

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 111 年第 1 次
研商議事會議紀錄

時間：111 年 3 月 3 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
王代表宏育	王宏育*	張代表禹斌	張禹斌
古代表有馨	請假	梁代表淑政	梁淑政
朱代表建銘	朱建銘*	許代表騏洪	莊月琴(代)
朱代表益宏	朱益宏*	連代表哲震	請假
吳代表欣席	端木梁(代)*	陳代表志明	陳志明
吳代表國治	吳國治*	陳代表相國	陳相國
吳代表順國	吳順國*	陳代表晟康	陳晟康*
李代表紹誠	李紹誠	黃代表信彰	黃信彰*
周代表思源	請假	黃代表振國	黃振國
周代表慶明	周慶明	黃代表啟嘉	黃啟嘉
林代表名男	林名男*	楊代表宜青	楊宜青*
林代表育正	林育正*	楊代表宜璋	楊宜璋*
林代表旺枝	林旺枝*	趙代表善楷	趙善楷*
林代表煥洲	林煥洲	蔡代表有成	蔡有成
林代表誓揚	林誓揚*	蔡代表淑鈴	公出
林代表鳳珠	林鳳珠	鄭代表俊堂	鄭俊堂*
林代表憶君	林憶君*	鄭代表英傑	鄭英傑*
林代表應然	林應然*	盧代表榮福	盧榮福*
邱代表泰源	洪德仁(代)	賴代表聰宏	賴聰宏*
洪代表一敬	洪一敬	藍代表毅生	藍毅生*
徐代表超群	徐超群*	顏代表鴻順	顏鴻順
馬代表海霞	馬海霞*	蘇代表主光	請假
張代表孟源	張孟源*	蘇代表東茂	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	
衛生福利部國民健康署	魏璽倫	吳建遠	李惠蘭
	黃紀諺	周燕玉	廖士翔*
	陳思寧*	薛曉筑*	許珉華*
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺	黃佩宜	黃瑋絜
	吳韻婕	陳哲維	
台灣醫院協會	吳心華	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		
臺灣婦產科醫學會	黃建霈*		
本署署長室	黃珮珊	洪佳蘭	
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*	麻晟瑋*	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*
	洪懷吟*	郭郁伶*	
本署高屏業務組	楊斐如*	施怡如*	許嘉紋*
	葉美伶*	林紋年*	
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*
	陳佳穎*		
本署企劃組	王宗曦	李忠懿*	陳泰諭
	吳箴		
本署財務組	李佩耿		
本署承保組	請假		
本署資訊組	吳少庾		

本署違規查處室
本署醫審及藥材組
本署醫務管理組

董玉芸	白姍綺	
黃育文	黃詔威	羅惠文
林其昌	詹淑存	陳盈如
黃兆杰	游慧真	劉林義
韓佩軒	李雨育	張作貞
陳依婕	呂姿曄	洪于淇
許博淇	周筱妘	崔允馨
蔡松蒲	陳怡靜	林其瑩
劉勁梅	鄭正義	楊淑美
邵子川		

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）

決定：有關前次會議紀錄第七案決議第一點，原「同意 109 年已提出申請之 5 家基層診所計畫執行起日回溯至 110 年 1 月 1 日」，同意修正為『同意 110 年「全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」第一章基層診所之執行起日回溯至 110 年 1 月 1 日』。

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 7：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 3 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。
- 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	1.07522844	1.06900700
北區	1.16062065	1.11622634
中區	1.12788591	1.08993980
南區	1.12785330	1.09170318
高屏	1.09912819	1.06828515
東區	1.18831085	1.12489632
全區	1.12109344	1.08431752

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：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）第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病診察費修訂再提會案。

決定：同意修正支付標準門診診察費通則九同一療程疾病診察費規定，放寬下列案件之門診診察費申報方式，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。

- 一、癌症放射線治療每 14 日得申報 1 次。
- 二、高壓氧治療每 10 次得申報 1 次。
- 三、減敏治療每次得申報。

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
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。
決議：修正通過 111 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式(附件 1)。

第二案 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一致點數案。
決議：因與會代表對於本署計算資料之成長率尚有疑義，本案保留於下次本會議討論。

第三案 提案單位：本組醫務管理組
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：本案通過，新增「80604B(輸卵管剝離術)」及「80606B(輸卵管造口術)」2 項開放表別項目，修訂屬西醫基層總額增訂支付規範(如下)，有關第三項規範依中華民國醫師公會全國聯合會建議，係考量落實壯大基層醫療服務量以達分級醫療之目標，爰仍增列限專任醫師之規定。本案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。

- 一、適應症皆建議因輸卵管沾黏而引起的腹部疼痛、腫脹，經保守性治療無效者；又 80606B「輸卵管造口術」另增訂「水樣分泌過多」。
- 二、同時進行不孕症治療，則不予給付。
- 三、除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報。

第四案

提案單位：衛生福利部國民健康署

案由：新增「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」，提請討論。

決議：本計畫通過，請衛生福利部國民健康署參考本次會議代表所提問題修正，並與中華民國醫師公會全國聯合會取得共識後，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討論。

第五案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：「全民健康保險提升心肺疾病患者心肺復健門診 pay for value 論質計酬計畫(草案)」，提請討論。

決議：有關本計畫內容，請中華民國醫師公會全國聯合會研議並依本次會議代表建議補充相關資料後，再提至本會議討論。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 4 時 32 分

柒、陸、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研商議事會議

111 年第 1 次會議與會人員發言摘要

壹、前次會議紀錄確認

主席

今天是西醫基層總額會議，人數已經過半，很多代表是線上連線，請各位針對各議題的重點地方講，看看怎麼解套比較重要，現在會議開始。

醫務管理組劉林義專門委員

好，現在進行西醫基層總額 111 年的第 1 次會議，先請各位代表確認上一次的會議紀錄的內容(會議資料的第 5 頁到第 19 頁)，請大家翻到第 13 頁，針對上次會議討論事項第七案，有關修訂「全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」，上一次的會議決議第一點：「同意 109 年已提出申請之 5 家基層診所計畫執行起日回溯至 110 年 1 月 1 日，並新增新特約之基層診所/助產機構申請及執行起日認定規範。」，接著翻到第 14 頁，中華民國醫師公會全聯會在 111 年的 1 月 13 日行文要更正會議決議的這一點，建議要修正為『110 年「全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」第一章基層診所之執行起日回溯至 110 年 1 月 1 日』，請問針對這一點代表有沒有疑義？假如沒有疑義的話，是不是就照全聯會的修正？以上。

主席

徐超群醫師，請。

徐超群代表

我們上次會議討論 111 年這個方案的修正，當時同意 111 年以後舊的可以繼續延續，而新的就是當月提出申請者，生效就是合約生效起開始算，但並沒有討論到 110 年的部份，因為 110 年的方案沒有規範，也沒有討論到舊的跟新的起算日，所以這案是通過

111 年的辦法，而沒有通過 110 年舊的、新的該怎麼處理這件事情，以上。

主席

好，謝謝。原則上，就是說你們認為怎樣做最好，今天早上我跟馬來西亞在對話的時候，我就講臺灣的醫療體系最主要是靠醫界及相關醫療體系的人，我們沒有輸人家，所以你們覺得怎麼做會最好，就好好的發揮。好，這部份若沒問題，接著繼續報告。

醫務管理組劉林義專門委員

好，上次會議紀錄決議就照全聯會建議的部份來修正，接下來進行報告案第一案。

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，關於報告一有沒有什麼要補充的？好，進入報告二。

醫務管理組劉林義專門委員

報告事項二，先請全聯會報告。

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

署長、各位健保署長官還有各位健保會代表，還有我們全聯會的其他主委、各位專家夥伴大家午安，大家好。早上大停電，大家辛苦了。首先我代表全聯會跟我們署長致上最高的謝意，事實上過去這一年西醫真的還蠻辛苦的，很多診所都面臨業績下滑很大的壓力，感謝署長強力地而且確實執行未 8 補 8 政策以及疫苗相關費用的撥補，我們對健保署覺得很窩心，署長也是有始以來對西醫基層以及所有醫界最 kind 的署長，然後很多經費都是，健

保署在收到經費的時候，馬上就第一時間下撥給基層院所，拯救很多基層院所免於倒閉的危機。新聞說日本已經倒閉四百多家，臺灣聽說倒閉兩百多家，我是不知道確實的數字，不過我自己的醫療群大概有 60 家診所，其中 3-4 家也說因為疫情的關係，很困難去經營，所以也準備收起來，聽了很不忍心，臺灣醫界這些醫師一向是穩定國家的力量，對疫情、對各方面都無止境地付出，而且因為疫情的關係，不得已把診所收起來，這是很多醫師的無奈。這是對各位、署長以及署方表達謝意。以下開始我今天的報告。

主席

來，說實在地一定要聚焦我們的目標在哪裡，疫情期間病人變少，做得很辛苦，不過沒關係，過去就過去了，我們一定會朝向正向的方向走，因為是總額制，我可以跟你們分享經驗，我去跟蘇院長報告的時候，我要推一下這個部分負擔，當時我的 PPT 只有六張，可是那是我一生裡面最重要的其中一次報告，講完了以後，院長說署長你報告得非常好，Power Point 也做得很精準，很多醫師也很多機會參加很多演講，可是要在那麼短的時間讓他 catch 到你的方向，像之前有一個同事在跟他報告的時候，報到一半，他就打斷他請他直接說打算要怎麼做。所以我才會說你們可以告訴我們健保署應該要怎麼配合，這樣會比較實在一點。接著請健保署補充報告。

主席

好，謝謝。關於報告二，各位代表有沒有什麼問題？你們隨時都可以發問，我們進入報告三。

報告事項第三案：

案由：西醫基層總額 110 年第 3 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，我們繼續報告四。另外蔡副

署長是去衛福部開部務會議。

報告事項第四案：

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第一節門診診察費通則九同一療程疾病診察費修訂再提會案。

（業務單位報告）

主席

好，這個報告有沒有問題？其實這個報告，他們在跟我面報時，我心裡也是無奈，其實你們知道，你們每次看一個病人，像有些什麼換藥的一大堆，本來就是我們的規定是同一療程，病人來一定要做事，也要花那個時間，可是你的規定就變成說這是一個同一療程，有一些醫師的作業很委屈，事實上我都看在心裡，這部分我們再討論好不好？好，李紹誠醫師請。

