

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 111 年第 3 次
研商議事會議紀錄

時間：111 年 8 月 25 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：李署長伯璋

紀錄：陳俐欣

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	許騏洪	莊月琴(代)
朱建銘	請假	連哲震	請假
朱益宏	林佩菽(代)	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	請假	黃兆杰	請假
李承光	李承光	黃信彰	黃信彰
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	林名男	楊宜璋	請假
林育正	林育正	趙善楷	趙善楷
林旺枝	林旺枝	蔡有成	蔡有成
林煥洲	林煥洲	蔡淑鈴	蔡淑鈴
林誓揚	林誓揚	鄭俊堂	鄭俊堂
林憶君	林憶君	鄭英傑	鄭英傑
林應然	請假	盧榮福	盧榮福
邱泰源	洪德仁(代)	賴聰宏	請假
洪一敬	洪一敬	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	蘇美惠(代)

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	
衛生福利部疾病管制署	詹珮君	蘇星臻	
台灣醫院協會	申哲	吳心華	
台灣愛滋病學會	洪健清		
台灣神經學學會	胡朝榮	黃金安	陳炳錕
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺	黃佩宜	陳宏毅
中華民國眼科醫學會	陳建同	吳孟憲	
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	范貴惠*	陳韻寧*	廖美惠*
本署北區業務組	蔡秀幸*	王慈錦*	胡淑惠*
	林茹慧*	陳孟函*	
本署中區業務組	王慧英*		
本署南區業務組	丁增輝*	賴阿薪*	洪懷吟*
	郭郁伶*		
本署高屏業務組	林淑華*	蔡逸虹*	施怡如*
	黃雅蘭*	陳瑩玲*	許嘉紋*
	林紋年*		
本署東區業務組	李名玉*	羅亦珍*	王素惠*
	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	請假		
本署承保組	請假		
本署資訊組	吳少庾		

本署違規查處室	白珊綺	朱文玥	
本署醫審及藥材組	戴雪詠	張惠萍	簡淑蓮
	詹淑存	陳盈如	鄭碧恩
	羅惠文		
本署醫務管理組	游慧真	劉林義	韓佩軒
	陳依婕	劉立麗	王智廣
	許博淇	蔡金玲	周筱妘
	林其瑩	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：序號 6(修訂 47029C「心肺甦醒術(每十分鐘)」等 29 項診療
項目支付點數與醫院點數一致案)繼續列管，其餘解除列管。

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 1 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	1.02002413	1.03008271
北區	1.11682035	1.08452681

區/項目	浮動點值	平均點值
中區	1.10731226	1.07561835
南區	1.14278974	1.09925756
高屏	1.11113756	1.07536505
東區	1.14606495	1.10195793
全區	1.09225717	1.06518744

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告案。

決定：洽悉。

第五案

案由：111 年總額「提升國人視力照護品質」預算執行計算方式。

決定：本案通過推估預算執行率以 110 年為基期，並以過去 5 年 (106-110 年) 做為自然成長率計算基礎。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關院所因應 C 型肝炎新藥治療個案登錄資料所執行檢驗項目，是否排除於現行支付標準之部分檢查合併累計至一定項次數後，其總給付金額予折扣支付案，提請討論。

決議：本案未達共識，本署醫務管理組將蒐集西醫基層總額醫界團體意見，本案保留。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「111 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、本案通過 1 項開放表別項目(14082B「人類免疫缺乏病毒抗原及抗體複合型試驗」)，並依程序提於「全民健康保險醫

療給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告，另考量本項
基層申報數可能高於現行推估，建議持續監測。

二、其餘 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。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 4 時 06 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 3 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

謝謝各位代表參加今天的會議，昨天部裡面也公告 DET 方案，一開始藥界也是有感受到壓力，在目前關鍵的時刻的時候，我們要盡量能夠在醫療資源做最妥當地運用也是一個挑戰，再來各位要面臨到跟付費者代表在健保會討論總額的問題，所以希望相國理事長待會也請長話短說，就問題點來解決比較重要，今天會議就開始，請。

本署醫務管理組 劉林義副組長

首先確認上一次的會議紀錄，請各位代表翻到會議資料的第 5 頁到第 12 頁，看看有沒有問題？

主席

我們先來恭喜我們的林義副組長，現在起他是醫務管理組的副組長。接著請問各代表針對前次會議紀錄有沒有問題？朱益宏代表還沒來？由佩菽代表代理，有沒有問題？

朱益宏代表（林佩菽代表代理）

沒有問題。

主席

沒有，好，繼續。

本署醫務管理組 劉林義副組長

報告事項第一案。

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，關於這次報告案各位代表有沒有要補充的？序號 6 是繼續列管，各位也知道針對那些開放表別項目，是用目前現有的經費做處理，但你們又會覺得要全部一起處理，而全部一起處理比例就會很少，也不是能夠滿足不同科別的需求，上次部長也有提到，要全部都拉高的話，所需費用太多，困難點大概是這樣。不過各位代表務必要記得，有多少錢做多少事情，因為像昨天媒體在報導罕見疾病的病人，他們希望 SMA 及 FAP 要給付，可是那個藥費很多，平均一個人一年藥費要 800~900 多萬，所以要把錢做妥善的管理，新藥、新科技要進來，一定都要積極地把關，這也是沒有辦法的。好，假如報告案沒有問題的話，我們繼續下一個。來請。

邱泰源代表（洪德仁代表代理）

主席、各位長官好，剛剛提到序號 1 新陳代謝案，執行內容沒有問題，同時也是感謝國健署及健保署投入這麼多的心力，做了預防性的介入，但實務上是委託由醫策會辦理推動的認證課程中，多是著重於衛教的理論論述，但對於實務執行上，也就是合乎收案條件的個案，如何在 VPN 上登錄？針對作業的程序，完全沒有說明，目前已經八月了，若沒有讓所有的基層醫師瞭解並登錄 VPN，這就可能影響今年執行的成效，甚至導致明年會有更大的落差，以上報告。

主席

謝謝，請黃振國代表。

黃振國代表

不好意思，有關這部分全聯會內部的溝通需要再加強，事實上 VPN 已經可以登錄了，會後會再跟分區業務組的長官研究，製做宣導短片，放在 VPN 及全聯會網站，讓會員都能夠瞭解，這部分我們會再加強，謝謝。

主席

OK，健保署的態度就是盡量做好，讓大家好做事，剛剛也請黃振國代表回應，有時他會比我更瞭解執行面，所以大家都善盡職責，好，還有沒有問題？請宏育代表。

王宏育代表

謝謝大家，關於代謝症候群，我七月就收了 8 個 case，但是次月申報總表卻都申報不過，檢核程式有問題，那個時候我有請醫管組幫我處理，因為 HIS 廠商不懂那些欄位，設計錯了。當時我就很急，不知道是那裡有錯誤，所以請醫管組跟醫審組溝通好，這樣子大家會比較好做，也比較好推廣，謝謝。

主席

像這種執行細節，是不是可以請顏鴻順理事長及周慶明理事長，大家一起針對 HIS 的部分好好改革，因為像這種執行面的部分，也會不曉得是那個細節出問題，好，還有沒有問題？請。

林名男代表

主席還有各位前輩好，因為我參與代謝症候群醫策會課程設計跟上有關個案討論等等的課程，在座的診所前輩們都很認真，包括王理事長還有洪理事長，課程是相當地好，着重於預防管理，如何讓病人更好，之後也希望有關於預防的部分，能夠再多一點經費，鼓勵大家多多去上課，課程也得到相當不錯的回應。

主席

宏育代表，HIS 廠商的部分現在醫管跟醫審都配合好了嗎？

王宏育代表

現在都弄好了，就是剛開始的時候很亂。

主席

還有沒有人不好上傳的？

黃啟嘉代表

目前都已經處理好了，HIS 廠商我們會盯。

主席

好，OK，假如這個案子沒有問題，下一案。

本署醫務管理組 劉林義副組長

報告事項第二案，那先請全聯會。

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)

主席

好，謝謝，馬海霞代表，相國理事長是講給妳聽的，知道嗎？

馬海霞代表

有。

主席

好，健保會委員有聽進去。部長近期到六個分區去看，六分區的意見，他都有聽進去，不過你剛剛報告的，雖然今年反應的聲音是沒那麼多，不過部長還是很關心未 8 補 8 的部分，有請醫管分析資料，去年你們也知道當時我跟陳時中部長報告未 8 補 8 的時候，因為不同科別的「補 8」是不一樣的，這是很現實的，也沒想到會有疫情的影響，我們也碰到了。但你剛剛提到居家照護的部分，石崇良次長有在講費用的部分，你們這部分是還好，不過醫院住院整合計畫的部分，本來今年試辦是 3 億元，是一個中長期計畫，未來也是一個挑戰，請，黃代表，你不要講太久。

黃振國代表

剛剛相國理事長報告的其中有一點是我們臺北區要檢討的，就是分區申報的每件診療費部分，有些科差異過大，我們每個區都應該跟業務組合作，要分析為什麼會跟平均值差異那麼多。

就我們臺北區的骨科跟神經科，跟平均值有差一段距離，這一點我會回去研討，但也希望在座的其它兄弟回去看一看，有些跟平均值差異過大的，我們應該共同學習、共同成長，謝謝。

