補充一下。副座是用大數據去跑出來東西，基本上在臺灣的各行各業都有壞人，法官有壞人，公務人員有壞人，我們在掌控健保的幹部每個都很盡心盡力在處理這一塊，當然如果說署方找出這些壞人出來，我們不會手軟，這是第一個最大的原則。當時要通過這 40 例的解除的時候，我們本來就要提出來一些方式，要去把害群之馬抓出來，這是要跟副座澄清的。不過剛剛副座提出來說太早開了以後會出問題，這個可能不要講出去，不然會被人笑。為什麼會被人笑？因為臺灣的近視很多，那些很早發性的白內障的人都是高度近視，高度近視本身就很多的問題子，他就容易視網膜剝離子，而不是因為開

白內障造成視網膜剝離，是因為高度近視，是早發型的白內障再加上高度近視，容易產生視網膜剝離，你把它合併在一起看，就認為說好像是太早開產生問題，這個邏輯上是有問題的。第二件事情是，今天在這邊討論很多事情，可能到最後都沒有很實質的結果，我們討論的方式可能有一點不太一樣。不過我還是很贊同副座提到的截長短補的概念，前面兩個案子跟這個其實一樣是截長短補的概念，不夠錢是不是應該補，制度要建立，所以我剛剛一直很期待健保署能夠跑出一些資料讓付費者參考。副座提到我們可以提出來要跑哪些資料，這個我也認同，全聯會會整理出來，希望署方能夠提供我們資料，那我們去健保會能夠做充分的討論，以上。謝謝！

李丞華副署長

本案討論時間有一點久了，現在進入第七個報告案。

報告事項第七案

西醫基層總額 111 年第 3 季結算點值報告

報告單位：本署醫務管理組

李丞華副署長

各位對於這個報告案有沒有要詢問或建議或修訂的？如果沒有，就進入討論案第一案。

肆、討論事項

討論事項第一案

112 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案

提案單位：全聯會

醫務管理組黃兆杰組長

好，請問各位代表有沒有意見？那我們健保署的意見大致也是尊重全聯會這邊的意見，只是把一些文字做比較明確的敘述，不曉得大家有沒有意見。如果大家沒有意見的話，是不是我們討論案第一案就按照健保署最後修訂的內容。

醫務管理組洪于淇專門委員

就照我們修訂的。

醫務管理組黃兆杰組長

好，謝謝大家。那我們進入討論案第二案。

討論事項第二案

有關全民健康保險醫療費用審查注意事項(下稱審查注意事項)部分條文移列至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)案

提案單位：本署醫務管理組

醫務管理組黃兆杰組長

不曉得各位委員有沒有意見？主要就是我們的審查注意事項裡面，其實已經有了明確的規範了，所以其實大家已經遵守審查注意事項去做執行。只是因為它涉及民眾的一些權益的部分，爭審會那邊一直認為這個應該是在支付標準裡面訂定，所以我們就把審查注意事項移到支付標準這邊來，其實內容都是一樣的，不曉得大家有沒有意見？

吳國治代表

這個我想是沒有錯，是可以這樣做。西醫基層總額這邊對於審查醫師我們會宣導，可是署方這邊有沒有可能也宣導讓大家一起瞭解這些遊戲規則，因為常常審查醫師他沒有全面的參與，他不曉得規定只是移到這邊來，他以為已經消失了。常常會有誤會，然後會講說現在可以動了？怎麼後來被刪了？結果又出大問題了。所以這個我們是不是能夠共同宣導？免得製造一些申復或是爭審的糾紛，以上。

張孟源代表

主席，我們知道說在支付標準的話，它是屬於一個法規的部分，它算是比較嚴謹的，而且還有共擬會議來通過。那審查注意事項的話，有的時候是健保署有一些政策性需要做加強，對於某一些項目或者那麼多的科別可能需要說加以調整，那我相信說過去那麼多年來審查注意事項，是應該回歸到支付標準。因為你已經行之多年了，已經形成慣例了。那我們不知道的是未來，那未來的話假如說健保署根據某些科別某些項目，要提醒審查醫師要做一些審查事項調整的時候，它到底有沒有法律的效力，到底有沒有約束力，我想這個應該會影響到，因

為醫療的科技還有醫療的審查會隨著民眾的使用率會一直不斷的波動，所以說我們想要了解的是健保署的態度跟那個原則跟未來的方向，謝謝！

李丞華副署長

我們大概觀察到就是一般的醫生支付標準他會比較詳細看，所以寫在支付標準的時候充分告知大家比較知道。審查注意事項的時候，因為很長很多，如果不是審查醫師，有時候不見得一定那麼清楚。所以那要讓他充分告知，我們可以兩邊都寫，那或者說是寫一邊。但是看起來是放在支付標準比放在審查注意事項更清楚一點。那如果有需要也可以一個階段就是兩邊都寫，然後隔兩年以後再把審查注意事項那邊拿掉，這樣避免大家會有不同的想像。那這一點大家是不是可以同意，就是我們行之有年的審查注意事項往支付標準移。

張孟源代表

那新的，未來新增的審查注意事項呢？

李丞華副署長

那個可以先放一段時間，放到大家都已經充分認知而且專業上有高度共識，那就是很強的拘束力約束力的時候就放到支付標準。審查注意事項強制性也不是那麼高，就是審查醫師要看不看，因為那個事實上是這樣，專業上還是要尊重專業，就是專業上因為每個病人事實上有時候病歷寫得清楚不清楚，或者說是相關東西，那這個尊重一下專業判斷。但是如果 solid 的大家都有高度共識，就往支付標準移這樣子，那充分告知，這樣大概是可以這樣可以階段性的做，非常謝謝。

李紹誠代表

主席，請教一下。關於我們這個會議資料討 2-2，我們署本給的那個（二）的 5 關於這個第二部第二章第一節第 17 項眼部檢查通則，上面有一個叫做病情穩定且已控制眼壓之青光眼病人眼壓 23301 到 23303、23305、23308 以及隙裂燈檢查，一個月支付一次為原則，我是全聯會的審查組組長我記得我們審查醫師注意事項裡面，關於青光眼穩定的話，是規範它眼壓測量的一些這個時程，但是好像沒有包含隙裂燈檢查，因為我們隙裂燈有一個不予支付 30% 在那邊，所以是不

是請署本部這邊確定一下說這個文字上面隙裂燈檢查 23401 到 23504 是我們這次把它加上去的，還是本來我們審查醫師在注意事項就有的，可能今天會議在報在要改之前要先確定一下，謝謝！

李丞華副署長

好，我們查一下可以很快回饋。請。

醫務管理組陳依婕專門委員

請各位可以看到討 2-6 頁，2-6 頁原本審查注意事項的文字，在這個表格裡面是序號 12，西醫基層的部分是序號 12，它原本的文字是(二十三)，然後裡面有提到這個隙裂燈的檢查，一個月支付一次為原則這樣的文字，不曉得代表您說的是我們後面括弧的那個醫令範圍的問題嗎？還是是說「隙裂燈」這個字原本出現在哪裡？