李紹誠代表

署長、各位長官大家午安，剛剛因為談到同一療程，因為今天全臺大停電，很多的病人是在同一療程的當中，有做一半的，也有做四分之三，即便剛開始做的，這都產生很大的困擾，是不是署方可以給我們統一的從寬認定？還有一些病人他們也是要坐輪椅在上下電梯，也都碰到這個停電造成的困擾，走不了，復康巴士來也在等，也上不來，今天是真的很亂。

主席

我們可以看看法律上有沒有問題？

張禹斌代表

因為這整個管理還是分區，我們會跟他講今天的同一療程或者其他的都從寬認定。

主席

坦白講都已經有做，病人也來了。

黃啟嘉代表

這沒關係，這是重分配。

主席

好，謝謝提醒，再請你們跟各分區表達一下，好，進入討論案。

參、討論事項

討論事項第一案：

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。

醫務管理組劉林義專門委員

好，討論事項第一案，是全聯會所提，有關 111 年西醫基層總額一般服務費用的地區預算的分配方式案。請大家直接就翻到討 1-5 頁，原則上我們是尊重全聯會的建議，只是說有些細節要再釐清一下。全聯會建議的第 1 點參數分配方式，以及第 2 點地區預算的分配方式這部份都沒有問題，接著在地區預算分配方式的第 3 點，全聯會只寫一個「五分區」，我們知道全聯會的意思是指「臺北區以外的五分區」的意思，所以我們把文字寫得清楚一點。另外有些字眼，譬如像「藥品給付協議」，這個我們直接修進去。那不曉得有關於第 3 小點這樣的修正大家有沒有問題？這部分是屬於文字的修訂。接著我繼續念下去，假如有問題可以隨時提。第 4 點的部份，就是全聯會講這個金額分配的共識，包含怎麼定義點值落後地區，這部份都沒有問題，右邊說明欄是全聯會提供的一個範例，這個也沒有什麼問題。我們現在比較有疑問的是第 3 點的部份，全聯會寫說撥補前跟撥補後的點值排序不變，但假如撥補後影響到點值排序，則受撥補分區最高補到與原點值排序前一名的分區點值，且點值不超過每點 1 元為止。這個部份，請大家看到討 1-7 頁，我們有提供 A 案跟 B 案，詢問全聯會的建議，這邊提供除了臺北以外的五個分區的排序，假如是南區第 1，然後北區第 3，中區第 3，高屏第 4，東區第 5，這是沒有做任何撥補的排序，接著我們照前面的金額，計算下來就會發生撥補後的點值，也就是中間這一欄，北區會還是維持 0.9813，中區就會從 0.9700 變到 0.9759，南區第 1 名還是維持，點值也還是 0.9907，高屏從 0.9653 到 0.9780，那東區會從 0.9550 到 0.9908，因為這樣的排序，點值排序就有改變了。

黃啟嘉代表

這個是什麼時候的？

醫務管理組劉林義專門委員

這個是照前面移撥款分配方式移撥下來的結果，因為東區預算比較少，所以給移撥款後點值就會影響比較多。可是這樣就會違反剛剛講的點值排序不變原則。我們現在提供 A、B 兩方案，A 案是說點值回到沒有移撥前的點值，就是最高不得超過那個點值，還是說我們只 care 撥補之後的點值排序一樣就好。因為這會產生一個情形就是像高屏，原來點值是 0.9653，假如我用那個金額下去補的時候，它的點值會變成 0.9780，可是這樣點值的順序就會有所改變。

黃啟嘉代表

東區就只能補到第 4 名。

醫務管理組劉林義專門委員

我的意思是說只能補到中區的 0.9700 就好，還是說可以補到 0.9759，點值的順序也是第 3 名？

醫務管理組總額規劃科洪于淇科長

是 A 案還是 B 案？

醫務管理組劉林義專門委員

其實就是差一點點，所以請全聯會考量，以高屏為例，那個費用可以撥補到 0.9780，但維持點值順序不變的前提，就只能補到 0.9700，還是說順序不變，但可以再補？

黃啟嘉代表

應該要以撥補後的點值來比，採 B 案。

醫務管理組劉林義專門委員

所以是 B 案對不對？因為在模擬試算的時候發現可能會有差。

黃啟嘉代表

採 B 案。

主席

好，宏育請說。

王宏育代表

我也是認為補到 B 案比較合理。

黃啟嘉代表

宏育，我們現場會議的代表也是贊成 B 案。

王宏育代表

謝謝。

醫務管理組劉林義專門委員

好，我們再回到討 1-8 頁，這邊有一些疑義要講清楚，請看到「註」，就是說若某分區在 111 年的某季一般服務核定的浮動點數跟 108 年同期的點數衰退比率，大於臺北區的話，則採替代方案辦理，可是目前沒有提替代方案，且如果是用結算資料，可能就會影響到結算時辰。我這邊舉個例，譬如 111 年的第 1 季，我們要到 8 月 10 號左右才會有結算的核定數據，緊接著 8 月 25 號就要開會確認了，其實時間很趕。因為不可能遇到這種情形還要再召集大家來討論，所以萬一真的有這種情形的時候，我們算完後馬上就可以採替代方案重算一次，這樣時間才會來得及，要不然會耽誤整個結算時程。或者我們直接用申報點數計算也可以，申報點數就會比較即時。就以上兩種方案請全聯會表示意見。

黃振國代表

「申報點數」跟「核定點數」這兩個不會差太多。

黃啟嘉代表

用申報點數，因為核定點數不知道要拖多久，用申報點數會比較好算一點，一翻兩瞪眼。

醫務管理組劉林義專門委員

如果是用申報點數，你們就自己統計了，如果還要再透過健保署，我必須要再呈核後才能提供，也要花很多時間。

黃振國代表

因為健保署比較專業，我們都很信任。

黃啟嘉代表

現在線上有吳國治代表，他提到剛剛的報告第三案，有個地方想

請健保署再解釋一下，就是有關於 110 年新增診療項目未導入之預算有 3,900 萬元，分別於第 3 季、第 4 季各扣 1,950 萬元，他對這一點有點疑義。

主席

請回應一下。

醫務管理組支付標準科陳依婕科長

請大家看到報 2-26 頁，有關新增診療項目的預算使用情形，在 110 年用於新增診療項目總共有 4,000 萬元，但實際上在基層只執行了 28 萬，是表列的這 3 項於 7 月 1 日及 11 月 1 日新增修完後的申報結果，依此我們有推估全年執行情形，其餘未執行的部分會從基期再予以扣除，以上報告。

黃振國代表

不好意思，因為新醫療科技包括新增診療項目、新藥及新特材，據我知道新藥有時候的預算衝擊是在第 2 年、第 3 年甚至第 4 年，而且我們今年也爭取了包括糖尿病的 SGLT2 跟 GLT1 的用藥，因為是計算實際的耗用，雖然已經過了五年我們的預算編列，尤其是新的適應症會放寬到更好的適用，而且現在譬如說 SGLT2 跟 DPP-4 也有 combine 在進行，所以如果只是當年度去看，事實上都會失衡。而且現在我們跟醫材那邊也比較務實地去檢視新藥跟擴大適應症的財務衝擊，所以如果只看新的一年，一定是不準的。如果今年扣了，假設有一年我們增加的時候，會再補給我們嗎？也沒有。還有很重要的一點，就是去年真的是因為疫情，大家知道疫情會讓民眾在醫療需求上有所謂的延遲，所以如果我們希望樂觀的回到 108 年以前的醫療高成長的情形。大家知道這個扣到基期，假設 111 年不足，有方法可以補嗎？當然沒有。這個部份請長官能夠了解、諒解，雖然錢是不多，但是這個精神上可能會有誤解，而且以新藥為例，都是隔年開會後才放寬新藥進來，當然醫材跟醫審那邊也能夠很認真地去估，但是估計，一定會不準。所以假設用這些微的只有三千多萬扣掉，我覺得對西醫基層服務民眾而言真的是有點委屈，所以也請長官諒解，這個只

有看當年度，真的會失真，報告到這裡。

主席

好，謝謝。

醫務管理組劉林義專門委員

好，因為這一項主要是依照健保會的決議，因為每年的新科技項目都會寫假如沒有在年度結束前，未依時導入的話，就要扣減額度，我們也會再提到健保會去報告。

黃振國代表

導入的，那就一定有問題。

主席

我個人認為實際上你們認為很專業的部分，一定要好好討論一個方向，因為健保會也不一定專業的一起處理，所以一定要好好的討論。振國代表，請說。

黃振國代表

我想我們很清楚，我們已經有的資料是既有的新藥五年的結算跟實際耗用的表，事實上看出都有累加，不管是 1A、2A 或 2B 的新藥，事實上耗用都比原來預算更多，我想那個表可以幫助用於向健保會的委員說明。而事實上在我們的藥品共同擬定會議裡面也有健保會的代表與會，我想這個大家也討論很久了，因為在西醫基層用新特材很少，而就新藥部分這麼多年了，我覺得事實上是不足的，我想這個一定有資料可以提供給所有的委員參考。也請醫管跟醫審這邊要個資料，我想這個資料很完整地，一定是負值，我們沒有要求去補已經不錯了，謝謝。

主席

好，請醫審也找個時間跟我面報一下藥品部分，這部份就這樣好不好？吳國治代表有沒有問題？好，接續剛才討論一的部分。

醫務管理組劉林義專門委員

好，討論一的部分，就是全聯會本來講的是核定的浮動點數改成申報點數。還有剛剛講的第 3 小點的撥補方案採 B 案，不曉得委員還有沒有其他問題？有附試算表在後面，請大家參考，如果沒

有問題，就依照全聯會的建議。

主席

東區的點值最好，金門醫院就一直在跟我們反應他們不想跟臺北區點值一致，他們要跟東區，哪邊好就想跟著哪邊走。

黃振國代表

署長真的很英明，事實上應該離島給一個單獨的區域，再看哪個區點值最高，就用那區的點值，其實像金門、馬祖會叫屈，那小琉球也可能叫說他們在南區或高屏，這個都能夠一致，說實在的，離島我們都蠻重視的，所以我覺得可以朝這方向想。

主席

好，謝謝，那我們進入討論事項二。

黃啟嘉代表

對不起，剛剛那個討論一，有關申報點數的部分，計算還是要拜託你們算，因為你們是當公親的，如果換我們自己當，這樣不太好，這樣分配都快被拆散了，所以還是請你們提供。

主席

好，進入討論二。

討論事項第二案：

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一致點數案。

(業務單位報告)