主席

這部分也讓大家知道，現在健保署有 BI，我也是一直跟同仁強調，該給的就要給，不過也請大家記得，不要浮報、虛報，就不太好，因為他們當時在討論不上傳、不給付的問題，很多基層都碰到挑戰，說自己的資訊能力不夠或者要再增加，這個部分我也跟同仁說，我們平台一定要做到讓人家好做，不過回過頭來看，人家都做得好，我們自己做不到，自己也要檢討，不要自己不主動積極去加強自己能力，一直都只在怪健保署，我上一次有講過沒上傳的部分，去年有到兩百多億的錢，那個錢是屬於假如他真的是有做，但沒有上傳，是因為技術不夠，那就可以慢慢輔導，而假如他是根本就沒做，而浮報的話，就不太一樣了。所以健保署未來針對有申請給付，可是沒有上傳的話，絕對會是一個管理的重點，反正就是請你將資料送上來。所以就是在這段時間，我們憑良心講，我們一直在檢討，像南區業務組請檢察官在講一些誠信的課程。說實在的，如果有問題的話，我們會請你們自清，自清就會知道自己哪裡不對，對不對？就不需要花很多的力氣了，我一直在強調說，每個人處事態度的問題，絕不是我們需要去管的，基層分那麼多科別，我們也不是全部都瞭解，也不需要管那麼細。可是假如你是沒做，就是另外一回事了，就不要抱怨了，好不好？請。

黃啟嘉代表

我們現在呈現科別的資料裡面，「每件藥費」我建議改成「每件每日藥費」。為什麼講每件每日醫藥費，跟每件藥費不一樣，如果真的病情需要，不要叫病人一直回診，我們會給藥日數多一點，這樣每件藥費就會高，但事實上是因為給藥日數多，所以要呈現藥費資訊的時候，我們希望看的是每件每日藥費，這樣

代表實際上的醫療耗用，每件藥費我希望下次都呈現每件每日的藥費，這樣比較能夠看出問題。另外我今年應該還是總額的主談者，目前好像沒有聽說要變，如果下一任的理事長當選以後把我換掉就有可能不是，離總額談判不到兩個禮拜，也是有可能把我換掉，不過沒有關係，我先講，也跟馬老師講一下，我是希望談成，因為我們談不成，最後的結果都不好，所以我希望談成。另外西醫基層雖然科別很多，但是我們的目標是希望讓西醫基層屬於綜合型的社區醫療跟家庭醫師，所以未來的方向是把科別之間的差異弭平掉，或是降到最低，只要他有能力做，就可以讓病人不要跑很多科，由同一個基層醫師就能夠幫病人解決問題，我想應該是往這個方向，謝謝。

主席

其實就是說啟嘉在講的就是其實我們真的是很需要落實分級醫療，把基層真的壯大，剛剛他提到那個每件費用，我說一個思考邏輯，就醫人數減少的時候，每一件就醫費用都在拉高，不是指基層，是在醫院那邊，在醫院就會加重做檢查，就是都可以申報，這都是人性，我們大家有一個了解。好，謝謝相國理事長的報告，沒問題，我們就進入下一個報告案。

本署醫務管理組 劉林義副組長
報告事項第三案。

報告事項第三案：

案由：西醫基層總額 111 年第 1 季結算點值報告。
(業務單位報告)

主席

好，謝謝，那這一部分的話，我們各位也知道因為控制點值，部長到各分區瞭解了以後，每一分區也都管理得很好，不過我坦白講，我也不覺得說真的管理得很好，因為其實大家也都很

有默契的在執行，像醫院的部分，我們臺北業務組有跟我聯絡，有的醫院逆勢成長，別的醫院在降，但他反而是往上衝，最後就會被斷頭攤扣，我覺得到最後就會很麻煩，因為他也不願意，他說是你們不行，表現不好，我做得特別好，但那就會在共管會議裡面的一個 gap，這部分請各位自己加油，因為跟醫院比較的話，點值都好很多，我是覺得要把不必要的醫療費用減少，點數下降的時候，點值才會上來，基層還好，不會很複雜，假如是醫院的話，大家都在衡量的時候，很多費用都跑到一些不必要的檢驗(查)。啟嘉代表要講話嗎？沒有，好，假如這個報告沒有問題，我們就繼續。

本署醫務管理組 劉林義副組長
報告事項第四案。

報告事項第四案：

案由：110 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告案。
(業務單位報告)

主席

好，謝謝，請林義副組長補充說明。

本署醫務管理組 劉林義副組長

這是 110 年的品保款核發情形，基層的品保款是符合權重 80% 以上才會發，80% 以下的就沒有，所以依權重 80% 以上的一直排到 100%，這裡要注意的就是說，達 100% 的家數有 4500 多家，這個占率還是有點高，這方面也是要建議大家再想想指標鑑別度的部分，有沒有需要再加強，這會再下一次的會議提會討論，以上。

黃振國代表

每家的實際核發金額才 29,000 多，因為金額沒有鑑別度，所以有時候覺得很氣餒，這幾年評核會基層評核結果都是「良」，良

是那個不良的良，也讓我們心「涼」了很多年。尤其是這兩年(109~110年)，西醫基層在防疫面，除了醫院確診個案外，基層是站在第一線的，沒有休診，疫情最高的時候，除了醫院以外，西醫基層是第一線從不缺席的戰士，折損率也是最高的，因為很多醫師確診後就要休診。所以我們壓力這麼大，結果各位給我們的掌聲，只有 29,000 到 23,000 之間，金額沒有鑑別度，才 4,000 多家，你問我是落在哪一部分，其實我已經無感了，我說不定是在 80%那一群。而因為金額沒有鑑別度，也希望能夠回饋給健保會的委員跟評核委員，評核項目應能兼顧疫情的重要性，結果是衝第一線的評為「良」，其他的是「優」，我想西醫基層也會持續心涼下去，謝謝。

主席

海霞你要不要補充？你有聽到他們的心聲。

黃啟嘉代表

她很無辜，馬老師是無辜的。

黃振國代表

馬老師沒有成為評核委員，馬老師很無辜，這句話是給那些評委聽的。

主席

不過馬老師你可以在適當的時候表達，像健保署一樣，李署長也是很無辜。

吳國治代表

我跟大家報告一下，西醫基層鑑別度約有 70 幾%，應該還是 4 個總額最高的，以上，謝謝。

黃啟嘉代表

我們西醫基層的鑑別度是 4 個總額裡面最高的。

主席

每一筆錢都是要回到醫療體系的人要用的，我是要表達一個態

度，整個醫療體系，到最後還是醫學倫理，你怎麼樣本著醫學倫理去診治病人是最重要的，好不好？假如沒有問題，我們進入第五案好不好？來請。

報告事項第五案：

案由：111 年總額「提升國人視力照護品質」預算執行計算方式。
(業務單位報告)

主席

好，謝謝，也謝謝基層討論這個議題，我們自己也是要好好地管理，請陳建同理事長跟各位做一個簡單的報告，先聽聽專家的意見，我們自己再考慮方向，來。

黃啟嘉代表

可以讓國治先講一下嗎？

主席

國治代表也是眼科醫師，請。

吳國治代表

感謝去年協商的時候，付費者代表能夠同意這筆費用，這筆費用因為有設限 40 台，剛剛專委有提到 1.6 億是怎麼計算出來的，不過費用的估法跟執行率的評估是不同的思維。如果說 A 報 B 的時候，那 B 可能回到 A，所以要用這種費用多的方式來做執行率的評估，這不是很適切，若用總量來看，這是合理的想法。當然總量的話，一定會討論到成長率的問題，又偏偏碰到疫情，所以很麻煩就是這樣，當然理論上用成長率，大家都知道各種執行的項目往下降的時候，帶進來的參數造成執行數變多了，中間的差額才是真正的執行率，從這種概念去看的時候，理論上應該用新的 110 年的數據來看，才是最準的。可是現在又回到 109 年，又乘了兩個不是疫情時候的成長率，所有的健保支付項目通通都要收回去。全聯會這邊覺得合理的算法是用最新

的一個年度(110 年度)，而自然成長率大家可以討論，合理地當然是最新、最近的一年，如果用最近一年變動太大，要做加權平均的話，可以用兩年的資料，用一年的話是-4.6%，如果說一年的變動太大，要用兩年的話，全聯會這邊也是贊同。我還是要強調說，我們也可以從其它的 factor 去評估這筆錢是不是有真正的服務到民眾，我們都有統計過，開超過 40 台以上的醫師數確實有增加，我們用的 monitor factor 就是「等待的時間」是不是有縮短，這個數據還沒有出來，但我相信按照我對眼科的觀察，確實是有縮短，後續再看數據呈現出來的情況，從這邊也可以印證當時爭取到這筆費用，確實有用在病人身上，執行率還是不錯的，以上，謝謝。