陳晟康代表

我是建議隙裂燈趁這個機會把它做一個處理，因為隙裂燈是我們眼科在看門診必要的，你已經有一個框在裡面了，你現在又把那個擺在支付標準裡面又搞了一個隙裂燈檢查一個月一次，然後這個東西會讓審查醫師在審的時候有一些問題，為什麼？因為他可能是因為眼睛異物來的，他在用隙裂燈看角膜異物的時候，但是看我們又在這個青光眼穩定的這個時程，你擺進來你反而會讓審查醫師在看這個支付標準的時候，反而會有一點點一體兩面，有時候反而會造成一些審議的問題。那另外一個東西就是剛剛長官提的關於那個 23301、23302、23303 跟 23305、23308 還有 23401 這個東西，現在幾乎都沒有什麼在用 23301、23302、23303，現在幾乎都是 23305，後面也是 23401，所以是不是要 verify 一下，就是不要把這一大堆丟在那邊，丟在那邊反而對我們審查共識上面會製造一些困擾，以上報告，謝謝！

李丞華副署長

好。那這個就先放著好不好？然後必要的時候我們再行文給醫師公會、眼科醫學會詢問。因為這個可能就是變成診察費裡面一部分，只是因為它獨立項目，就跟那個婦產科那個陰道沖洗，耳鼻喉科的那個局部治療那種，有很多要獨立還是分開，有的認為說我診察的時候就一起，但是以前支付標準被分出來。所以分出來，後來就會變成有的

科有這些可以額外的項目，有的科沒有，那就不公平，所以最後要去訂一個不予支付指標，只能百分之多少可以，百分之多少不行這樣，那個百分之多少那個也是 arbitrary，也沒有什麼學術上的基礎，只能說大家適當，不要用太多這樣。譬如說像陰道內診的時候你說那個沖洗，那個要算還是不算這樣子，就是支付標準歷史上有一些這種痕跡也不好處理。好，還有沒有意見，如果沒有的話。請。

洪德仁代表

主席，剛剛針對這個部分，也就是我們的給付像支付標準，還有剛剛講的審查的一個標準，要把它搬過去，我個人剛剛大概已經都認為可以同意，不過在讓醫師可以了解這樣的一個給付的內容，我建議有沒有可能初期剛才所說的可能是一年或者兩年兩個地方都放嘛，同時我們健保署有沒有可能那個在針對這個部分發文給我們的醫師公會的全執會這邊，讓全執會通知我們的各分區的這樣的一個執行委員會來知會我們醫事公會來知會我們所有全體醫師，讓大家可以了解雖然形式上我們的給付標準它是搬到剛剛講的審查的地方，但是這個相關的一些遊戲規則大家還是要遵守，所以相對的可以讓這個過渡的一個情況弄得比較一個妥善的情況，以上。

李丞華副署長

那是不是可以這樣？就是我們把它搬過去，但是原來的審查注意事項先暫留著，兩年以後再把它拿掉這樣，好不好？就是兩年讓它雙軌一下，兩邊都可以看到。這樣應該沒問題，就是沒有損害到任何的，只是我們印的東西各方面會多一點。請。

劉碧珠代表

主席，不好意思，我是醫院部門的代表。剛剛就是眼科所提的裂隙燈檢查這個的標準，因為昨天醫院部門開會也同樣有這一題，但是因為我們醫院部門可能就沒有像在座各位那麼多的眼科的專業醫師，所一這一題我們並沒有提出來。那如果今天這個部分是要改，那我們這邊提出來說醫院部門是不是一併同時處理，謝謝！

李丞華副署長

眼科門診基本上裂隙燈已經是 routine，所以病人是診察費外的一

項。去把它訂成一個月支付一次這樣，不太容易那麼清楚，這跟耳鼻喉科局部治療 30%那種概念是一樣的。好，那我們就基本上按照這樣子，那進入第三個討論案。

討論事項第三案

有關修訂開放表別項目案

提案單位：本署醫務管理組

李丞華副署長

我想這個開放表別對於很多人來講既期待又怕受傷害，就是一方面就是說現在因為醫生都在大醫院訓練，非常良好的訓練，出來開業的時候就變成好多項目都不能做。以前我跟臺大的戴東原開玩笑說，他在醫院的那個小 Intern 什麼都可以做，那他出來在對面開一個糖尿病診所 HbA1C 卻還不能報。

黃啟嘉代表

我先報告主席，這邊有四項，這四項，前兩項我們在委員會有討論過，那也有做預算評估，也做了 indication 跟做了管控的措施的討論，也都確定了。所以前兩項我們在西基內部有代表性的委員會裡頭是有通過，但第三項，第四項本身我們上一次是保留，第四項糖尿病那個是保留，因為預算評估都沒有，我們要通過一個開放表別我們先要做幾個動作，第一個要有學會提出需求，第二個要看它的適應症適不適合開放，第三個要做運算評估，第四個要做管控措施。第三、第四項這個程序還沒有完備，但我必須講有受到我們基層很強烈的意願說希望第三項要討論。第四項我們上一次討論的時候說是保留，第三項我們會帶回去討論，我想我們還是經過一個預算評估跟 indication 的過程，不然我們現在連這些都沒有做，我們今天來討論它是否過，好像比較困難。那第二項是我們已經做過預算評估，也做過適應症的管控，也做過 indication 還有做管控措施都有討論過。剛剛有委員說頸動脈超音波，神經醫學會在場，頸動脈超音波的管控措施，上次有提過，不過我想讓他說明一下好了，你們的管控措施要講一下。

李丞華副署長

既然你們都支持了嘛。

黃啟嘉代表

對。現在有一位委員先講一下意見。

黃振國代表

開放決議是這樣子。

李丞華副署長

可以，有代表有專家幫忙講，請。

神經學學會藍聖星副秘書長

各位好，我是神醫學會的副秘書長，那目前在基層執業。那我們提出的管控措施的話大概有幾點，第一點就是我們做的頸動脈的 indication 除了比照醫院的 indication 之外，那麼另外就是這個病人必須要先有做過這個 20013C，就是他有做過這個原先的這個頸動脈之後，然後有陽性的發現，我們再來做這個聲圖，那由此我們可以做一個比較好的管控。那另外的話就是以這個醫師，以這個醫師的申報量的 4% 作為申報這個頸動脈聲圖的一個上限，那如果超過這個上限的話就不予支付。那如果說是還不到這個上限，但是已經到達 3% 的話，那麼以它的申報量的 90% 和 95% 做一個那個管控的 criteria，這是第二點。那第三點的話就是針對於有需要繼續追蹤的 test，我們有訂定明定的比較明白的建議，第一個的話就是說如果有任何一側的頸動脈超過 50% 以上的狹窄，或者是說這個病人先前曾經有大面積的中風，因為大面積的中風跟頸動脈的狹窄非常有關係，那麼這一類的病人我們就定義說他是高危險群的，那麼這一些病人我們建議 6 個月之後可以再進行追蹤，那大概其他的病人的話，我們就建議說視狀況，如果有新的症狀出來之後一年之後我們再予以追蹤，大概是這樣子。那以上報告。