主席

好，謝謝。來，請說。

黃振國代表

中間最大的差距，就是署方可能低估了成長率，就是當你調整了基層給付的時候，我相信昨天在醫院總額有個比較熱門的話題叫同體系，相同的，醫學中心會到所謂的次級的醫院，我們也看到很多的醫院到附設的門前診所，所以你低估了調高給付後的洪水大軍，因為本來是有差距的，他會在醫院申報跟處理，當你調得

越近的時候，可以觀察一下調高後的成長率，建議署方接受全聯會的 15%，然後觀察一下，如果今年看到的成長沒有那麼高，我們願意逐年把它調到接近。但是要注意到所謂的挪移，這不是所謂的雙向轉診，可能會是同體系的院所把原本應該由醫院做的一些項目挪到基層來，我想這也不是大家樂見的，謝謝。

主席

我想這一點，因為大家都希望壯大基層，就是有的項目是基層能夠做的，不管是哪一科，都可以提出來做，在我個人的價值觀裡面，我會支持他們有跟醫院一樣的能力。假如說有醫學中心的人下來基層，他有能力做，你們會覺得他就占掉基層的一部分總額，可是你們一定要自己真正去思考，因為他們都在跟我報告，本來有的刀在基層開，病人相信你，他就會給你做，可是你們自己的同儕一定會很不舒服的，如果是做一樣的事，但設備不夠，那就是另外一個 story，可是設備夠，能力也夠，但你們堅持不這樣做，這個就變成現在不談，也沒有什麼 15%，部長本來有答應有一筆錢要給你們。我今天一直在朝向說要壯大基層，像有些地區醫院很難經營，但一定要自己靠自己的能力去做好，人家才會相信我們，基層每次都要看簡單的病，不敢接受挑戰，永遠不會進步，今天幫你們算出來就是這個樣子，但每一個都要分，就是沒有辦法做的到，今天不止你們這樣，地區醫院也一樣，光門診的診察費，一共有 4 個 page。這案你們也提出相對案出來，今天署長做這個職務，我真的是無私的跟你們分享我的想法，因為你們內部沒有共識，但假如說能夠把每一個小事都做好，錢會越來越多。好，請說。

黃啟嘉代表

其實我們非常支持把所有 29 項支付標準都調得跟醫院一樣，但是為什麼今天是這樣提出，而不是全部調到一樣呢？原因是因為我們擔心預算會不足，就會擠壓到點值，並不是我們反對把基層的支付標準拉到跟醫院一樣，我們是非常地支持。但是我們沒辦法把 147 項事項都拉齊，因為給的額度是有限的，只有一點多

億，有多少錢做多少事，我們是想說先拉 15%，如果真的用不足，甚至被扣回去，我們也沒話講。但是我們還是要顧點值，講句實話，今年只能說是因為疫情的關係，點值要弄得很難看也不容易，可是這也牽涉到我們內部的重分配，所以重分配如果太激烈的時候，內部不見得有共識。

主席

好，如果是這樣的話，這一案先保留的話，你們內部要先討論好，我能夠做得就是跟部長報告。

黃啟嘉代表

我們會再算得更精準一點。

主席

不要擔心別人能夠做，有的項目每一科能做的都不一樣。

黃啟嘉代表

是怕重分配後，分配到一般服務預算了。

黃振國代表

署長，對不起，容許我們把署方算的方式帶回去再算一次，署方計算的是只有 percentage 的差距，我剛剛拿到這個計算方法，如果署方算的是 OK，我們會認同，但是如果有稍微差距，也希望署方能跟我們再次地溝通，因為我看到有 109 年跟 108 的，而 109 年是有疫情的，這我們回去再了解一下，謝謝。

黃啟嘉代表

因為我在想我們會支持。

主席

我跟你說實在的，坦白講的，今天外面多少診所在盜刷健保卡。

黃啟嘉代表

那要抓起來你有聽到風聲給我們後，我們就去抓。

主席

說真的，抓不勝抓。

黃啟嘉代表

看到就可以去抓起來。

主席

振國代表，請說。

黃振國代表

中間比較疑慮的就是 109 年跟 108 年的差距，我們都知道西醫在 109、110 年目前都是疫情的關係，點數都已經大幅下降，用這個時期的背景值是不好的，所以建議如果要用這個方式，可能要背景值的差距乘回來，去除背景值的影響，這算法會比較公道，所以我認為是成長率的問題，會後是不是也跟我們業務組跟醫管組 double check，這樣會比較公平，不然老實講，用 109 年減 108 然後不採計，這樣不行。

主席

好，淑政你請說。

梁淑政代表

有關於件數的成長，當然要納入校正考量。現在有個問題是健保署依一些原則，提出 29 項重點項目來調整至與醫院一樣，即是把錢花在刀口上面的概念，或者是那些科別需要加強等，先做處理；而全聯會提出來的是全面調整，大家都調高 15%。支付標準當然是希望講求每一個表別都是相同的支付點數，但因為預算有限，因此，建議是不是這一次調整的重點是針對差異大且比較重要的項目，調到跟醫院支付標準一樣，而不是等比例的調整。

黃振國代表

回應一下代表，如果你去看健保署調整的科別就知道答案了，其實我們內部有些聲音我們不便講得那麼清楚。

主席

你們儘管講沒關係。

黃振國代表

為什麼最後採計大家比較可以接受方式，就是我們都同步調，也沒針對哪個科別去調，大家可以看一下可能在哪些的科別申報比較多，相信健保署都有這些資料，我們就不討論了，啟嘉跟我的想法一樣，我們是採一個不會造成內部不平衡的方式，謝謝。

主席

OK，好，我們進入討論三。

討論事項第三案：

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。

（業務單位報告）

主席

好，謝謝。我們先請婦產科醫學會黃建霈秘書長先做說明。

臺灣婦產科醫學會黃建霈秘書長

謝謝署長還有各位代表，感謝大家讓婦產科醫學會有機會在此表達意見提供給大家做參考。針對剛剛署方提出的 3 個問題，學會的回答是這樣，因為如果只是做沾黏但是沒有做造口的話，可能對水樣分泌物是沒有效果，所以這個造口是對水樣分泌物是有效的，所以就加了這項。第 2 點不孕症治療的時候不予給付，關於這點，因為當初全聯會有來詢問婦產科醫學會的意見，我們是這樣回答，不過當時考量是說，因為怕自費跟健保混在一起不容易區分，但今天看到署方所提出的意見也覺得深有道理，因為在自費的過程中，如果病人本來有一些疾病，其實也是屬於應該是可以用健保的範圍。因此婦產科醫學會是贊同署方的意見，至於第 3 點就是不限由專任醫師就可以執行，這婦產科醫學會也是贊同，以上，謝謝。

主席

好，謝謝，那我們請徐超群醫師，請說。

徐超群代表

我是徐超群醫師，剛才婦產科醫學會的秘書長說得很清楚。我再補充，第 1 點就是輸卵管如果是塞住的話，因為本來通暢的話，水就會流來流去的，如果塞住的話，當然就沒有辦法，分泌物也就會增加，所以為什麼造口多了一個適應症原因也是在這裡。第 2 是我們對於屬於自費醫療的部份，健保是不給付的，所以我們

全聯會那時候討論認為為了治療不孕症中執行的項目應該包含在自費，而不是健保應該給付的項目，那時候是這樣的一個想法。第3個就是跟一般開放表別一樣的規定，都是專任醫師申報的，針對第2點及第3點是我們全聯會經過討論通過的，所以我在這邊做說明，謝謝。

主席

好，謝謝，那在座的代表有要說明的嗎？

黃啟嘉代表

我來說明為什麼醫院不限專任，而基層希望限專任的原因，因為我們希望是真正地壯大基層，什麼叫真正壯大基層呢？如果今天不是一個真正的基層診所，而是找了很多醫院的醫師來兼任，一樣只是把醫院搬到基層來申報而已，這樣就不是真正壯大基層的結果。我們是希望真正的在基層的醫師來申報這個項目，所以才會限專任。而剛剛對於自費跟健保的疑義，我想用自費去報健保，這個我們是最反對的，而因為這個東西是有模糊的空間，所以這方面的管控，剛剛徐醫師講得很清楚，我也很擔心。

主席

好，謝謝。還有代表要發言嗎？

黃振國代表

第2點，因疾病因素所造成不孕，所謂疾病一定要define得很清楚，剛剛很多代表都擔心會有灰色地帶，其實一般民眾可能不太明瞭，假設今天有部份是自費，有部份是健保，我想爾後健保的糾紛就不斷了，這是一點。再來是我們政府在國健署有編列公務預算挹注關於不孕症的補助，既然已有公務預算的補助，那是不是可以請婦產科醫學會提供到底哪些疾病不會產生灰色地帶，這樣講好了，我們對這個的疾病定義會很模糊，不孕症是不是疾病，如果廣義的解釋，可能就是疾病。所以月經不規則是不是疾病？也可能是。建議這個要講清楚，不然我想醫界的煩惱會不斷，我想聽到這句話的婦產科醫學會可能要謹慎，因為本來自費跟健保是區分很清楚的，而以後如果無法區分的話，我想爾後

婦產科醫師可能會被污名化的機會比較大，謝謝。

主席

婦產科醫學會要不要再補充一下？

臺灣婦產科醫學會黃建霈秘書長

謝謝很多代表的指教。的確有一些灰色地帶是值得大家再討論，減少這些模糊所帶來的困擾，譬如說我們在自費剖腹產的 case 身上，如果剛好發現有卵巢扭轉，這就是一個疾病，那的確就可以用健保，我想大概是這樣的概念，所以我們把定義上弄得更清楚，不要讓一些沒有症狀或者是混水摸魚的，讓成可以申報，以上是我們的意見，謝謝。

主席

鄭醫師，請說。

鄭英傑代表

因為我也是婦產科醫師，站在醫師的立場，其實這個輸卵管的沾黏要動造口術，其實這是一個疾病，或許我們做完這個手術以後，輸卵管就通了，就不用到了不孕症的醫師去處理。所以我個人認為說如果在這個疾病的範圍內，我們健保應該是要給付，但我們要分清楚，希望說做好以後，就可以自然地懷孕，就不用到了不孕症那邊去處理，以上，謝謝。

