

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 111 年第 4 次
研商議事會議紀錄

時間：111 年 12 月 21 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：李署長伯璋

紀錄：林其瑩

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
王宏育	王宏育	梁淑政	梁淑政
古有馨	請假	許駢洪	請假
朱建銘	請假	連哲震	請假
朱益宏	請假	陳志明	陳志明
吳欣席	請假	陳相國	陳相國
吳國治	吳國治	陳晟康	陳晟康
吳順國	吳順國	黃兆杰	請假
李承光	李承光	黃信彰	請假
李紹誠	請假	黃振國	黃振國
周思源	請假	黃啟嘉	黃啟嘉
周慶明	周慶明	楊宜青	請假
林名男	請假	楊宜璋*	楊宜璋*
林育正	林育正	趙善楷	趙善楷
林旺枝	林旺枝*	蔡有成	請假
林煥洲	林煥洲	蔡淑鈴	請假
林誓揚	林誓揚	鄭俊堂	請假
林憶君	林憶君	鄭英傑	鄭英傑
林應然	林應然	盧榮福	盧榮福
邱泰源	洪德仁(代)	賴聰宏	賴聰宏*
洪一敬	請假	藍毅生	藍毅生
徐超群	徐超群	顏鴻順	顏鴻順
馬海霞	馬海霞	蘇主光	請假
張孟源	張孟源	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	江心怡	
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	劉于鳳	
衛生福利部國民健康署	魏璽倫	吳建遠	李慧蘭
	薛曉筑		
台灣醫院協會	吳亞筑		
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺	吳韻婕	黃佩宜
	黃瑋絜		
中華民國藥師公會全聯會	黃羽婕		
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		
本署署長室	黃珮珊		
本署主任秘書	張禹斌		
本署臺北業務組	林怡君*	陳韻寧*	廖美惠*
本署北區業務組	陳祝美*	王慈錦*	黃綺珊*
	胡淑惠*	林茹慧*	陳孟函*
	陳盈廷*	林亭妤*	
本署中區業務組	王慧英*	張黛玲*	紀虹如*
本署南區業務組	林純美*	丁增輝*	賴阿薪*
	洪穰吟*	郭郁伶*	
本署高屏業務組	蔡逸虹*	施怡如*	陳瑩玲*
本署東區業務組	李名玉*	羅亦珍*	王素惠*
	江春桂*	馮美芳*	黃寶萱*
	劉惠珠*	陳佳穎*	黃婷亭*
本署企劃組	王宗曦	吳箴	
本署財務組	李佩耿		
本署承保組	請假		
本署資訊組	吳少庠		
本署違規查處室	陳怡蓓		
本署醫審及藥材組	戴雪詠	許明慈	連恆榮

本署醫務管理組

簡淑蓮	黃詔威	詹淑存
羅惠文	陳盈如	
游慧真	劉林義	韓佩軒
陳依婕	呂姿擘	洪于淇
朱文玥	黃奕瑄	王智廣
鄭智仁	張玉婷	林鈺禎
周筱妘	陳怡靜	楊庭媽
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：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：全數解除列管。

第二案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會
本署醫務管理組

案由：西醫基層總額執行概況。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 111 年第 2 季結算點值報告。

決定：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。

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	1.04839620	1.03079142
北區	1.14026894	1.09426473
中區	1.08650613	1.06191561

區/項目	浮動點值	平均點值
南區	1.10926135	1.07886828
高屏	1.05624573	1.04199872
東區	1.20923642	1.12764892
全區	1.08078124	1.05672022

第四案 報告單位：本署醫務管理組
案由：112 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」召開會議時程。

決定：

一、洽悉。

二、會議時間如下表，請各代表預留時間：

會議	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	第 1 次 臨時會
日期	3 月 2 日 (星期四)	5 月 25 日 (星期四)	8 月 24 日 (星期四)	11 月 23 日 (星期四)	12 月 7 日 (星期四)
時間	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時

第五案 報告單位：本署醫務管理組
案由：有關「全民健康保險代謝症候群防治計畫」跨年度延續與經費使用案。

決定：本案通過，同意於 112 年度修訂計畫公告前，原執行之院所及其原收案對象得依 111 年計畫延續辦理，並依 111 年給付項目及支付標準支付，預算由 112 年度西醫基層醫療給付費用總額之「代謝症候群防治計畫」項下支應。

第六案 報告單位：本署醫審及藥材組
案由：修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」

附表一之 2.專業醫療服務品質指標(下稱「品保指標」)「門診注射劑使用率」指標案。

決定：本案通過，「門診注射劑使用率」增修指標分子排除條件 A 與 B，摘要說明如下，後續辦理「品保指標」修訂行政作業事宜：

(一)排除條件 A：

1. 給付規定內容第 10 項：靜脈營養輸液(TPN)資料處理定義增列：「醫令代碼前 3 碼為 TPN 或 ATC 碼為 B05BA01、B05BA02、B05BA10」；「與上開品項同案件申報靜脈營養輸液調配所需之醣類、維生素、礦物質 ATC 碼：B05BA03、A11DA01、A11EX、A11GA01、A12BA51、B02BA01、B03AC、B03BA01、B03BA03、B03BA05、B05BB01、B05BB02、B05XA01、B05XA02、B05XA03、B05XA05、B05XA06、B05XA07、B05XA08、B05XA14、B05XA31、B05XC。」
2. 簡化給付規定內容：刪除攜回劑量與資料處理定義無關文字及給付規定生效日期保留最後一筆，並加註給付規定內容之本保險藥品給付規定章節。

(二)排除條件 B：癌症用藥增列(藥品 ATC 前 3 碼為 L02 或 ATC 碼 H01AB01、L03AB01、L03AB04、L03AB05、L03AB15、L03AC01、L03AX03、L03AX16、L04AX01、M05BA02、M05BA03、M05BA06、M05BA08(且規格量 4.00 MG)、M05BX04、V10XX03。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：112 年「基層總額轉診型態調整費用」結算方式案。

決定：

- 一、本案通過，依「112 年度全民健康保險其他預算及其分配」，協定「基層總額轉診型態費用」預算金額 8 億元，優先支

應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，並持續檢討動支條件。

二、本項經費動支條件同 111 年。

第八案 報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫案。

決定：本案通過，修訂重點如下：

- 一、修訂本計畫「實施期間」為「112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日」，並規範倘次年度計畫未於次年初公告前，得以原計畫規範延續辦理。
- 二、自 113 年起，倘當年總額協商獲編列專款預算，且未涉及給付項目及支付標準修正者，因「實施期間」屬行政面修改事項，將由保險人修改該計畫後，逕行公告實施，不另至本會議報告。

肆、討論事項

第一案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)

案由：112 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義討論案。

決議：同意比照 111 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 提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 112 年度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：本案通過，修訂重點如下：

- 一、相關參數配合年度修訂，餘同 111 年方案。
- 二、本署刻正規劃健保卡控制軟體將朝向輕量化架構改版，其中就醫紀錄朝不再寫入健保卡之方向辦理，爰建議全聯會 113 年方案，考量刪除獎勵指標 4「健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 」，並參採健保會委員意見修訂相關指標。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「112 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：本案通過，修訂重點如下：

- 一、修訂施行鄉鎮：112 年共計 128 個施行區域。
 - (一)新增 3 個地區：桃園市觀音區、桃園市大溪區、高雄市旗山區溪州地區南勝里、中寮里、新光里、南洲里、中洲里、大山里、上洲里及鯤洲里等共計 8 個里。
 - (二)新竹縣新埔鎮、苗栗縣卓蘭鎮、臺南市龍崎區、臺南市南化區及臺南市左鎮區，開放基層診所及醫院同時申請執行本方案。
- 二、修訂開業計畫：
 - (一)放寬負責醫師申請資格
 1. 調整負責醫師其最近 12 個月全民健康保險平均每月申報點數(含部分負擔)為大於 14 萬點。
 2. 排除上開條件資格者：增列退休醫師及返國醫師。
 - (二)明訂保障期為 36 個月
自保險人分區業務組審核通過(發文日期)開始起算，若發文日非該月 1 日，則由次月開始計算，保障給付至第 36 個月止。

三、修訂巡迴醫療計畫：

- (一)放寬第 3 級施行區域申請資格

考量第 3 級施行區域醫療資源導入較困難，新增七.申請相關規定、(一).申請資格、3.巡迴計畫、(4).巡迴區域規定、D.若為第三級施行區域醫療資源導入較困難，得開放診所及醫院共同承作。

(二) 調整平均診察費

基層診所診察費加成：每件依 110 年平均診察費 358 點(原為 332 點)加計 3 成計算。

四、修訂方案附件內容：

(一) 附件 3-3、全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案服務計畫書四、執行計畫部分，增列「退休醫師或返國醫師，請依本方案七、(三)、第 4 點或第 5 點檢具相關證明文件」。

(二) 附件 7、門診醫療費用點數申報格式欄位

1. 執行巡迴計畫得同時執行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案-糖尿病合併慢性初期腎臟病(DKD 共病照護)」，申報欄位新增糖尿病合併慢性初期腎臟病「特定治療項目代號(一)：EK」。

2. 依西醫院所層級別，增加檢驗(查)部分負擔代碼。

五、本方案其餘條文依修正條文對照表內容修訂。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂開放表別項目支付標準案，提請討論。

決議：本案通過，重點如下：

一、同意修訂編號 19013C「陰道超音波」支付規範，開放診所支援診所之醫師得開立處方及執行。

二、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。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、參與計畫醫療院所及醫師資格及基本要求：新增如承接會員之醫師非當年度原已參加本計畫醫師，則需由社區醫療群需主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。