黃啟嘉代表

那另外我再補充一下，我們通過的是 18010B 頸動脈聲圖檢查，但是後面三項我們認為說還是先做保留，未來再視情況開放。所以我們內部通過的是只有第一項，神經醫學會的四項裡頭我們是已經通過第一項。

黃振國代表

第一個我們在會內也要求神經學會提出比較嚴謹的管控，但是我們聽了何謂頸部超音波陽性？陽性就是只要他有阻塞，大家知道我們隨著年齡的增加，我們動脈硬化是所有人面臨的問題。那如果陽性只要5%、10%叫陽性，我不知道我們如何去管控，像你管控只有一個門診的4%，跟我們健保署提的醫院的執行率的十分之一，請健保署提供這樣的資料來當成評估，這是第一個。第二個我真的不知道你後面有這個補充資料，我剛剛也說明了我們109到111年三年疫情的關係，所以門診的服務量急遽的萎縮，假設用110年當做base估算的預算，那是嚴重低估，不管哪一項，我覺得這個預算有很大的質疑度。所以我們那天在會後也請神經醫學會提出比較可以讓內科系的醫師能夠accept，我相信其他內科系的醫師也能夠接受，以我自己的病人如果照這個indication，大概門診有將近六成的病人是需要做頸動脈超音波的，那這樣的預算衝擊，一定也大於各位的期許。我會建議說今天神經學會也來了，我們那天也要求說你應該告訴我什麼樣的indication是需要做的，那你positive所謂的陽性是多少，你剛剛講得非常好，如果他有嚴重的中風或者是大面積中風就要follow，基本上我們不反對。但是那天與會代表也要求說有一些case已經在醫院做了，做了之後他的復健會到門診來做復健，那你今天做跟醫院做如何去讓它資源不要重複利用，也必須把它明定。還有就是你今天要追蹤的不要單純用剛剛講的眼科、婦產科、耳鼻喉科，那是它診療過程必須的，那今天這個項目是所有病人必須的嗎？所以我會建議說這個把它釐清，預算釐清，我不反對開放，但是相對的相關的管控跟經費的預估必須要很仔細，謝謝！

黃啟嘉代表

這個案子在我們基層委員會其實討論好幾年了，過去一直都被我們保留，但是因為今年他們其實也有做了預算跟indication還有管控措施的說明，我是建議如果大家沒有強烈反對，我們是不是先試著讓它通過，我們來看看預算怎麼樣。因為那天在講預算的時候，我記得林誓揚醫師也有提出頸動脈超音波目前實際操作的情況。誓揚是不是要

補充一下？

林誓揚代表

是，跟大家報告。因為它這一個是一個頸動脈超音波，那之前曾經開放過頸動脈超音波，這是一個超音波的聲圖，這兩個在一起才是一個 complete study，那現在如果開放新的，它的先決條件是第一個它曾經做過，所以它預算一定是小於等於前一個，那另外它現在那個 indication 又更嚴格一點，就是說他 65 歲以上且有一些危險因子且那個原來的頸動脈超音波是 positive 的那這樣的，那至於怎麼樣 positive，當然是尊重專家的意見。所以我覺得那個財務評估如果用過去幾年這樣，是可信的。

黃啟嘉代表

跟主席報告，由此就知道我們要通過一個開放表別項目是多麼的謹慎。我想如果大家沒有反對的很強烈的話，我們就先讓他過，因為我覺得振國講得也沒有錯，他是用一個比較謹慎的態度在看這個預算的管控，如果西醫基層這邊沒有強烈反對的意見，我們先讓它過，因為四項我們只過一項，那這一項過了以後，我們看看它實際上的預算執行情況，避免說超支。因為開放表別本身是在專款裡頭，它並不是在一般服務預算裡頭，比較不會吃到別人那麼多，頂多是影響到服務密集度，但是因為它本身頸動脈超音波已經開放了，所以我的建議是如果大家沒有那麼想要反對的話，我們就今天先讓它暫時過這一項，好不好？請大家如果可以的話就讓它暫過。鴻順你講。

顏鴻順代表

好，謝謝！我倒是非常謝謝我們今天健保署幫我們整理這個資料，我們看那個討 3-4 這一頁，國字五然後這個 (2)，它寫說以 111 年申報就醫件數，就是這個開放表別有 217,768 件，那開放表別的醫令是 105.5 百萬，就是 1 億零 500 萬，但是總申請的費用是 2 億 9,800 萬，這個就是剛才我們啟嘉主委在講的，這多出來的 1.93 億就是服務密集度的增加，就是因為你開放了這個，所以本來這個病人要到醫院去的，現在可以到基層來做了，但是到基層來做它就會有診察費或者相關的一些費用的產生，這個落差就在這個地方。就是說我們主委剛剛

在講的這個服務密集度的增加。所以開放表別這個是一件美意，但是我覺得在整個過程當中費用的討論，就像剛才我們主席也講了，今天小廟的大和尚如何讓他能做大法事，不能只有準備鮮花素果，相關的人事費用也應該要補助他一些，以上。謝謝！

李丞華副署長

請。

黃振國代表

剛剛報告案很清楚，第三季臺北區已經掉到 0.92，是全國六區最低點。我再提醒剛剛我們的報告案，臺北區的神經科的平均診療費是 340，遠高於我們高屏的 82，東區的 39，所以你知道為什麼我們臺北區會跟我們主委的東區差異這麼大？因為你今天的開放對臺北區的衝擊遠大於其他區，我不反對通過，但請健保署針對我們剛剛提的所謂的 indication 跟追蹤的機制必須要有，今天開放很容易，坦白講昨天我還被某些醫師恐嚇，因為白內障手術。我要跟你講，今天成長率白內障手術是我們六區兩倍，所以我在想今天各位做好人容易，但是為了整個西醫基層，我覺得該說的話我還是要說，謝謝！

李丞華副署長

謝謝！我想啟嘉兄坐這個北迴鐵路過來很辛苦，我們就基本上就是尊重一下他的建議這樣好不好？然後再事後再定期再去一兩年之後再去檢討一下，看看怎麼樣。這裡面事實上四項只放了兩項嘛。

黃啟嘉代表

四大類只放了兩大項。

李丞華副署長

對，兩大類裡面還有縮了一部分，對。

黃啟嘉代表

我在想其實振國講得沒有錯，也是我心裡頭的痛，就是服務密集度這一塊是沒有補。可是如果我們一直在講服務密集度，可能我們今年開放表別就全部不要開放了，那當然就不會有服務密集度的問題。神經科這一塊我會嚴格管控它，也謝謝振國提醒我，因為說實話我看到臺北區的點值我也是壓力很大，但是白內障的部分臺北區這邊恐怕回去

要特別再思考，對，因為 15%。

李丞華副署長

那就拜託大家，因為我們除了大家的這個發展以外，也要考慮到說從很多訓練良好的跑到基層，那他們的能力讓他發揮好好發揮，不然的話變成說大家離開了醫院然後跑到基層開業的時候，就一個壓舌板跟一個聽診器，那其他的那些都廢掉武功是非常可惜，這些非常優秀的醫生接受完整的訓練，我們慢慢讓他有機會多點發揮。

