

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 110 年第 3 次  
研商議事會議紀錄

時間：110 年 12 月 23 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	許騏洪
朱代表益宏	朱益宏*	連代表哲震	連哲震*
吳代表欣席	吳欣席*	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	請假	黃代表信彰	請假
周代表思源	請假	黃代表振國	前半場王俊傑(代) 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	請假	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	請假
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*	
衛生福利部醫事司	李巧玲*	黃敏玲*	
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	方瓊惠	
中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕	黃佩宜	黃瑋絜
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		
台灣助產學會	高千惠		
台中市助產師(士)公會	藍芳貞		
南投市助產師(士)公會/恩生助產所	王秀霞		
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*	胡淑惠*
	麻晟瑋*		
本署中區業務組	王慧英*		
本署南區業務組	林純美*	丁增輝*	黃紫雲*
	洪穰吟*	郭郁伶*	
本署高屏業務組	陳淑惠*	楊斐如*	施怡如*
	陳瑩玲*	黃雅蘭*	
本署東區業務組	馮美芳*	黃寶萱*	黃婷亭*
	陳佳穎*		
本署企劃組	王宗曦*	趙偉翔	
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	陳靜慈		
本署醫審及藥材組	吳科屏	黃育文	連恆榮
	許明慈	涂奇君	黃詔威
	黃瓊萱	詹淑存	羅惠文
	陳盈如*		

---

本署醫務管理組

黃兆杰

游慧真

劉林義

韓佩軒

李兩育

張作貞

陳依婕

呂姿曄

洪于淇

黃奕瑄

許博淇

周筱妘

蔡松蒲

米珮菱

方瓊如

邵子川

鄭正義

楊淑美

---

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：洽悉

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 2：有關臺灣兒科醫學會建請重新評估兒科專科醫師門  
診診察費加成率案繼續列管，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 2 季結算點值報告。

決定：本季點值業本署以於 110 年 12 月 1 日健保醫字第 1100046143  
號函請各代表書面確認一般服務部門點值(下表)在案，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	1.18750902	1.10237821
北區	1.19846090	1.12133007
中區	1.14812399	1.09954200
南區	1.16254420	1.10686874
高屏	1.10467477	1.06978554
東區	1.22208944	1.13552931
全區	1.14389591	1.10076163

第四案 報告單位：本署醫務管理組  
案由：111 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 3 日 (星期四)	5 月 26 日 (星期四)	8 月 25 日 (星期四)	11 月 24 日 (星期四)	12 月 8 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」專業醫療服務品質指標之「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」指標：分子排除條件表三之排除條件 A 修定事項，說明如下：

一、第 19 項之資料處理定義，當次就醫診斷代碼增列僵直性脊椎炎等 5 項疾病之 ICD-10-CM Code，說明如下：

- (一) 僵直性脊椎炎：M08.1, M45.0-M45.9。
- (二) 乾癬：K13.29, L40.0-L40.9。
- (三) 乾癬性周邊關節炎：L40.50-L40.59(L40.53 除外)。
- (四) 乾癬性脊椎病變：L40.53。
- (五) 克隆氏症：K50.0-K50.9。
- (六) 另，原「類風濕性關節炎：M05-M06」部分，增加「前 3 碼」文字。

二、給付規定內容補正第 9 項文字「繞徑治療藥物、第十三凝血因子」與生效日期「109/2/1」，及第 15 項之成分商品名為「(如 Apo-Go Pen)」與每人每月使用量不得超過 20 支並增列生效日期「99/11/1」。

#### 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：有關 111 年「基層總額轉診型態調整費用」結算方式及經費編列討論案。

#### 決議：

- 一、同意本項結算方式依 111 年總額協商協定事項辦理，優先用於支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」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)」。
- 二、轉診成功案件之邏輯，同 110 年，費用年月 107 年 7 月起，醫院申報「辦理轉診費\_回轉及下轉」支付標準者，基層院所接受前開轉診案件之日起 6 個月，該保險對象所有於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)一般服務案件點數，由本預算支應。
- 三、請本署持續監測「自行就醫」案件。
- 四、112 年本項預算編列額度，俟召開總額協商相關會議時再議。

第二案 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案件之保障項目及操作型定義  
討論案。

決議：同意比照 110 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。

第三案 提案單位：本組醫務管理組  
案由：有關 111 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、刪除原方案第 6、7、8、9 及 12 項等 5 項獎勵指標：
  - (一) 第 6 項：藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 $\leq 80$  百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。
  - (二) 第 7 項：藥歷查詢-同院所處方「口服降血壓藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 $\leq 80$  百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。
  - (三) 第 8 項：藥歷查詢-同院所處方「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率，低於該分區 80 百分位，即 $\leq 80$  百分位(開藥病人數 $<$ 該分區 20 百分位者不列入計算)。
  - (四) 第 9 項：糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 $\geq 60\%$ 。
  - (五) 第 12 項：提供無障礙就醫環境。
- 二、新增 3 項獎勵指標，分別為：「長假期間開診時段維護作業