二、費用申報及支付方式：

(一)個案管理費不得與代謝症候群防治計畫重複支付。

(二)當年度未於執業登記診所申報醫療費用(不含代辦案件)之醫師，不支付家醫計畫個案管理及績效獎勵費。

(三)調高退場不支付及輔導級評核指標分數。

三、修訂部分評核指標配分、得分閾值及內容：

(一)刪除指標：電子轉診成功率。

(二)調高得分閾值：檢驗(查)結果上傳率、成人預防保健檢查率、糞便潛血檢查率、初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率、提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務。

(三)調高得分：成人預防保健檢查率、糞便潛血檢查率、65歲以上老人流感注射率。

(四)調整計算(分)方式或執行規範：檢驗(查)結果上傳率、慢性病個案三高生活型態風險控制率、社區醫療群醫師支援醫院。

四、退場機制：

(一)調高評核指標退場及輔導級之評核指標分數。

(二)當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，1年內不得再加入本計畫。

五、多重慢性病門診整合費用：112年度比照111年度計算條件(90分以上則納入E1案件)進行獎勵，如全聯會須於113年調整相關預算或條件，再由本署協助提供統計資料。

六、「醫療群內重複用藥核扣情形」指標，計算方式修改為醫

療群內收案會員重複用藥核扣情形(負向指標)：

- (一) 計算方式：醫療群內收案會員重複用藥核扣金額/醫療群內收案會員數
- (二) 得分閾值：醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額 ≤ 30 百分位得5分、 ≤ 60 百分位得3分、 ≤ 70 百分位得1分。

七、修改項次、酌修文字。

第六案 提案單位：衛生福利部國民健康署(下稱國健署)
案由：「全民健康保險代謝症候群防治計畫」112年修訂計畫(草案)，提請討論。

決議：

一、本案修訂重點如下：

- (一) 計畫施行期間：考量病人照護之延續性，刪除計畫施行期間。
- (二) 參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求：增列前一年度已參加本計畫之醫療院所或醫師，若未有退場機制所列之情形者，得延續執行毋須重新申請。
- (三) 收案期限：考量病人照護之延續性，刪除收案期限。
- (四) 收案條件：增列符合糖尿病前期之個案(糖化血紅素(HbA1c)：5.7~6.4%)，並提高每一診所收案人數上限為200名(包含前一年度延續收案個案)，且排除不得與「糖尿病」、「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」醫療給付改善方案重複收案。
- (五) 服務內容：配合收案流程調整執行重點說明，增列收案評估可採收案日前3個月內之之檢驗檢查數值，另比照糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案規定，於追蹤管

理可採用追蹤管理日前 3 個月內之檢驗檢查數據。

(六) 結案條件：增列「收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目任一項皆未有進步者」。

(七) 給付項目及支付標準：維持現行支付點數，於收案評估(P7501C)增列所需執行項目；追蹤管理(P7502C)調整追蹤間隔時間為 10 週(≥70 天)，另需申報追蹤管理費三次(含)以上方能申報年度評估(P7503C)費用。

(八) 獎勵費：

1. 調整「診所品質獎勵」門檻條件，於「代謝症候群改善率」依計畫目標早期改善慢性病風險因子，調整評價項目順序、給分及人數，另將糖化血色素移列加分項目。
2. 增列「個案績優改善獎勵費」，針對積極進行生活型態管理有成效且結案之個案，每一個案獎勵 1,000 點，惟不得與「個案進步獎勵費」重複給付。

(九) 計畫管理機制、退場機制、計畫修訂程序，配合現行全民健康保險相關規定辦理。

二、本案原則通過，並請國健署依委員意見修正「診所品質獎勵費」代謝症候群改善率項目給分，經全聯會確認後再函文予本署辦理後續事宜，另請國健署提供「個案績優改善獎勵費」指標操作型定義，俾利本署計算。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 4 時 14 分

柒、與會人員發言實錄詳附件。

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 111 年第 4 次
研商議事會議與會人員發言摘要

壹、前次會議紀錄確認

主席

各位前輩大家午安，這個天氣真的不好意思讓大家跑一趟，不過這個會還是要召開啦，因為人數已經過半，也有一些南部的代表路途遙遠，我們也不敢隨便說流會，好，那我們開始，好。

本署醫務管理組 劉林義副組長

好，現在開始西醫基層總額 111 年的第 4 次的研商議事會議。那首先是確認上次的會議紀錄，請各位代表看到會議資料的第 6 頁到第 10 頁，看看有沒有問題，以上。

主席

好，各位有什麼問題？好，沒有，我們繼續。

貳、報告事項

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
(業務單位報告)

主席

好，謝謝，報告事項第一案有沒有問題？好，沒有，我們繼續。

報告事項第二案：

案由：西醫基層總額執行概況
(中華民國醫師公會全國聯合會及業務單位報告)

.....

陳相國代表

小兒科這邊數據嚇一跳，小兒科的件數成長 69.81%，醫療費用成長 53.45%，這是一個假象，因為 110 年 Q3 基期太低了，下

一張，那大家看到，這個 109 年 Q3 小兒科這季的申報件數有 438 萬件，111 年 Q3 有 395 萬件，110 年 Q3 有 232 萬件，所以 110 年 Q3 基期太低，所以造成說今年度 111 年 Q3 和 110Q3 比較起來有 69.8%，可是它跟 108 年 Q3 比起來還是下降的蠻多的，我有點不明瞭，是不是請教署方這個小兒科的 111 年 Q3 和 108 年比起來，它的件數是-31%，可是為什麼它的點數會是正 4.34%，等一下是不是請醫管這邊幫我們分析一下，數據我跟我們會務人員確認過應該是沒有錯，它跟耳鼻喉科長的不一樣，可是也沒差那麼多齣，下一張。耳鼻喉科也是一樣，因為基期低，好像成長率很高，事實上，跟 108 年比起來也沒那樣的多，件數是成長 49.01%，醫療費用是正 35.7%，下一張，耳鼻喉科和小兒科其實差不多，都是因為基期低的關係，這年造成假性的大量成長，下一張，我聲明一下，這個包括 C5 案件。

.....

陳相國代表

我在這裡報告 6 年半，我記得署長上任以後晚 4 個月我就來這裡報告，那第一次報告很緊張，那個現在已經比較熟練了，首先要感謝署長這 6 年半來對我們基層醫療照顧，尤其署長做了很多改革跟創新。署長可以說是有史以來做得最久、最會講話、最有頭腦最、接地氣、最照顧基層的署長。掌聲鼓勵一下。我記得以前，因為我診所開了 25 年，我是跟我太太一起執業，住在一起，我說在看診的時候聽到健保署打電話給我，我們護理人員說「陳醫師，局長找你」，我嚇一跳，很害怕，很惶恐，然後很驚恐的情況經過了四五年，後來就產生幾個 stage，第二個 stage 就是說，很厭煩，不知道又找我什麼麻煩。第三個 stage，署長接任以後我就覺得這個健保署又打電話來，就覺得很窩心，應該是有事情跟我討論。所以我就知道它有很多的豐功偉業，不過我覺得署長最值得稱許，就是跟基層醫療充分的改變了敵對的關係，以前西醫基層診所或者醫界跟健保署都是對立的，甚至是 PK 的，兩邊在那邊罵來罵去。署長很成功的把這

個氛圍轉變成夥伴關係，而且是非常親密的夥伴關係，是朋友的親密，夥伴關係。所以我每次跟健保署開會的時候現在覺得很溫馨，然後有時候署長一兩句話就把我們的基層的心都軟化了，跟署長融化在一起，跟署長蒸發了，這是署長最傑出偉大的貢獻。署長，第二件我覺得最值得稱讚的事，他改革不合理的核刪倍數的擴大回推，這個事情我們基層會都願意談到這個問題，那時候我們基層在申報一個案件的時候，跟你講申報點數比較高，譬如這一件申報 1,000 多塊，我就很怕會抽到。可是不知道為什麼，你很怕會抽到一定會抽到，而且何況是 100 倍，所以那時候很怕被抽審，因為署長一上任就改革核扣的制度，把倍數降成這個 10 倍 20 倍左右，醫院是從 10 倍降到 4 倍，這個在我們基層醫療非常的多。署長上任的時候他有位宜蘭的立偉，他名字叫立偉，他不是立委，這個汪立偉先生就跑來署長的辦公室底下，靜坐哀叫好幾天。那時候署長年紀也不是很年輕，雙腳半蹲著聽他講話講了很久。署長傾聽民意聽他講了很久。好辛苦。

主席

謝謝，我沒有要選舉。

陳相國代表

我再講一個，署長對雲端資訊的改革讓我們基層醫療的水準超越其他世界各國，遠端醫療資訊真的是對我們幫助蠻大的，感謝署長。其實我要感謝我們一起共同夥伴，像慶明理事長，啟嘉兄、國治兄等，大家都知道，樹大必有枯枝，人多必有什麼，演講多必有閃失，像我覺得我自己有閃失蠻多的，感謝各位健保署關心我的夥伴，有時候報告有一點表達錯誤，他們都忍住不講，事後才跟我講，我非常感謝，這麼多年我覺得我們這些夥伴是一群很快樂的傻子。有人說，醫生的時間就是他的生命，醫生要靠時間才能夠賺錢養家糊口。有人就會說你怎麼當一個醫生，開那麼多會，都不用賺錢？可是我覺得我們有這一群這

麼好的夥伴一直跟我們站在一起，為醫界的前途打拼，我覺得很窩心說實在，所以我非常感謝我的同伴，因為我每次上來開會，坦白講每次都犧牲自己的時間，然後有時候開完回去還要被同儕在網路謾罵，所以我覺得我們這群醫界的核心幹部真的是非常值得令人稱讚，也很感恩。所以我們醫界的夥伴自己給自己熱烈的掌聲鼓勵一下。疫情快過去了，祝大家所有的前輩跟醫界夥伴在未來一年都能夠順順利利、身體健康、萬事如意，感謝大家，謝謝。