主席

謝謝。

黃振國代表

我補充一下，我們在討論一個案件的成長率的合理性，所謂自然成長率就是在沒有這個項目介入前後的比較，我們這是開放 40 台介入後的成長。我們現在的預算都是年度的預算，所以年度預算的基期當然是我們所有的總額都談上一年度的基期增減，所以我們認為應該是用最近的一期，就是-4.6%，如果慮到疫情，剛剛我們吳委員講的，可以考慮用 109 跟 110 年的兩年的平均(-2.5%)，為什麼這樣算，因為白內障手術沒有急迫性，原來預期 107 年到 110 年的高成長，為什麼不見了？不是病人消失了，而是因為疫情的因素，讓民眾的需求遞延。所以我們可以預期到疫情後，一定有遞延的效應。今天因為疫情的關係把它拿掉，我相信爾後增加的費用是難以預估的。第二，我覺得要單項來談，自然成長率是介入前跟介入後，至於 40 台由誰來開，這個已經不是很重要了，在 106 年就有提出，107 預算我們就有發覺白內障手術的成長率遠高於我們西醫基層的非協商的因素，我們當時有提出這個成長率，但是沒有得到付費者委

員跟健保署的認可。但是事後署長英明地發現這可能是一個問題，我們也很願意來配合服務更多民眾的需求。所以再次呼籲，第一應該介入前跟介入後的差異。第二，如果要算也要算同樣情境，111 年跟 109 年及 110 年情境比較接近，這樣比較合理，大家知道用這兩個基期算出來，1.2 億一定是不夠的，但是西醫基層夥伴不會去追究 1.2 億到底夠不夠用，但是也不希望這個合理性被扭曲，還把 1.2 億扣掉，等疫情過後，兩倍、三倍預算都不夠，所以請各位委員、各位長官多多支持，謝謝。

主席

好，謝謝。

黃啟嘉代表

我今天在討論這個議題的時候，我想我所要講話的對象可能只有付費者代表。其實大家都站在同一個面在考慮付費者代表的利益，我記得當初在討論這個預算的時候，如果沒有記錯，當時何語委員，說不要謝我，這是部長跟署長的德政，他說這是德政，那為什麼對付費者來講是德政呢？因為它減輕了 waiting list，因為我以前限制開 40 臺，想要開的醫生因為預算不足，天花板蓋住了，就必須要等到下個月甚至是隔幾個月才能夠去開。因為這是德政，所以確實這個天花板打開以後，病人可以即時地得到照顧。按照現有的計算方式，用自然診療率去算的話，也的確我們預算是用完了，所以我覺得這個預算當然是要按照我們當初的講法把預算留下來，讓民眾能夠繼續獲益，而且導正一個正常的開刀模式，讓民眾不要再等。所以我是支持我們把這個預算按照我們原來的想法留下來，疫情過了之後，民眾的醫療耗用就會出來。我們是希望不要再把 40 臺天花板蓋起來，讓民眾又要等，那就比較不好。

主席

謝謝，那我想請陳建同理事長發言。

中華民國眼科醫學會 陳建同理事長

是，署長跟各位會議的代表大家好，我是中華民國眼科醫學會。那對於這一個事情到底自然成長率是要 109 年為基期或者是 110 年為基期，我們眼科醫學會沒有太大的想法。但是我比較單純的想法是以健保署的立場來說，1.2 億是還沒有用完，我們會想說公務預算也許可以保留預算的做法，因為在專案的這個施政的時候有困難。那因為疫情的關係，那以健保署的立場認為說這個沒有用到，當然我對這一方面不是那麼熟悉，是不是可以保留這個預算明年使用？那也許跟健保會的慣例不太一樣，這是我們的想法。

然後另外剛剛提到就是我們現在因為疫情的關係，所以自然成長率的增加或者是估算其實是很混亂的，可能這個需求這個會遞延到後面 1~2 年，到時候的成長率就會提高蠻多的。所以這個對於我們眼科白內障病人的服務來講，可能對他們來講是一個很大的一個衝擊。我們比較在意這個自然成長率後續在未來的規範裡面，做一個提醒，以上報告。

主席

謝謝，請吳孟憲醫師回應一下。

中華民國眼科醫學會 吳孟憲召集人

關於這 40 臺開放，其實是今年三月的事，在 1~2 月的時候，還沒有 40 臺的問題。所以這個一二月根本沒有受到 40 臺的影響，它是跟著以前的節奏在跑。但是 3 月實施的時候很不巧，四五月的時候真的疫情大爆發。所以在用這一些數據去推算說這 1.2 億會不會用得完，我覺得太早了，因為 4-5 月疫情的關係，我們的資料只有 3 月跟 6 月兩個 data，事實上我們如果拿去跟去年比，在同樣有疫情的狀態下，他也是成長的，這是第一點。那第二個因為 40 臺開放這個德政，其實在我們基層醫療這邊的觀察，其實我們觀察到病人等待手術的時間，確實變短了，不用一直遞延。另外一個就是說，健保署也委託我們眼科醫學會做一個所謂明年要到 WHA 去報告這個調查事項，我們在初步

的 data 上面也可以看到，其實 40 臺的開放對於開得比較多的醫師，成效上好像有比較好的結果出來。不過這個報告要等到我們眼科醫學會做完才會出來。那我這一邊希望說是不是我們這些議題等待還有第三季跟第四季，等到三、四季在疫情比較緩和的時候，那是不是比較呈現真實的狀況出來的時候，那我們再來討論。那這 1.2 億，現在不要討論說要不要收回去，應該要讓我們基層好好地來運用這筆款項，把 40 臺這個效益發揮到最好。

主席

好，謝謝，我請那個林義副組長做回應。不過我跟各位報告，那時候 1.2 億進來的時候，其實讓我們基層同仁比較安心，不要說這個眼科，因為的確那種病人是有這個需求，然後那時候為了要破除一些法律的問題，的確太多醫師都是因為超過 40 例被檢舉，到現在還沒有結束，還有一堆。我記得那對我們醫療體系的人來講，他只是開刀，又不是浮報虛報，被搞到這樣，覺得不太好。不過就是說現在這個錢真的有這個需要，那當然就要給人家，我想這個我們也沒必要太計較。再怎麼樣的話，也是要让大家去做好事，這是一個目的。想請林義副組長回應一下那個 1.2 億的事情好不好？大家都希望好好治療病人，健保署也不需要囉哩囉嗦也沒有什麼好處。像現在安全準備基金不太夠，說不定人家會覺得我們管理不好，知不知道？收的錢對比花出去的錢是不夠。好，請國治代表說完再請林義副組長回應。

吳國治代表

不好意思，我身為眼科醫師，要替眼科這邊擔心的講幾句話。事實上眼科醫學會真的很好配合，他們的管理措施配套都做好了，而且我們再三叮嚀會員，要有所節制，大家也都配合得很好。可是眼科醫學會當然會擔心，以前的成長率是 5.1%，當然有些區管理的嚴格了一點，覺得成長不能夠超過管理的數據，所以他們當然會擔心。不過還是要跟大家報告，之前我們爭取

這個費用的時候，理由是因為人口老化，當然是反應在非協商因素裡面，非協商因素就是統包的概念。我想醫界也不能總是想占便宜，不能說白內障老化比較多，其它沒有成長的就要把它扣掉，這是統包的概念，這是我們能夠接受的。我也能理解眼科醫學會的擔心，因為人口老化的因素被放大，以致於管理很嚴格，那對病患的權益是不好的，這還是跟大家做個說明，以上。

主席

謝謝，我想其實眼科這一陣子在針對白內障的部分的話，我想那個健保署也針對這樣的病人他做完了以後的反應等等，我們都會固定給眼科醫學會知道說哪一個醫院、哪一個醫師他的合併症事實上比別人更高。那當然是說，也許那個醫師他處理的病人本來就比較麻煩，當然他也有他的理由，但問題就是這個，他自己也有 license，也不能說他不對不對？但是也要有人去提醒，所以我認為同科自行管理是比較好的。

本署醫務管理組 劉林義副組長

好，各位委員大家好。那我先回答那個陳理事長剛才有關預算的部分，因為這個白內障 1.2 億，今年是編在一般服務預算，表示明年就會滾入基期，所以假如我們談 112 年總額譬如說成長率是 5% 的話，那明年是 1.2 再加上 5% 成長率，所以明年還是會有預算。

第二個是說健保會在協商預算，在 1.2 億那邊有寫今年沒有用完的會扣回來，他的意思是說我們要先協商一個扣款的適當公式，因為現在其實年度還沒執行完。所以一定是等到年底，今年年底在結算的時候，假如公式有共識的話，就依據那個公式直接去扣款，再直接跟健保會報告就可以了。所以剛剛提到我們要先解決那個公式的問題，剛才聽起來，全聯會建議是以 110 年為基期，這個部分眼科醫學會沒有意見，有意見的是自然成長率，全聯會這邊講的是說用 110 年對 109 年，甚至是 109 年

