

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 111 年第 2 次
研商議事會議紀錄

時間：111 年 5 月 26 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*	張禹斌	張禹斌
古有馨	請假	梁淑政	梁淑政*
朱建銘	朱建銘*	許駢洪	莊月琴(代)*
朱益宏	請假	連哲震	連哲震*
吳欣席	端木梁(代)*	陳志明	陳志明*
吳國治	吳國治*	陳相國	陳相國*
吳順國	吳順國*	陳晟康	陳晟康*
李承光	李承光*	黃信彰	黃信彰*
李紹誠	李紹誠*	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	楊宜青*
林名男	林名男*	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	蔡有成*
林煥洲	林煥洲*	蔡淑鈴	蔡淑鈴
林誓揚	請假	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	賴聰宏*
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	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*	
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜*	黃瑋絜*	吳韻婕*
	陳哲維*		
台灣醫院協會	吳亞筑*		
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		
台灣復健醫學會	林克隆*		
本署署長室	黃珮珊		
本署臺北業務組	林怡君*	陳韻寧*	廖美惠*
本署北區業務組	蔡秀幸*	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*
	洪穰吟*		
本署高屏業務組	蔡逸虹*	施怡如*	陳瑩玲*
	黃雅蘭*	蔡麗伶*	林紋年*
	湯于萱*		
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*
	黃婷婷*	陳佳穎*	
	吳箴*		
本署企劃組	李佩耿		
本署財務組	請假		
本署承保組	吳少庾*		
本署資訊組	董玉芸	白姍綺	
本署違規查處室	黃育文	何小鳳	黃詔威
本署醫審及藥材組	黃瓊萱	簡淑蓮	詹淑存

本署醫務管理組

羅惠文	鄭碧恩	
黃兆杰	游慧真	韓佩軒
劉林義	張作貞	呂姿擘
陳依婕	洪于淇	許博淇
黃奕瑄	吳秀蘭	周筱妘
鄭智仁	劉勁梅	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：新增「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」
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 110 年第 4 季結算點值報告。

決定：

- 一、依 110 年全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額及其分配核定事項，新醫療科技若未依時程導入者，則扣減其預算編列額度，其中 110 年新增診療項目未導入之預算有 39 百萬元，爰於第 3 季及第 4 季分別扣減 19.5 百萬元。另如有超出預算的部分，建議總額協商會議時醫界可提出討論。
- 二、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	1.13135251	1.08599083
北區	1.13426356	1.09723832
中區	1.10848323	1.07679115
南區	1.13307321	1.09116911
高屏	1.09444512	1.06514814
東區	1.21255767	1.13398840
全區	1.12048600	1.08426730

第四案 報告單位：本署醫務管理組
案由：111 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。
決定：修正通過刪除原分配方式三、(四)、4.註文字：『若有一分區 111 年某季預估一般服務申報醫療點數與 108 年同期之「點數衰退比例」大於臺北區，則請健保署提早通知，本會將採滾動式修訂 111 年一般服務費用地區預算分配細節。』
(附件 1)。

肆、討論事項

第一案 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」之專業醫療服務品質指標(下稱「品保指標」)「門診用藥日數重疊率」等 2 項指標案，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、「門診用藥日數重疊率」指標，修訂同、跨院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症之藥物 ATC 前 5 碼範圍增列 N05AC、N05AG。
- 二、「門診注射劑使用率」指標，更新分子排除條件 A「因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品」部

分，修訂事項摘述如下：

- (一) 靜脈營養輸液(TPN)項目：新增「或不需調配之靜脈營養輸液(111/1/1)」之文字。
- (二) 抗精神病長效針劑項目：原定義「ATC 前 4 碼為 N05A」更新為「N05AD01 HALOPERIDOL，且成分含量為 50mg/mL；N05AB02 FLUPHENAZINE；N05AF01 FLUPENTIXOL；N05AX08 RISPERIDONE；N05AX13 PALIPERIDONE；N05AX12 ARIPIPRAZOLE」。
- (三) 慢性病毒性 B、C 型肝炎所使用之長效型或短效型干擾素項目：增列且符合主、次診斷代碼 ICD-10-CM 為 B16.0-B16.9, B18.0-B18.1, B19.10-B19.11, Z22.51 (B 型肝炎)、B17.10-B17.11, B18.2, B19.20-B19.21, Z22.52 (C 型肝炎)」或「同筆清單有 C 型肝炎用藥 ribavirin 醫令(ATC 碼為 J05AP01 且核價劑型代碼為 11)」。
- (四) 新增 Fondaparinux (如 Arixtra) 項目，用於靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術後，預防其術後之靜脈血栓(VTE) (111/3/1)，依藥品給付規定 2.1.4.1 之 3.每日一劑，最多 5 週。查 Fondaparinux 之 ATC 碼為 B01AX05，人工髖或膝關節置換術或再置換術之醫令代碼為 64162B、64164B、64202B、64169B、64170B、64201B、64258B。

第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。

決議：同意依全聯會意見修訂並酌修文字為：上半年評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限不得

超過 1,800 名。另考量 111 年度家醫計畫第二階段加收會員名單上傳時間至同(111)年 5 月 24 日止，俟本計畫修訂公告後，再行開放社區醫療群上傳名單。