主席

好，謝謝。依婕科長要不要再補充一下？

醫務管理組支付標準科陳依婕科長

好，請大家翻到討 3-11 頁，聽完剛剛西醫基層的代表的意見以後，原則上這些支付規範都會保留，我們會把今天有提到的理由在會議紀錄寫清楚，以上。

主席

好，謝謝。這個案子討論到這邊，進入討論四。

梁淑政代表

我先確定一下，就是不孕症治療不予給付這個文字還要保留嗎？還是拿掉？

鄭英傑代表

如果能夠拿掉是比較好。

梁淑政代表

大家談到的不孕症治療是疾病的治療，還是健保不給付範圍？

黃啟嘉代表

不孕症不是疾病的治療。

黃振國代表

是一種社會現象。

梁淑政代表

對，健保講的不給付範圍是人工協助生殖這一塊的部份，所以這樣的文字呈現在這裡面就是不給付範圍。

黃啟嘉代表

跟社保司報告，這樣的預算會不夠。

黃振國代表

預算就要編進來。

黃啟嘉代表

這樣預算絕對不夠，我先講，假牙是不是疾病？是疾病，但假牙沒有給付，植牙也是疾病。

梁淑政代表

我的意思是說，這樣的文字會有一點點的混淆。

黃啟嘉代表

如果您的想法是這樣的話，明年如果編足預算，我們一定通過。

黃振國代表

我們編足，沒關係，我們來編。

黃啟嘉代表

下次還可以編假牙預算，我也會通過。

梁淑政代表

我建議文字修正一下，規範是屬於人工協助生殖的部份，因為這本來就屬於健保不給付的範圍，因此回歸採用健保法裡面的文字，好不好？

黃振國代表

我們所謂的不孕症，primary 不孕症就是沒有卵巢，一般都是 secondary 不孕症，所以如果這樣定義的話，只限無子宮或無卵巢的人才可以，不然的話，都可能因其他的因素沒辦法懷孕，現在那麼複雜的問題，你要簡單化，這個問題是很廣泛，不是我們今天要去討論或決定，但是我要提醒說，如果你把他變成籠統含糊，我相信國健署也不需要這麼熱忱，補助所謂的人工生殖，我們認同這是國安問題，既然是國安問題，我們要謹慎好不好？謝謝。

黃啟嘉代表

這都是預算來源的問題，其實不孕症真的要去改善的話，如果真的要健保，大家可以討論，但是現階段不孕症健保是沒有給付。

張孟源代表

主席，我是張孟源醫師，我可以發言嗎？

主席

請說。

張孟源代表

依據健保法第十一條第三款，就是人工協助生殖技術，法規只是說人工協助生殖技術，並沒有說為什麼要協助生殖技術，是因為疾病造成的還是非疾病造成的，還是先天的，所以剛剛啟嘉兄講的，還有振國兄也提到說假如是國安問題的話，就要編足預算，而且要修法，把健保法第十一條修掉，因為現在新生兒太少，假如國家認為多生一個算一個，當時健保法的這一條可能是 20~30 年前立法，真的不合時宜，我們都知道社保司是鼓勵生育的，那就應該要配合修法，這樣才能夠解決根本的問題。而在修法之前，應該也要編足預算，謝謝。

梁淑政代表

清楚西醫基層這個部份的想法，會後會跟健保署討論。

主席

國健署有沒有要補充的？好，這案就照這樣過，我們進入下一案。

醫務管理組劉林義專門委員

好，議程變動，我們先討論第五案。

主席

議程變動先詢問全聯會的意見。

黃啟嘉代表

我們沒意見。

討論事項第五案：

案由：「全民健康保險提升心肺疾病患者心肺復健門診 pay for value 論質計酬計畫(草案)」，提請討論。

(業務單位報告)

主席

好，這很簡單，只要你提出來的時候，都可以提出一些問題來，當你下次再提出來我還是再跟你說，你要再補充，所以說我一直不希望說健保署給醫界造成困擾，你們再回去研究一下，請說。

李紹誠代表

這是因為我們學會在復健治療看到一個這樣的呈現，所以我們學會討論的時候，就先選心肺復健，這由來是這樣。至於剛才講的那些，我們都接受，而因為這案只有 970 萬，還真的不知道該怎麼去推這個案。

主席

紹誠，這個就是需要你們回去再研議一下。

李紹誠代表

好，就是他有他的危險性，所以我們當然也非常小心，因為這項 970 萬，我事後再跟署裡面這邊討論相關的文字內容怎麼去擬訂。

主席

你上次提的 COVID-19 的整合計畫很不錯，我們在執行的時候，就把它再重整，變成說現在整個臺灣那麼多醫院都在推，所以說，不是只針對復健，而是整個醫療體系都能夠去落實，整體格

局就變得夠大。

醫務管理組劉林義專門委員

我補充一下，這案是可以提至下一次的會議討論，不過因為健保會要求在3月份的時候，要先送目標跟評估指標，所以這部分要先跟我們達成一個共識。

李紹誠代表

會後我們即刻做這個事情。

主席

這個案子就這樣通過，你們趕快回去處理，還有健保會的要求。

好，我們進入討論第四案。

醫務管理組劉林義專門委員

有關討論四代謝症候群的部份，請行政科說明一下。

討論事項第四案：

案由：新增「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」，提請討論。

國民健康署魏璽倫副署長

我先引個言，在這邊謝謝健保署，這案主要是以代謝症候群為標的，以疾病管理為一個工具，主要是藉由收案來減少疾病進行的一個進程，避免形成其他慢性病而耗費醫療資源。計畫的精髓就是疾病管理的一個措施，針對有威脅健康的風險因子的收錄與管理。在這邊只是再重申，這個案子如果以我們所規劃的內容牽涉到的其他跟公務預算的部分，仍然由國健署來支應，其實這在平常看診常模就有了，我想醫者父母心，所有的看診常模本來就有一些疾病管理的概念在執行。只是現在包裝用健保的一個型態來支付，我再次強調這段期間很感謝健保署醫管組跟資訊組很多技術跟行政的指導。也感謝醫界，我們大概上上下下也開了4-6次以上的溝通會議，相關的資料組長待會會報告，部長的裁示其實也強調在財務估算跟點數的討論，希望藉由尊重健保署跟醫界的共同討論，以上先做個說明。

張禹斌代表

好，謝謝，我了解國健署本來就有跟醫界做一些溝通，我建議簡報內容盡量精簡，留時間讓大家去討論。好，接著就請國健署開始。

國民健康署吳建遠組長

好，因為有一些在場的與會人士或在線上的代表都還沒看過這個方案，所以我想還是花一點點小時間，我會盡量加快腳步。第一張是說我們要推動代謝症候群的定義，第二張，代謝症候群的患者可能會產生的一些慢性病的問題，請看下一張，他就會造成我們臺灣主要慢性病的風險增加。下一張顯示這個代謝症候群的主要有幾個原因，但是最大的原因就是不良生活形態，剛剛主席有提到說，如果只有 6 張簡報呈現的話，這一張就是非常重要，是這個計畫主要的核心，主要是針對不良的生活形態。請看下一張，接著就需要找出可以介入的地方去防止。請看下一張，所以行動策略、預期成效等等，我們都算出來，我們最主要的是利用成人健檢的資料庫，去看大概一年有多少代謝症候群的病人可以去這樣的介入，大概算出來可以有多少的效益。請看下一張，這整個的代謝症候群的計畫，基本上都是呼應醫界，每一天都在對民眾衛教的內容，要注意你的這些危險因子，譬如說你的生活習慣、菸、酒、檳榔、運動及飲食。請看下一張，這個也是呼應醫界對慢性病患的指導。請看下一張，所以我們原先計畫是強調於疾病危險因子的改善，希望在這個計畫，能夠開始針對醫師的指導費用給予給付。請看下一張，這整個討論的過程，在部裡面也討論過很多次，在部長核定之前，其實專家有幾個建議，第一個就是一定要有一個制度，就是對病人的連續性照顧的前端就進行危險因子的管理介入。下一張，這個制度比較重要的元素，就是要健康行為風險因子的 pay-for-reporting，這是整個的最重要的部分，我後面全部都是繞著這個在發展。針對這樣的制度建立的客觀的誘因。接著請看下一張，在這個討論過程之中特別提醒我們，例如說疾病的危險因子不改變，疾病還是一直走下

去，這個行為改變如果支付要更合理的話，會更影響民眾在這方面的行為的改善，另外也提到說，在這個過程之中，檢驗費用等等的可以另外註明另計等事先的提醒。再請看下一張，所以在這整個過程之中，已經得到了大家初步正視這件事情的共識，剛剛呂科長有報告說，最後就是部長的核定，在西醫基層部門今年規劃 3.08 億做代謝症候群的防制計畫，要求我們開始對這個方案做具體的規劃，各位可以理解這整個計畫的宗旨，就是我剛剛講的，也就是疾病的危險因子部份的管理。所以我們就依照這個部份的宗旨去設計。再來下一張，這設計過程之中，包含政策部份的思考，還有計畫整個內容，然後最重要的是整個計畫如何從醫界 deliver 到民眾身上這中間過程所需要的系統，所以找了健保署還有醫界的先進，及基層的夥伴們去了解，也做出了一些規劃。請看下一張，這整個計畫內容的幾個「W」就在簡報裡面，那我們對象是誰呢？我們要怎麼做？例如說我們希望，醫界也希望如果大家可以做，就不要去太限制資格。另外針對收案的對象，大家也都希望 20 幾歲就已經是代謝症候群的都可以收案進來等等，這些部份跟醫界都有討論。到目前為止這個思考是說可以用醫師為單位來收案，但要限制額度，這個部份沒有太大的經驗，大概也不知道收案的情形是如何，也不希望點數爆掉。請看下一張，這整個照護計畫的內容，就是醫生針對被收案者，要做生理因子的檢測及危險因子的紀錄，再根據這病人的危險因子，執行管理方案，所以各位可以看到這張簡報中間有一個表是我們設計的，這個表如果覺得太困難、太複雜，我們可以再簡化。也可以用這個表跟病人溝通及關懷，在期末的管理評值的時候，了解跟病人之間的努力到底有沒有成效，再對他做進一步的關懷。基本上這個整個設計的內容都希望能夠透過 VPN，是基層醫師熟悉的格式，請看下一張，這一張將剛剛中間那個表放大了，所以各位可以看到，主要就是剛剛提到的疾病危險因子需要改善的部份，以及醫師怎麼樣去指導病人，並且要提醒病人說，如果不改這一些，光靠吃藥也是會一直走向疾病的那端，是沒有辦法改善