林名男代表

那個講一下。我自己在醫院工作，所以我講這個不曉得會不會被醫院罵。我是覺得因為我們現在要壯大基層嘛，但是 suppose 除了說年齡成長之外，有一些服務會增加，那一定有一個自然成長率，可是如果是這樣的一個總額轉移，因為你到基層裡面，當然這個茲事體大，我們還要跟醫院那邊做討論。但是我覺得這個可以統計出來，這個一定可以統計得出來，為什麼呢？因為現在譬如說 CT、MRI，現在健保署說你做 CT、MRI，你沒有去查不行，或者說你要特別說要寫一些 indication，那如果說類似像這樣以後有一些數據出來之後，是不是也可以用我們現在系統，譬如說查詢我就非常方便，這是健保署非常好的一個德政，我們可以去看看其他醫院他所做的檢查，就減少一些檢查的花費，那如果想這樣的話 suppose 它的成長是有一定的成長趨勢，但是會不會再創造需求出來，你可以用一種方式，比方說這個在醫院做過了，這樣就不會增加太多，還是病人的 indication，當然這個 indication 怎麼樣去管控也是一個過程。不過我說一開始，但我覺得這可能大家講說這個要去搞醫院的總額更困難，不過我是說這部分的話健保暑假設說，因為基層很多的出來以後，這些怎麼樣有部分的這些能夠扣掉自然成長率之外，那些是不是可以有一些總額能夠轉移到基層這樣。

李丞華副署長

謝謝，就是醫院跟基層之間的移動，事實上很多年大家很關心的，但是方法學上怎麼去算，它兩個是替代的還是互補的還是有不同的理論，事實上在醫療經濟學都很有興趣去探討這個住院跟門診之間的替

代性還有互補性，醫院的門診跟開業醫的門診中間是什麼樣的關係。洪代表。

洪德仁代表

主席，我簡單報告一下。剛剛振國兄所提的，其實我心有戚戚焉，因為盤點分配這一邊，大概應該都是開放表別最大的影響的一個，因為這個造成的成長造成醫療的衝擊或者是讓我們每一次為了這個議題要去訂定後面的管控機制，弄得大家其實都非常辛苦。那所以剛剛前面醫院的代表所提的，我們針對這個開放表別，主席剛剛開始就有提示到，那個專科的醫師優質的醫師從醫院到基層，也帶了病人下來了，那相對的我們靠一個開案表別的一個專款，是不是足以來支應這樣的一個需求？有沒有可能我們健保署這邊跟全聯會這邊能夠做某程度的一個進一步的研究，來看一下怎麼樣的一個配置才是合理的，不然像臺北分區這邊講實在話，每一次我們的討論議題裡面，一定有因為開放表別以後造成的成長率的爆增，造成一個非常大的一個困擾，而且要跟專科醫學會去討論如何做管控，其實都是很困難的一個事情，以上。

李丞華副署長

那個開放表別只能一年申報多少，占這個 1,500 億多少，如果有機會再提供，在那裡？

醫務管理組陳依婕專門委員

有，在會議資料在討 3-2 頁。

李丞華副署長

討 3-2 頁。

醫務管理組陳依婕專門委員

委員看討 3-3 上方好了，預算總共 12.2 億，然後實際上執行 4.9 億，不過這個只有針對那些開放表別的項目。

李丞華副署長

對。就是 1500 億裡面的多少？4.9。好不好？大家了解一下。

黃振國代表

我剛剛已經說明了，因為流感的快篩 A 跟 B 因為疫情沒有做了，這個

return 回去，還有我建議有些項目，像剛剛這個皮膚科的照光，大家看一下皮膚科醫學會討 3-8，你看它怎麼寫，第二條寫得很清楚，無法接受其他系統性治療之全身慢性重度異位性皮膚炎，大家知道我們是分級醫療，壯大基層適合治療這個重度嗎？其實我們現在的免疫製劑都有很嚴謹的 criteria，我自己也很清楚要用之前的標準，異位性皮膚炎已經不是只有皮膚科在治療，我們小兒科、家醫科、內科都有在治療，所以這個議題可能稍微廣泛一點，報告到這裡。

黃啟嘉代表

這個案子是不是就我們討論過的第一大項還有第二項的第一款，就是頸動脈聲圖這一項通過，然後第三第四項還有第二項的後面三款二、三、四款，我們帶回基層再溝通再蒐集資料，好不好？

李丞華副署長

我們尊重你們。但是可能還是儘量也要考慮到說訓練良好的醫生到了基層的時候，不要讓他廢掉武功，只剩下聽診器跟一個壓舌板，這樣就非常可惜了。就是因為這個訓練很好的，能夠到基層去壯大基層，而且我們真的要讓很多病人如果不需要跑到醫院裡，能夠留在基層是好事。因為我們現在事實上在醫院裡面，你可以看到那個門診量，臺北這兩個都八千到一萬，然後那個都是在看那些穩定的慢性病，那結果在醫院裡面檢驗檢查也不能做，然後這些稍微複雜一點的也不能做，那我們醫生訓練得這麼好，到基層是真的是有一點可惜，所以拜託大家體會，讓戴東原到外面開診所的時候，至少能夠開 HbA1C 這類的，拜託大家。好，那我們就進入到下面。

皮膚科醫學會趙曉秋理事長

主席，我是皮膚科醫學會。我是想要說其實剛剛我們提這個是 11 月份提健保署，因為在我們目前要給付這一些 biology，或者是 JAK inhibitor，事實上都需要光照至少三個月沒辦法改善，那可是事實上像小孩子他們要一個禮拜要來醫院兩次到三次照光，其實是有他的困難度，所以我們才就像想要比照乾癬一樣就是可以開放基層，我們其他的 indication 其實光照也有很多 indication，可是我們認為說這兩個族群的人他要達到目前，因為我們有管控 biology 的費用，所以

我們會有很嚴格的標準，是它經過什麼樣子的治療之後才能夠申請生物製劑。那當然因為我們皮膚科七成的人是在基層，三成的是在醫院，那我們是考慮這些不管是年輕人他要上班他要念書，那他們要這樣子跑到醫院一個禮拜照兩三次的光線治療，其實是有他的一個困難度。所以我們才要開放，其實開放像我們在醫院上班，開放對我們是不划算，因為我們的收入會減少，可是我們在考慮患者的權益的部分，所以我們才提出這樣子的一個請求說能夠開放基層。其實大家應該沒有那麼閒說沒事來照光，一個禮拜跑到醫院兩三次其實是有困難，一般都是真的是比較中重度，那個 EZ score 至少大於 16 分以上的人他們才會，或者是病灶面積超過 30%，才會需要接受這樣子的一個治療。謝謝！

李丞華副署長

趙理事長的這個殷殷說明，非常懇切說明，而且她不是為了她自己，她是實際上看到這些病人，就是有一堆小朋友有嚴重的異位性皮膚炎，可能量也不大，所以她為他們請命。所以大家體會一下說如果基層的醫生也能做這些東西，那幫助這些病人。