第三案 提案單位：本組醫務管理組
案由：有關中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱全聯會)建議「西醫基層總額開放表別項目之『二氧化碳雷射手術(62020C)』改回 62020B 申報」案暨「開放表別」執行情形檢討案，提請討論。
決議：本案未獲共識，請全聯會凝聚共識後，將共識內容送本署，將依程序辦理後續提會事宜。

第四案 提案單位：本署醫務管理組
案由：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，提請討論。
決議：本案將兩案(調整其中 29 項或全面調升 20%)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。

第五案 提案單位：本署醫務管理組
案由：有關「因應 COVID-19 疫情提供保險對象視訊診療」案件排除於西醫基層門診診察費合理量計算，提請討論。
決議：因與會代表反應內部尚未充分討論，待全聯會討論後再提會討論。

第六案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會
案由：「111 年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫(草案)」，提請討論。
決議：本案同意會後由本署與台灣復健醫學會共同酌修計畫細節後，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。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 3 時 20 分

柒、與會人員發言實錄詳附件 2。

111 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」

- 一、111 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 106-109 年度數值依 25%、25%、25%、25% 加權平均計算。
- 三、111 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：
 - (一) 111 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 百萬元撥補點值落後地區(不含臺北區)，並依 111 年西醫基層總額四季預算占率提列。
 - (二) 六分區各季預算 68% 依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，32% 依「開辦前一年各區門診醫療費用占率 (S 值)」比率分配。
 - (三) 以臺北區以外之五分區(下稱五分區)一般服務預算(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」、及藥品給付協議及緩起訴捐助款)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款移撥作業。
 - (四) 風險調整移撥款撥補點值落後地區方式，如下：
 1. 點值落後地區，係指低於五分區浮動點值且不超過每點 1 元之地區。
 2. 依下列公式進行費用撥補：

$$\left\{ \frac{(M - An) \times Yn}{\sum_{n=1}^n [(M - An) \times Yn]} \right\} \times \text{當季風險調整移撥款}$$

註：M=五分區浮動點值；A=該區浮動點值。

Y=該分區一般服務預算(不含違規查處、專款及其他部門)占率。

n=低於五分區浮動點值且不超過每點 1 元之地區。

3. 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點值，且點值不超過每點 1 元為止。
4. 若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區移撥後之預算(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。

~~註：若有一分區 111 年某季預估一般服務申報醫療點數與 108 年同期之「點數衰退比例」大於臺北區，則請健保署提早通知，本會將採滾動式修訂 111 年一般服務費用地區預算分配細節。~~

5. 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。

四、109 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 111 年六分區地區預算分配，計算方式如下：

- (一) 扣除額度，臺北 7,578,200 元、北區 9,769,101 元、中區 2,411,529 元、南區 1,334,464 元、高屏 5,882,966 元、東區 22,385 元。
- (二) 111 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 109 年四季預算占率計算。
- (三) 111 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 109 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 111 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。

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 111 年第 2 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

開始今天的西醫基層總額研商會議，首先介紹我們的新代表，來自於中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會李承光檢驗師，另外我們恭喜黃信彰院長，他原來在台北榮民總醫院擔任副院長，現在到恩主公醫院擔任院長。接著開始今天的會議，最近因為疫情的關係，所有基層的醫師都非常忙碌要做很多的事情，請大家待會針對有問題的地方，請盡量就是能夠簡單扼要說明，把問題找出來大家一起討論，請開始。

本署醫務管理組 劉林義專門委員

首先先確認上一次的會議紀錄，請各位代表翻閱從第 6 頁到第 13 頁的資料，看看有沒有什麼問題？以上。

主席

好，各位代表有沒有問題？

黃啟嘉代表

沒有。

主席

好，其他代表有問題嗎？好，大家都沒有問題，接著請繼續。

本署醫務管理組 劉林義專門委員

好，接著進行報告事項第一案。

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

請問報告事項第一案有沒有問題？

黃啟嘉代表

沒有。

主席

謝謝，接著進入報告事項第二案。

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

謝謝相國醫師的報告。你報告完後，是不是有要指導我們的？或是針對這報告做一個總結給我們？

陳相國代表

就是說，就是 COVID19 這一次的疫情嚴重干擾到我們基層醫療的生態，對，很多科別就醫的情況跟各方面都已經相當扭曲了，就是說有的科別還不錯，是一直成長，可是有的科別，像耳鼻喉科、小兒科，他們受到很大的衝擊，不過跟署長報告就是說，在這個期間，因為我們的確診數越來越多，所以在署方以及衛福部的鼓勵下，很多這個業績不好的這個診所都已經投入這個居家照護的系列，那居家照護的系列，參加也相當踴躍，疫情從北部往南蔓延，那最近這些診所因為這個收案的關係，所以變成說他們這些診所似乎已經遇到第二春，而且這個給付相當的不錯。那因為很多診所都是因為有心為國家幫忙，為人民服務，然後希望這個我們的臺灣的所有的同胞，能夠早日脫離這個疫情，所以都很盡力的投入這個服務，那所以要跟署長申請，如果說它這些診所所有這個申報錯誤或重複申報的情形的話，請署長跟署方能夠從寬的看待跟檢核，那說因為有時候現在衛福部的代碼有很多個，然後哪個代碼是什麼定義，是什麼情形申報，這些都還沒有辦法釐清的很清楚，所以有時候代碼兩日一