對 108 年，可能 1 年或 2 年的平均成長率，不曉得眼科醫學會
有建議嗎？聽聽你們的意見。

主席

請。

中華民國眼科醫學會 陳建同理事長

我們對於成長率，因為我們在看過去 103 年到 108 年基本上成長率大概是五點多，這個成長率是我們比較在意的。

黃振國代表

不好意思，因為學會是學術單位，他們對於預算在總額編列比較不清楚，要提醒我們長官跟付費專家，為什麼在西醫基層其它科會擔心，我以 105 年到 109 年就是比較沒有疫情前段的過程。其實一般白內障手術有兩種，一種就是先天性的白內障，他可能出生就需要手術，這個一般就在醫院實施。那所謂老年的白內障，在 50 歲以上才做白內障手術的，西醫基層的占率從 57.7%，最低從 57.55%到 109 年已經到 58.17%，而且目前有往西醫基層挪移的現象，要不是這兩年有疫情的關係，白內障手術的方便性跟在座的眼科醫師的優越性，讓民眾的服務得到認可，所以可以預期在疫情過後，在西醫基層白內障手術的成長率會遠高於醫院的成長率，我講的是扣除先天性白內障的部分。我們人都只有兩顆眼睛，理論上白內障手術只會做一次，所以我建議因為這個預算的挪移跟成長率，事實上是很難估的。是否健保署可以考慮叫白內障手術的總額單獨出來編個預算，那不管是基層開或者是醫院開，都沒關係。

黃啟嘉代表

白內障總額目前不是我們西醫基層考慮的。

黃振國代表

我知道，我是建議，啟嘉你不要那麼緊張，這是個可以思考的方向，謝謝。

主席

謝謝，沒關係，每個人都有很多指標，來，吳醫師，簡短就好。

中華民國眼科醫學會 吳孟憲召集人

我補充一下剛剛我們針對這個成長率的問題，我們沒有任何意見，就是說這個預算只要可以消化得完，任何公式其實我們眼科醫師、眼科學會這邊沒有意見。我們只是要強調一下，因為現在是疫情，當疫情減緩的時候，這種爆發性的一個回診的開刀的時候，量大的時候，希望在管理單位對眼科這一邊白內障的成長率不要再用現在協商的成長率來限制我們這樣就可以，我們只是表達立場，5.1 就是 5.1，以後不要讓我們說現在是 1.4，以後都只給我們 1.4 而已，我們只有表達這個立場而已。

主席

我的態度是這樣，因為你有態度，我也有態度，我的態度是說其實假如病人真的需要，我們就是要給病人。那就像我們同仁他告訴我，目前疫情的時候病人變少，等疫情過了，就又恢復正常了，我說你顛倒想，我現在在疫情這個時候的病人才是正常的，那平常有在看病的病人都是不正常的現象，臺灣哪裡有那麼多病人？而且你知道疫情的時候，我們的病人的人數除了扣掉我們真的這些 COVID-19 死亡的病人，真正的病人並沒有死得比較多，反而死得比較少。所以沒必要那麼唬弄，我想眼科醫師現在都有要求，我是認為建立在你們的醫學倫理，就是說真的不需要開刀，而被抓來開刀，這是絕對不好的。因為病人都是聽醫生的，像我最近在看資料，看起來霧霧的，眼鏡都要拔下來，也不知道是眼鏡還是眼睛的問題。好，啟嘉代表。

黃啟嘉代表

在疫情期間，死亡率反而下降，醫療利用率下降，牽涉到我們整個生活形態的改變，因為大家都不出門，就不會有交通意外，大家都不接觸，就不會有傳染病，大家都不吃飯，就不會有兇殺案。我的意思是說如果我們生活形態這是常態化，可能死亡

率一定下降，但這不是一種常態。我最在意的還是民眾的醫療需求是不是有受到人為的限制，然後得到合理的保障。眼科醫學會擔心要設多少成長率，全聯會這邊是沒有預估應該設多少成長率。預算本身要拉長時間來評估，因為疫情的關係，扭曲了很多呈現的數據。我有跟長官們報告，我們西醫基層絕對不會貪得無厭，有些東西我們都截長補短，預算拉長時間來評估，最重要是要讓民眾合理的醫療需求不會受到人為的限制，能夠得到滿足這個才是重點。

主席

好，謝謝，這個議題請林義副組長做最後總結。

本署醫務管理組 劉林義副組長

這一題的決議我們就以 110 年為基期，自然成長率的話，因為考量 110 年跟 109 年都是負成長，所以我建議，這個同樣的議題在中醫也有討論過，就用過去五年的平均成長率來當自然成長率，再看看兩邊有沒有意見？

黃啟嘉代表

沒有意見。

主席

啟嘉說沒有意見，講大聲一點，再講沒有意見。

黃啟嘉代表

我問一下，我們西醫基層代表有意見的可以講出來，如果大家都沒有的話，就是沒意見。

主席

大家有意見嗎？請，張孟源代表。

張孟源代表

我覺得眼科醫師非常地優秀，而且非常地謹慎，病人的需要當然是非常地重要，我們也看到很多病人真的一直在等，並不是說因為現在四十例的限制取消了，或許說因為眼科以前過去被

框架束縛太久了，很多病人真的白內障已經非常嚴重，但是因為糖尿病 HbA1C 可能到 9，結果就一直苦苦地在等，要等到降到 8.5，但怎麼控制也控制不下來，腎功能又很差，胰島素也拼命打，藥也是拼命吃，眼科醫學會理事長還有眼科專家在場，因為現在還有這麼多預算足額還沒辦法執行，有沒有可能跟眼科醫學會呼籲一下，有哪一個實政醫學報告說，糖化血色素 8.5 以上就不能開白內障，有這種規定嗎？還是說要宣導民眾，民眾為了等把糖化血色素降到 8.5，這要等到何年何月才能夠去開刀？以上。

主席

好，這可能是另外一個主題。好了，我們花個幾分鐘讓陳理事長表達一下。

中華民國眼科醫學會 陳建同理事長

這個糖化血色素高，那當然可能他長期以來控制不好，那也許會有糖尿病視網膜病變的問題，所以我們在開這個白內障的時候，如果糖尿病的病人，我們會考量到開完之後，有可能讓糖尿病視網膜病變的歷程加速。所以我們會同時會去注意他視網膜的問題，那倒沒有說 8.5 不能開，倒沒有。只是我們必須要花更多的小心一點，他術後之後要追蹤看一下有沒有問題。謝謝。

主席

好，黃振國代表你講一下，他講的你有聽到嗎？張孟源在詢問，陳將軍在說明，你沒有稍微聽一下。

張孟源代表

希望將軍回去幫眼科醫學會宣導一下，真的可以開刀的話，就幫忙開。

中華民國眼科醫學會 陳建同理事長

好，是，謝謝。

黃振國代表

有啦，其實我想相關的議題不是白內障，而是視網膜的病變，尤其是糖尿病的視網膜病變，大家知道它的產生跟血糖控制的好壞有很大的關係，剛剛署長講的，因為藥價管理的實施，針對控制不好的個案，持續的視網膜病變一直進行，這樣的個案，我們再花再多的錢在術後他出血再打，不如建議去做全人照護，所以希望眼科醫師針對糖尿病控制不好的個案，能夠轉介給內科、家醫科或其他基層醫師，共同來照顧。這樣又省錢又達到最好的效果，所以如果 HbA1C 高的話，有感染的風險，那我想這個前提應該是我們先把糖尿病控制好，讓他去開刀，謝謝。

主席

好，這個議題我們就談到這裡。

吳國治代表

我只是要確定一下，副署長說的 5 年是從 110 年、109 年回推。這個議題我還是要表示一下意見，振國代表提到要控制好，我認同，可是這不等於不能打的理由，用這樣子去限制病人不能打，我覺得這值得商確。

主席

好，謝謝，所以我們這個就留到下一部分再討論。我們進入討論事項。

參、討論事項

討論事項第一案：

案由：有關院所因應 C 型肝炎新藥治療個案登錄資料所執行檢驗項目，是否排除於現行支付標準之部分檢查合併累計至一定項次數後，其總給付金額予折扣支付案，提請討論。

主席

好，謝謝。依婕專委，以後不必念那麼長，宏育代表請你說明。

王宏育代表

謝謝署長，我本來就要發言。因為我們高雄縣梓官區是 C 肝最多的地方，C 肝辦公室開幕典禮時，次長有去，我也有去，昨天的聯合報整篇在講 C 肝，臺灣治療 C 肝是全世界最好，這個很好。但是我覺得要根除 C 肝，就要編足費用，費用不編足，然後都拿醫師的診察費去貼補，這個案子我是反對的。109 年我們全聯會是希望 C 肝 2.1 億，至於服務密集度、新藥、新科技、藥品適應症擴大編列約 8 億左右，加起來將近 10 億，那一年加起來才給 1.9 億，所以那一年 C 肝費用，某種角度計算，是給付我們負 8 億，上次我跟黃振國常務理事去參加 C 肝辦公室某會議也有表示是一樣看法(根除 C 肝，就要編足費用)。我們發現 1 萬個 HCV 陽性個案，但是還要做 C 肝的 RNA，1 個是 2,300 點，而且基因型分類好像是 2,800 點，基因型分類是不重要的，所以我希望健保署能不能就不要給基因型分類的錢，因為現在新藥四種類都有效，你們分類只是為了要做 study，那為什麼要付錢呢？而且那個錢是從我們診察費付出的，然後還要做超音波 800 多元，追蹤還要 600 元 2 次，根除 C 肝真的很好，但是都沒有編列檢驗費用，衍伸的費用都是用基層醫師的診察費去貼補的，所以不應該再這樣子要用診察費繼續貼補。這是我的意見，謝謝。