主席

謝謝報告，剛剛提到的小兒科跟耳鼻喉科請回映一下。

本署醫務管理組 劉林義副組長

有關專科的部分，因為我們這邊資料沒有細到專科，請看到西醫基層跟 108 年比較的成長率。假如用 111 年第 2 季來看的話，總件數的確是負成長 11.2%，整體點數是正成長 13.1%，不過因為我們是看整體，沒看到分科別。

黃啟嘉代表

我想有一個原因可能是支付標準有調整，支付標準包括診察費有調整，不過耳鼻喉科是沒有，耳鼻喉科的點數跟件數都還是負的。可是在小兒科我想應該是支付標準調整。

林應然代表

不可能，怎麼會可能？件數差那麼多，108 年這樣下來成長 4.34%。不可能的事情，這個不可能的事情，跟 108 年相較，108 年我們還有 576 萬件，111 年才 395 萬件，怎麼可能跟 108 年相較成長率有到 4.34%。即使你說加成，加成哪有加多少？那不可能的事的。

黃啟嘉代表

我覺得還是查一下好了，好不好？

林應然代表

對，這個應該不可能的，一看就知道了，大家那麼多人在這裡。

黃啟嘉代表

可能是要查一下，再把數據確認。

本署醫務管理組 劉林義副組長

對對，可能數字有問題，因為我看簡報第 19 張，第 19 張的總醫療費用的部分。

黃啟嘉代表

好像沒有成長那麼多。

本署醫務管理組 劉林義副組長

對，這邊是 2,288(百萬點)，不過看簡報第 20 張，這 2 張的數字就不大一樣。

林應然代表

可能分年度的比較，比較錯年度了。

黃啟嘉代表

還是要回到 108 年的總申報金額跟 111 年第 3 季總申報金額兩個再除一次看看。

主席

OK。

本署醫務管理組 劉林義副組長

之後數值確認後會在會議紀錄內說明。

主席

謝謝那個陳相國理事長，這次報告的很精簡，林應然代表這邊？

林應然代表

沒關係啦，反正大家都知道小兒科的業績怎樣，這是都知道的事情，不要把它以為小兒科好像增加了，把人家多申報了多少钱，我想這個不太好。其實小兒科本來就是非常弱勢的，我當然今天不是代表小兒科，但是只是說這個數據大家一看就很明顯錯誤。

主席

好，對不起，那我們繼續下一案。

附帶事項：

有關耳鼻喉科和小兒科數值疑義，會後全聯會表示耳鼻喉科資料無誤，小兒科資料誤植，重新提供簡報資料如下：

20

111年第3季醫療申報件數&費用與近3年比較— 小兒科

年季	件數				醫療點數 (百萬點)			
	值	與110年相較 成長率	與109年相較 成長率	與108年相較 成長率	值	與110年相較 成長率	與109年相較 成長率	與108年相較 成長率
111年Q3	3,953,946	69.81%	-9.84%	-31.47%	2,288	53.45%	-3.15%	-19.51%
110年Q3	2,328,459		-46.91%	-59.64%	1,491		-36.88%	-47.55%
109年Q3	4,385,573			-23.99%	2,363			-16.89%
108年Q3	5,769,465				2,843			

報告事項第三案：

案由：西醫基層總額 111 年第 2 季結算點值報告。
(業務單位報告)

主席

好，謝謝，各位有沒有問題？沒有，下一案。

報告事項第四案：

案由：112 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事
會議」召開會議時程。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝，請各位把時間空下來好不好？好，我們現在第五案。

報告事項第五案：

案由：有關「全民健康保險代謝症候群防治計畫」跨年度延續與經費使用案。

(業務單位報告)

主席

好，各位代表知道這個案子吧？這是今年的計畫，好，那就先這樣，來，報告案六。

報告事項第六案：

案由：修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表一之 2.專業醫療服務品質指標「門診注射紀使用率」指標案。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝，各位代表有沒有意見？沒有，我們繼續，來。

報告事項第七案：

案由：112 年「基層總額轉診型態調整費用」結算方式。

(業務單位報告)

主席

好，請說。

黃振國代表

上次在我們跟部長溝通中有拿出來，我們這五年慢性病的件數有明顯的成長。因為在疫情期間，尤其是 109、110、111 這 3 年，很多民眾根本沒有到醫院去就醫，直接到基層，所以沒辦

法用我們傳統的計算方式，需由醫院轉診到基層才列入，這個部份我們看到金流是相當龐大的，請我們會務人員給我們署方做參考，在疫情這幾年，像我有很多病人因為沒辦法到醫院，我們就發揮延續病人用藥的權益，都幫病人開類似或者同樣的處方箋來延續病人的就醫權益。這就是所謂的轉診型態，也造成西醫基層在萎縮，大家可以看到報告裡面急性科別、耳鼻喉科、小兒科的確是看到明顯的萎縮。但是內醫科跟家醫科為什麼沒有萎縮？很多是來自醫院的慢性病人穩定的到基層的就醫。這個就醫也用到我們西醫基層原有的預算，是否在今年 111 年或者 112 年針對這中間的 gap 能夠適度的給基層回饋。因為我們基層擔任了第一線，在北京疫情的爆發，因為沒有西醫基層當做第一線的醫療照顧，醫院都癱瘓了。我們渡過了這個危機，是否也能夠讓西醫基層得到適當的鼓勵，謝謝署方的幫忙，謝謝。

主席

好，我想這個也就是說，最近在跟部長在討論分級醫療的一個相關的部分，也真的是很小心在面對這個問題。這是將來會面臨到一個挑戰。說實在的，你們看那些不同科別在這一段時間病人的變少，我們也許會覺得說我們現在病人又開始多起來我們覺得是正常，其實我都跟我的同事說，我的想法就是覺得不正常，我們幫病人看病真的是太方便了，很難去改變這種醫療生態。不過就是說大家做得很累，其實問題是說，你看每天都有報紙都在講說我們一定要再多增加醫療費用。所以有時候我是覺得跟各位拜託，就是大家也是必須要把我們的有限資源做最有效的利用，其實我就講了錢的問題根本不是我們這種角色，說要多少錢就有多少錢，這是很現實的，我們就把我們所能做的事做好，大家要有這個共識，有時候不同的背景有不同的考量，好不好？所以你講的我會注意，不過就是今天在討論的時候也是針對診所，其實醫院也有不同的角色，大家要有共識，如果說可能跟那個病人數的那個多少，林應然理事長你在

前幾天有報告說要檢討，我覺得講得很清楚。好，來，我們現在看第八案。

報告事項第八案：

案由：修訂全民健康保險西醫基層總額提升心肺疾病照護品質計畫案。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝。

林煥州代表

因為復健科，關於心肺復健部分大家都有所提議，因為這個不是光是醫師能夠做的，也要治療師的一個 training，有人沒有達到的時數，大家都做得特別心虛，診所有點卻步，所以第 1 年的成績是真的還不太好。希望第 2 年再推展，謝謝。

主席

不過話說回來，當初這個計畫我坦白講，我都是講真心話，有的東西有風險在，不是講的那麼簡單，有時候是說錢要在刀口上，像這種病人，狀態已經不太好了，復健科醫生在緊急的狀態，你要他擔那麼多責任，是要很小心，好不好？好，OK，假如沒有問題我們就先這樣，進入討論事項。

討論事項

討論事項第一案：

案由：112 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義討論案。

(業務單位報告)

主席

好，有人要補充嗎？

黃啟嘉代表

這個大家有共識，全聯會討論過，所以已經有共識。

主席

OK，好，討論二。

討論事項第二案：

案由：有關 112 年度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。

(業務單位報告)

主席

謝謝，請問有沒有意見？

黃啟嘉代表

我可不可以請我們品質資訊組盧榮福理事長跟我們講一下？

盧榮福代表

我想討 2-1 這部分，健保署的意見第 1 點裡面的 1、2、3 項我們已經在討 2-6 裡面有回復了，就是全聯會的意見是在討 2-6 這一部分，就是回復健保署第一大點的括號 1、2、3 點。至於第二點的就是要廢除健保卡登錄差異，因為現在雲端很發達，如果不行的話，我們是認為是 OK，因為現在大部分資料都在雲端查詢。因為現在我們本來就有 110 分嘛，可能部分再去調整。我們也希望說健保署這邊因為去掉一個很重要的指標，因為這些指標都是需要 evidence-based，要能夠看得很清楚。所以的話你們有什麼指標可以提出來我們可以一起討論，我們本身也會自己去做 modify，跟我們全聯會裡面的各分區去討論。那這部分如果說取消這一項的話，如果是這樣子，我們應該是會 OK。

主席

謝謝。

本署醫務管理組 劉林義副組長

好，請大家先看到討 2-8，全聯會的核發獎勵分配的院所數其實

大概是 73.6%的院所有拿到品保款，所以大概 75：25 的話，比率是還可以。只是說拿到滿分的比率會比較高，因為有 4,000 多家，就這一塊也是健保會要提醒基層的代表。另外就是因為我們現在推動虛擬健保卡，剛剛盧理事長講的，未來會慢慢朝向資料就不要寫入 IC 卡，因此就可能會影響到我們講的這第 4 個指標，占分 20%，這部分我們這邊也會來研擬看看有沒有什麼其他指標，我們可能要從開始討論 113 年品保款的時候納入考量，還有一年的時間，我們可以再討論，以上。

主席

好，謝謝，沒有？我們就進入討論三。

討論事項第三案：

案由：修訂「112 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。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝，各位有沒有問題？有沒有意見？