變，兩日三變都有。所以很當診所都會搞混了，那尤其是這個，我想多報是不可能，如果說署方能夠說，譬如說，這個居家照護，他應該報四個碼，結果只報了兩個碼，這個診所就會損失蠻多的。所以署方除了檢核之外，是不是可以能夠開發一個比較聰明的程式，就是說這個病人居家照護，應該有幾個代碼要報報，結果診所沒有申報完全，還漏報或少報了，這方面是不是能夠幫助診所請他補提申報，而如果多報的或誤報的，再請他改正就可以了，再次感謝署長大力支持居家醫療的政策，我們也會一直為全民戰鬥為大家一起打拼，期望疫情能夠早日穩定下來，謝謝署長，謝謝。

主席

好，謝謝，請問一下現在確診者居家照護大部份都看哪一科比較多？

陳相國代表

大部份是內科、小兒科、家醫科、耳鼻喉科，這4大類的診所在照顧。大概有20%到30%的診所有這樣的照護計畫，相當的不錯。

主席

所以就是居家照護的醫師，你知道很多，我們現在已經到10幾萬人的確診病人在居家照護，而醫師在看的時候，因為這部份要花的時間蠻多的，會不會影響到你本來看病的病人(不是確診者)的照顧？

陳相國代表

影響正常診所的看病嗎？

主席

也就是不是確診的病人，到診所去看病的人數有沒有大幅度減少？

黃啟嘉代表

主席，可以由我來回答這問題嗎？

主席

好，請說。

黃啟嘉代表

我先講，其實從疫情以來，本來這些病人是不敢出來看病的，但是因為現在確診者可以用視訊或遠距醫療方式看診，所以原來的需求變成遠距醫療的需求，這是互補的現象，也就是原來那些確診者，其實本來在還沒有確診前，是不敢出來的，但在確診後，可以用遠距醫療的方式，就變成用遠距醫療，所以基本上是互補的，但是並不會影響到他原來醫療的需求，因為原來實際敢來現場的病人就變很少，尤其這兩個禮拜又特別少了。

主席

好，謝謝，請黃振國醫師，好久不見，請說。

黃振國代表

報告署長，針對相國執行長報告的內容，第一個要解釋的是跨表內容，因為疫情的關係，尤其是 COVID-19 之後，流感的懷疑個案相對比較少了，所以我們之前申報比較多的流感快篩這個項目的金額在這一年就看不到。其實跨表也代表壯大基層的現象，但是有幾個比較高成長項目，譬如陰道超音波，有些項目是少數診所申報的，請署方可以去了解，為什麼只有少數診所的高成長？而其它同樣科別的診所就做得非常少，這是我個人的建議。第二，就是關於疫情的變化，以現在全台目前的確診率，第 1 名是基隆市，大概 11% 多，第 2 名新北市也是 11% 多。而基隆因為疫情比較嚴重，所以居家醫療的需求相對比較大，現在不只是剛剛相國代表所說的內外婦兒科，幾乎所有的科別的醫師，只要是有意願的，衛生局都邀請來做第一線者居家照顧的行列。因為個案非常多，所以我們大部份的醫療院所除了看診以外，還要利用下診的時間打電話去關懷。基隆市也是全國第一個，少數擁有 poxlovid 抗病毒藥物可以直接投藥的第一線的診所。以最近 2 週來看，我們很多診所也都積極的面對快篩陽的個案，針對高風險

的族群，都能夠在第一時間給予抗病毒藥物。第三，我們發現因為現在確診率很高，所以大部份的申報案件，可能會在最近的這幾個月，由原來的健保預算轉成 CDC 的公務預算。希望署方到時候 review 時，因為我們都有跟上一年度基期比較，所以在疫情盛行期間，原有費用轉移到 CDC 公務預算的時候，基期的算法可能稍微要做適當的調適。接著就是現在大多數的診所面臨到很多因為居家照護或確診或開抗病毒藥物，這些申報碼的亂象，當然責任不在於健保署，事實上最重要的是各地衛生局的做事方式不一定一致，所以也很難說有一種申報方式通用全國，請署方在針對申報 CDC 這些 PE 碼的時候，如果是醫療院所不熟悉而申報錯，不是刻意虛報的，都予以寬容的對待。當然如果多報的費用要扣回來，但是如果都不是蓄意偽造的，希望署方不要用以往認為申報異常的方式檢核。謝謝我們健保署所有的官員，尤其在抗疫的時候，跟我們一樣辛苦，當我們有需求的時候，署方的官員都可以站在第一線，跟我們一起抗疫，謝謝。

主席

好，謝謝，請林育正醫師，請說。

林育正代表

署長你好，拜託署長一件事，就是我個人也有看視訊診療及居家照護，這個真的很花時間。我們基隆市領到 Paxlovid 這個藥，這個 Paxlovid 跟以前克流感一樣，每次用完後，都要上防疫物資網一筆一筆登錄。而事實上這些資料健保署都有，因為如果 20 萬筆都要登錄，等於要消耗 20 萬筆的人力，而這些事情用電腦做就可以了。是不是可以拜託署長跟那個防疫物資網，不知道是不是 CDC 管轄的部份，可不可以跟他們溝通一下，請工程師將個程式稼接好，我們也就不再用另外花人力去登錄那個 Paxlovid 的使用量了，謝謝。