主席

剛剛宏育代表講的那個。

王宏育代表

那個我反對，為什麼要折付？不是，要折付，不應該不折付。

主席

沒有，依婕專委講得太複雜了，他們沒有 catch 到，事實上宏育代表講的沒錯，就是說因為假如是 C 肝用藥，是由專款支出，問題是我們的檢驗項目，假如是設在專款裡面就會比較單純，沒有的話，就會吃到基層的總額，剛剛他提的就是說，最好是這個 C 肝病人的一些檢驗項目是放到專款裡面去處理，對不

對？那目前沒有，是由我們總額裡面在運作的時候，超過多少項目我們要打折，診所協會他們提出來的案子認為說可不可以不要打折，他們是沒有貪心，他們可以接受在總額內支出，但現在宏育醫師認為說這個本來就不應該在總額支出，依婕專委提的是說這個檢驗項目，事實上是不會超過要打折的狀態。依婕專委，下一次報告請就醫界關心的重點說清楚，會不會影響到他們的權益。

本署醫務管理組 陳依婕專門委員
好。

主席
請說。

黃振國代表

我呼應宏育代表，因為 C 肝的治療已經進入到趨近完美(99 點多%)，在推廣西醫基層的醫師不分科來參與 C 肝的治療中，最大的阻礙就是要登錄很多的資料，尤其我在辦教育訓練，發現要登錄的資料非常地多。剛剛宏育講得對，其實我們現在所謂的前基因型的抗 C 肝用藥，針對 1 到 6 型都能治療了，所以建議可以把登錄的 item 當作選項，而非必要。至於還需要去做基因型的分類，事實上前基因型的藥都已經有了，而且不止一家，我們也沒有獨厚某一家。所以如果治療用前基因型的就好了，那好處在哪裡？我們可不可能省下所謂基因型的檢測的費用？至於研究單位要如何研究，我們的 C 肝辦公室研究就好了，他們的資料庫也非常地完整，所以建議從初期的適用階段到所謂的推廣，到最後根除 C 肝的計畫末段的時候，基因型應該取消給付，謝謝。

主席

好，我想這個案子暫時保留，因為我想還是要回到原點，但是目前 C 肝的病人的檢查項目是由總額支出，因為宏育代表表示因為會吃到你的診察費。

黃振國代表

我們都很在意。

主席

好，這一件暫時先 hold，這個部分要怎麼去解套，可能要再想一下，就是說當然醫審他當初也是認為說，本來這些費用就是說都是在我們的總額裡面，那是說這個等於你們的想法跟他的想法有落差，問一下愛滋病醫學會洪建清理事長，你知道他們在講的議題，愛滋病病人有很多也有 C 肝，你知道他們在表達的議題是什麼嗎？

臺灣愛滋病學會 洪建清理事長

我可以理解，就是確實振國醫師所提到的就是那個現在既然 C 肝都是 DNA 都是 pangenotype，其實應該就要簡化整個治療過程當中所需要的檢驗費用，genotyping 其實沒有意義，這個部分確實是可以省下來，現在都希望可以根除，所以所有的基層的同仁能夠一起幫忙這件事情，既然是幫忙至少不可以損失，而且還可以獲得一些實質的好處，謝謝。

主席

好，謝謝，因為基層的支出多是在檢驗、檢查、藥費及診察費等，所以說對於藥費他們就有一個管理的辦法，當然不希望說吃到診察費那部分，宏育代表這案目前沒辦法有答案，好不好？。

王宏育代表

我知道，我也沒有堅持，只是表達我們的委屈，讓大家知道，謝謝。我也是支持根除 C 肝。

主席

好，這一件保留，進入討論事項第二案。

討論事項第二案：

案由：有關「111 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，
提請討論。

主席

好，謝謝。那我們請洪理事長做補充好不好？

臺灣愛滋病學會 洪健清理事長

謝謝主席跟各位長官大家午安，我是愛滋病學會理事長洪健清，為什麼需要把這個 PA 或者是 EIA 的檢測轉換成所謂的抗原抗體的 combo test，從學理上面是這樣，combotest 包括抗原跟抗體，所以對於一個，任何一個被愛滋病毒感染的人，會有一個所謂的空窗期，我們檢驗上面的空窗期，包括用核酸檢測都有空窗期。那核酸檢測的空窗期大概在一週左右。那過往我們現在目前可能基層很多的醫療同仁們所提供的檢驗是 EIA 或者是 PA 的檢測方式。它的空窗期可以高長達 1-3 個月或者甚至更久的時間，那這樣很可能會對於我們要提供這個醫療服務，其實也有可能提供一個比較不是那麼準確的一個檢驗方式。那現在這個抗原抗體，因為他同時檢測抗原跟檢測抗體，它的空窗期可以縮短到兩週左右。所以就可以提供在一個比較快速的診斷，然後同時讓這個個案可以即早診斷，然後即早接受醫療照護。那這個是我們從學理上面來建議。那當然這個世界衛生組織事實上也都已經支持了，應該是要用這種高敏感度、高特異性的檢測來取代我們過去只用抗體可能會比較長時間的這個所謂的空窗期的檢測方式。謝謝。

主席

CDC 詹珮君醫師。

衛生福利部疾病管制署 詹珮君副組長

大家好，CDC 這邊的話是跟著世界衛生組織的建議，因為國際上很多已經 shifting 到 combo test，臺灣應該也要跟別的國家一樣，目前來看，計算差價的話，在西醫基層其實增加的點數真的是不多，那能夠願意幫我們篩檢的西醫基層其實也不多，對。

所以我們只是希望能夠即早地診斷病人，也可以幫助病人治療，也可以減少院內感染的問題，謝謝。

主席

謝謝，啟嘉。

黃啟嘉代表

西醫基層對於這個，因為金額不是很大，對民眾幫忙也很大，我個人是支持，也是要看我們西醫基層夥伴有沒有反對。

黃振國代表

我也是支持，以我預估是因為大家對 combo test 不明瞭，就覺得很多西醫基層不是感染專科的醫師，對它是不太明瞭。就是說愛滋病學會及 CDC 要做宣傳、宣導，那提早做愛滋病的診斷，先讓這些病人早點治療，達到社區防疫的目的，我是支持，但我要跟 CDC 的長官說，以我的經驗，後面要再×10，為什麼呢？因為很多的不給付的 B 表，尤其懷疑愛滋病的個案的時候，都是匿名比較多，害怕自己確診的事曝光。所以一般在檯面上的數字跟檯面下的數字之間未申報數都要×10，所以我們願意支持，但是財務的評估，我建議署方後面要×10，觀察 1-2 年後，就知道我說的數字應該比較接近，但是我們希望愛滋病洪理事長到全聯會跟西醫基層來廣為宣導，謝謝。

黃啟嘉代表

好，另外對於有關愛滋病檢查的部分，對於這個檢查開放西醫基層，因為它在專款裡頭，西醫基層承受是預算承受，我個人是覺得還可以。但是，在程序上來講，其實還是應該回到我們西醫基層內部討論過。因為與會代表主要領導人在這裡，所以如果大家看大家現場有沒有意見。只是程序上當初 CDC 如果要提的話，應該要提到全聯會專門針對開放表列項目來開會討論比較合適，時間上也比較充裕。

另外對於愛滋病的藥物及後續的治療，我堅決反對納入健保，這個應該是 CDC 的預算。所以我們幫大家承擔這個檢驗，是讓

大家能夠安全提早發現去治療愛滋病，但它是特殊傳染病，不應該再由健保去給付，我的意見是這樣。

主席

你也知道愛滋病的治療，前 2 年是由公務預算支出。

黃啟嘉代表

到此為止，現在後面的治療已經移進來了，前面 2 年堅決反對不能再移動。

主席

CDC 詹珮君醫師你要不要再補充，針對剛剛黃振國醫師講的那個隱形人數？

衛生福利部疾病管制署 詹珮君副組長

其實西醫基層現在一年測 2-3000 而已，但我們光是在 7-11 賣的自我篩檢就已經是 5-6 萬件了，民眾比較喜歡自己測，所以我覺得件數確實可以再觀察，但是應該是不用太擔心。

藍毅生代表

我們一直希望說從各個方面提升對民眾的照護品質，但是我們另類的想法就是說在既有的服務上面，我們應該也要提升某些科系的品質，譬如說外科這一次的同一療程，趁著健保會跟付費者代表也在場，現在外科的換藥已經不是像二十年前的優碘塗一塗，因為它已經是完全革命性的觀點的改變，它需要做濕式的，做清創的。可是我們現在同一療程意思的就是說，如果病患再來看，就會沒有診療費的，醫師沒有義務去做這個診療項目，這樣的話，很多地來都會交給助理或者是護理人員去做，這樣對於民眾的品質反而是降低的。而且現在的換藥不管是醫師的勞動工時的成本、敷料的成本、工時的成本，還有產生的醫療廢棄物的成本，這些都已經遠遠超過他的成本，不止沒有錢賺，每一個都是虧本。所以像我是中區的主委，中區很多大型醫院已經拜託我們基層幫忙做這種大面積的外傷處理，這些 4-5 個大傷口的病患，醫院的外科門診可能要看 80-100 人不等，

1 個人就花掉約三十分鐘，這樣大家就會擠在醫院。所以這一次你看那個急診的部分，我們各個區的急診都是衰退，因為有很多的處理說實話，因為像外科這個換藥是我們唯一的生存的項目，如果每一個都是用虧本去做義務、做功德這種方式來的話，沒辦法做得長久。所以我們在外科同一療程這個部分，我們一直在每次的總額協商都提出來，我們的出發點希望照顧好我們的品質，把品質提升上去，這樣才能夠走得長遠。