黃振國代表

我想剛剛趙理事長講的我能接受，但是希望她 define 所謂的全身性，而且是嚴重的異位性皮膚炎，而且限一次只能照幾次，為了生物製劑，因為生物製劑我們在藥品是很嚴謹的，必須要經過照光，如果是因為這樣子我能接受，大家知道為什麼我 concern 這一點嗎？因為當時如果乾癬患者在照的時候，並不是所有的皮膚科診所會設立照光機器，當你的使用 indication 放寬之後，不管是乾癬或者異位，乾癬的個案比較少，異位性皮膚炎比較多，但是重症不多，但是如果我們的 define 不夠嚴謹，我相信買了機器閒著也是閒著，你可能不要誤以為只有你這麼嚴謹的人會去照顧嚴重的病人，很多輕甚至中症的個案醫師也說你來照照看，所以我覺得會 induce 需求，如果皮膚科醫學會誠如趙理事長說的訂比較嚴謹的，也限制要使用生物製劑這些個案，我想我個人是不反對，但是也要請我們健保署在估預算的時候，請不要再用 109 年到 111 年我們點值大於 1 的那個情況的使用率來估

我們的預算衝擊，不然你知道嗎？今天就誠如白內障其他檢驗一樣，一但開放基層使用，像陰道超音波，你剛剛說的財務衝擊是不對的，因為原來陰道超音波編多少，請去看 106 年 107 年，那個表是多少，現在用多少。之前我跟你錢，但是因為我們總額沒過，所以沒跟你錢。但是如果你說財務衝擊，我覺得我們聽起來心裡就有一點酸酸的，報告到這裡。

陳相國代表

主席，請問一下健保署對於皮膚科它這個光化治療對於異位性皮膚炎這個支付的財務評估一年大概多少錢？一年。

醫務管理組陳依婕專門委員

討 3-3 的下方。165 萬到 3,554 萬。

陳相國代表

為什麼差異會這麼大？

醫務管理組陳依婕專門委員

因為有兩種不同的編法。

陳相國代表

不同的，如果照趙理事長的 indication 來評估的話。

醫務管理組陳依婕專門委員

因為我們現在目前沒有符合適應症病人人數的相關統計，所以沒辦法估。所以如果用趙理事長的估法應該不會到我們估的這個 3,500 萬。因為我們現在是把所有異位性皮膚炎在西醫基層就醫的都拿來試算，那樣量看起來當然會大。

皮膚科醫學會趙曉秋理事長

因為大部分的 Case 是不需要接受光照治療的，所以你如果把 AD 的病人，因為他占人口數目超過快要 15%到 20%的話，那個費用是非常可觀，那個一般人也不會很輕症去做光照治療，因為那會曬得黑黑的呢。

陳相國代表

提供一下我們全聯會的經驗，當初那個皮膚科醫學會來提說光照治療乾癬我們也非常擔心，那事實上每一年的費用是應該還好，那如果說皮膚可能夠提出一個很嚴謹的 indication 的話，然後健保署能夠有

一個詳細的經費評估，那通過的機會很高。那就是請各位與會的兄長再考慮一下，如果說這個很嚴謹那麼嚴重的，那我們也要考慮以病人為中心病人的立場的話，他如果說嚴重的異位性皮膚炎，常常要跑去做，那是一個對家長他們也非常辛苦的事情，以上意見。

徐超群代表

主席，我也是贊成這樣的意見。我是徐超群醫師，我是覺得趙理事長講的話是針對病人的利益在考慮，不是針對醫院或者基層的利益在考慮，這是我們的考慮。但是如果說把那個 indication 訂好的話，其實那個費用是可以管控得到的，而且可能不是高估的那個數目啦，所以我是覺得這個如果花費不是很多，又對病人有好處的話，我們應該是可以接受這樣的做法。

李丞華副署長

好。那這樣，因為這群病人也非常可憐，大家儘量幫忙。我們就請那個學會把 indication 寫得更清楚，然後需要的時候也加一點什麼審查注意事項，然後我們行文給醫學會那你們幫我們寫得更清楚，這樣很嚴謹的狀況下能夠幫助這個病人，那財務衝擊也相對有限去跟各位做報告。等他們送來以後我們在下次的時候再提案來討論好不好？

皮膚科醫學會趙曉秋理事長

謝謝主席跟各位委員，那我們會把 indication 就把它明定出來然後還有審核的標準，謝謝！

李丞華副署長

謝謝，謝謝！

黃振國代表

管控措施，包括你們訂定多少那個都要好不好？

皮膚科醫學會趙曉秋理事長

OK，謝謝。

李丞華副署長因為我想她完全是為了這些小朋友，因為她在醫院她也不需要這個東西，反而他跑到診所他們病人會流失掉，所以完全是為了小朋友。那就拜託大家就儘量能夠體會一下，好。那我們就用這樣請皮膚醫學會幫我們寫 indication 跟審查注意事項，然後我們再估

一下說大概多少預算，那再列到下次去討論。

皮膚科醫學會趙曉秋理事長

再次感謝大家。

李丞華副署長

謝謝，謝謝你，辛苦。那我們就進入第四個討論案。

討論事項第四案

有關 29016C「脊椎穿刺」等 146 項診療項目西醫基層適用支付點數暨手術及麻醉通則修訂至與醫院一致案

提案單位：本署醫務管理組

李丞華副署長

各位對這個討論案有沒有什麼樣的？基本上都是加錢沒有減錢，只是加得大家高不高興，加到別人的還是加到自己的。

黃啟嘉代表

我們其實不會去想是不是加到自己的，我只是說因為我們內部沒有討論過，是不是應該到內部先討論一下？因為我們現在第一次看到署方的建議，我是覺得我們當然就會尊重。像我們去年是尊重署方的建議，去年那個項目我們經過一番熱烈的討論以後，還是尊重署方的建議。但是這個我們第一次看到署方有這樣的構想，是不是我們帶回去討論一下？

李丞華副署長

那討論五也同樣的問題，所以我們就。

醫務管理組洪于淇專門委員

沒有，不一樣。

李丞華副署長

不一樣。好，討論四就先暫緩，等你們討論到這個心滿意足高興的時候我們再回來處理。

黃啟嘉代表

其實不是心滿意足，我們凝聚共識。

李丞華副署長

好，沒關係。心滿意足是比較形容詞啦，中文不太好，沒有像你這麼好。那討論案五。

討論事項第五案

有關調升門診診察費支付點數案

提案單位：本署醫務管理組

李丞華副署長

這個案子不知道醫師公會有沒有討論過了解過？

黃啟嘉代表

這個其實我們了解過、討論過，但是對於最後評估的指標，升高那個比例，我建議還是維持 60%，不要升到 80%，因為我們會很難管控，有時候你新聘的護理人員他的級距就不會更高。那你要用舊的護理人員，以舊的護理人員為限的話，這個東西它不是包括指標了。我是覺得有調升級距 60%，因為你第一個執行目標這邊就是以 60% 計算，可是到了第二後面這一點就把它升到 80%，我認為 80% 也不見得達不到，但是我覺得可以達到的目標比較好，60% 我想應該是沒有問題，百分之百可以達到，好不好？