主席

請相國回應一下你們在實務上怎麼操作？

陳相國代表

因為 Paxlovid 是很重要的藥，我很認同育正代表講的，也就是如果署長能夠幫忙跟 CDC 溝通一下，讓醫師把時間都花在照顧病人身上，而不是把時間花在 key 這些文書的資料上面，對防疫會有很大的幫助效果，我贊成林醫師的意見，謝謝。

主席

指揮中心那邊很多部分都已經儘量配合健保署這邊實務上的需求了，但還是有很多現實面的問題，不管是法傳系統，或者說打疫苗的系統，事實上都有盲點。不過這點唐鳳政委也有在處理，希望說剛剛那個育正醫師提到的那個部份的話，我們會再跟疾管署這邊，再檢討一下怎麼配合，好不好？

陳相國代表

署長，謝謝署長，謝謝。

黃振國代表

署長，針對這個抗病毒藥物的系統，因為我在疫情防疫會議中也提起，CDC 的想法是像 Tamiflu 的使用，都可以用健保的讀卡機跟健保的網路去申報，而在 4 月 20 幾號改版後，就必須由一般的網路跟一般的讀卡機認證，他們是以健保署的網路，資安有疑慮的前提下，要我們改用一般的讀卡機跟一般的網路，用 google Chrome 的瀏覽器，這樣本末倒置，所以前幾天的疫情防疫會議我特別有強調，現在所有的醫療院所，除了專用網路以外，甚至像我的診所還用企業網路，比一般的防火牆還好，資安是第一名的。結果現在要用一般的網路，甚至一般的讀卡機，這個感覺是怪怪的，像我的診所開了這麼多 Paxlovid，還沒辦法領用跟申報，所以 CDC 收到的資料絕對是不真實的，用量跟 CDC 的申報量一定有很大的差距，報告到這裡。

主席

好，謝謝。

顏鴻順代表

署長，我是顏鴻順，可以發言嗎？

主席

請說。

顏鴻順代表

謝謝署長，還有我們現場跟線上所有的夥伴，其實大家都知道健保署的資訊系統，大概是僅次於財政部的資訊系統，所以很多單位像 CDC、國健署，很多業務在執行的時候，都會請健保署代為執行。我們也發現很多醫療執行過程當中，例如像我們都已經開了 Paxlovid 這個藥，也上傳到健保署的網站，如果他們可以來對接健保署的網站，資料就可以 shift 過去，也就不需要我們還要進入另一個系統再 key 一次，這個是我們衷心的期望。但是我知道說，健保署在負擔這些資訊的功能，其實壓力非常大，也非常的辛苦，我也要特別謝謝，在這段過程當中，很多不同的政策一直在推出，相對應的代碼的設定、操作型定義，怎麼去執行，其實都是健保署的各級的主管們在幫忙，有一個連續假日的禮拜六的晚上，我跟醫管組還有臺北業務組一起討論到晚上 11 點才把執行細節確定，真的要再一次謝謝健保署。也跟署長報告一下，以新北市來看，因為是疫情的重災區，目前所有 1000 多家診所裡頭，可以做視訊診療的診所大概有 7、800 家，約 40%~50%。其中有 400 多家在做居家照顧，而且持續在增加。而今天開始實施居家快篩陽性視訊判讀，我們之前也辦過兩次說明會，各有差不多 500 多家的診所參與，至於署長剛才問的，的確在新北我們看到疫情爆發之後，自己來門診的病人其實是下降很多，以我自己的診所來看，大約減少差不多 2-3 成左右，像最近這麼嚴重。但是相對的遠距視訊的，再加上這個居家快篩陽性的判讀的病人，其實是成長蠻多的。所以我也跟會員說我們就藉著這次來練兵，或許遠距視訊診療會是一個趨勢，這個我們遇到的問題，跟各位兄長也跟署長報告，謝謝。

主席

好，謝謝，大家都有充分的發言，基本上我們現在每天都在討論，而這一次居家照護相關的議題，也是最大的困難。大家也都有表達，我也知道各個縣市首長都很用心，的確每個衛生局都很辛苦，健保署可以配合的，一定會全力以赴，好不好？接著報告三，請說。

報告事項第三案：

案由：西醫基層總額 110 年第 4 季結算點值報告。
(業務單位報告)

主席

好，各位代表有沒有問題？

黃振國代表

署長，如果因為時程內未導入就扣減其費用對不對？而假如因為導入超過的費用，有沒有機制可以增加預算？

本署醫務管理組 劉林義專門委員

跟各位委員報告，有關新科技的部份，其實每年都會就沒有執行的部份去扣除，像醫院也有扣掉 0.63 億，基層沒有導入的是 0.39 億，這部分都是照規定辦理。另外剛剛委員提到，就是說不足的部份會扣除，而假如有新增的部份，每年總額協商的時候醫界代表是可以提案，以上。