主席

好，謝謝，你這個議題很重要，不過我想就是西醫基層那麼多科別，我也想支持你，他們不願意支持我，但你也不要因此有挫折感，我一定會搞定這一切的。

黃啟嘉代表

有史以來從單一科別非協商。

主席

對，不過沒關係，現在是關鍵時刻，使用者部分負擔正式上路的時候，我們相信我們節省下來的錢，能夠把原本不合理的支付標準有很大的一個改善空間，現在稍微忍耐一下，這是跳脫的議題，所以講這一部分的話，假如大家沒有什麼意見的話，我想目前的一個情況大概就是朝這方向去走，好不好？

張孟源代表

主席，有一個小小的意見，因為剛剛主委黃啟嘉提到，愛滋病 2 年內是 CDC 的預算，2 年後當然就變成健保，我們當然不希望愛滋病變成慢性病化，長期治療的話，又變成長期的負擔。combo test 我完全支持，早期診斷，縮短空窗期完全支持，但是我不知道 CDC 有沒有提出計畫，針對有高危險行為的時候，在早期的時候，我們給予一次性的抗病毒的藥，是不是可以避免愛滋病變成長期慢性病化？這樣子才可以避免病人累積，而不是被動地在這裡面蒐集。有沒有這種計畫？因為剛好專家有來，我想請教一下。

主席

好，請說。

衛生福利部疾病管制署 詹珮君副組長

謝謝給我們機會，事實上在公務預算上有編列預防性投藥，也就是針對很高風險的群眾，請他們到指定醫院做暴露前的預防性投藥，所以目前臺灣大概有 3-4,000 人在做，因為治療的部分，公務預算節省下來的部分，我們就可以投注在預防的部分，謝謝。

主席

不過像張孟源醫師提了一個 idea，就是像 C 肝的話，我們可以 cure，B 肝沒有辦法 cure，所以就是發現問題就是說你愛滋病的病人有沒有可能就是說不要變成一個慢性的疾病，需要長期 treatment，有沒有可能在早期的時候，就能夠 cure 的機會？

臺灣愛滋病學會 洪健清理事長

跟主席還有專家們，還有我們委員報告，現在目前的 HIV 被 cure 只有 4 人，是藉由骨髓移植的方式，而這 4 位都是因為已經發生癌症才去做，所以臨床上真正用藥物 cure 的，目前是沒有。我們都知道，那是因為他是沒辦法治癒的，但是從過往在 30-40 年來對 AIDS 的了解，你不給他治療，他會生病，他生病之後，耗費的醫療資源更多，因為不可能說放著不處理他，就讓他死了算了，所以耗費的資源更多，所以越晚診斷，他可能會發生很多的併發症，他一次的住院費用很可能就會花幾十萬，甚至到百萬之多，但是我們提早讓他開始接受治療，這麼多的錢，其實已經夠一個人 10 年的費用了，同時也可以持續維持得很好，也不會傳染給病人。所以即早診斷、即早治療，再加上預防，應該是現在我們在減少愛滋病毒感染者發生的一個最好的方式。而且在政府過去這幾年投注的努力，我們已經連續 4 年在下降，而且也持續在下降當中，所以我們預期應該未來的可能是 5 到 10 年，個案數會回到 30 年前那個非常非常少的一個

案例數，謝謝。

主席

好，我想這個議題到這裡，張孟源醫師，愛滋病的病人從同仁提供的數據來看，目前大概約有 27,000 多人，用的錢大約 40 億，像你的腎臟科，現在約 90,000 多人，以前我在當住院醫師的時候，當時約有 23,000 人洗腎，現在是 93,000 人，一年用掉的費用整體加起來都 700 多億，這個也是一個很大的落差。接著我們請神經醫學會，請。

臺灣神經學學會 胡朝榮理事長

署長還有各位先進大家好，我是臺灣神經學學會理事長胡朝榮，這邊跟大家報告，我們這次提出 4 項，事實上是 2 項，1 個是頸動脈的超音波，1 個是神經傳導，神經傳導包括運動跟感覺的部分。我個人是在醫院服務，我也非常了解基層能夠做得事情，因為專科醫師在醫院訓練之後回到基層，他們能夠做得事情應該是更多才對，因為我們在醫院裡面的訓練，這 2 個檢查訓練的時間都將近半年，我相信如果基層有這些服務，他們可以在基層做更多的貢獻，剛剛也提到特別是糖尿病神經病變，還有腦中風的防治，我想這個對於慢性病都是非常重要的，所以如果基層可以做得話，我想對民眾是非常重要的，而且這個主題是要壯大基層，所以基層的武器越多，我想基層能夠服務的對象跟範圍應該會更大，接著請我們的同仁來做一些補充，謝謝。

臺灣神經學學會 黃金安理事

署長還有各位專家，那我是神經學學會的黃金安醫師，其實這個案子從 105 年 10 月開始，我們接到署這邊要推分級醫療，我們就每一年準備資料送到全聯會，再歷經了四屆的理事長，到現在都沒有一項被通過，所以也是為什麼我們希望再提出來討論一下，這 4 項事實上在基層是蠻需要的。第一是頸動脈超音波的部分「聲圖」，現在目前有通過一項(20013C)，那項是

doppler，而一般我們在做超音波前，應該要先做聲圖，之後找到斑塊後才打 doppler，這是我們在診斷靜脈波超音波的一個標準，這些可以做所謂的介入性的治療。

第二個剛剛提到，事實上在基層裡面有糖尿病的病人或是腕隧道症候群的病人，事實上我們要做得病人是非常單純地，sensory 就是一般的 upper limb/lower limb 它是分開給付的。那第二個 sensory 只能給付一次，也就是說我們在管控的時候，我們只要管控 motor 就好了。因為今天如果它說 upper/lower neuron 的話，事實上我們的管控也講得蠻清楚的，至於對整體財務的衝擊，就像剛剛黃理事長提到的，我們是沒有經驗的，為什麼呢？因為其實在擴大基層有一個很重要的項目，就是說不能夠限制科別，有能力執行的科別都應該能夠執行。所以我們在評估的時候，沒有像署裡面在評估裡面，我們有每一年的成長，還有就是預估到整個的未來的成長，所以說像現在的頸動脈超音波，心臟科也可以做，像 NCV 的話，復健科都可以做，那部分是我們沒有預估到的。我想這一部分，也會像像眼科一樣，我們也會提出管控的機制，學會這邊也會積極的參與，事實上在醫院的部分，我們也與臺灣協會做了很多的共識，我們也希望能夠轉到這邊來做一些共識，這是神經學會的一個報告，謝謝。

主席

好，謝謝理事長，我們一直在講分級醫療，當然希望基層能夠有一些角色，這部分像心臟超音波要給基層能夠做，結果衝的量很大，量大之後，到最後這個病人最後到醫院去的時候，醫院都再重做一次，當然現在我們有雲端的醫療資訊系統，不希望重複檢查。現在這個分成兩個概念，你們想想看，或者說你們覺得說有需要，只有限制神經科醫師才可以做，這樣是另外一個，就是真的能夠落實，在基層的話，神經科醫師有這樣的一個空間。畢竟神經科醫師在基層也是弱勢，跟那個外科一樣是很弱勢。請說。

黃振國代表

剛剛相國執行長報告簡報裡面的幾個 item，神經內科的部分在簡報第 28 張，我們現在西醫基層平均的診療金額是 162，當然有的區比較高，我們再往前看，其它的西醫基層的科，小兒科平均是 22、家醫科 74、耳鼻喉科 79，眼科的手術及很多的主流科就不用談，另外除了外科是 244 以外，我們很多科都低於神經內科，重點是什麼？當然我們很認同神經醫學會的認真度，他們 107 年、108 年、110 年、111 年都有來函，也有到全聯會來表達意見，但是因為我們西醫基層是同儕，就是基層是強調不分科，我們是以病人為中心，所以病人有需求，我們是優先地開放。如果病人的需求在西醫基層沒有強度那麼高，我們傾向於逐漸地保留，今天剛好也有一些代表沒來，我把一些重點跟你說明，大家了解一下基層的神經內科，申報的處置診療費是什麼，我相信健保署長官最清楚，都是復健二，我們過去都是稱復健一跟復健二，在西醫基層成長率是最高的，承如剛剛看的第 28-29 頁，還有骨科都是以復健為主。我們也蠻贊成神經內科醫師到基層來發揮他們所長，就像剛剛署長講的，以神經內科能夠獨享的。所以我們思考你們的病人，譬如說以中風為例在做復健的，就如署長講的可能異常之後到醫院去，那輕症有沒有需要去做事前的預防，當時並沒有得到我們所有代表的認同，我們是合議制，今天也很感謝神經醫學會來到這裡，因為啟嘉代表不好意思講，我們既然沒有共識，我們的精神是回到西醫基層討論。所以我是還原當時，當然也請神經學學會能夠提供更多的資料到我們的西醫基層委員會來，這是我個人的反應，謝謝。