次數比率 $\geq 50\%$ 」、「每年達到看診日數之月次數 $\geq 6$ 次」、「假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 」，各給予核發權重 2%。

三、另考量違反醫事法令受主管機關停業處分或廢止開業執照處分、與本保險停約或終止特約者，亦應不符合核發資格，新增違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44 條及 45 條規定者不得參加獎勵金分配之規定。

第四案 提案單位：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案，提請討論。

決議：

一、本案同一療程疾病門診診察費修訂重點如下：

- (一) 癌症放射線治療每 7 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。

二、本案暫保留，併同醫院研商議事會議決議，待 111 年預算核定後再討論。

第五案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會  
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，提請討論。

決議：

一、考量現行西醫基層院所有能力可執行「二氧化碳雷射手術(62020C)」符合開放表別之精神，如改回 62020B 申報，限醫院層級以上執行，有違分級醫療之擴大基層服務量能之意涵。

二、本案保留，俟與相關團體討論後再議。

第六案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會  
案由：修訂「111 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，修訂重點摘要如下：

一、施行鄉鎮修正：111 年共計 125 個鄉鎮區(基層診所 88 個、醫院 37 個)

- (一) 新增 1 個地區：花蓮縣鳳林鎮。該鎮列為第二級施行區域，由基層診所承作。
- (二) 刪除 4 個地區：苗栗縣三義鄉、雲林縣土庫鎮、屏東縣長治鄉及里港鄉。
- (三) 苗栗縣卓蘭鎮、屏東縣萬巒鄉、崁頂鄉、麟洛鄉及花蓮縣吉安鄉之承作單位由基層診所調整為醫院層級。
- (四) 持續審視並檢討本方案施行區域，尤其列屬於第一級(醫療資源導入較容易)之施行鄉鎮需全面評估。

二、修正開業計畫相關規範如下，並持續滾動式檢討：

- (一) 本方案七(一)2. 開業計畫(2)規定修正為「申請執行本計畫特約診所之執業地點因地制宜，以與原開業之西醫特約院所設址地點為不同村(里)為原則，如有特殊情形得由申請診所提出申請且詳述評估因素及條件後，經分區業務組評估後核定。」
- (二) 刪除本方案十(三)1.(3)管理原則 A.「執行開業計畫第 4 個月起每診平均人次未達三人者，不予支付當月保障額度」規定及 B. 核定點數管控保障額度之支付原則。
- (三) 修正本方案十(三)1.(1)保障額度期限以辦理開業計畫之年度起算 3 年，至第 3 年年底為止。
- (四) 新增本方案八(六)分區業務組以電話抽查或實地訪查管理開業計畫門診服務時段規定。

三、修正巡迴計畫相關規範如下：



- (一) 修正本方案七(二)3.巡迴計畫(4)巡迴區域規定 D.「若於 111 年 6 月底前，仍未有診所、醫院向所轄保險人分區業務組申請巡迴之鄉鎮(市/區)……。若同時有不同承作單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。如當地民眾仍有醫療需求，經分區業務組評估後專案同意該施行區域得由醫院及基層診所同時承作」。
- (二) 考量醫療需求不一，修正本方案九(二)3.規定，如巡迴點當地民眾有醫療需求，經分區業務組審查同意即可增加每位醫師每週看診次數。
- (三) 考量民眾就醫權益及實務作業需求，修正本方案九(二)7.巡迴醫事人員之備援人員，基層診所及醫院之備援醫師各以 3 名為限(若超過 3 名應提出評估因素及必要性之說明，並經保險人分區業務組個案同意)。
- (四) 本方案十(三)2.(1)巡迴計畫之診察費加成調整為基層診所每件依「109」年全年平均診察費「332」點加計 3 成。
- (五) 本方案十(三)2.巡迴計畫(1)B.«基層診所門診診察費支付標準編號»條文比照 110 年條文，不增修後段「門診診察費由一般服務預算支應»文字。
- (六) 本方案巡迴醫療服務計畫申請書(附件 3-1)不另新增申請巡迴醫療總診次、申請備援總診次等欄位。

四、本方案其餘條文依修正條文對照表內容修訂。

五、為提供醫療資源不足地區民眾更完善慢性腎臟病照護服務，本方案附件 7「門診醫療費用申報格式欄位」-巡迴計畫相關規定新增全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案「EB」代號。

第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：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」，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點摘要如下：

- 一、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。
- 二、修訂本計畫為可延續辦理，首次申請後，次年無須重新提出申請，爰刪除試辦期程規範。
- 三、南投市列入本計畫第三級施行區域。
- 四、配合衛生福利部國民健康署調整產檢次數由 10 次增為 14 次，修訂「產前檢查次數」：
  - (一) 同一診所產前檢查 $\geq 9$ 次，核發 100%。
  - (二) 同一診所產前檢查 7 至 8 次，核發 75%。
  - (三) 同一診所產前檢查 5 至 6 次，核發 50%。
  - (四) 同一診所產前檢查 $\leq 4$ 次，不予核發。
- 五、本計畫其餘條文依修正修文對照表內容修定。