黃啟嘉代表

請超群先。

徐超群代表

我想這次修訂的方向就是擴大參與的部分，我是覺得這個方向是很好，可以讓退休醫師、返國醫師都有參與的機會，而且條件不是很嚴格，這樣很好。他們如果願意投身在偏遠地區的醫療照顧，這對我們醫療方面是很好的一個方向。另外就是擴大參與方面，有一些第三級的區域，開放給醫院也可以同時施行，我是覺得這個也是可行，因為很多地方比較偏遠、基層診所可能到不了，例如說我們的 IDS 都已經是醫院在做，那太偏遠了。屬於醫療不足的地區，比較偏遠的地區如果診所不去給醫院去，這也是一個很好的一個方向。即使說那個區域執行率

100%，但是它還有一些更偏遠的村里，就像南區有提到三個地方，覺得如果有醫院願意去那裡做也是可以支持，所以我很肯定健保署修改的內容。以下有一個小地方想要再詢問清楚一點，討 3-32 有提到，文字明訂保障 36 個月的開業計畫如果是 1 號發文就是這個月開始，如果是 2 號以後發文是下個月開始，那 2 號到 31 號，中間這個費用是不是照一般的健保費用來給付，就是沒有保障，是這個意思嗎？

本署醫務管理組 呂姿曄專門委員

對，這個部分是是的，因為我們保障是寫說從次月。因為醫師如果非 1 號開始執業，從 2 號開始執業，我們保障是從下個月開始做保障。所以會有第一個月的差距，可能要醫師自行吸收。但是因為這一個條款已經修得比今年的計畫還要完整的，因為我們是明定保障到 36 個月。

徐超群代表

對，這樣就是剛好可以做到 36 個月比較公平，但是就是這中間的部分是不是再寫清楚一點？例如說 2 號發文，2 號到 31 號就是照一般的健保方式支付就是沒有保障，這個可以寫下去會比較完整一點。此外，討 3-48 跟 49，這個表格有一點亂，可能排版的時候，沒有再校對清楚。舉例來說嘉義縣，3-48 最下面左手邊，這是鹿草鄉，右邊倒數第二個，雲林縣跟高雄市之間，就插入布袋鎮、溪口鄉，請看下一頁左手邊上面都是嘉義縣。所以同樣一個縣切成三塊，是不是請再排版整理一下？

本署醫務管理組 呂姿曄專門委員

這部分我們到時候修訂計畫要發布公告的時候，我們會一併做調整，謝謝，謝謝徐醫師的指教，謝謝。

徐超群代表

我沒有其他問題，我是很感謝這次修正的一個方向，謝謝。

主席

謝謝，感謝超群醫師，我想是這樣，這個部分我的觀察是，沒

有給醫生製造好的環境給有願意醫生去，這是未來很重要的，問題是整個社會就是需要有醫生在那邊，你們不去，那又變成我們的事你知不知道？要醫院去，你們又有意見的時候，你們不要這樣想，總之有人去是最重要的。

黃振國代表

針對建議的新增地區第一點跟第二點事實上是相違背的，我們以第一點為例的話，為什麼是醫人比會大於 2,600 呢？大家可以去查一下，大溪區跟觀音區剛好是人口成長新區。一個新的社區，尤其年輕族群進駐，當然爾後的發展一定可期。這樣的發展是著重在醫病比，但是本來的醫療資源缺乏，是希望這些醫師沒辦法去，我們鼓勵大家去，可以預見不久的將來大溪區跟觀音區應該有很多年輕的醫師看到這麼大的市場，醫跟著人走，所以我覺得如果今天把它列為醫缺區的話，希望以後醫師足夠的時候，也請降級到非醫缺區，這才符合我們實際需求。第二點剛好顛倒過來，大家知道我們面臨到的臺灣人口老化最大的問題是什麼？尤其在相對偏遠的地區，人口老化，青壯年都不留在該社區，所以會發生什麼問題？新的診所進駐不容易，反而都是原有的老醫師老診所待著。現在針對這高雄市提的建議，我覺得應該也蠻好，但是我們必須有明確的標準。譬如說它的就醫時間成本高，這要訂出一個標準，這不是只有高雄市而已，在臺灣的各個偏遠地區，甚至人口老化地區都會面臨同樣的問題，所以我希望健保署能夠明定何謂時間成本高到可以列入所謂的偏遠地區、醫療資源不足地區的一個例外，而不是用醫病比。第二個所謂人口密度低到底多低？低到什麼程度？這個剛好我剛剛講的這兩個區剛好相反，所以今天當地的衛生局很熱誠的把某些地區因為長者行動不便，希望有醫療資源能進駐，我覺得這個 idea 很好，但是我們訂這個標準必須有一個通則，到底什麼 criteria，而後其他的縣市要比照的時候如何比照？不是他自己認知，而且我們很多的衛生局都是只有行政區的概念，並沒有醫療網的概念。我們常被詬病，隔一個縣

市，隔一條橋，以臺北縣市為例，你說新北市的醫療資源不足，臺北市的醫療資源過多，但是就醫有限制嗎？沒有，民眾有充分的自由就醫的權益，所以在臺北區的醫療當然是充足的。我希望如果這個條件要通過的話，請署方補充要列入的標準是什麼，何謂時間成本高，人口密度要低到多少才符合列入醫療資源不足地區的標準，這樣才能適用到其他區域，不要因人而舉事，好不好？謝謝。

主席

好，謝謝，我想我們會列入參考，基本上，我們說實在，你看南投需要醫療投入，需要政府過去幫忙，南投人有自己南投人的自尊，所以他們也想設他們的醫學中心，你知道嗎？問題怎麼協助，你講的是沒錯，這個我都可以了解，也請您多幫忙基隆地區提供醫療服務。

黃振國代表

基隆地區我可以服務。

主席

基隆交給你。陳相國代表，臺南地區就交給你。這個我會注意好不好？你們放心，其實說實在的，有的地區就是沒有醫師，或是患者，病人對他不信任也是一個原因，問題是你要忍耐，所以說這個有時候也是有它的盲點好不好？好，來，我們進入討論四。

討論事項第四案：

案由：有關修訂開放表別項目支付標準案。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝，藍毅生醫師你要不要補充？沒有，各位有沒有補充？

那就這樣了，好不好？來，請。

林煥洲代表

署長，有人反應就是說在北區，超音波的檢查以及關節用超音波導引的注射，才執行半年左右就開始抽查，所以讓很多基層醫師心生恐懼，因為超音波注射是蠻貴的，抽查變成不敢報，我們中區是有做報表出來，好像半年前我們中區只有報 19 萬，上個禮拜我們在檢討只有 38 萬，所以才成長一倍。中區是沒有抽成，但是北區已經開始在抽成了，所以對北區的復健科醫師可能有一點……。

黃啟嘉代表

煥洲醫師的議題跟本案比較沒有關，煥洲醫師那個案子，我建議是不是提到執行會來討論？我們內部先凝聚共識？請毅生說。

藍毅生代表

因為我剛好是中區的主委，因為林代表他提的那個案子在中區是比較特殊的。它其實是一個院前診所，它 3 個執行的專任醫師但有 40 位的支援醫師，所以產生出來的量包括關節注射的那些量都是全國最高的，我們已經在前兩個禮拜前已經跟院所做了輔導，已經有了明顯的改善。

主席

其實我是要跟各位報告，就是說在基層這邊，我是覺得你們同儕的制約算做得很好，而且自己有在注意到一些相關的細節，不過我注意的是說，當然還是要靠你們自己去控制量，未來的話你會發現說，分級醫療做下去的時候，真的很多病人會到基層來的時候，那假如說我們自己又沒有去注意到我們的一些醫療行為的要求，那個申報的量會真的變得很大。前一陣子我是跟部長說這是另外一個要很注意的情況。

因為我想你們也是很期待說真的做分級醫療，我是很小心在跟人家提醒，因為醫學倫理還是一個很重要的議題，本來病人該做什麼治療就什麼治療，真的不需要衡量，好不好？好，進入討論五。

林應然代表

我可以發表一下意見嗎？

主席

請說。

林應然代表

有關於那個開放表別執行率的問題，雖然現在只執行 29%，可能你說開放診所或者支援醫師去支援就可以申報，目前是可以，可不可以但書，就是說將來如果你知道這個疫情一定會結束的，如果你今天開放了，下一次其他人會一起來比照，或者是將來爆量的時候是不是可以有動態的修正的問題，就是說要不要滾動式？

黃啟嘉代表

開放表別一定會動態修正，開放以後還是可以收回來，這是第一個。第二個是各科之間的項目是一項一項來討論，不能夠全部一體適用。

黃振國代表

我想應然兄其實是講出我們臺北區的現況，最大的 concern，我們某個集團醫院的附屬診所執登了 10 位醫師，都不在急診看病，等於是名義上是執登在西醫基層，但業務都是在醫院，像這樣的話就會面臨剛剛講的問題，事實上是執登在基層，實際是在醫院執行業務。這樣的醫師爾後他就名正言順可以到各個診所去支援。這個形態我們也曾經跟健保署反應，類似這樣集團的診所，事實上不是基層醫師。本來比較嚴格是現在只有基層的醫師能夠做所謂的降調的業務。目前據我了解很多的醫院都已經轉型成類似這樣的模式。所以其實這個財務評估我個人比較悲觀。大家回溯當時在開放表別聽到超音波金額，請業務組的同仁告訴我們當時預估的預算，跟實際這兩三年成長的情形可以供參。第二，我本來不想講話了，應然兄講我才講，再次感謝婦產科醫學會當時非常嚴謹的訂了一些 guideline 來做