主席

好，啟嘉。

黃啟嘉代表

其實正常的管道是在全聯會開放表別的會議討論，讓全國的基

層代表來決定，當然神經內科代表比較少，如果用這一點來說它弱勢是可以，但是它本身在西醫基層主要是做復健比較多，就跟骨科一樣，所以相對來講復健科反而是弱勢，復健科更沒什麼代表在裡頭，以前還有紹誠代表，現在好像也沒有了，其實這一個案子我在專科醫師委員會碰到 1 次，然後在基層委員會也碰到 1 次，之後在立法院邱泰源委員的協調會也碰到 1 次，但是 3 次都沒有得到當時代表的多數的認同，原因很簡單，我是 ENT，我之前有把 ENT 的一項跨表退回去，不知道大家記不記得，就是所謂的雷射，署長還罵我說怎麼已經開放又把它退回去，因為光雷射那一臺機器，大概就要 100 萬到 200 萬，你去管控它每個月要報五萬塊，一年都報不到，而且機器跟人工錢都不算，我們的管控措施限制每個月報幾萬塊或幾臺，可能 1 個月連五萬塊都沒有，那你要買一台一百多萬的機器，我覺得這個不合理，所以我就直接把耳鼻喉科雷射降表退回去了。

主席

OK，理事長，你聽他們的意思，他們是希望你到他們的全聯會那邊去報告，所以你就準備好，他們每次開會你就去報告好不好？

臺灣神經學學會 黃金安理事

是，我想這邊我必須要談一下，我們從 105 年、106 年之後每一年都去報告，他希望我們去報告，我們就去報告，他沒有通知我們，我們也問可不可以去報告，每一次都被打回票。所以我覺得這個部分當然我不是基層的，但是我的意思是說我們像去年，其實像署長大概也知道，我們臺南的王博仁醫師，在往生前還告訴我一定要繼續爭取，因為他是基層的，這是為了神經科的基層的病人在爭取，而不是為了我們神經科的醫師，如果今天頸動脈超音波在基層能夠 follow，LDL 按照現在的最新的 guideline，控制在 70 以下或 100 以下，就可以預防這些病人中風。第二，如果 NCV 都可以在基層做得話，他就不用跑到醫院

來排隊。署長，我們並不是沒有，而是我們每一年都去報告了，可是每次回來我們都非常地挫折，這裡是第一次來這邊參加，但基層我去參加多次。

主席

我知道，不過我就是跟你就是鼓勵一下就是說沒關係，就是說因為現在是一個關鍵時刻，我坦白講，因為我就說我一定要把部分負擔弄好之後，整個健保財務才可以做一個調整，其實今天所謂的點數在我心目中都是小菜，重點就是假如不能把它做好的時候，整個健保改革都沒有辦法完成了，你等到我把部分負擔搞定了，對你就會有一個交代了，以後在談這個東西，我就不會客氣了，若是我不能裁示的，一定會兩案並呈到部長那邊去做決定，他們就沒有話講了。我想就是這樣，因為處理這個事情，身為一個政務官一定有它一定的角色，像那天那個罕病的藥費，要花那麼多錢，透過立法委員一直打壓，我一點都不讓步，不是我不想要配合，只是說有一些現實面，就是說假如我們把藥費拉高的時候，我們怎麼去面對整個醫療體系，對不對？所以沒關係，我想這個事情，這一案大概知道就是不會有結論的，就是等到部分負擔做完了以後，我一定對這個事情會有一個決定的，或者到時候我們就兩案併呈給部長做一個決定好不好？好，這個案子就這樣。

張孟源代表

報告署長，就是說我覺得有一個很重要的問題，就是說剛剛專家提到 LDL 降到 70，就是希望說高危險的病人，LDL 藥品給付規定應該是要給它降到 70。但是目前不一定要做一些特別的證據，因為有時候我們知道這種頸動脈超音波，我們是覺得有了解，但是實際上在病人當中有 intracranial 跟 extracranial，但頸動脈超音波沒辦法做 intracranial。我自己一個好朋友，今年二月份就突然大中風了，他是心臟科的教授就中風了，結果他竟然頸動脈狹窄 90%，但是他那好像是 intracranial 的狹窄，也

沒有辦法發現。我就想請教專家，假如是顱內的動脈狹窄的話，除了頸動脈超音波還有沒有別的辦法，可以做早期診斷？

臺灣神經學學會 胡朝榮理事長

我來回答一下，我們現在比較簡單是有穿顱的超音波，因為這個是在醫院裡面做，目前還沒有開放給基層。那另外當然就是像 MRI、MRA 其實更靈敏的，如果是要掃描的話，我們是可以 use doppler 就可以做，謝謝。

張孟源代表

所以說其實西醫基層對於神經科是很支持的，但是因為有很多東西真的就是說你做了部分的檢查的時候，也沒辦法給病人一個完整的答覆。所以跟署長報告，一個是 LDL 的目標下降，第二個就是說是不是說應該有一個完整的配套。

主席

這個我想是這樣，對於一個疾病的診斷，其實有一些東西就像你說的，其實也不是說單獨一個做超音波就可以診斷的，而且平常也不會發現，我的一個台南市立醫院的同仁，他也是有一天就去做了一個檢查，後來就有點小中風的感覺，結果半年都不能打高爾夫球，他本來以前打球是又遠又直，到最後就變成慢慢動而已。至於 LDL 的目標，我想也不是都不要調，在健保署就是這樣，有時候我們都會限制，但你一開放下去的時候，那個量就是變成很可怕的情況，我也覺得說本來就不適合說這個限制在那個藥物的 indication 那麼嚴格。

黃啟嘉代表

我這邊也給神經醫學會一個建議，當初 LDL 從 160 降到 130，結果西醫基層多增加的耗用大概 11 億，如果 130 降到 100 或降到 70，我們可能要重新評估醫療費要增加多少，這是第一個。第二個就是當初在立法院的他找邱委員協調時，我有去跟他分析過，為了要做這些頸動脈檢查他要去估算，要買多少儀器及儀器費用多少，我實在不喜歡用符合成本效益來講，我們考慮

民眾的需求，可是事實上醫師一定會導向他要能夠回收成本，一年要申報多少費用，包括機器的折舊都要算進去，再把費用總額估起來，如果是神經科醫學會的理事長，我要怎麼想辦法找付費者代表願不願意支持好幾億的預算，就像心臟超音波當時去找付費者，要求他們支持好幾億的預算，但是說實話，我不鼓勵。為什麼不鼓勵？因為這樣子各科都是各顯神通去付費者的代表家裡掛號，對付費者代表是一個壓力，對我們科別的平衡也是一個問題，而且每一個科，如果為了自己的東西都拿到現在這個會上來談，以後每次的會議至少是 15 案以上，更不用講說當初把 ENT 的跨表退回去的時候，ENT 學會給我們多少壓力，但我也跟他分析，我說這個開放後就沒辦法做，做了不划算，所以今天神經科醫學會提的案子，做了划不划算，要回去算算看。

主席

理論是這樣，就是部長那一次到高屏業務組去的時候，然後我就有一個醫生跟我講被核刪等等一大堆問題，我的結論是說，我說我自己的心情是這樣，蓋醫院是很容易，可是你要維持醫院不容易。當時他也是覺得蓋醫院是很好賺，到最後發現說不好賺，在各個分區現都有新的醫院設立，大家都一直在那邊搶，我說實在。我告訴各位，我自己的感覺是這樣，但我講說真的部分負擔完成的時候，每個病人也就會考慮要不要做檢查了，所以你那個機器一臺多少錢，換算下來就知道不太划算，我想這個案子就先暫時先這樣。說實在地，我們陳時中部長還沒有離開之前，他給我一個 line，跟我講一個志者事成，好，就先這樣，不知道還有沒有意見？請，馬老師。

馬海霞代表

謝謝署長及各位專家，因為剛剛健保會被 cue 了那麼多次，然後我也要借用一點點時間就說兩句，就是基層醫師非常辛苦，我們都知道，但是健保經費就是這麼一點點，大家都很清楚，

所以我們付費者代表就非常非常地掙扎，其實在我要來來以前，我也準備了這麼多想請教地資料，可是相國代表一開始講，我就忍下來了，聽聽大家的建議，我也是非常贊成說該公務預算地就由公務預算來支出，其實在社福界也是一樣，我們也是會跟社福界的長官去講，法定的該用社福公務預算就要用公務預算，所以也是跟大家一樣。所以我們大家所講的，當然我們付費者代表也聽到了，可是健保經費就這麼一點點，所以也是這邊要表達一下，謝謝。

主席

好，謝謝，還有沒有要講什麼？請。

洪一敬代表

主席、各位前輩大家好，我是中區的代表。那我想談一下因為剛才署長提到檢驗上傳的問題，我們現在基層也是努力在做，有幾個意見就是第一個就是希望說還是要輔導，以輔導來代替懲罰，就是因為現在大家都有收到公文，知道不上傳、不給付，所以大家就有很多的畏懼在。所以我想拜託署長一定要先輔導再懲罰這樣子。那我有幾個意見，我們也知道禹斌主秘很認真，以前診所要上傳一個檢驗項目，需要 Key 50 個欄位，現在 Key 20 個欄位，不過我想還是可以再親民一點，因為診所有資訊系統的落差，對於這些小診所的話，更親民一點他們會比較方便，這是第一點。