陳相國代表

主席、各位委員，我完全同意我們主委的意見，因為今年年初已經有調高過投保薪資了，如果說你要求他調高薪資以後再調高級距的話，這怕很多診所他沒有辦法負擔，所以我們把條件訂低一點，讓很多診所都可以達標可以領到這個費用，也能夠幫護理人員加薪，不然年初調過一次現在要求他們再調一次的話，那可能他們乾脆就說那這個費用我不要了，以上。

李丞華副署長

護理師公會協會的代表有沒有？他們有沒有意見？他們有沒有什麼意見進來？請。

賴俊良代表

主席，我是建議現在有兩個評核指標嘛，第一個是說調高護理人員的薪資，那第二個是調高一個級距嘛，那其實剛剛報告已經有講了，你

要調高護理人員薪資，沒辦法去核定。所以我是覺得兩個指標應該把它濃縮成一個指標就可以了，就是說調高一個級距。那我們知道現在級距裡面最低的就是 1200 塊，第二組的話就是 1500，然後越來越高 1900。那如果說用現在的調高一個第一個級距 1200 塊，那大家可以算一下其實診所要出的錢不只是 1200 塊，它還要付這個勞保，勞保的費用，然後再加勞退 6%，然後勞保是 100 塊，多 100 塊，那健保費多 58 塊，勞退 6% 多 72 塊，所以它要支出 1430，這是一個最低的級距，那你如果調到兩個級距或者比較高的級距比較上去的，可能那個診所的那個花費會比較多。那我們算一下你調高 6 點，然後一個月認真看 25 天，那 30 人次頂多 4500 塊，那這 4500 塊在診所來講，他不可能請一個護理師，它頂多是調高護理的薪資。所以這邊要調高級距我是覺得就是說大概要定義很清楚，你要調高級距你要幾個護理人員，我是覺得應該至少診所有一個護理人員，那調高一個級距就可以了。那應該有的診所它比方說它最近過年或者是說前一陣子疫情的關係，其實很多診所在護理人員做加薪過了，所以我是覺得我們要把你那個第一個執行目標跟第二個執行目標，就把它濃縮成調高一個級距，我是建議剛開始這個 6 點其實錢很少，我是覺得我們可以達標，比方說我們從 50% 增加，大家可以慢慢做，試著做看看，以上的建議，謝謝！

李丞華副署長

這個不曉得護理師公協會有沒有建議進來，因為這個東西是用它的名義在調高，要看他們的意見，不然等一下他們說他沒有拿到幹嘛，又弄出很多聲音出來。

黃振國代表

我想操作型定義比較簡單，就是該診所只要有調 1 名護理人員比上一年度的投保金額高就可以了，不一定要每個人，只要有一個人的事實，至於基期就是跟上年度比。這個預算是從 1 月到 12 月，所以像剛剛講的就是診所內可能有一些差異性，操作型定義比較簡單，就是投保的護理人員有一位以上有投保級距比上年度 111 年高一個級距就可以了。這樣也比較好監測，也不會有什麼後來、辭職、新來，不然

很難去 define 新進跟過去，而且可能護理人員有異動等等，我相信這個問題就比較複雜，其實各位前面講的是有些新進人員或者是剛好有異動你沒辦法去 monitor，所以我建議把它簡單化，謝謝！

黃啟嘉代表

我是認為這個制度過來以後，會增加診所聘用護理人員的機會，事實上我們會有很多診所會新聘護理人員，原來沒有聘護理人員的會新聘。那這些護理人員新聘以後查不出他的級距，因為你新聘進來，所以為什麼抓 60%？是因為有 40%我要留給那些新聘護理人員的診所，所以我不敢給你抓 80%，診所的人有四成是新聘的。

李丞華副署長

也可以把新聘分開處理嗎？

黃啟嘉代表

我是覺得這樣太複雜了。

李丞華副署長

我們資料處理沒困難。

黃啟嘉代表

真的嗎？

李丞華副署長

對。這個我當然覺得這個案可能我們要蒐集一下護理的相關專業團體他們的意見，免得到時候這個政策上是說因為要給他們這個好一點的工作條件環境，結果他們都說沒有，那到時候我們就豬八戒照鏡子兩邊不是人。

黃振國代表

副署長，這個提案是我們提五年的計畫，因為預算很有限，所以為什麼我們一年只要求 6 億，我們 finally 是希望 30 億，我們算過了，就像剛剛前面講的，你給我第一階段 6 點才多少錢，說實在還有我要增加投保薪資等的所有的費用，勞健保連動，說實在醫生所剩不多。我們有心意為什麼提議這個呢？就是因為這幾年來物價漲的時候，我們物質上給護理人員增加薪資遠高於一個級距，所以這個是落後指標，不是領先指標。所以我覺得這個問題不要太複雜，而且這個預算

不會超過，誠如剛剛業務組提的，這個預算我們希望鼓勵基層的醫療院所壯大多聘用專業人員，相關的醫療品質也能提升。也提供護理人員不只在醫院有好的就職的環境，也可以到基層來服務。所以我覺得這個比較沒有爭議，只是我剛剛講的你們如何去 monitor 去監控，至於達標多少也許我們第一年看看，事實上可能比你預期的好太多了，因為大家都想增加，我相信皆大歡喜，所以我們覺得這個比例多少也不要太計較，只是一年後，明年如果覺得過低，我們再來調整，好不好？謝謝！

黃啟嘉代表

我要拜託先讓部長每一年能夠達標。

李丞華副署長

這個可能因為讓我們有很多的狀況，包括像我們常對醫院的醫生講說，醫院醫生的診察費遠低於基層的醫師，這樣我們就很難去跟外面解釋。

黃啟嘉代表

我們對於後面階段第五階段的 50 塊它都不算了。

李丞華副署長

第一個我跟大家講說這個事實上差距越來越大，所以這一點是可能大家去考慮一下。然後第二個是這個部分因為牽涉到護理人員的話，那我想我們可能去蒐集一下護理師公協會的意見一下，然後再併到下一次來討論好不好？這樣會比較周全一點。

黃啟嘉代表

我跟副座報告，剛剛說調勞保一個級距，那個是部長直接講的，因為那是部長親口講，在場都有聽到的，在場的有聽到嗎？部長那天有講說他建議一個評估標準，就是提高一個級距。至於提高一個級距我們要用 60% 或 80%，我們是可以在這個範圍內討論。如果護理公會來講，搞不好最後我們會覺得這個預算我們不敢要。所以醫院在評估護理費增加的時候，當年給了 20 億到醫院去，醫院它本身也是用大水庫的理論來解釋，它沒有去解釋這個，反正我們西醫基層很明確的訂定我們要調高護理薪資一個級距，這個是部長有親口講的，所以我覺

得我們不宜再把事情弄得太複雜。

李丞華副署長

我看這個有一點複雜，尤其有這個部長的政策指示還有不同專業團體，我們就先擱置一下，然後蒐集一下大家的意見，也再去跟部長去請示清楚，希望我們達到什麼樣的政策目標，免得我們講得很高興，有人說奇怪，我們最怕的是順了姑意，逆了嫂意。