適當的、合理的使用醫療資源。但是難免有一些醫療院所主觀性跟專業性比較強一點，沒有照著遵循，所以剛剛應然兄講得非常好，現在只有流感快篩有所謂跨支援醫師，因為疫情的需要。這個當然擴大西醫基層量能，如果真的需要，我們也樂觀其成，那是不是也能夠有觀察期？觀察期看有沒有發生剛剛講的情形，非基層醫師在支援其他的基層診所，甚至量有不合理的成長，其實我們臺北區域在管控一個頭兩個大，我們都不好意思講那麼清楚。也請業務組關心到底這些成長是否合理？合理我們也蠻鼓勵支援基層的，不只是這一項，如果這個 OK，是不是哪些項目也 OK？不然的話，我們今天說這個可以，我相信外科、骨科、內科、其他科也會比照要求，我相信這個現象一定會有，請業務組稍微考慮一下，謝謝。

主席

好，謝謝。

黃啟嘉代表

我可不可以針對振國代表的建議，提一個解決的方法，我們是不是試辦一年？就是說開放支援診所的醫師執行陰道超音波我們試辦一年。另外，有關陰道超音波的預算，我們必須要考慮到說，過去沒有開放以前是用腹部超音波的申報。所以今天如果陰道超音波有申報的時候，腹部超音波減少的部分兩個要做互相的刪減以後，才是符合真正預算增加。這樣我們就可以評估它到底有沒有超過我們的 quota，我建議就試辦一年，試辦一年如果發現失控的話，這個試辦就取消。

主席

其實我告訴你，很多東西要不要失控，我坦白講，其實原因就是說，有時候做很多規矩在管控，其實有時候民眾會去 challenge，也很難去管，剛剛您說的內容我們列為紀錄，但我覺得就是說，不管哪一科，假如對病人來講治療，就是可以做得到的，不然這些人來就是可以協助整個醫療體系的發揮嘛。像當時你們前幾年的時候都在做心臟超音波，講得很開心，我

那時候就記得做心臟超音波一定是有病，做一做之後 review 到底在門診做完了以後，病人有沒有再到醫院裡面去的時候，真正生病到醫院去的時候，醫院裡面的那個心臟科醫師一定要求他重做的啦。你知道嗎？不同的狀態會做不同的打算嘛，很多事件背後利益團體在那邊糾葛，有時候我覺得也很煩，其實有時候都不好意思講得很清楚，好，沒關係，剛剛大家講了建議我們就列入，好不好？好，我們進入討論五。

討論事項第五案：

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案。
(業務單位報告)

主席

謝謝，我們請王宏育理事長先發言，再來請顏鴻順理事長。

王宏育代表

謝謝大家，那因為我們 12 月 15 號，上個禮拜四溝通會議時，我跟顏鴻順理事長感情都很好，意見不太一樣。但是我們剛才在外面又有摟摟抱抱，也跟署長照相了。因為四五年前，我們總額成長率協商我們分別要求多重慢性病，家庭醫師照顧計畫。例如多重慢性病，我們如果假設多要了 3 億，家醫計畫多要 5 億，健保會就說我給你 3 億就好了，3 億就把多重慢性病放在家醫計畫裡面，那第一年第二年都是這樣，因為家醫計畫是一個水庫，糖尿病試辦計畫也是一個水庫，所以剛開始第一年第二年糖尿病試辦計畫是沒有拿到多重慢性病。那個時候我們是希望，我們再增加一筆錢讓糖尿病試辦計畫也有多重慢性病的費用。但是這個多重慢性病費用這一筆錢是放在家醫計畫裡面。因為我們高雄縣大部分的診所比較偏鄉，請不起營養師，我們大部分都拿到多重慢性病的錢，我們沒有做糖尿病那一塊。那如果糖尿病那一塊再拿到這一塊的錢，高雄偏鄉的診所的錢就等於說又一部分被搬走了，因為這個錢就是固定的。所

以我們才會希望說，是不是按照健保會的決議，這個錢就放在家醫計畫裡面，那上個禮拜主席是有裁示說明年一定要爭取這筆錢 E1 案件，讓我們做糖尿病照護的醫師也可以拿到這一筆錢。那我覺得每一個人人都應該有拿到多重慢性病的錢，因為整合多重慢性病照護的錢看了好幾個病，但是因為這個錢的來源不是放在糖尿病照護計畫，所以我們還是很希望這個錢是放在家醫計畫。但是我想鴻順理事長他也是很辛苦，照護糖尿病人很辛苦，糖尿病也有他們的 pay。所以站在偏鄉理事長的立場，我們真的很希望說這筆錢是放在家醫計畫裡面。當然我們有一個落日條款，我們就是再去爭取一筆錢放在糖尿病試辦計畫，我們真的是很希望這樣，謝謝。

主席

好，顏鴻順理事長，請。

顏鴻順代表

不好意思，這個我們不會太為難署長的，很有默契。就是我想還是要訴求一下，現在高雄縣都併到高雄市，所以高雄不是偏鄉，不是偏鄉。而且在整個這個糖尿病照顧網的操作計畫，現在條件有一些改變，現在是不用請營養師，只要醫師修學分，再加上一個護理人員修學分他就可以操作。所以在我們新北市，我們其實是鼓勵會員儘量能夠參加健保署推動的各種試辦計畫、照顧計畫。所以我統計了一下我們的醫療群，有參加這些試辦計畫的，大概 40 幾%到 50%。今天的訴求我把它講簡單一點，今天的訴求就是有關家醫計畫裡頭多重慢性病照顧的獎勵，我的訴求是說不應該排除 E1 案的收案會員，不應該排除。但是至於剛才講說當初這個付費者代表，其實付費者代表並沒有說 E1 案的會員不能使用裡頭的，沒有，沒有這回事，因為這些 E1 案類的也是被家醫群收案了。只是同時有加入糖尿病、CKD 或者甚至新的這個代謝症候群的這樣的一個照顧。那我的理由有 3 個，第一個家醫計畫的 E1 案類的這些會員，基於個管費不重複給付的原則，其實它已經沒有領每人 250 的個管

費，它是沒有被給付的。這個就是當初講的基於個管費不重複給付的原則。但是我們現在提的多重慢性病的照顧獎勵，它是一個獎勵指標，你做得好、做好就給你獎勵，所以這個沒有所謂重複給付的問題。所以我覺得不應該排除。那第二個因家醫計畫裡頭的這個 E1 的個案，它也是屬於家醫計畫的個案。而且這個個案都還是健保局 pass 給我們的，因為他就是有這些慢性病。那所以我們也都鼓勵會員參加，所以沒有理由說，沒有參加的可以領到獎勵，有參加的反而不能領到獎勵，這個聽起來也怪怪的。那第三個理由 E1 案類的個管費，你說它是不是領很多？我們來看一下 CKD，假設我參加 CKD，一年才 400 點，糖尿病照顧網一年要照顧四次最多是 1,400 點，你都不能 Loss，Loss 就沒有了。都沒有 Loss 一年四次 14,00 點，那是他要做的，那 BC 肝一年才 200 點。今天任何一個家醫的會員，我只要同時有給他收案參加 CKD，或者糖尿病或者是 BC 肝照顧，他就損失了多少？損失了 250 元的照顧費不能領。然後現在又損失說多重慢性病的 500 點或者 1000 點也不能領，那就是 1,250 點。你想想看，那這樣的話會不會很多人？我 CKD 就不要做了。甚至我 BC 肝更不要做，BC 肝一年才 200 點，我還做幹什麼？我只要不要做，我這邊比較划算。更何況接下來我們要推動的這個新陳代謝症候群它也是 E1 案類，它也是 E1，它一年才 1,100 點。如果我做這 1,100 點，一年卻損失 1,250 元，我覺得這樣在推動上也會有一些障礙。所以我覺得這個東西我的訴求是這樣子，看署長怎麼樣裁示，謝謝。

主席

謝謝，王宏育代表聽得懂嗎？

王宏育代表

聽不太懂，我再講一下，這個不是個管費的問題，這個是費用科目的問題，那個科目多重慢性病照顧那時候就放在家醫照顧計畫裡面，那因為我們一向就是不兩邊拿錢。但是理論上 CKD 那些我覺得都可以拿這筆錢。但是因為糖尿病的話，我們就看

一個真實的事件好了，真實的世界，就是說糖尿病大部分就是他申請的費用都比較多。那偏鄉的診所申請的費用都比較少，所以假設真實的世界，如果我們平常鄉下的診所多重慢性病，其實如果做了一年大家也可以領個 10 萬塊，那假設因為糖尿病可以領了，變成他就可能只領到 7 萬、8 萬，那糖尿病照護很可能他如果病人很多，他會多到 100 萬。所以就是講說試辦，因為我們有試辦一年嘛，那是不是署方那邊有紀錄說，是不是我記得好像有 6 家診所可以一下子多了 100 萬。那是不就是變成偏鄉的診所的錢就搬到大型的診所去，這樣子我是覺得比較不合適。所以我還是希望說我們是不是那一天上個禮拜四主席裁決的說，我們就是明年可以不可以再申請一筆錢給糖尿病的這些試辦計畫的修訂。那其他的我們都可以領，那今年，因為這裡有一個 90 百分位，那如果 90 百分位，如果很多人的話，那我們可以提高到 95，不多的話 90，照這個通過我也沒有意見，我可以表示我的善意，就照這樣沒關係，90 分很多，90 分到 95？這個我想署方可以做一個裁決，那我們真的是希望另外爭取一筆錢來，而不是從偏鄉診所的錢搬到大型診所，這樣子的話我覺得比較不合適，對不起，對不起。