的。下一張，所以這整個方案主要有 3 個給付的內容，分別為收案的評估費、疾病的管理費及結案，跟其他 P4P 方案大致是一樣的格式。這後方有先暫定一些點數，但醫界跟我們及健保署還沒有完全共識，後面再請教大家的意見，醫界很期待健保署給予財務評估的協助，在會議中都有提到。所以給付完後，還是要有一些指標去看這個計畫的成效，所以這 5 個指標的前 3 個，各位可以看到就是我們剛剛講的，這一些危險因子的部份，例如說他有沒有要戒菸，有沒有給予戒菸指導；中央腹部肥胖的狀況，就是內臟脂肪的部份有沒有改善，還有他血壓有沒有去做自我管理的行為，這 3 個是屬於 program 裡面的內容。但 program 執行的成果可以看第 4 及第 5 個指標，第 4 個指標「參與率」是收案完成的照護者是什麼狀況完成照護的；第 5 個是收案成果，本來他是代謝症候群，後來已經不是代謝症候群，有改善的這個結果，當然這整個細節的定義，大家還是可能要再討論得到共識，不過以目前為止已經考慮到一個程度。下一張獎勵的部份，也是參照其它 P4P 的方案，設定一些基本的原則，依照排序結果給付，排序前 75% 給多少，排序前 50% 給多少，這樣子去訂定，也有針對新發現需要管理的個案開始追蹤治療者，可能就會得到很好的效果，就是趕快阻止疾病進展。也有一些針對腰圍減少、體重減少等給予給付，因為其實這些都不簡單，如果能夠得到成效，其實是非常好的獎勵指標。大致上報告是這樣。最後一張是部長的指示，希望我們司署可以提出建議，要能夠把計畫的內容想好，再請健保署提供相關的協助，例如審查費用、財務面評估是不是可行，這是我今天跟各位簡單的報告。以上，謝謝。

主席

好，謝謝國健署的報告，因為這個計畫是部要推動的中長期計畫，部長也有特別指示說，我們各司署必須要把自己義務做好，我們也謝謝國健署幾次跟醫界在對話，等等也聽聽你們的意見，因為健保署也提供一些資料給國健署，像昨天醫院總額會議討論「住院整合照護服務試辦計畫」的時候，其實對醫院來講的話，

他們最後也知道這是一個很大的計畫，最後變成一個試辦計畫先進行，也要朝那個方向去執行，今天這個代謝症候群計畫也是已經稍微限縮了，因為在健保署跟醫界的溝通過程，知道收案的情形及點值的變化，今天在座的各位，請聽一下醫界他們的想法，他們比較符合現實的狀況，我們就是有多少錢做多少事情，這是一個前提，不要說為了做這個事情，之後再來看未來的方向，請姿曄科長繼續討論下去。

醫務行政科呂姿曄科長

我們現在手上同時有兩份計畫，一份是國健署版本，一份是全聯會提出的版本，先徵詢會上代表的意見，是不是可以單就我們先幫各位整理的對照表直接進行計畫內容的討論？

張禹斌代表

健保署這邊還是負責財務，待會先請科長跟各位報告一下這兩個版本的財務差異，不然談到細節，最後整個財務爆掉也沒有意義。我們針對國健署的版本有做財務推估，而全聯會的版本，待會也跟各位做一個報告。

醫務行政科呂姿曄科長

因為國健署的版本會有一個條件限制，就是每一位醫師收案人數的上限上可以收到 200 人，我們用這個數據去估算，目前辦理成健的診所執登的醫師數有 10,589 位，如果以每位醫師收案上限 200 來看，最大可以收案的人數會超過 210 萬人。因為這個計畫經費只有 3.08 億，按照國健署的版本，在評估費跟個管費，一個個案就需要 2,500 點/年，所以在這部分的費用財估就需要 52.9 億元，後續還有獎勵費用。且獎勵費用拆分成 2 部分，一個是診所基本獎勵費，是按照品質指標做排序，這部份我們初步估算出來，需要將近 5,000 萬；另外一個是照顧個案的進步獎勵費，每個個案會有 1,000 點。而這個進步獎勵費會有兩部分，但計畫的內容沒明確指出到底是“and”還是“or”，所以我們是用“or”來看，所以這一個部份的財估約 42.4 億元；另外一塊就是新發現個案的獎勵費，我們估算出來，大概要將近 5,400

萬，統整剛敘述的這些財估已經需要 96.3 億元，這個點值大家算一下應該就知道了。另外再以全聯會的版本來估算，全聯會的版本是侷限每一家診所的上限是 100 名，因為目前可以參加成健的診所大概有 6,000 多家，實際上申報的不到 6,000 家，以這財估去估算所有的費用，包含評估費、追蹤管理費、年度的評估費，以一個個案大概是一年是 1,600 點，在基本獎勵費、新發現個案的獎勵費及照顧個案的進步獎勵費來估算每一家診所，以點值以 0.8 來估算，每家診所可以收案大概是 25 人。這個財估是用全部成健的診所都來參加計畫，但因為這個計畫公告的時候，可能已經 4 月、5 月，所以實際來參與的院所也不會這麼多，所以收案人數有可能也不會這麼多，以上。

主席

不好意思，因為我剛剛發現昨天他們給我看這個表，你們手上有嗎？

黃啟嘉代表

我這邊有看。

黃振國代表

有，我們有看過，有傳給我們看過。

主席

國健署的你們有嗎？

黃振國代表

國健署的我沒看，那是未來十年後的目標。

黃啟嘉代表

我先就這個原則講一下，也很感謝吳昭^軍署長，他願意提供，也得到社保司的支持，李署長也願意在健保編這樣的預算。其實這本來就是每一個醫生應該做的^的，包括叫人家戒菸、減重、監督這些事情，是都應該做的。但是我覺得預算既然是編在健保的專款，就是屬於健保的預算，剛剛看到國健署的報告，報表裡頭包括戒菸的項目，這是 OK 的，因為本來醫生就應該關心他有沒有抽菸，他有沒有戒菸。但是放在獎勵指標裡，牽涉到錢跟指標勾

連的時候，基本上在預算科目上會有點瑕疵，因為這是健保預算，不是國健署的公務預算，我知道戒菸有戒菸的費用，我的意思是說戒菸這件事情本來就是醫生該做的，可以在表格上呈現，在衛教內容裡要求我們做這一項，這個都 OK。我感覺這計畫是一個進階版的成人健檢後續治療指標，當你做完成人健檢以後，我們不是沒事了，要繼續把這個病人後續的健康照顧好，當他符合異常的時候，我們要做照顧。當然這是已經牽涉到疾病了，所以我是說，戒菸在表列裡頭要我們在 VPN 上勾，我們也都 OK。但是在指標裡頭放進去，會有點疑義，其實我並沒有強烈反對，但是內部很多人都有不同的意見，因為這個預算科目不對，這是第一點；第二點就是說，剛剛講到要參加的資格，還有辦繼續教育的問題，而繼續教育在這個計畫裡頭沒有預算。其實我們全聯會的想法是應該要辦一個成人健康檢查的資格的訓練，不止針對這個計畫，還要加碼推動成人預防保健，為什麼要為了這個計畫弄一個 4 小時的教育訓練，既然能夠做成人健檢，也就可以做這個計畫，所以我們應該要擴大，由全聯會來支持，因為每個醫師都可以參加，也不用錢。你們叫學會來辦，學會沒有錢，他會去跟我們的會員收錢，除非是學會自己吸收，我想也沒有一個學會吸收得了這麼多錢，而全聯會可以做的得不只代謝症候群這個項目，我們是做整套的成人健康檢查，甚至連戒菸計畫我們都會承包，如果你們有錢的話，我們承包，沒問題。細節的部份我請振國兄講。

黃振國代表

非常感謝國健署能重視，而國民健康也是每個醫療人員的責任。而健保當時所謂的診察費是包山包海，但是不含衛教，但是很多的論質計畫的方向就是把衛教的重要性加進來了，這個目標很遠大，但是實務面的問題就是，如何把衛教的行為跟醫師該做的量化，然後用一個論質計畫來做評比，最大的問題也是剛剛講的預算問題，我們都願意以點值 0.8 為目標，當然我們鼓勵現在就有資格的醫師，能夠對他臨床上已經有參與，包括所謂的成人健

檢，因為有些代謝症候群有家族的傾向，針對這些高風險的族群，我們能夠提早利用這個機會介入。大家知道，這是新的計畫，包括高血脂、高血糖，甚至是減重過程，我們會需要運用到原有的醫療資源，而我們提的方案內，關於檢驗的部份只用到在第一階段的所謂的初級登錄，後續的追蹤我們願意用我們原有的預算來支應這部份。我們知道這計畫只有 3.08 億，所以我們第一年能夠實施的月份，可能只有 8 個月，為了前測、後測追蹤，所以可能我們能夠實際完成的家數跟個案數，可能不如大家預期。所以我會建議試辦 3 年，大家知道西醫基層最大的計畫是家醫計畫，在第一階段的時候，也經歷了 7 年、8 年才走到第二階段找到重心切入，現在擴大造福到將近七百萬人口。我建議這個計畫初期要走得穩、走得穩，並且也讓不管是民眾端還是醫療院所端都能夠熟悉這樣的模式，所以我們初期不希望有些醫療院所去衡量，因為有些大型醫療院所的行政人員比較豐富，可能會為了申報這個就衡量。而且要考慮到城鄉的差距，我們需要全國所有第一線的醫療院所都有機會來照顧這些沒有就醫的民眾，所以為什麼當時全聯會都是用診所別，是希望能夠普及到全國。至於細節部分，我相信表格內都很清楚，昨天我也有參加醫院總額的討論，也知道不好做的時候，不是所有醫療院所願意做的，這在基層也是一樣的情形，當困難度愈高的時候，我相信第一年大家可能參與度就會很低。報告到這裡。

主席

我想聽聽國健署對全聯會的版本，因為你們也都開過會了，你們覺得困難點在哪邊？就是說不能接受是哪部份，因為現在預算有限，就像我們在討論「住院整合照護服務試辦計畫」一樣，先把部長對這個中長期計畫能夠有一個起步，之後事情就比較好做。這個東西事實上也等於我們的基層他們要做的業務，如果兩方的想法差距很遠，今天會議就會很難達共識。請說。