黃振國代表

剛剛有一個嘗試結算，那我們今天也做一個嘗試的同意，假設部長同意我們剛剛說的，因為這個涉及到追溯的問題，我們早一點通過這個第一階段早一點加給，因為護理人員的薪水是從1月就開始加了，所以我建議這樣子好不好？由你們長官去請示部長，如果部長不反對，我們是不是從下個月就可以實施了？OK。

李丞華副署長

我想我們這個會也常開，就是去跟部長問一下，然後再來就是那個蒐集護理界的意見進來併到下一次的會議討論，好不好？不差這麼一個月。至於什麼時候生效，那個下一次會議的時候就順便再討論要不要追溯到民國100年還是光緒28年都可以討論，好不好？那我們進入提案六。

討論事項第六案

112年西醫基層總額專款項目「因應長新冠照護衍生費用」執行方式

提案單位：全聯會

黃啟嘉代表

我想讓誓揚代表先說明好了。

林誓揚代表

主席、各位先進，大家好！我要講的那個王副理事長不在，所以就丟一張小抄給我。跟大家報告，這個長新冠議題在去年的總額成長率的協商那全聯會的估算本來是55億，那後來因為是協商，我們就打折再打折，夠來算了8億，因為兩案並呈交給部長裁，我們又自宮變成5億，那按照健保署的算法本來是估算大概有600萬人確診，那按照

健保署的估算是 4.19 億，不過後來中央疫情指揮中心他們估計我們現在有 1400 萬人確診，那一樣的那個預算的算法的話需要 8.4 億，那目前我們只有 1000 萬，那真的是巧婦，如果我們是巧婦的話，我們真的是難為無米之炊了。那我們認為如果 1400 萬有 12% 的人會得到 Long COVID 長新冠，那我們至少 100 萬會就醫，那如果一個新的醫令出來每次 200 塊，一年內就醫三次，至少要 6 億，所以真的請長官幫幫忙，幫我們想辦法。不然我們怎麼有辦法用 1000 萬的預算做 6 億的事？那剛才的提案精神，如果我們真的按照這個醫令去做，超支的話有沒有一些補償的措施，請教各位，謝謝！

黃啟嘉代表

我覺得這個 1000 萬不是芝麻而已，這個是芝麻上面的灰塵。

黃振國代表

我想這個是天差地別，我們不要再創造一個醫令，請問一下假設周遭的親友因為確診就診次數增加，譬如說上呼吸道還有喘的次數增加，甚至我們只看一個數字就好了，我們看一看現在就醫的門診的成長率，大家看到疫情比較嚴重的北區，臺北跟北區，它的件數成長，都是二十幾%，同樣是疫情之下，我們在之前的報告很清楚，成長率到二十幾 Percent，為什麼有二十幾 Percent 呢？除了部分是來自於醫院的用腳走路，其實這個費用很簡單，我們比較同期上呼吸道個案增加的案件數就好了，不要說其他的腦霧，還有什麼喘，剛剛我跟你講上呼吸道就醫的次數的費用遠高於 1000 萬，為了 1000 萬你要叫我們用新醫令，我跟你講資訊端就會跟我要錢，今天這個錢才 1000 萬還要做一個特殊的案子去 monitor，我相信你們不累我也覺得很累。所以應用方案二，那監測很簡單，就是以我們 112 年的同期或者是 110 年同期，我們的上呼吸道個案的個案比例增加多少，如果超過 1000 萬，它費用超過 1000 萬就夠了，這個本來是幾十億的案子，結果只給 1000 萬，還這麼大費周章，你們要追蹤我要管控，然後讓診所為了這個東西大費周章，那很重要如果超過怎麼辦？是不是點值要稀釋？我相信這個問題就大了。所以我覺得我們的監控點以今年 112 年跟 base110 年，我們當時的 base 是 110 年上呼吸道個案還有喘，

呼吸喘的門診就醫次數扣掉，以每次的平均醫療費用為例，如果超過這個金額就請你滾入基期，謝謝！

黃啟嘉代表

這個如果是 6 億的話，我們設一個碼來管控可能是沒有問題，如果是 1,000 萬的話，我們可能把它列為服務密集度，因為長新冠本來就會增加很大的服務密集度，那 1,000 萬大概對於服務密集度只是一個小補而已。

李丞華副署長

請李代表。

李紹誠代表

那個長新冠本來就是一個很主觀的一個認定，什麼叫長新冠？是可能會喘嗎，這個東西你很難從他的描述裡面說它是一個長新冠。病人常常跟我說我是長新冠，我覺得這個東西就是除了錢之外，定義是很需要把它弄清楚的，以上。

李丞華副署長

好，不曉得各位代表還有沒有進一步要補充的？來。

醫務管理組劉林義副組長

因為這一項其實只有 1,000 萬，所以要的也只是一個動支條件，就是什麼樣的條件下，1,000 萬就可以併入一般服務，所以剛剛振國兄講得就很好，就是你們訂的就是 112 年上呼吸道疾病的申報點數，相較於 108 年的差異，就用那個差異來導入 112 年，是不是這個意思。

黃振國代表

對不起，不是 108 年，108 年那個基期不對，因為我們基期是你用，長新冠是確診之後，而且我剛剛講的包括蕁麻疹包括掉髮還有氣喘等等很多，焦慮、失眠，隨便我就把所有的症狀給你看。我會覺得長新冠已經到 1,000 萬人次的確診，其實很多個案是像我們最近發生很多氣喘的個案，他小時候氣喘幾十年沒發作，最近再發作。最近掉頭髮的、皮膚癢的比比皆是，我相信很多。所以我會覺得比較簡單的操作不要在 108 年，你說 108 年就會很多意見。今天預算都是 base on 上年度，所以如果 112 年用 111 年，如果不能用 100 年我沒有意見，但

是你要用 108 年我就請你要把那中間的 gap 成長率要給我補足，剛剛講如果是 6 億，我們來好好的 monitor 我還 OK，如果太複雜這個 1,000 萬會還給你，不好意思，你也不要累，我也不要累。

李丞華副署長

我想那個動支條件只要可以就可以把它動支滾進去。所以你不管說 110 或者是 220 或者是 108 或者是 109，只要講得通就可以了，不太需要。

醫務管理組劉林義副組長

那個年度的部分是寫在協定事項裡面的內容，我再說明一下，因為健保署是執行單位，這一項的協定事項裡面就是以 108 年醫療利用為比較基準，它前提今年度已經設定 108，所以我們現在就是說怎麼樣用 112 年的什麼樣的病，大概相較 108 的是多少錢，然後就用那個錢補進去這樣。可是至於是什麼病的話我們可以來設定。

李丞華副署長

反正錢就滾進去，這個部分就是我們去弄出讓它動支條件就動支，就大家拿去用了嘛。

黃振國代表

這樣好不好？我想可以，但是我們回去把相關的診斷蒐集完整再給你好不好？你用上呼吸道我們就很緊張，因為就像流感快篩一樣，我們大家就怕得要死，口罩戴得要死，我跟你講未必，因為口罩那個不會太多，因為大家還是在戴口罩。