主席

謝謝，來，顏鴻順代表。

顏鴻順代表

其實我要陳述的那些理由，我剛才都有講了，因為這個東西是從它照顧費用的方面，我覺得它科目其實是沒有問題的，因為 E1 案類的這些照顧的個案它也全部都是醫療群收案的個案，而且這個個案都是健保署 pass 下來的，所以它也是醫療群的會員，只是它同時又有參加這個糖尿病照護計畫或者 CKD 照護計畫。所以它的費用使用科目是絕對沒有問題的，絕對沒有問題。那只是說宏育理事長在表達的時候在他們南部可能參與這些照顧計畫的人比較少，可是相對的在都會區其實它比例是高的，所以我是覺得說科目沒有問題，而且它又沒有重複給付。

因為它的個管費已經沒領了，這個是一個獎勵指標。那為什麼連獎勵指標也沒有？那如果連獎勵指標也沒有，照顧也沒有，那他就不要成為會員了，那把他收案做什麼。

主席

好，黃振國理事長。

黃振國代表

這個原罪大家很清楚，原來是我們是基層根本不分你是否為家庭會員或者哪個試辦計畫的一個成員，其實壯大基層就是所有的基層醫師都應該有責任、有義務，不管有沒有參加這個計畫都應該幫病人做多重慢性病的整合。我回溯一下歷史，我們基層本來編 4 億，後來付費者就塞 2.5 億到家醫叫我們收了。事實上 2.5 億沒有很多，然後每年像我要負責家庭醫師照顧計畫，肩上背的擔架就重很多，之前家醫計畫一直在擴的時候，多重慢性的整合費用一直增加，健保署跟衛福部的長官覺得整個計畫大得不得了，也不應該大到應該滾到基期，強迫我們，事實上多重慢性病整合的費用，本來就不應該這樣納入家庭醫師照顧計畫，應該普及到所有基層的計畫。這是我們的建議。如何解燃眉之急，其實兩位兄長講得都對。在我們的立場都說我們會員比較認真做事。其實最大的問題就是我們試辦計畫的糖尿病、氣喘、CKD 或者是就是所謂的慢性肝炎，這個試辦的區塊本來就應該有類似，不是只有單純從過程面，我們的指標講的是過程面，就是你收到的過程有哪些？都沒有結果面。事實上家醫計畫的多重慢性病整合就是結果面，所以我建議也拜託署方，在訂 113 年的時候，不管是家醫計畫或者是其他試辦計畫也應該有結果面的指標。這個包括的整合費用如果沒辦法普及到所有的基層，希望在其他試辦計畫也編列相對應的多重慢性病整合的費用。這樣就不會發生說今天提到家醫計畫，家醫計畫在 110 年點值已經不到 0.9，112 年我估計也不會大於 0.9。如果這個一直在突破，以後承擔的責任太重大了。謝謝兩位兄長都能體恤那天我的講法，如果可以的話，112 年暫時就是沿

用 111 年，但是 113 年一定要把它切割清楚。不管是直接拿到外面包括家醫計畫、非家醫計畫多重慢性病的錢，或者是家醫計畫有多重慢性整合病的錢，其他的論質計畫也有一筆費用，我相信井水不犯河水，然後兩位兄長就不要為了小事吵到我們也很難做。好不好？謝謝。

主席

好，謝謝，張禹斌主任秘書。

本署主任秘書室 張禹斌主任秘書

那天當主席已經做決議了，但是他們就是還是要來跟署長再報告一下，署長，原則上還是請全聯會自己主動爭取 113 年預算，我署這邊很難主動去爭取。那第二個就是照黃理事長提的，就是今年就照去年先這樣作，因為也快到明年，年初就開始要實施了。

主席

好，謝謝，我想就原則是先這樣好不好？好，接著說。

王宏育代表

鴻順理事長說我們是高雄市，我老實跟大家講，剛才大家有講到旗山的溪洲是不是偏鄉，醫師公會全聯會都還來問我，我也沒那麼厲害，我還問我們旗山區的藍聖星理事說那個地方是不是偏鄉？他說那個地方很不方便，就醫非常不方便，高雄縣真的有很多那種地方，高雄縣跟高雄市就是不同，我就是負責高雄縣，我真的沒辦法，那我們也尊重署方，我們就是今年勉強這樣，那明年爭取錢，但是能不能一個但書說如果 90 分以上很多的話，那能不能改成 95 分？謝謝。

主席

好，可以，我告訴你，你看我現在有時候對你們就是畢恭畢敬，我是不想把事情鬧得很複雜，也不是說我說了就算，其實有時候真的要落實分級醫療，還要各個管道都要跟人家在那邊拜託、拜託。

黃啟嘉代表

跟主席報告，我們監事長想要發言我也拜託我們所有的兄長，因為還有一個第六案，我相信主席也希望討論。

主席

又要跑到下一次再討論。

黃啟嘉代表

那我回去會被殺掉，所以說拜託讓監事長發言完，各位兄長先討論第六案。

邱泰源代表（洪德仁代表代理）

很短，明年度就按今年這樣子做，明年度全聯會特別是啟嘉兄長，要有一個責任跟義務把剛剛所講的這些東西，先凝聚共識以後，將來再跟健保署的同仁報告謝謝。

顏鴻順代表

好吧，那個其實剛才我們監事長說的也就是上次禹斌主秘裁示最後的共識，那只是後來宏育覺得說他還是要訴求一下。

主席

沒關係。

顏鴻順代表

我們就把我們的理由都提出來讓大家知道。但是我是覺得如果說今天共識就是 90 分，90 分就是 90 分，不要再說如果太多的話又改成 95，那我們明年大家共同去爭取當初短少的金額來做一些補助，但是我在這裡是要詢問說，剛才宏育有提到，如果說他只是單純做比方說像做 CKD 的這一類的病人是不是要排除在外？

王宏育代表

不用、不用。

黃啟嘉代表

我想目前沒有共識，沒有共識就維持現狀好了，這樣子好不好？第五案是不是等第六案通過以後我們再回來討論第五案？

張孟源代表

我先簡單講一下，那個 CKD 的部分，因為只有 200 點，一年兩次只有 400 點。所以假如說，把 CKD 都排除的時候，那 CKD 的案件可能就會沒有人願意做。而且 CKD 是我們國家慢性病照顧是相當需要加強的一塊地方。然後再來就是說，大家希望說 113 年能夠爭取預算。那我們是希望說主席能夠尊重就是說，假如 CKD 方面也沒有爭取到預算，是不是讓我們 CKD 也能夠暫時依附在家醫計畫，因為只有 400 點，沒人要做，你收了案了，反而是可能倒貼嘛。那所以很多時候變成說每個計畫的預算都不一樣，給付都不一樣，那 CKD 真的需要排除，以上。

黃啟嘉代表

我們還是照上次的會議紀錄。

本署主任秘書室 張禹斌主任秘書

還是照剛才的決議。

黃啟嘉代表

對對，因為我想我們全聯會目前沒有共識。

本署主任秘書室 張禹斌主任秘書

這部分還是要先請全聯會處理。

黃啟嘉代表

慣例來講我們沒有共識就先維持現狀，好不好？然後剩下的事情我們回全聯會再討論。

主席

你去隔壁討論好了，進入第六案好不好？有個小插曲，因為有些中低收入戶、弱勢等需要資源，因為我們是希望說民眾看病就是先到我們的基層看嘛，不行，你說要轉診，我們就算你上去的時候你要在那個上一層的，你又要一個基本的負擔，還有藥費、檢驗檢查費，還有部分負擔，對他來講又是多一個負擔嘛。本來看病就是要錢，只是說我們就是這樣，我們就要去募，

撥一筆錢我們這樣。不過我剛剛就是，我就是覺得也很感動，因為前一陣子的時候就是有一個他捐了一筆錢，捐多少錢給我，50 萬還是 100 萬還是 200 萬，我就跟我同事說，我去跟他說謝謝，他就請我吃有名的蛋黃酥，他打電話給我，他說那個，我說我在開會，他說沒關係，等一下你開完會你再打給我，我準備要捐點錢給你們的愛心專戶。所以我覺得這個就是有時候也是蠻幸運的，可以有人來幫忙，進入第六案好吧。

討論事項第六案：

案由：有關「全民健康保險代謝症候群防治計畫」修訂案，提請討論。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝，啟嘉，請說。

黃啟嘉代表

今天我們其實有討論這個問題，有兩個重點，第一希望能夠把每一個診所的上限先擴大到 200 人。因為這個預算執行率現在不到 3 成。基於明年預算，藉著部長的想法，他覺得就是要從生活型態跟運動型態去調整慢性病，不要完全只靠藥物，當然希望醫病能夠共同決策對於健康的促進。應該是目前衛福部很重要的政策方向。所以我們當然大力支持，那因為很多人在今年度已經收到 100 人，如果說我們門檻 100 人實際狀況明年是沒有辦法再收案的，所以必須要再拉高到 200 人。之所以不無限擴大，如果照吳昭軍署長的想法是不要設上限，我說如果不設上限，預算不知道夠不夠，所以還是設上限到 200 人。應該要把這個 100 人這個蓋子先打開讓它有機會收到 200 人。第二，對糖尿病前期的照顧一開始已經導入進步的觀念，所以從前期就開始控制。我們希望所有進入這個照護專案的人他都有退場，就是病人好了以後，也可以給獎勵金 1,000 塊，不用一直

再照顧。那他的額度可以留給誰？留給需要照顧的人。這是這個計畫上改變的幾個重點。其他的部分都照舊。那天大家中午 12 點開會，我人在維也納，我是用視訊，早上 5 點跟著開會。今天參與的兄長很多都在當天都有參與，所以我想那天已經經過充分的討論，不知道大家有沒有要補充的？