黃振國代表

報告長官，因為你們沒有提供數字，所以我們怎麼提案？

黃啟嘉代表

署長，我補充振國代表的意見，這項扣減是自動扣減，反之，如有超過的部分，總額應該也要自動補上，這樣才比較合理，而不是要我們在協商的時候，再費盡九牛二虎之力去跟那些付費者代表溝通。

黃振國代表

署長，是否可以由你們提供資料，再由我們提案，沒導入的部分就扣掉，但是超過的可以增列預算。

本署醫務管理組 陳依婕科長

我們這邊說明一下，我現在講一下這次我們扣減的部分，那這次扣減的部分主要是醫療服務的地方，那在新增修診療項目的時候，我們推估去(110)年全年在西醫基層這邊增修 22 項，預計使用到的預算是 41 萬，我們有做高一點的推估，我們是假設西醫基層會用到 100 萬，去年的預算總共是 4,000 萬，扣掉 100 萬以後剩下 3,900 萬是沒有導入的預算。至於剛剛黃代表提到的是扣減是直接扣減，而超過的部分是不是有增加預算的這個機制？我不確定這樣建議對不對？也許可以提到健保會上做討論，而我們也會在每一次的評核會，或者是總額協商的時候，一定會把過去 5 年不管是醫療服務、藥品還是特材增修的相關情形，還有實際的申報量，都會呈現在這些會議資料上面，以上。

主席

好，可以提案到健保會，好不好？大家加油。

黃振國代表

署長，這個結論是否可以這樣，我們同意健保署針對未執行項目做扣除。但也同時建議當執行超過原有預算的時候，也有讓我們提出可以增加預算的機制。

主席

好，那就再提到健保會做討論好不好？這部分健保署沒有意見，都可以配合。接著我們進入報告四。

報告事項第四案：

案由：111 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。
(業務單位報告)

主席

好，請問報告四有沒有問題？

黃啟嘉代表

我可以補充一下嗎？

主席

好，可以，請說。

黃啟嘉代表

因為是由我擔任主席，會議決議是因為疫情的關係，第 2 季~第 4 季，不再檢討哪一區低於臺北區了，都參照原來的分配方式，以免我們每一季都還要再開會，今年因為疫情的關係，東區最低，但東區沒有要跟大家來分錢。所以第 2 季~第 4 季，我們就按照原分配方式進行。

主席

其他代表有沒有意見？沒有，我們就照這樣通過。我是覺得說，一直在算 R、S 值，事實上都很浪費生命，很多服務本來就是這樣，告訴各位，其實總額就這麼多，你們就是不要一直衝點數，好不好？

本署醫務管理組 劉林義專門委員

我再補充一下，請代表翻到頁次報 4-3，剛才啟嘉主委的意思就是把報 4-3 頁的第四點的「註」刪掉，也就是今(111 年)年就沒有這個「註」的意思嗎？

黃啟嘉代表

是的。

本署醫務管理組 劉林義專門委員

好，以上。

主席

好，啟嘉代表還要再說嗎？

黃啟嘉代表

沒有，就如專委講的，我們醫界還是要團結。

主席

好，團結一致，好不好？接著討論一。

參、討論事項

討論事項第一案：

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」之專業醫療服務品質指標「門診用藥日數重疊率」等 2 項指標案，提請討論。

醫審及藥材組 詹淑存專員

主席、各位代表，討論事項一，本總額品質確保方案的品保指標，今年度的檢討是在門診用藥日數重疊率的部份，之前有整理一些新增範圍函請醫師各會和全聯會和那個醫院協會表達意見，考量這兩個相通的指標及計算的一致性，所以建議修訂同、跨院門診同樣以日數重疊率的抗思覺失調症的 ATC 部份增列 2 個 5 碼範圍。第二部份是門診注射劑使用率的部份，因為今年在藥品給付規定通則中可攜回藥物的部份有新增項目，所以我們有增加那個部份。另外今年在專款的部份有增加精神科長效針劑，所以也修訂了長效針劑的範圍。另外也同樣是專款項目的 B、C 肝長短效干擾素，有增加疾病診斷範圍，接著請看到頁次討 1-12，今年新增加第 24 項的範圍，在資料處理定義的部份，ATC 關節置換術處置代碼的部份，漏列了 64162B，以上報告。

主席

這案在昨(5/25)天醫院總額也有討論，當時也沒有特別的情況，請問各位基層代表有沒有意見？留幾分鐘讓大家思考一下。好，沒有問題，接著進入討論事項第二案。

討論事項第二案：

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，

提請討論。

主席

關於這個家醫計畫，各代表有沒有要補充的？

黃振國代表

黃振國報告。

主席

請說。

黃振國代表

我個人支持這樣的做法，因為家醫群有一個重要精神，就是幾乎是要求所有基層的醫師都加入，再來家醫計畫已經實施 10 幾年，已朝向獎、優、汰、劣，初期有人數的限制，是因為我們發現在臺北區有某些大型連鎖的診所，已經高達 20 幾位醫師來參加。而那些醫師對收案的會員真的非常不熟悉，所以才會有這樣的設計，我們很多的基層診所，都做得非常認真，而且他們在長期的努力，也得到民眾的肯定，有這麼好的成績，再基於計畫獎、優、汰、劣的精神，所以我們非常支持這些拿到特優級以上的診所，由原來的 200 名增加到 300 名，也希望他們持續能夠提供良好的服務，謝謝。