國民健康署魏璽倫副署長

謝謝署長，我這邊說明一下，一開始我們也是認定它是一個起步

的計畫，是一個敲門磚，當然不可能一次到位到很美好，至於提到收案的方式或是收案的資格，經過 3-4 次的討論，以站在健康署的立場，署長也是，沒有堅決一定要怎麼樣，如果說以診所為單位，我們也沒有堅持一定要以醫師為單位。而你們看到的 200 名，其實也是修來修去、改來改去，今天會議有一些也是當天開會的與會者，就到後來大家就會覺得說 100 名好像不符合經濟效益，所以他們就覺得應該大約 200 名。所以這一點我先說我們沒有堅持。至於署長問說，國健署還有堅持什麼嗎？我想就是整個計畫的精髓，也是我剛剛提到的，就是醫者父母心，醫生本來就是會一直跟你的病人說，你要怎麼做才會健康，才不會怎麼樣，把這樣的東西能夠量化登錄收案，而且可以介入跟管理，如果說介入方式都是「用藥」，我想就不符合計畫的精神。

主席

馬海霞代表等等發言。因為他們都是醫生也不太可能亂開支票，未來如果說做一年以後，我們當然就是追蹤，以這樣的模式好不好？如果有問題的時候，就再修定，我先聽我們的健保會馬海霞委員意見，馬委員請說。

馬海霞代表

好，謝謝署長、各位代表，我是健保會的代表馬海霞。我在這邊第一個想要請教，為什麼收案有年齡的限制，難道 20 歲以下、64 歲以上的沒有需求嗎？是不是有什麼依據？第二個就是國健署的說明，我很快地根據剛剛的報告估算一下，2,500 點再加上獎勵 1,000 點，大概這樣子的，能夠照顧到的人大概只有 10 萬左右，在總額協商的時候，醫界的方案是 1,600 點，以 3.08 億來說，這樣可以照顧到的是 183,000 人；我們付費者代表那時建議是 800 點，可以照顧到 386,000 人，以在這樣子的狀況下，現在又有國健署方案出來，在此強烈地建議，至少要照顧到 20 萬左右的人。所以我們建議說是不是 1,540 點？1540 點的話，我們還可以照顧到 20 萬的人，以上，謝謝。

主席

好，謝謝，謝謝馬委員，請全聯會回應一下。

黃啟嘉代表

我先回答馬委員的問題，我簡單講，第一個，如果是 1,500 點，光計畫裡頭的檢驗費用就差不多全部付完了，醫師完全沒有費用了。將計畫要求的檢驗項目全部加起來，檢驗所要收的費用就 1,520 點。另外一點是為什麼收案有年齡限制，這問題問得太好了，其實我也有另外一個問題要揭露出來，就是大腸癌的檢查為什麼 75 歲以上就不能做了，那一天我有跟國健署署長談。事實上這不是我們昭君署長的責任，這是歷屆署長就造成的一個歷史共業，就是因為 75 歲以上做大腸癌篩檢的效益不大，這個效益不大的意思好像就像馬委員剛剛提的問題，超過那個年齡以後，可能他的健康效益不大，這個效益不大真不知道要怎麼去解釋它，就是用統計學在看我們這個健康的投資值不值得，就是這樣算的。所以跟馬委員講，有些東西牽涉到資源問題的時候，就是有很多我們的理想沒辦法完全實現。

黃振國代表

我來平反一下，謝謝馬委員那麼關心，其實在這個計畫初期我們也有雄心或壯志，有多少錢，我們都希望能夠多服務給民眾，至於為什麼是 20 歲到 64 歲，大家知道我們本來國健署希望還更 narrow，從 40 歲到 64 歲，為什麼呢？因為其實我們希望找到一些原來沒有在就醫的民眾，就是等於是沒有充分利用醫療資源，藉由這樣的篩檢，讓所有的民眾都可以去做，尤其是沒有疾病、沒有症狀的民眾，希望能夠早期診斷出、早期治療，來改善他們的癒後跟結果。報告馬委員，我們代謝症候群的定義，第一個是血糖，請你看一下我們的附表，血糖現在才支付五十塊而已，但是我們醫界代表說如果只是追蹤血糖事實上是沒意義的，所以我們希望能夠用「糖化血色素」，而糖化血色素是 200 點，跟 50 點差了 150 點，這是第一個差異。第二點我們代謝症候群的收案標準，是用高密度膽固醇(HDL)，它是 200 點，可是我們醫界知道，心血管風險是跟低密度膽固醇(LDL)比較有關，它是

250 點，所以又差了 50 點。大家知道膽固醇不是只有高密度跟低密度這兩種，還需要總膽固醇，所以還有 70 點，這個差距大家算一算，總共這樣的差距就差了快 200 多點。所以本來你期待的是 800 點，而且很重要，昨天在醫院總額會議就發現說，只要在 4 家醫院推，但 4 家醫院都沒有人要做，你推我，我推你，我們很擔心這個計畫跟原有健保給付差距太大，參加這個計畫的醫療院所要賠錢，到時候都沒有人做，所以這個良辰美意就沒有了。大家都知道我們很重視，希望預防保健的精神能夠延伸，國健署也能夠給很多的指導，希望預防重治療的觀念，深植在民眾的心裡，所以這是拋磚引玉。也希望第一年，為什麼我們不是以點值 1.1 估算，馬委員也知道，雖然在疫情期間，我們點值都大於 1，可是以往西醫基層點值都在 0.95、0.93、0.94 左右，我們這個計畫只願意估 0.8，你就知道我們是朝著希望即使這麼高成本，其實我們的目標是 15 萬到 20 萬，這是我們要收的個案數。坦白講我們也希望西醫基層醫療院所，6,000 多家醫療院所可以做，每家如果真的收到 100 個，是 66 萬，所以上限是存在的，風險也是在的，所以一個計畫不可能沒有風險。這是第一年，我們是^先鼓勵，如果寫得太低，我相信到時候不是 15 萬也不是 20 萬，可能只有 5 萬人參加，報告到這裡。

主席

好，謝謝，璽倫重點是這樣，我想因為這個計畫已經是一個要執行的中長期計畫，今天也是要醫界去執行這項業務，當然我們可以訂得很嚴格、很嚴苛，但是願不願意做，我想應該是要考慮的，這是第一年在做這個事，事實上大家也不知道結果怎麼樣，但總是要能夠做。至少剛剛他們提的那個想法，畢竟他們在基層都在做很多事情，看起來一副不像壞人的樣子。

黃啟嘉代表

其實這一次接這個計畫，我們本身是有拿自己的錢出來，為什麼呢？健保有一個很重要的項目叫做服務密集度，服務密集度^是什麼意思呢？就是說健保是不是真的所有的需求都會被滿足，因為

有很多人其實有病，但是查不到，多了這項計畫，很多有病的人會被提早發現得到治療。其實對健保最省錢的方式就是永遠查不到情況下，突然間中風就走掉了，但是這不是健保的價值。如果我們都放任我們的鄉親得到了疾病以後，沒得到治療，或者根本不知道，然後就突發性的中風或心臟病往生的話，當然對健保來講最省錢，但是這不是健保的價值。而代謝症候群這個計畫出來以後，可以彌補或者讓很多該治療的人因為這個計畫得到發現、得到治療，可能會讓我們西醫基層的資源去投入更多，也就是在總額不變之下，我會花更多的錢去給民眾、給鄉親用，這個也是健保的價值。

主席

璽倫，你背後有沒有很大的一個壓力？因為有些事如果是好事的話，就要趕快上路，我看全聯會他們提的想法，你們看看裡面有哪些一定不可接受，要他們改的，我們沒有意見，這個就是溝通，沒有不能溝通的。

國民健康署魏璽倫副署長

謝謝今天健保署的準備，我們也有準備一個更簡單的表。

主席

那有沒有給我們？

國民健康署魏璽倫副署長

有，也有電子檔。

主席

請發給每個代表，我們聽一下馬委員的意見以後，再看你們的那個表，接著看看他們能不能接受，好不好？

馬海霞代表

好，謝謝署長，因為是視訊連線，所以不曉得剛剛前面兩位代表是哪兩位，不過就是說剛剛兩位代表講的都是非常非常地重要，我想是不是請各位再討論一下，針對 20 歲以下的國民也是非常非常地重要，至於為什麼是 20 歲，這個我剛剛還是沒有聽到各位的答案，所以還是建議你們是不是可以再討論一下？第二是部

長核定的 3.08 億，所以我是用 3.08 億來看，不曉得為什麼國健署又跑出一個 2,500 點，因為在總額協商的時候，醫界提出來是 1,600 點，但剛剛聽前面代表說明，好像 1,600 點又不夠，可是當時你們提出來是 1,600 點，所以 2,500 點加上獎勵是不是各位是跟健保署討論過是同意？其實這樣算起來，應該不會到 15 萬到 20 萬，以上，因為會議時間有限，也不是說我提出來的現在馬上就同意，所以也希望說各位可以回去再討論一下，以上。

黃啟嘉代表

好，馬委員，我是黃啟嘉醫師，還有剛剛發言的還有一位黃振國醫師。

馬海霞代表

好。

黃啟嘉代表

我簡單回答您第一個問題，為什麼 1,600 點會變成 2,500 點，因為檢驗的項目不同，我們當初提出來的檢驗項目比較少，國健署後來覺得檢驗本身要涵蓋的完整性要比較足，所以提出的檢驗項目比較多，所以光檢驗項目就會超過 700 點，再加上要用前測、後測，就是開始執行計畫到結束計畫各要再檢驗一次，所以加起來就接近 1,500 點了，以我們原來提 1,600 點，換言之，醫師的專業值只值 100 點，所以才會說如果要照這樣檢驗的話，當然點數要更高一點，我先聲明即使沒有錢，我個人也願意參與，但是不是每個醫生都可以接受。

主席

OK，謝謝，我想大家手上都有國健署的版本，請大家看一下，看能不能接受，再看一下全聯會版本，再來對照一下。璽倫，請。

國民健康署魏璽倫副署長

好，簡單來講，這個 A3 的這個大表，大概有幾個項目，第一列大家都一樣是計畫目的。第二列是有關參與醫院的診所，參與的診所資格跟醫師的資格要求，這個地方全聯會是建議要有訓練，就是剛剛黃啟嘉醫師講的。