主席

宏育。

王宏育代表

不好意思，那一天因為我們是 12 點開會開到 2 點，2 點我就開家醫計畫，那後面……。

主席

那天是不是你應該開健保會的？

王宏育代表

對，但是後面我們就沒有開到了嘛，後面講的就是獎勵費，那獎勵費大家看到其實這個大表，這個大表的代謝症候群改善率，這個第五項低密度脂蛋白膽固醇 LDL，它本來是得分 15 分變成 10 分我覺得很沒有道理，因為 LDL 就是我們核心，LDL 最重要，若降低 LDL 就比較不會讓你 AMI 心肌梗塞，不會讓你中風，這個這麼重要的怎麼占比會從 15%，15 分變成降低到 10 分，所以我覺得這個是不合理，這個我真的覺得要改了，若能從這裡多 5 分，其他哪裡少 5 分我沒有意見。那另外的話就是說，我們獎勵的話，我們第一年最好是不要太嚴格，它要下降 10%，我是覺得 5% 就夠了，因為 5% 就有統計上的意思，所以我是建議 LDL 占比 15 分變 10 分，恢復 15 分。下降 10% 變成 5%，那糖化血色素下降 10% 也應該改成 5%，這樣是比較合理。因為那個時候講到這裡的時候我們就被拉去家醫計畫會議了，這個我就沒講到，這是我的意見，謝謝。

主席

好，謝謝，來。

黃振國代表

我有兩點，第一個我們收案條件，因為今年的案子可以延續到明年，那因為我們很多新收案的個案都是可能不足三個月，因為我們會到 11 月。那現在是不是收案人數的上限要把它定義成新收案，舊個案是不是可以認為已經沒有收案的費用了？等於是新收案的費用隔年沒有了，他在 111 年已經領過了，他 112 年不能領了，可以嗎？好，第二個我建議如果我們不重複受理原則的話應該是新收案。如果你有照顧上限，應該可以請他把原來 111 年收案的先結案，不要超過額度就好，可以納新的個案。第二個宏育講對了，重點是戒菸人數提高非常多。我知道國健署對國人的健康是努力不懈，對戒菸的重要性我們都非常的重視。但是因為國健署本來就有戒菸計畫，戒菸計畫也是這幾年大力推動一個非常重要的計畫。那這個代謝症候群的比重要把戒菸提高到這麼高也許大家可以商議一下。宏育不見的 5 分應該跑到戒菸去，我不知道是不是？第二個建議，其實我蠻支持宏育，因為很多的指標是制定目標，制定目標可能都是 1%、2%、3%。那你的客觀目標也不要跳到 10%。第三個，針對那天比較有爭議就是，所謂糖尿病前期的認定，事實上糖尿病前期都納入代謝症候群的話，人數會增加非常多。所以我建議應該加一句，針對代謝症候群一年內血糖有高於 100 符合糖尿病前期的可以收案。他不一定要符合我們剛剛講的三個指標才能夠到達收案的條件，這樣會比較貼切，這三個建議，謝謝。

主席

我想我先請那個姿曄先回應你剛剛的意見，那再來請璽倫，璽倫等一下你回答，不過我覺得是這樣，有時候聽起來，那個振國，你們要看遠一點，等到病人有一些有症狀了收案其實就不太好，應該要越早介入越好。

本署醫務管理組 呂姿曄專門委員

先說明一下，剛剛我們在報告案第五案的時候，我們有提到我們代謝症候群的延續照護，它的費用會用 112 年去做支應。因

為在今年收案的個案他其實只會有一個收案管理費，追蹤管理費其實會報3次，那他今年可能會沒有報到，所以可能會落在明年才會去申報這個費用。另外他還會有一個年度評估費，所以這個部分因為考量預算有限。還是以整體加總起來200人為上限。

黃振國代表

我的意思說那舊的如果結案是不是可以新收？

黃啟嘉代表

如果結案才可以新收，其實它是堆疊的人數，因為我們那天討論是堆疊的人數，如果你有結案當然可以新收。

主席

好，謝謝，璽倫，剛剛 LDL 的部分，請說。

衛生福利部國民健康署 魏璽倫副署長

影響健康的 life style 本來就是占 50%，醫療只占 10%，所有的先天因素占 20%，其他就是物理、化學、環境因素。這個計畫最重要的價值就是在改變不健康行為。所以將戒菸獎勵的分數比重拉高，鼓勵願意診所多做戒菸服務。

主席

他是講 LDL 的分數，來，請說。

衛生福利部國民健康署 吳建遠組長

健康行為介入部分是本計畫重點，共識會議當天討論希望回歸計畫原本初衷，也就是健康行為介入，所以指標應該都設定在健康行為的部分。如果直接用藥治療在其他的醫療給付改善方案都已有納入。所以藥物治療不是本計畫核心目的，所以希望將指標放在健康行為的部分。剛剛黃振國醫師有提到說 pre DM 的部分，共識會議時本署吳署長尊重醫界意見，不然因為計畫主軸是代謝症候群防治，最好是不要先再放其他的東西進去。等到代謝症候群都做好了之後，pre DM 再放進去也可以。但是因為跟醫界了解，醫界有蠻多人覺得說 pre DM 其實是萬病之

源，所以希望也能夠納入。當天尊重醫界的代表意見為決議。

主席

那天醫界有誰？

黃啟嘉代表

那天醫界宏育有在、振國有在，孟源有在，到兩點過後沒關係，因為會議提早離席，並不能否定會議的決議。不然我們離席的話，會議決議萬一被推翻怎麼辦？我先解釋我的立場，第一，這是屬於獎勵，我們照顧病人的心本身是該給我們的費用給我們，獎勵部分我個人是沒有那麼計較。但是宏育講的有道理，因為我不計較所以我就沒有在這個方面跟署長做要求。另外就是，那天署長其實已經在某些地方有妥協尊重西醫基層的意見，包括糖尿病前期的照顧把它納進來，這個署長其實本來都認同，那是宏育提的，那我想說，署長既然說吸菸是他很在意的，是不是宏育也讓一步，對不對？因為他讓了糖尿病前期，同意我們的一個訴求。我後來在想，還有一個折衷方法就是，LDL 的部分提到 15 分沒關係，把他當做獎勵，但是多的那 5 分就當做加分項。我希望盡快把這個問題解決。

主席

我們是希望在 4 點結束，相國先講。

黃振國代表

如果不抽菸的話，分數是直接打滿分嗎？因為你是建議一定要有抽菸的人才能戒菸嘛，那假設今天代謝症候群個案是不抽菸的個案，是否直接可以拿到 10 分？

陳相國代表

主席，那天我有與會，跟大家報告就是說，我那天在高鐵上所以聽得不是很清楚，不過就是 12 月 15 號那天會議結論就是大家看到的這個結論。我們會議的決議就是說，如果會議已經有結論出來，當場是有疑義的話，因為是沒有共識就照本輪會議這樣就可以。因為我也覺得這個腰圍這個很重要，這個應該 20 分，血壓改善應該是 15 分，不過這樣討論下來就是沒完沒了，

我覺得照 12 月 15 日的決議就可以了，那我們先做做看，那明年再修正就可以了，以上。

主席

所以重點是人數的問題。國健署，剛剛提到分數的品質部分。

黃啟嘉代表

沒有抽菸是不是直接拿 20 分？

主席

來，剛剛講的抽菸問題。

衛生福利部國民健康署 魏璽倫副署長

你的意思是說，如果這個病人本來就沒有抽菸？

黃振國代表

我跟大家報告，事實上我們其他家庭醫師表示很多病人從接觸開始就請他不要抽菸了，所以他戒菸都遵照醫囑，不管他是不是高風險，三高患者或者代謝症候群，我們都叫他不抽菸了。所以我們已經請他戒菸到我們收案，所以照這種說法應該已經有成就了，謝謝。

主席

這個重點是在，第一個是那個 200 人的問題，第二個是分數的配置好不好？

王宏育代表

主委都讓步了，我都完全贊成，但是我還是要講一下真實世界，我們很熱衷做戒菸，但是現在戒菸沒有藥，組長都說不用靠藥物，不用靠藥物是要怎麼戒菸成功，很多人戒菸都要靠戒必適這個藥，這個藥缺藥缺很久了，所以我覺得國健署應該幫我們的忙，讓我有武器去戒菸，不是說改變生活型態，都不用靠藥物，這個是不可能的事，我真的有在做戒菸。我才跟你講，戒菸的藥缺了一年多了，我們真的沒有辦法戒了，所以我放棄我的意見，其實我真正的意見是 LDL 要 15 分，減重 15 分就好了。

主席

好，璽倫有沒有意見？

衛生福利部國民健康署 魏璽倫副署長

藥物的部分我很快解釋。的確我們一直在追，可是真的是廠商那邊就不行，但是我們最近要通過一個新的藥，戒菸方式除了藥物也有很多其他方式。

主席

你沒抽菸都不知道戒菸的痛苦。

衛生福利部國民健康署 魏璽倫副署長

剛剛那個黃理事長講的沒有錯，對，如果說他本身的個案就是沒有抽菸，那是不是其他的分數配置到別的項目？這個是的確要再討論。

黃振國代表

你沒辦法進步。

衛生福利部國民健康署 魏璽倫副署長

戒菸的部分我們是我們的業務，我們可以另外再討論。

黃振國代表

我建議這樣子，剛剛啟嘉講得非常好，在家醫計畫滿分是 110，我覺得戒菸很重要，但是 10 分或者 5 分我們用 bonus 的方式給，原來的分數先 restore，我們給戒菸真的成功的 20 分，但是總分可以到 110，這樣就解決問題，再多一點沒關係，鼓勵嘛。