醫務管理組劉林義副組長

然後那個疾病的定義，因為題目叫因應長新冠，所以定義要有一點相關性。

李丞華副署長

好，定義清楚後一千萬就可以動支。

醫務管理組洪于淇專門委員

在討 6-1 我們一樣提醒，因為一定要寫出執行目標跟預期效應的評估。

顏鴻順代表

有一個想法，因為這裡也提到說長新冠的代碼叫 U099 嘛，是在主診

跟次診斷，那我們回去宣導，就是說你只要符合長新冠的，你就打這個 U099 的代碼，那將來你在年度你就抓 U099 這個代碼這個費用超過一千萬的就是滾進去，這些可能還比較簡單一點。

醫務管理組洪于淇專門委員

相較 108。

顏鴻順代表

對，你就不用抓一大堆奇奇怪怪的代碼。

李丞華副署長

會不會診所的那個資訊長又來蒐集這些東西？

顏鴻順代表

不會，U099 已經有了。這個代碼已經有了。

李丞華副署長

好，我們現在儘量避免說每隔三四個月就弄一個東西，然後資訊長要去改東西，大家被收錢又要叫了。好，那我們臨時討論案第一案。

醫務管理組洪于淇專門委員

主席，我們還要提出那個執行目標跟預期效應的評估指標。

黃振國代表

預期效應就是因為這是長新冠，假設留在基層就是有效，因為沒有住院率，因為減少他住院。因為你如果照顧得好就不住院，但是因為長新冠顧名思義它不是三個月不是半年、一年就會好，只要這些人有打 U099 的，該比例住院率沒有比其他疾病高，我們可以訂一下好不好？如果有上呼吸道，什麼 case 住院率多少，低於它就可以了好不好？

醫務管理組洪于淇專門委員

好，那你們可以事後補充。

黃振國代表

可以想一想。

李丞華副署長

健保會要求是動支條件、執行目標跟預期效應評估，你們就再幫忙找人用那個什麼？現在不是有那個軟體想辦法寫一寫。

醫務管理組洪于淇專門委員

反正我們確定動支條件是 U099，那要不要加主診斷是長新冠的，就是它確診的人。

黃振國代表他只要前五個診斷就可以了。

醫務管理組洪于淇專門委員對，要不要再加強一個他是確診的，而且有這兩個條件的。

黃振國代表對，他要有確診的。

醫務管理組洪于淇專門委員確診過的，好。

李丞華副署長好，臨時討論案第一案。

伍、臨時動議

臨時提案第一案

有關中華民國醫師公會全國聯合會建議 112 年調升西醫基層 1~30 人次門診診察費支付點數 10 點案

提案單位：全聯會

李丞華副署長

請。

黃振國代表

我想今天為什麼提這個案子？剛剛有一個一點就是代表部長對我們一點的心意，當時我們提的是叫做科技平衡的，那個是幾億。那天我們去見部長，部長講得都很清楚，因為礙於我們總額成長有限，所以他沒辦法專款給我們，所以讓我們能夠接受他一點的心意，這一點就很重大了，一點心意我們感激在心頭，但是大家知道萬物皆漲，我們今天有談到的第一梯，為什麼第一梯？就是因為藥費的占比夠高，它夠高不是它藥的錯，是因為其他的預算沒有隨著我們的物價指數還有勞力成本等等去反應。我們這個案子應該接續剛剛的一點心意，所以為什麼還有一點？而且在醫療服務成本指數有一個非常不合理，這幾年醫療服務成本是負的，這要檢討，假設你執著用那一點來告訴我，而且大家知道萬物皆漲，在社會中不是醫療服務單位獨立於社會之外，你跟他講說你沒有去調薪沒有增加所謂的人力成本，人家沒辦法相信。所以我覺得這一點，如果我們以前的經驗是這樣子，當然你要

明算我們 110 年 111 年也別調了，112 年調，其實兩個加起來不止，重點是我講的源自於部長給我們一點心意，那個是總額，增加總額支出。這個沒有增加我們總額支出，所以假設能夠反應這個一點心意，說實在我們以後藥價的那個 DET 也不要那麼難過。所以我會建議說今天我們微薄的要求是 10 點，不是原來的 9%或者是上一次調 30%，所以我會建議如果署能夠接受，我們不要講 10 點，如果 10 點能的話，我想今天大家都皆大歡喜。如果不行，還可以把 111 年的沒有用的拿進來，還有就是因為補那個一點不足，所以我覺得 10 點，我相信在座我們的醫界大概沒有人會反對，只有你們會反對，那請你們稍微體諒一下，謝謝！

李丞華副署長

我想這個大概爭議不大，那我們就依照這個程序提到支付標準共擬會議去討論，因為我們這個會不是權責單位，好不好？好。這樣沒問題，那我們今天。

醫務管理組洪于淇專門委員

我再補充說明一下，剛剛那個討 6 的部分，那個結算方式，我們在那個討 6-2 的地方第三點 (1)，那個方案一的第二點，我們就照我們講的結算方式，就是我們會把那個依各分區就醫的實際執行情形併入當季的一般服務來結算。

李丞華副署長

有問題還可以再修訂。那我們今天就到這邊。

醫務管理組黃兆杰組長

剛剛有關就是診察費調升 10 點的這件事情，我們本來解釋的是說再加上原有的那個部分，就是 1 點還有 6 點的那個部分加進來，可以總共到 10 點。所以你們的意思除了那個之外，你們要直接再加 10 點進去？

黃振國代表

那個我們考慮的不一樣，因為現在我們全聯會還有一些沒有聘護理人員的診所，你只給它加 1 點，那個 1 點的心意真的會讓人家感受不到，而且可能會有 1 點的所謂的厭惡，所以我覺得這個一點如何讓它美意

成真，其實為什麼那時候提 10 點呢？就是沒有聘護理人員的 11 點，有聘的 17 點，其實感覺不太大，只差大概 30% 的差異，30%、40% 的差異，所以他們比較不會好像說全聯會沒有照顧到這些人的感受，因為我們也是在我們的預算裡面點值稀釋來的，我們也沒有從付費者出面處理，所以我會建議是如果不違背大原則，我們儘量給到 10 點。

醫務管理組黃兆杰組長

因為就像剛剛很多委員提到說，目前的點值好像開始往下降，尤其是臺北業務組降得更嚴重，那這個 10 點影響是非常大的，因為是所有人都調整，每一個案都調整，那影響金額會非常大，點值會掉得非常大。

黃振國代表

報告組長，剛剛的是譬如說你開放那一個跨表，是某一科的醫師增加收入，你去排擠到其他科的點值。我們今天通通有獎，依我們的經驗沒有人會反對，而且會鼓掌。所以這個跟你的思維不好意思不太一樣。我們在座的幹部應該都知道，通通有獎的沒有人會有意見。

李丞華副署長

所以基本上總額是那麼多，那你把支付標準都調 20 倍，那個點值就變成 0.05 了，所以這個事實上。

黃振國代表

沒有 20 倍。

李丞華副署長

我們基本上尊重，就提到支付標準會議上去處理，好不好？

黃振國代表

因為這個我們內部已經通過了，謝謝！

李丞華副署長

調支付標準也是要到那裡去處理。因為我們這是處理總額的部分，那支付標準有支付標準的一個權責機制，好不好？那我們就今天散會，謝謝各位開到這麼久，謝謝！

17:13 散會