黃啟嘉代表

資格跟你們的資格一樣，我要表達的是要達到那個資格的訓練，全聯會可以承擔。

國民健康署魏璽倫副署長

我們沒有意見，開放大家可以辦。

黃振國代表

不好意思，報告副署長，這部分是延伸成人健檢的資格，我們知道成人健檢的起源，從本來是由內科、家醫科等內科系的才能做，逐漸地放寬到非四大科，因為可能啟嘉不知道，內科、小兒科及家醫科以外的，都必須去受訓，現在是由家庭醫學會在負責受訓。每年還有訂目標，希望接受訓練的非內科系的醫師要達到多少，現在幾乎是門戶大開，每年接受非內科系的醫生有意願主動來參加，大概 200-300 人而已。我們已經講得很清楚了，具有資格的已經非常多了，已經一萬多名有資格，所以這個門是大開的，並不是很窄的，謝謝。

主席

好，璽倫，接著換姿曄念，姿曄念得比較快。

醫務行政科呂姿曄科長

好，繼續剛剛健康署報告的事項，就是請各位代表看到第六項，參與計畫醫療院所的資格跟基本要求。

黃啟嘉代表

這個資格是一樣的。

醫務行政科呂姿曄科長

在第三點，全聯會的版本還有增加一個參與計畫的西醫診所應有個案管理人員，這部份不知道健康署有沒有意見？沒意見的話，我就接續宣讀下面的第 7 項收案條件的部份，全聯會是建議收案的期限，因為今年的計畫可能執行的期限會比較短，擔心可能會橫跨到年底，所以有多一個條件限制，於收案期限到公告日期之十月底止。另外在收案的上限規範，國健署的版本是希望每一位醫師上限是 200 名；全聯會的版本是每一個診所收案人數上限是

100 名，如果國健署針對這項沒有疑義的話，這部分我們就看全聯會的版本，接下來是收案評估的部分，首先是在國健署的版本是希望說，收案的對象除了要跟對象說明說本計畫的內容，還要填具一個同意書，這部份全聯會是建議不要填同意書，那這個部份國健署的意見？

國民健康署吳建遠組長

因為我們參考了很多專案計畫，其實都有提到說要請他們填同意書。

黃振國代表

不好意思，試辦計畫都沒有要求。

國民健康署吳建遠組長

好，現在如果是這樣大，我們就跟大家都一樣，不過還是會提醒大家，因為收案的過程之中，有的病人還是會跑過來問你說，或者是跟我們講說為什麼我已經被某個診所收案了？所以其實有的過程去確認他們理解這件事情的必要性，大家認為這是可以用「告知」來克服的話，我們就跟大家都一樣也沒有關係，國民健康署不需要另創一個自己需要的方式，以上。

醫務行政科呂姿曄科長

好，這個部份我們就依照全聯會的版本不填同意書，接下來爭議比較大的部份，就是包含在收案個案資料建檔的部份，全聯會的版本是希望說可以交付衛教手冊或資料給予收案的個案進行自我管理，而健康署的版本是建議要針對危險因子強化指導，這個部份國健署有沒有要參照醫界的版本？

黃啟嘉代表

有一個更快的方法，就是國健署可以針對我們的版本提出有哪些地方你不同意的，直接跟我們要求就好了，但其中有一點，我們內部的反抗聲音蠻大的，就是把戒菸當作獎勵指標，我們覺得戒菸是一個衛教內容，但是不要當獎勵指標。

黃振國代表

我補充一下，我們蠻認同國健署一些方向跟指導指引，但是在臨

床上，我們到病人端的衛教，就像剛剛講的，對象是從 20 歲到 64 歲，他的社經地位跟教育事實上都不一樣，針對不同的病人，要用他能接受的方式，但我們也很重視國健署的指引，包括 722 血壓的量法，本來我是反對的，但是為了強調國健署的重要性，例如戒菸，其實我個人是蠻支持戒菸能夠納入代謝症候群個案的指導，也很感謝國健署能夠針對有實際做戒菸服務的醫師做獎勵，不管他之前有沒有受過相關的訓練而取得資格或已經取得資格的，能對民眾指導戒菸的重要性，我們也很重視國健署的用心良苦，以前國健署是完全靠行政體系的運作，事實上也沒辦法普及到所有的醫療院所。這一次我們看得很清楚，今天全國的 6,600 家醫療院所都曾經服務過成健的，普及面是很廣的，我希望這個火種能深植到每個第一線的基層人員，不像以往都只能靠行政體系去獎勵配合度比較好的院所，這是今天這個計畫成功的地方，也希望國健署能珍惜我們第一次合作的機會，謝謝。

黃啟嘉代表

我簡單講，其實剛剛黃振國醫師的意思是說他非常贊成戒菸，包括我自己也在做戒菸，但是另外的獎勵，不要用在這個計畫案裡頭。因為事實上做戒菸服務都是國健署公務預算支應，而現在嵌在這計畫內，我們內部針對這一點的意見比較分歧，沒辦法同意。如果國健署很強力地堅持，我們也沒辦法同意，但是我個人同意，但是醫界不是我一個人說了算。

主席

我可以了解，問題是這個就是國健署現在很在乎的東西，只是醫界現在希望不要把這個放在現在討論的代謝症候群內，這會不會是你們一定要堅持的東西？

黃啟嘉代表

勾戒菸表單都沒關係，但是你不能夠把給付跟這個計畫綁在一起。

張孟源代表

主席，我是孟源，張孟源醫師，我可以發言嗎？

主席

等一下，等一下，你沒有舉手。

黃啟嘉代表

孟源，署長說你要舉手，就是螢幕上要舉手。

主席

好，謝謝你，請您等一下，先聽璽倫講一下。

國民健康署魏璽倫副署長

我說明一下，這個部份主要是風險因子的紀錄而已，因為菸就是世界衛生組織公認的慢性疾病很重要的元兇，如果說大家覺得在獎勵指標不放，這可以再討論，但我覺得在管理上是需要的。

黃啟嘉代表

在管理上紀錄沒問題，但是不要變成一個指標。

主席

孟源，您請說。

張孟源代表

謝謝署長，還有各位代表大家好，其實這一個代謝症候群，光是在2月份的時候，就在國健署開過2次會，當時除了全聯會以外還有家庭醫學會、內科醫學會、基層醫療學會及基層醫師學會等等，還有很多的代表，當時大家有很多的意見。我現在看到今天議程裡面的資料，好像有很多其它單位代表的意見也沒有反應在上面，而且代謝症候群是署長講說是部長中長期的願景，那這案子有沒有可能就是說，因為當時每次都討論快2小時，那要不要就是我們再安排另外的時間？

黃啟嘉代表

不用不用，孟源，我先講，現場的夥伴反對再另外安排時間，我先跟您報告一下，就是這個案子不用其他團體加入，因為依照制度是由總額研商議事會議決議的。

張孟源代表

OK，我了解，我也是尊重大家的意見，因為我學法律的，我強調程序正義啦，但是我絕對尊重大家的意見，但是有一件事情我必

須要說明，剛剛國健署的副署長也報告，就是行為改變，但是我很難以理解，已經是診斷為代謝症候群了，為什麼還要診斷一次抽一次血，然後診斷前測要抽一次血，後測再抽一次血，根據世界國際的定義，就只有那五個，根據定義他已經是代謝症候群了，大家去改變行為就好了，為什麼還要抽那麼多的血？我真的是不太理解這一點，可不可以請國健署來說明一下前測、後測的目的到底是在哪裡？

主席

璽倫，請你們簡單扼要回應。

黃振國代表

我來回應，是因為指標要有評估計畫的成效，任何的試辦計畫都必須有比較值，假設沒有一些客觀的資料可以佐證的話，事實上只憑一些書面的資料，容易失真，所以需要一些客觀值來做評比，孟源，不好意思，因為禮拜五開會的時候你不在，我們多數代表都同意了，謝謝。

主席

璽倫，我想國健署再看一下全聯會的版本，如果沒有問題的話，我想基本上我們是希望那個是他們要去執行的計畫，他們的目標也是很確定的，他們寫的東西你看看。

國民健康署魏璽倫副署長

好，聽起來大家在其他部分都已經漸漸有共識，我知道基層代表這邊希望至少在獎勵指標上不要放戒菸對不對？其它健康行為的一些介入管理是都可以上傳。

黃啟嘉代表

衛教要求也可以，鼓勵病人做成人健檢、四癌篩檢、戒菸計畫，我們都願意做。

國民健康署魏璽倫副署長

是，好。

主席

謝謝，謝謝璽倫。這案子我們就這樣子過，國健署你們再把那個

案子修一下，因為我們就交給共擬會議去做確認。

醫務行政科呂姿曄科長

因為共擬會議是 3 月 10 日召開，所以請國健署能不能這個禮拜提供給我們？

國民健康署魏璽倫副署長

明天下班好不好？

主席

因為這個很重要，趕一下好不好？相國。

陳相國代表

還有一點就是要跟署方還有國健署釐清，就是排除已經有參加家醫計畫，但如果說參加 CKD 或 B、C 肝照護及糖尿病照護案，氣管照護方案都一律要排除的話，因為有時候這個病人是氣喘照護方案的個案，但他也有代謝症候群，因為這是不相同的資格，我建議說，因為排除家醫計畫跟糖尿病照護計畫是可以，但像 B、C 肝的話，相對選項也比較多。

主席

請國健署回應一下，儘量避免所謂的一魚多吃。

醫務行政科呂姿曄科長

我補充說明這個部份，依據衛福部核定的版本，其實這個計畫有一個例外的條件，不得與家醫計畫，及其他 P4P 重複領取個案管理費。因為家醫計畫也有類似的條款，也是都不得重複支領，所以我們會在計畫的個管費支應的細節操作上，我們會排除個案管理費較低的。

陳相國代表

是擇優給付，譬如說我參加 3 個，擇優給付。

主席

璽倫，我們這個案子就這樣過了好不好？

洪一敬代表

不好意思，我是中區，我再請問一下，就是說同樣的個案，他們不同有給付嘛，可是我們現在在做 COPD 跟 CKD，現在的診所在

做得時候是可以申請共同照護費的嗎？

黃振國代表

不是，那個不是照護費，意思不一樣。

醫務行政科呂姿曄科長

這個計畫是因為健保會委員的意見，侷限在這個計畫，針對個案管理費的部分不重複支領，所以是針對這個計畫的個案，如果同時被家醫計畫或糖尿病照護計畫收案，這個計畫就不能重複支領家醫計畫或糖尿病照護計畫的個案管理費，舉例來說，1 個個案同時被 3 個計畫收案，代謝症候群這部分支領了個案管理費，就不可以再去申請家醫計畫或 P4P 的個管費。