第二點是診所上傳是馬上可以知道有沒有上傳，可是上傳的成功率是不知道的。我有問我們中區業務說，需要 2-3 個月才知道成功率有多少。

主席

是誰說的？

洪一敬代表

不是，我講一下，你有沒有上傳，你是可以馬上知道，但是成功率，譬如說你應該上傳 100 件，可是你上傳成功的只有 90 件，

成功率是 90%，我是指成功率的數據，數據要三個月以後才知道，我是說這個數據啦。至於你有沒有上傳馬上就知道了，現在查 VPN 很快，但是你上傳了之後，健保署有收到你多少資料，那你的成功率有多少，可能要 2-3 個月才知道。我是希望這部分能夠早點知道。

第三點，因為現在既然是不上傳就不給付的話，是不是因為我有問分區業務組，有多少人要上傳的，能不能把資料給分會或是公會，讓大家來指導的，而這個資料分區業務組也沒有，所以若是總署可以提供的話，才有辦法。因為有些診所並不知道自己要上傳，或者說一些老診所或小診所他們也不知道，所以若是不上傳就不給付的話，是不是有一個階段是能夠先輔導，就是把這些該上傳的，但卻不知道要上傳的，把這個名單給我們各分會或者各個公會，由我們來幫忙輔導。

主席

謝謝理事長，我想這一部分的話，今天中午我才跟他們講，我們自己要能夠積極主動把一些該做得事情做好，不過回過來另外一個角度，也是希望醫療體系能夠提升自己的能力，不要每件事情都講了半天，說不知道或是第一次聽到等等，真的沒有那麼困難，慶明代表，我要拜託你，因為我一直也拜託他，跟中華電信還有華碩，以及顏鴻順理事長也有一起在那邊做這方面的規劃，你要不要跟同事講一下想法？看有沒有什麼一個構想，因為大家的問題都是因為 HIS 廠商的問題，醫院的部分都不是問題，很多都是診所的問題。來，請周理事長。

周慶明代表

跟署長報告，我不曉得是不是 9 月 1 號開始不上傳不給付？

主席

沒有，現在目前是 hold。

周慶明代表

那很好，像我是耳鼻喉科，上傳的這個東西其實會造成我們很

大的困擾，所以如果不上傳就不給付，我可能就選擇不上傳也不給付了。因為我們做得案件非常少，要叫我們要花好幾萬塊跟這個系統廠商再來建置或維護，這個費用跟我們這個報告不給錢，我們算起來不給錢還對我們比較划算一點，我們還是會幫病人做，但是我可能就不會去申報，這是第一個。

第二個問題是，我一直以來有一個想法就是健保署的這個資訊系統這麼強，那有沒有辦法來健保署來當專家，來把所有的 HIS 系統的這個東西通通把它吃下來。不然像這次在疫情嚴重的時候，其實這幾個系統廠商，有一些表現得很好，他馬上就幫我們改，有一些就在那邊弄來弄去，造成大家非常多的困擾。所以這個東西我覺得我一直想，這個構想就是健保署來當莊家，就是所謂的這些東西來統籌。那昨天這個會議 Asus(華碩)還有中華電信他們也都很熱心地在提供他們的構想跟想法，我個人非常地支持，因為華碩在臺灣也是一個小小的護國神山，因為他們的信譽，我們對他們的這種觀感也都非常好，但是昨天聽完發現他們現在可能還一些基礎的建設，要再對接到 HIS 系統，感覺上還是有一點落差。所以希望他們能夠回去再好好地，當然我們最後的希望就是他們能夠把現在現有的市場上的這幾家系統廠商給它收購了。收購之後，他來做，我們所有的全臺灣的診所都是，等於是我們希望健保署當莊家，但是現在就是換成這個華碩他們來當這個莊家，那我們現在所有的問題如果能夠一家就可以統籌來處理，我個人覺得這個是一個好事。

主席

反正現在說我們有這樣的一個努力的目標，該給的建議，就盡提出，到時候看能不能符合我們基層的需求好不好？請旺枝代表，之後再請啟嘉代表。

林旺枝代表

啟嘉不好意思。

黃啟嘉代表

不會。

林旺枝代表

這個問題我們在臺北區開會的時候，我第一個就提了，石崇良次長有回應，他的回答我不太滿意，因為以我們這個署長的關於寬頻的這個能力跟那個，怎麼會找幾家醫院呢？然後來分成幾個，然後幾個體系再來做呢？這個超乎我的想像跟理解，因為那天有些醫院院長說開會怎麼沒先給他遞議題，沒有先跟他溝通，也沒有先讓他掌握，臺北區醫院這麼多家，像署長來臺北區開會的時候，應該也沒有說那個醫院要提議的時候，先跟你報告或怎麼樣，署長就就很自然地揮灑自如，把事情跟問題解決了，我在底下聽，很不以為然，我還是覺得健保署本身就有建置這樣一套體系的能力，從寬頻以及署長這麼多年來對於我們資訊系統的支持，我深具信心。後來禮拜二要去談，我想鴻順跟慶他們兩個大將去就夠了。我今天早上有到行政院去，我就遇到了部長，我就跟部長又講了一次，今天大概八點多的時候，我去行政院那邊有事情，剛好他們今天開行政院會，剛好在我要出去的時候，他進來，所以我就跟部長拜託一下，部長說知道知道，我想部長可能對這個不太清楚，可能像那一天開會一樣，誤以為要幾個醫學中心，成立幾個體系然後再來弄，我認為我們健保署這麼堅強的這個團隊應該是可以做得好的，謝謝署長。

主席

謝謝旺枝，來，啟嘉。

黃啟嘉代表

署長上任以來，我們整個健保資訊的進步是有目共睹。但是檢驗(查)上傳，其實是一個基礎建設，所以應該由健保署來主導，之前我記得檢驗上傳，有一個一塊錢的獎勵金，其實錢不應該給診所，應該給處理資訊的人，當作他們的成本去處理。資訊人員把它處理好就好了，其實我覺得檢驗(查)上傳對我來講我覺

得有方便性，我要看病人在別的地方做的檢查，上去看就知道了，像花蓮有家醫院一直被我念說，每次都看不到報告，我跟院長講，他講說我回去再跟資訊工程師講，其實我覺得這都不是根本之道，應該是由健保署這邊，甚至以後病歷，直接到雲端去看就好了。病歷、檢驗(查)都直接到雲端去，連申報都不用轉檔，因為我們每天都傳上去了，健保署直接就知道該給我們多少錢。還有剛剛署長講說，我們醫生算錢就知道，跟您報告，健保署給我的每一筆錢，我都不知道那是什麼錢，有一天如果少給我十萬塊，我真的也查不出來，我們大多數的醫生都很善良，其實健保署給我的錢，有就有，沒有就沒有，也不會真的去查。

主席

來，請說。

黃振國代表

關於檢驗(查)上傳，在健保會有提過，這需要三方面，第一個就是所謂代檢端的檢驗所，還有中間稼接的 HIS 廠商，還有診所。另外還有一塊就是我們健保署的 VPN，中間每個環節都要配合得無縫接軌，才能夠達成百分之百。坦白講，我當時在 push 這個業務的時候，我應該是少數診所的錢已經給 HIS 廠商，這幾天忙錄告一段落，我就自己嘗試上傳，發現還是有很多的問題要解決，我個人建議，第一點應該由現有的基礎，不管是由檢驗所上傳，或者是由診所上傳，這個部分要予以肯定，但是大多數的醫療院所，包括現在很多的 HIS 廠商，他要求一定的費用，希望署方幫忙溝通下降這個費用。第二，我跟洪一敬理事長報告，我那個軟體告訴我是二十分鐘後才能下載，但是下載的缺點是我們上傳是一個檔案，之後你要查詢才能知道有沒有正確，我最近發現一件事也跟署長報告，我禮拜一有個確診的個案，他說為什麼禮拜二、禮拜三沒有上傳成功，問題是我去查我的上傳紀錄是正確的，但是我從雲端藥歷看到他真的沒有

確診的資料，所以我必須再一次的上傳，所以這代表什麼意思？也就是 OK 的地方不 OK，這個是真的確診的案子，中間有個 bug，但我不知道什麼 bug，為什麼我在上傳確診的部分，CV19 的部分是 OK 的，但是在確診端卻是不 OK 的，所以這個東西還有很多未知的項目要我們一起努力。但我想署長有心，我們一定會願意配合，但是有些外在的因素也希望能幫我們一一地克服，謝謝。

主席

好，謝謝，右鈞專委在嗎？右鈞專委開會了，就是說這個部分，我們內部也需要檢討，很多事情務實地去面對，看看怎麼樣做比較好，也拜託各位代表回去盡量宣導。

黃啟嘉代表

華碩其實在拜訪鴻順跟慶明之前就有到全聯會來過了，我稍微有問一下，他其實也只是華碩的一個部門，那個部門的預算大概幾億元的規模，其實他們是要做生意的，所以我覺得不應該把這麼重大的事情交給某一間私人公司來做，應該由健保署來主導。我們西醫基層在整個系統研發的過程，會無條件地配合，跟你們一起共同來努力。

主席

我們主要是跟中華電信，好，我們今天的會議到這邊為止，謝謝。

16:06 散會