主席

好，謝謝，還有沒有意見？我補充一點，剛剛說到獎、優、汰、劣，對每一個醫療體系的同仁的話，在地方當一個 leader 的時候，要盡量輔導，因為等於就是這些資源的分配，我想每一個醫療體系的同仁，都是我們的同儕，對於做得不好的，請主動跟他們講，因為我知道其實很多地區，要謝謝醫師公會的理事長，都協助我們健保的同仁，盡量規勸一些院所去做，因為畢竟就剛剛講的要團結一致把資源做最有效的利用，好不好？好，那假如這個案子沒有問題的話，我們進入討論三。

討論事項第三案：

案由：有關中華民國醫師公會全國聯合會建議「西醫基層總額開放表別項目之『二氧化碳雷射手術(62020C)』改回 62020B 申報」案暨「開放表別」執行情形檢討案，提請討論。

主席

好，關於這個議題的話，請各位代表發言。

黃振國代表

是不是可以請署方提供去年申報的案件，包括第一季申報案件的科別，這是第一點。第二點，因為當時西醫基層是由耳鼻喉科相關的醫師提出申請的，而後來發現反而不是我們預期要開放項目的醫師在操作，今天我們西醫基層會議包括有皮膚科及外科代表，所有的代表都非常認同我們西醫基層執行會的建議。我們當然也尊重外科醫學會及皮膚科醫學會的意見，但是我們必須很務實，因為我們最大的擔心不是來自於一般的皮膚科診所，而是有做自費醫療的皮膚科診所在申報，這樣就可能有違當時開放用來壯大基層的原意，所以請我們署方能夠提供去年到今年所有申報案科別的分析，報告到這裡。

主席

好，謝謝，依婕有聽到嗎？

本署醫務管理組 陳依婕科長

有。

主席

所以這個議題，各位代表還有建議的話，我們會盡量搜集起來，再列入討論以後再來提報，還有代表有意見？依婕已經有相關的資料了？好，請依婕說明。

本署醫務管理組 陳依婕科長

好，我們回應一下，在 110 年全年的各科別的申報情形，最多的是耳鼻喉科申報 141 件，其次是婦產科申報 91 件，第三名是

外科申報了 22 件，其餘科別包含像家醫科、泌尿科、皮膚科、整外等，都申報 1 件左右。另外 111 年第 1 季申報分布跟跟 110 年全年的比率是一樣的，耳鼻喉科跟婦產科分別申報 29 件跟 27 件，其餘科別只申報 1 件，以上。

主席

好，振國代表。

黃振國代表

這個很好，非常好，你看申報最多的耳鼻喉科，包括基層的代表及學會，都是支持要廢掉，所以剛剛講到的皮膚科，甚至少部份的外科，本來他們基層就沒有在做，既然沒有在做，他又反對，我就不知道為什麼。

主席

我跟你說，你要說我就跟你說清楚，我一直認為分級醫療很重要，可是每一個基層診所醫師，大部份都是來自於醫學中心訓練出來的，等到真正出來開業後，你又不願意把自己的實力繼續保持，我是覺得說你剛剛講的是沒錯，像我們的陳相國理事長對不對？在成大醫院學了那麼多工夫，出來外面現在都是在看耳鼻喉科，大材小用了，我不是說耳鼻喉科不好，是說他本來是開大刀的，現在變成都在處理那些事情。好，這個案子各位代表還有沒有意見？王宏育代表請說。

王宏育代表

謝謝署長，這個例子我是覺得是比較例外，我們覺得說如果耳鼻喉科好好的做，幫病人的忙，我們都樂觀其成，但是我們是很怕說這例子過了 2~3 年後，有很多的皮膚科會用這個雷射去做皮膚的醫美，到時候每家皮膚科都買一臺機器，過 3 年之後滾入總額，我們就會很難管理，所以這是一個很特別的例子。通常降表我們都非常的贊成，但是因為這個我們本來是寫在耳鼻喉科，可是後來卻每一科都可以申請，所以我們是比較 concern 說，3 年後可能滾入基期，如果前面 3 年我們報得很少，最後「食

好鬥相報(台語)」，每一家醫美都報的時候，這樣子對大家都不好。所以我們才會格外的謹慎，我想全聯會的幹部大概都是這樣子的想法，跟署長報告一下，謝謝。

主席

謝謝，你剛剛講的那句話「食好鬥相報(台語)」很對，因為每次都發現很多違規的態樣，在某一個體系裡面在發生的時候，就整個全臺灣都一起，大家都好的沒有學，都學一些壞招數，你知不知道？啟嘉，請說。

黃啟嘉代表

基層診所也很想把分級醫療做好，也有很多學會向我反應希望可以「開放表別」，我第1句話都會詢問對方的成本準備多少？今天開放這個二氧化碳雷射手術，光這台儀器購置費就200萬，再加上每年保養費約10萬元，共約210萬元，折舊分五年攤提，工錢不計算的情形下，每年也有50萬的成本，而這台儀器如果全是用於健保給付的項目，能給多少治療？這都還沒有計算固定成本，在這種情況下，實在是會很兩難，除了考慮科別的衡平外，還要考慮預算的不足，所以才沒有辦法開放本項，但若是相關的計畫，且包含足夠的費用，這樣開放才有意義。目前有些科別會有這台儀器，是因為用自費項目在養這台雷射，所以如果開放的話，對這些科別當然沒有差，就可以順便做做健保給付的項目，所以要考慮的情況就會很多，如果未來健保財源更充裕時，我們可以再來討論。