洪一敬代表

我再請問一下，你這個在操作的時候，因為是擇優給付，可是我每個月在申報的時候，下個月錢都會下來，到時候如果說重複申報。

黃振國代表

年度扣掉就好。

醫務管理組劉林義專門委員

那是細節，就是不能重複領。

黃振國代表

對啊，重複領的部份，年度會扣掉。

洪一敬代表

那會不會造成譬如說這個病人他有做 COPD，可是因為這個代謝症候群，他就不做 COPD 了。

醫務行政科呂姿曄科長

因為 COPD 也有其他的給付，而這個計畫就只有個案管理費，是不能重複支應的，那如果你有額外提供其他服務，我們相對應計畫一定都會提供獎勵費用，以上。

主席

好，璽倫請說。

國民健康署魏璽倫副署長

署長跟醫界代表，第六頁的照顧個案進步獎勵，我知道今年就第一次，我們也做了一些嘗試，可是在照顧個案進步獎勵這地方，兩邊的差距是比較大的，我們這邊除了腰圍減少、體重減少這個地方，好像醫界的版本只有腰圍、血糖、血壓、三酸甘油脂、血脂。

主席

醫界版在第 5 頁。

國民健康署魏璽倫副署長

醫界的在第 5 頁，我們在第 6 頁。

黃振國代表

我報告一下，再報告差異性，我們認為腰圍跟 BMI 是類同的，因為這兩個不管採哪一個，要在六個月能看到成效都很難，基本上是一個艱巨的任務。這兩個意思一樣的，腰圍減少或 BMI 體重的減少，我們當作單一項目值。之前在國健署也談過，包括血糖可能用 HbA1c 比較好，還有 LDL 比 HDL 好，這些都只是配分而已，其實都沒有太大的變動。第二點，其實大家知道我們現在一個診所，目前的上限是 100 名，因為代謝症候群指標有 5 項，任何 3 項就收案了，事實上不是所有的個案都同時具有 5 項異常。往往即使真的做到最高的 100 名，可能只有 50 個或者是更少符合每個單項。所以我們初期希望認真的診所都能得到獎勵，所以各個指標是 independent，但是要達到每一項，坦白講有困難度，是有困難度的。那為什麼有一些可能稍微鬆一點，我們是希望有鑑別度，譬如說血壓可能比較容易達到，其它的血糖還有體重、腰圍就比較困難，我們希望能夠有鑑別度，所以才有評比，才能區分說到底誰認真，誰不認真，謝謝。

主席

好，謝謝，馬海霞委員請說。

馬海霞代表

好，謝謝署長，謝謝署長。對健保署不太好意思，我還是要問一下，剛剛我有舉手，但已經都討論過了，這是一個代謝症候群的

方案，我不太理解戒菸、戒酒大概還可以放在代謝症候群裡面，但是戒檳為什麼放進來？如果包山包海通通放進來的時候，對醫界來說負擔重，當然點值要加高，如果不加高點值，你要他做了那麼多事情。剛剛黃委員講過，當時你們 1,600 點包含的內容跟現在國健署包含的內容不一樣，所以現在國健署包山包海全部放進來，所以我就不太理解戒檳為什麼要放在這裡面。以上。

主席

國健署請回應。

國民健康署吳建遠組長

這個部份我先說明一下，因為雖然說非傳染性疾病主要的危險因子在國際上是菸、酒、運動跟飲食，但是在臺灣有一個特殊的原因叫做檳，而通常吸菸的人都有嚼檳榔，在臺灣應該吸菸跟嚼檳榔衛教是要一起做得，我想在座的醫界先進應該也不會覺得這個應該要分開做，所以這個部份，就是都是癌症等等重要慢性病的危險因子，所以在這部份也一起放。而且在戒檳這一塊的部份，我們並沒有要求一定要做，不是像戒菸列入指標。所以也是希望說可以同時衛教做口腔黏膜健康檢查，跟馬委員先說明一下，以上。

主席

戒檳榔在第幾頁？

黃啟嘉代表

是在表格裡頭有含戒檳跟戒菸，我非常支持你們在表格裡頭放，這沒有問題，即使沒有這個東西，我們長期都在叫病人戒菸、戒檳榔，你可以到我診所去看病，我不認識你，但是一樣會叫你戒菸、戒檳榔。我想馬委員您應該可以放心，戒菸、戒檳榔本來就是我們醫師的責任，即使沒錢，我們也照做。但國健署是因為基於理想性，所以把這兩項放進去，但是希望在費用上不要跟這 2 項連結。不管國健署提多少費用的點數，跟我們醫界溝通後，跟戒菸、戒檳榔應該都沒有關係了，不會有包括那兩項的費用在裡頭。

主席

好，謝謝，我想是因為公務機關都會有很多指標，希望大家一起去執行，他們的想法大家也都大概可以了解，就是該做的他們都會做，也請國健署真的好好想計畫要怎麼執行，這一部份就先討論到這邊好不好？

林鳳珠代表

不好意思，我想 confirm 一下，在第六頁，獎勵指標的部份第幾個，就是低密度脂蛋白膽固醇提升 10% 以上，有沒有問題？是高密度脂蛋白吧？

黃啟嘉代表

我先講，代謝症候群的定義是在用高密度脂蛋白，這個是國際上的定義，但是我在實務上要降低心血管疾病是降低低密度脂蛋白，所以對於病人的健康，後續的健康管理來講，低密度脂蛋白比較有意義。

林鳳珠代表

那就要下降啊，是下降吧？

黃振國代表

謝謝，是下降，謝謝。

黃啟嘉代表

高密度是越高越好，低密度是越低越好。

黃振國代表

謝謝指正。

林鳳珠代表

不好意思啦，因為低密度脂蛋白是要下降。

黃啟嘉代表

謝謝你，有專業，謝謝。

黃振國代表

回答馬海霞委員的意見，我是黃振國，為什麼沒有去找 20 歲以下，其實最主要是我們青少年還在成長發育，身高、體重都隨著年齡會變化，而且在成長期，重視他器官成長的完整性，如果到

20 歲以後，我們注重的是未來心血管的風險，所以為什麼這個計畫沒有繼續往 20 歲以下推，坦白講如果有機會，也希望馬海霞委員能支持，我們對於青少年的一些相關的健康問題，我們一起來努力，謝謝。

主席

好，謝謝。

馬海霞代表

好，謝謝。

洪一敬代表

好，署長對不起，再耽誤大家一點時間，就是有關檢驗上傳率的問題，我們現在很認真在做，可是現在說這個檢驗上傳是有分數的，可是我們現在要查檢驗的話，譬如說你 1 月上傳，大概要 3 月才知道有沒有上傳成功，希望健保署能夠幫忙即早知道我們上傳是否成功。

主席

沒問題。

洪一敬代表

現在大概要兩個月的時間，1 月上傳要到 3 月診所 VPN 才查得到。

主席

以後就是不上傳就不給付。

黃振國代表

洪理事長的顧慮是有的，但是現在所有上傳因為有硬體還有軟體廠商一些問題，我想健保署這一次也很有誠意，還願意在細節上做矯正，現在所有的上傳率都不是現在的上傳率，可能是 8 月、9 月等到穩定之後，他們才會採計，我們西醫基層所有的夥伴針對上傳率所遇到的困擾，還有可能軟體廠商的不配合，還有我們之前私底下也跟健保署端溝通，包括系統端的銜接及 VPN 的銜接，都可以再磨合一下。這是我們的目標，不好意思，我們答應健保會的委員，我們西醫基層的平均上傳率到 50%，不然的話，我跟顏鴻順兩個兄弟可能要去被罰站了，謝謝。

主席

我要跟你們講，我們有計算有申報但沒有上傳的，一年有兩百多億。

黃啟嘉代表

現在有一個問題，就是我們有些釋出檢驗在檢驗所的，應該是要歸戶，因為我們不是自己申報，是給檢驗所申報，這種情況下，他上傳應該跟診所歸戶計算。

主席

這以後有一個就醫識別碼。

黃啟嘉代表

還是要歸戶計算。

主席

這個東西是這樣，說實在的，就是我們一定要把這每一個錢都用在刀口上，既然要做，就有一些困難也要學會克服，不要每一件事情都交給健保署，像我當外科醫生，只要病人有問題的時候，我們從頭到尾都必須要去應對，不可能別人替我照護好不好？好，那我們今天會議到這邊為止好不好？

國民健康署吳建遠組長

主席，幾秒鐘我再澄清確認兩件事，第一個是有關於照護個案的進步獎勵，剛剛有提到說要用血糖、血脂、血壓的這些指標數值對不對？主席也說有把這個部份留給我們去處理，那我想說我是不是還是可以表達一下我們原先這個 ABC 這個指標的一個精神，所以我想還是請醫界先進考慮一下是不是我們可以朝這個方向思考？第二個建議是有關於參與本計畫的特約西醫診所應有個案管理人員，因為我們原先的那個初衷並不是一定要請一個個案管理人員，因為真正診所有個案管理人員其實也不多。

黃啟嘉代表

我們尊重您的建議。

黃振國代表

我們尊重您，我們拿掉。

國民健康署吳建遠組長

謝謝，讓醫師來為病人做這些衛教指導。

黃振國代表

我先釐清一點，當初在跟國健署開會的時候，就建議要個案管理師，因為個案管理師是專業的名詞，但我們希望針對這個計畫內100名的個案，能夠有專人輔導追蹤，因為診所員工很多，所以才希望有特別的人員管理，當初的用意在這裡，但如果國健署建議拿掉，我們也沒有意見。

主席

好。

黃啟嘉代表

拿掉，還有剛剛你前面講的再講一次好不好？

主席

我來講就好，請國健署將弄好的版本再給全聯會再看一遍好不好？下個禮拜在共擬會議再討論。

黃振國代表

好，在共同擬定會議再討論。

主席

這樣比較務實，要有共識好不好？好。

國民健康署吳建遠組長

謝謝署長。

張孟源代表

謝謝署長，謝謝各位代表。

16:32 散會