主席

璽倫，這個東西事實上重點是要醫界願意去做，有人要做比沒人做好，大家都能好做事就好了，好不好？你講的那個東西我是覺得也沒有那麼複雜，我是覺得說現實世界，有一些遇到的問題，就是務實面對，好不好？LDL 這些指標，怎麼討論這麼久？

張孟遠代表

報告署長，這個關於戒菸，那一天我發言三次，真的，我是發言最多的，但是因為署長也很了解我的建議，戒菸的範圍應該擴大，不是一般的抽菸，現在年輕人你要說生活形態改善代謝

症候群，很多人在吸電子菸，現在問題是電子菸在國內是非法的，所以也沒有人說去戒電子菸，我是希望說國健署剛好長官也在這裡，也能下一次明年的時候協調可以提一個考慮是不是有沒有說戒菸戒到電子菸也給他算加分。我講三次，但是因為無法可管，也沒有計畫可做。所以說，也沒辦法去加，但是我是覺得這是未來的趨勢，既然一個計畫就考慮到未來。第二個關於 LDL，這個心臟科的醫師在那裡，我覺得很好笑，那 LDL130 降 10%，那 130 降 10%不是降 13，那降 13 因為 LDL 的 DM 在國際的標準要降到 70，至少要降 30%、40%、50%，怎麼會一個降 10%就算加分？我就不知道這醫學根據在哪裡？這個就是宏育說跟治療有關嗎？你降 10%對治療有所幫助嗎？我就想了解一下。

黃啟嘉代表

主席，我可以發言一下嗎？如果再討論下去就開花了，開花以後今天就沒辦法做結論。是不是我們照那天的決議？因為那天是大家討論過有共識的決議。如果要做修正，就是 LDL 那個地方多 5 分，就把它當做決議，因為我知道孟源還有很多高深的見解，回來以後再慢慢討論。

主席

最後我讓禹斌講一句話，然後姿曄講一句話。

本署主任秘書室 張禹斌主任秘書

提醒，收案條件現在增加符合糖尿病前期的定義，會變很多檢驗檢查人次出來，會稀釋你們點值，你們要自己去留意，我不是說堅持不行。

主席

好，姿曄。

本署醫務管理組 呂姿曄專門委員

好，因為站在健保署的立場還是得要提醒一下，就是有關於收案評估費 900 點這一個部分，因為健保會委員其實針對於這一塊真的很極度的不滿，他一直認為說需要考量現行健保專款計

畫的同質性，支付的衡平性。所以這個部分，應該要訂定一個合理的支付點數，所以我們還是得要再重申一下。另外可能要商請一下國健署，關於他新增的這個指標項目，到時候可能要給我們條件定義，否則我們可能沒有辦法去擷取資料，以上。

主席

海霞。

馬海霞代表

我等一下。

主席

就你最後一個了。

馬海霞代表

燕鈴要講。

全民健康保險會 陳燕鈴組長

馬委員請我補充一下，有關於支付單價的部分，我們在今年 4 月份委員會議報代謝專案報告的時候，委員對方案主要的意見是，每人的支付費用、照顧人數跟協商規劃有落差。因為當時在協商這一筆錢的時候，其實是比照家醫計畫，以每人 1 年支付 800 點推估照護人數。可是 111 年計畫中每人支付單價達 2,000~2,650 點，而且大部分費用都是在做檢驗檢查，會有過度醫療化的疑慮。所以最後的決議是請健保署檢討支付單價，然後再提 12 月份委員會議報告。我們看到會議資料討 6-6 頁，收案評估費還是維持 900 點，但也有參考委員意見，減少重複的檢驗檢查，現在已經改成得採收案日前後三月內的檢驗數據，檢查項目也做了一些修正，如糖化血色素或空腹血糖，表示收案評估費內含項目已經有所改變，檢驗檢查的日期也放寬認定，當時提健保會的時候，有告訴委員說 900 點裡面有 640 點是檢驗檢查費用，現在計畫修訂了以後，是不是應該要檢討支付單價？健保會委員是希望可以降低每人支付單價，因為代謝症候群的病人很多，可是總額的錢有限，不希望每個人單價這

麼高，希望是增加照顧的人數。而且單一方案的支付單價偏高，其他的論質計酬方案會喪失誘因，方案間缺乏衡平性。所以請委員考量，12月份委員會議報告的時候，我想健保會委員會關心這一點。

馬海霞代表

好，謝謝，謝謝署長。我想燕鈴剛剛已經有說明了我們當時在健保會裡面的一些討論跟建議。我們事先看了星期五健保會的專案報告，我看短短的時間裡面那個成效真的有看到了。但是呢在這裡面第一個，我們當時有建議說這些已經達到標準，已經退場的這些病人，他有可能會再回來。所以來來去去中間當時有建議說也要來做一個機制，比較的來來回回的病人在獎勵的機制裡面會怎麼訂，但是目前沒有看到了，所以這樣來來回回進場退場的，那我們怎麼來訂定獎勵機制，這是第一個想請教。第二個剛剛燕鈴也講到，我們當時是期待，本來原來是期待25萬，後來我們在討論的時候，我們是期待20萬，可是為了病人健康的關係，所以我們那個時候想說趕快去上路，所以我們也同意了後來的方案。那目前呢，在你的方案專案報告裡面期待說112年是14萬人，這個跟我們的期待還是有一些落差，所以這邊想要表達我們的意見。因為，因為星期五可能也會有委員提出來這樣子的想法，以上，謝謝。

主席

淑政。

梁淑政代表

對，就個案獎勵費的部分，因為剛剛大家都討論到很多戒菸或者戒檳榔的事情。但是就個案進步獎勵，或者個案績效改善獎勵費的部分，只有針對生理數值的改善來獎勵，是不是有關戒菸或戒檳榔成功的案件也可以包含在這些獎勵項目裡面。這樣就能顯現這代謝症候群計畫在健康行為改變，尤其是戒菸跟戒檳榔，是一個重要的因素。

主席

振國。

黃振國代表

剛剛馬委員報告重點講得非常好，考慮到衡平性，家醫計畫的 800 點，真的是低估到不行，應該是檢討過低的以往，剛剛健保會講的的確跟我們計畫衡平。我們的管理費現在一年 250 元，除以 365 天，一天不到一元，我們現在的醫師的價值低到不到一元。剛剛署長講得非常好，我們希望鼓勵西醫基層醫師做。後來國健署跟健保署跟我們在溝通的時候，會希望鼓勵醫生踏出為病人的行為校正的動機性。很多的醫師反應，如果照我們之前的計畫，醫師根本不需要做，他照以往的看病的行為就好了，也不要擔負著被罵，其實我在健保會已經背負了多久的罵名，我們真的不太想再去了，因為我們的專業被嚴重低估，我再嚴正聲名，不要用過去過低的支付來反應我們現在給付的合理性。就像最低的工資一樣，我們從前 18,000 多、16,000 多，到現在已經 26,000、27,000 了，為什麼我們付費者還要檢視希望醫界回到以前低工資、低勞力的狀態，這是第一點，嚴眾抗議。今天主要衡量這個計畫是否合理，那我們也認同馬委員講的，現在是 14,000，我剛才已經特別強調，我們今年收的案子有初期收的，可能不一定恰當時候會把它結案。所以包括已經收，未來新收案的一定會大於 14 萬。那現在的重點是在哪裡？很多醫療基層院所不願意做，我們現在把方案做得比較容易，我相信這個數字會比我們預期還要多。但是如果把方案訂的越嚴的話，那收案會低於我們大家預估，我想這個道理大家都必須了解。我如果是好的醫生，病人都言聽計從，很難，就在行為改變上，我們必須跟病人建立長久的關係，而且苦口婆心才有一點成效。如果你希望每個醫師都有苦口婆心，我相信真的初期的獎勵大家不要嫌多，至於合不合理？我們才做了，今年不到第一年，明年才是第一年。那第二年我要提醒各位，有一個重點就是，我們所謂的用藥，強調不用藥，可是我們在個案績效獎勵費中，無相關慢性病用藥紀錄者。當然行為矯正很重

要，但是你忽略了，譬如說體重的改變，或者是血壓改變，很多是去參與自費減重，甚至瘦瘦筆、瘦瘦針，甚至用中藥。我們在評估獎勵費用的時候，如何排除這些人，因為我們這類的資料沒辦法查，他有去參與自費診所的減重班，甚至這種所謂的瘦瘦筆，結果現在的個案績效獎勵費反而獎勵了那些自費醫療的個案，我想這個獎勵的費用是否請國健署或者健保署審視一下，如何讓它嚴謹，因為剛好顛倒過來，去獎勵了一些自費吃中藥減肥的個案，謝謝。

主席

好了，我想就是謝謝了，我想的確是很多東西就是實務上在操作過我們再看事實上是會有落差，不過我想您的期待我也是會朝著那個目標去做好不好？那我想就是說剛剛啟嘉要回花蓮，所以說大家談的我們還是計畫收案到 200 個人，好不好？那至於就是裡面的內容，指標分數的話再跟你再討論確認一下看怎麼樣一個最好，好不好？我個人覺得說其實事實上對他們越友善他們能夠好好去做，另外剛剛那個海霞，有一個很重要的概念，我是覺得他們剛剛講的是講太單純了，說病會好起來，這個慢性病是不會好的，所以很多人，從高血壓、糖尿病，病好了就不吃藥，絕對不要這樣想，那當然是說有時候很多人說病好了就不吃藥，沒那種事，真的是有時候該吃藥還是吃藥，雖然說期待大家不要吃藥，你看我今天為什麼要特別保暖，那天我就是中午在外面吃飯的時候，突然會暈，我是覺得年紀大了以後因為血管受不住還是要很小心，最近我很惜命。好了，就這樣，不要再講話了啦，我們今天會議到此為止好不好？謝謝各位，謝謝。

16:14 散會