主席

請藍毅生代表，請說。

藍毅生代表

報告署長，剛剛啟嘉主委講的那個，因為基本上在外科醫學會，在今年以前外科醫學會是沒有基層的代表，從今年開始侯明鋒理事長有聘我跟相國理事長擔任委員，承啟嘉剛剛講的，基本上我們平常用的，譬如說用在點痣、老人斑這些，基本上都是

自費。像我有一台德國的雷射，大概要 240 萬，而一年維持費用約 12 萬，所以如果單純以健保給付的話，基本上是不可行的。但是如果半開放的時候，民眾會認為這個健保都會給付，但如果美容的項目，我們要收自費的時候，反而是增加醫師跟病患之間的爭議。所以我認為說這個案子還可以再討論，我可以跟相國執行長一起在外科醫學會提出來撤回，以上報告，謝謝。

主席

好，這個案子目前還沒有共識，我們先保留再來討論。我們進入討論四。

討論事項第四案：

案由：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，提請討論。

主席

好，請各位代表發言。我告訴各位，這是部長指示的，所以今天我們跟各位報告後，會依程序在共擬會議提出來討論，那共擬會議就是說有意見不一致的時候，我們會兩案併呈給部長做決定，以上。如果各代表都沒有意見，進入討論五。

討論事項第五案：

案由：有關「COVID-19 疫情提供保險對象視訊診療」案件排除於西醫基層門診診察費合理量計算，提請討論。

主席

好，謝謝，請各位代表發言。視訊診療對各位來講是一個很大的挑戰，花了很多時間，南區業務組也是謝謝相國代表及大家幫忙，幫我們做了視訊診療相關的影片放到 YouTube。今天自由時報健康網就立刻播放，的確大家也知道視訊診療，對老人家來說比較困難，不過大家在這段時間比較辛苦，大家一起度

過，而關於這部份，重點是視訊診療的 case 排除在合理門診量外。我個人的感覺是合理門診量事實上是在管理整個醫療的人數，而事實上假如有能力看病人的話，本來就要認真看，那我們擋那個也沒有意義，不過也希望各位的生活品質要好，不要說就是對於一些不需要看的病人花那麼多時間在做。關於這個案子，不知道各位代表有沒有意見？請說。

黃振國代表

署長，在疫情高爆發的時期，能夠投入在視訊診療，針對所謂確診或居家居隔的案子，做第一線的醫療服務真的是非常好，那這是因為這個費用也是從防疫的公預預算支應，並沒有占用健保資源，所以很樂意署方能同意針對 C5 的案件，不要列入第一階段門診合理量的計算。但是這個疫情現在是共存，可能 3-4 個月後會逐漸的平息，到時的考量點就會跟現在不太一樣了，所以我們非常感謝署方在疫情高峰期對於第一線能夠投入視訊診療醫師的一個肯定，謝謝。

主席

好，謝謝，我們科長要做一點小小補充，依婕，請。

本署醫務管理組 陳依婕科長

是，謝謝黃代表的意見，這邊澄清一下，就是 C5 案件也就是確診病人，譬如說居家照護等等的案件，這是由公務預算支應的沒錯，而現在這個案子，講的是一般門診，也就是現在健保在給付的病人。因為配合因應疫情來臨，有一些相關的措施是開放到可以用視訊診療的方法，我們談論的這部分都是健保給付的案件，以上補充。

主席

振國要再回應一下嗎？

黃振國代表

這可能跟我們原本提案的原意有落差，所以我們也要做適度的一個回應。針對譬如山地、離島，或者是醫療資源比較不充裕

的地方，因為視訊診療，我們當然在疫情期間可以幫忙很大。但是如果針對醫療資源豐富的地區，然後又不是針對所謂的確診者或居隔者，所做的視訊診療，這就有點奇怪了，這跟我們當時全聯會的提案有落差，是不是提案的秘書處能說明一下？

主席

好，全聯會是那時候誰提案的請說明。

陳相國代表

主席，我可以補充說明一下嗎？

主席

好，可以，請說。

陳相國代表

跟主席還有各位全聯會的委員報告，健保署的經費跟這個防疫經費是沒有關的。視訊診療是因為說在疫情期間，民眾因為害怕，所以開放給診所做視訊診療。依照 110 年統計的案件也沒有很多，因為視訊者看一個病人有時候也要花到 10 分鐘到 15 分鐘，所以用第一階段的門診治療是相當合理的。因為依照一般病人的心理，如果可以到診所看，他不會希望用視訊診療，一般都會希望說，我們醫師給他望聞問切，聽一下、摸一下，診斷一下，那這種視訊診療一般是比較有隔閡性，所以因為疫情的關係，有很多醫生願意投入到這個視訊診療，我覺得應該給予鼓勵。我要請教第一階段有包括各科醫師的加成嗎？譬如說像外科、小兒有加成到嗎？如果沒有的話，我建議說能夠給它加成，按照本來的合理門診量計算方式給他加成，這個我們覺得對總額的影響是相當小，以上報告。

主席

好，謝謝。

黃振國代表

署長，因為今天缺乏詳細的資料，像是哪個區、哪個科或哪個

診所，如果是有集中性，我建議是保留，等分析資料提供後再來務實討論，而且很重要的，我們本來研議是針對疫情的需求，但如果把它變常態，我相信爾後這個視訊診療的案子會非常多，病人家屬都可以來拿，甚至病人都可以來拿，變成以後都不出門了，所以我建議是提供相關數字再來研議，建議本案保留，謝謝。

主席

好，謝謝，依婕回應一下。

本署醫務管理組 陳依婕科長

我先回應一下剛剛相國執行長提的，就是視訊診療其實就跟健保一般的案子一樣，如果原本還沒有排除門診合理量的話，申報的門診診察費，第一階段就可以依照第一階段的支付標準來做，所以包含裡面有的各科加成或者是兒童加成、老人加成都包含在裡面，是依照原本支付標準的規定在申報的，以上。

主席

好，謝謝，振國代表，你覺得需要再保留嗎？還是照這樣？

黃振國代表

署長，因為這個案子在我們西醫基層內部並沒有詳細的被討論，我建議我們的會務人員分析資料還有署方提供資料後，我們再來研議好不好？因為這個不是疫情所需，謝謝。

主席

啟嘉代表有沒有意見？

黃啟嘉代表

我支持振國的想法。

主席

好，那我們就這個案子先保留好不好？拜託你們幾位再討論過以後再來提好不好？好，進入討論案六。

討論事項第六案：

案由：「111 年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫(草案)」，提請討論。

主席

好，謝謝依婕，那請問一下各位代表針對這個案子有沒有什麼特別的意見？來，林煥洲醫師，請說。

林煥洲代表

署長，以及各位委員大家好，這個復健醫學會，這個案是去年提出來，因為 COVID-19 的關係，所以心肺功能，大概 20% 感染後會有肺功能的降低。那今年又爆發了，可見我們明年這部份費用可能要倍增，感謝所有的健保署的委員，對於這些成效的一個評估，就是大部份都會在醫院裡面執行，也是在醫學中心才會有這個的申報，所以謝謝大家對於這個放寬，所以我覺得 PT 跟 OT 兩者加起來 4 項就可以了，因為有時候有些項目是相互重疊。而關於那個費用增加 500，明年這個費用我們應該要再檢討，因為小孩子的死亡率這麼高，所以說我們將來這個費用務必要再增加，以上，謝謝。

主席

好，謝謝，因為這個是專款。

本署醫務管理組 陳依婕科長

今天會議其實主要是確認剛剛一開始提到的年度執行目標跟評估指標，是不是就依照我們這邊有收到的內容提到健保會去核備這些文字？那其它的細項，那不曉得各位代表可不可以授權，讓我們健保署跟醫學會後續就裡面的細節做調整？以上。

主席

好，各位代表有沒有意見？請說。

李紹誠代表

現在臺灣心肺復健針對目前的 COVID19 所造成的心肺的功能

的障礙，那其實也不見得是在 COVID19，我們平常心肺衰竭的 case 幾乎都在醫院裡面進行，大概都是用藥物為主。這幾年全世界心肺復健，做得非常的有成效，對於病患的生命的品質，生活的品質都有很大的改善。而在基層一直沒有做這項，因為它有風險，所以我們就希望在社區裡面也能夠來做這一個心肺復健，對我們的民眾更有幫助，而不是心肺衰竭之後，只能靠藥物，而沒有好的生活品質，當時提這個的目的是在這個地方，因為我們希望說獎勵基層可以來做，所以我們擺在專款裡面。至於剛才所列的那些文字細節，謝謝依婕科長一直跟我們學會還有心肺復健醫學會，一直有雙向溝通，因為這個是一個試辦專款專用，因為在基層的的基期是 0。所以我們也是在這個過程當中，我們希望去 push 讓這件事情在基層可以對民眾，尤其是心肺衰竭的 case 能夠有所幫助，我們是這樣的精神。文字的部份就像依婕科長所說的，後續如果有需要再做更動、修正的，我們再一起來完成這件事情，因為也只有 970 萬，謝謝。

主席

好，謝謝，那假如各位代表沒有其它的意見的話，就提共擬會議再討論，這個案子我想就是說，也相當於是在寫一個國科院研究計畫，寫得很清楚，我記得說這個剛剛提到，就是就病人其實有高風險的時候，本來對基層來講就是有一個壓力在，像各位也知道說，我們對於思覺失調，有提供長效針劑，可是基層的精神科醫師就還是不太願意打，還是留在醫院裡面打，所以大家看到比較困難、比較危險的時候，都會有一點比較擔心。所以紹誠代表你們那麼有勇氣，就好好的做，因為是試辦計畫，到時候我們再觀察，是不是真的讓一些病人真的獲益的前提下，未來才可以朝這個方向努力，好不好？好，各位還有沒有什麼意見？今天大家可能要趕快去看病，因為今天這個居家照護，會花你們蠻多時間，好，我們就這樣，謝謝各位，謝謝。

15:20 散會