#### 第八案

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，修訂重點摘要如下：

- 一、修訂推動策略及計畫照護範圍，增列社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項。
- 二、修訂組織運作，增列社區醫療群鼓勵所屬會員可透過健康存摺進行滿意度調查。
- 三、修訂收案對象(會員)規範，增列社區醫療群自行收案上限規範，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。
- 四、修訂健康管理成效鼓勵費用，增列「計畫評核指標分數 $\geq 90$ 分且平均每人 VC-AE 差值 $> 275$ 點」，則支付健康管理成效鼓勵會員每人 275 元。

## 五、修訂部分評核指標配分、得分閾值及內容：

(一) 結構面指標：修改「設立 24 小時諮詢專線」配分，並改由中華民國醫師公會全國聯合會進行抽測，於當年度 10 月底前提供保險人。

### (二) 過程面指標

1. 刪除「門診雙向轉診率」。
2. 確保民眾就醫安全及提升醫療服務目的，新增「檢驗(查)結果上傳率」指標，配分 10 分，考量基層診所作業系統修改時程，本項指標自 111 年第 4 季起採計。
3. 調降預防保健達成情形之「成人預防保健檢查率」、「糞便潛血檢查率」2 項指標之配分。

### (三) 結果面指標：

1. 修改「固定就診率」指標得分閾值。
2. 考量近 5 年會員滿意度均達 99%趨於穩定，刪除「會員滿意度調查」指標。
3. 為提升慢性病會員之生活型態風險控制及管理，新增「慢性病個案三高生活型態風險控制率」指標。

### (四) 自選指標：

1. 考量支付標準已支付出院準備服務、轉診支付標準針對下轉個案已有相關獎勵，刪除「接受醫院轉介出院病人，並辦理出院後續追蹤」指標。
2. 查詢健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病人近期用藥資訊應為醫師看診必要執行項目，刪除透過「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目-鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案」指標。
3. 為改善醫療群內診所重複用藥情形，新增「醫療群內診所重複用藥核扣情形」指標。

### (五) 加分指標：

1. 「社區醫療群醫師支援醫院」指標，增列限醫院無該

科別之支援者，方列入計分。

2. 修改「轉介失智症病人至適當醫院就醫」指標，增列轉介至診所所在縣市失智共同照護中心，可納入計分。
3. 參考基層總額支付制度品質確保方案，新增收案會員「同院所同日就診率」指標。
4. 為獎勵「檢驗(查)結果上傳率」較佳之診所，新增「社區醫療群檢驗(查)結果上傳率>80%」指標。

六、修改計畫申請方式：增列前一年度已經參與本計畫且群內診所、參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組申請備查(新增及異動者須檢附申請書)。

七、修改項次、酌修文字等內容獲與會單位代表共識，一併修正。

八、另有關家醫計畫多重慢性病人門診整合費用於 111 年社區醫療群評核指標為特優級( $\geq 90$  分)計算時將納入 E1 案件，其餘皆不含 E1 案件。

伍、散會：下午 5 時 33 分

陸、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研商議事會議

110 年第 3 次會議與會人員發言摘要

**壹、前次會議紀錄確認**

主席

我們在座的委員代表還有線上的代表，大家午安！我想因為我們人數也夠了，那我們就開始接著開會。那今天討論就是我們西醫基層的總額研商議事會議，因為會議的報告案跟討論案很多，請各位盡量重點說明，好不好？看看有什麼問題，我們就盡量討論，看看有沒有區別，的確就是有一些部分是醫界跟我們健保署面對的問題，我們就要有效率去處理，因為有時候大家會覺得說我對醫界比較好，可是我自己跟我同仁講說，其實很多醫療的工作還是需要我們醫界去執行，健保署是一個平台，怎麼樣把資源做最有效的利用，就是需要把我們自己的部分做到位。因為畢竟有一些事情不是只有純粹醫療的部分還有一些政治面的考量，但是有時候有苦難言，當然希望事情越有效率越好，接著今天的會議開始。

醫務管理組 劉林義專門委員

首先是確認上次的會議紀錄，那請各位代表翻閱我們書面資料是從第 7 頁到第 12 頁，就第 2 次的會議紀錄看看各位代表覺得有什麼問題？

主席

這部分有沒有問題？王宏育代表到了嗎？他說他要早點走，黃振國代表還沒到，等一下他來的時候，可以先討論第八案。好，繼續。

醫務管理組 劉林義專門委員

接著是報告事項第一案。

**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

關於報告一不知道在座各位代表有沒有問題？線上的代表有沒有問題？

楊宜璋代表

署長、各位委員午安！剛剛序號第一案，關於品質保留款是解除列管，但是在相關辦理情形，上次我有請教署方，診所與檢驗所資料交換系統的建置，署方有說要進一步的研議，不知道交換系統目前進展到什麼樣的程度？

主席

好。我們請醫管組回應一下。

張禹斌代表

現個系統目前還在測試中，會再跟 HIS 廠商，還有檢驗所的 LIS 廠商做測試，如果很順利的話，我們就開始會推那個獎勵方案，讓各位可以直接去上線去使用。

主席

繼續列管對不對？

張禹斌代表

應該是可以解除列管。

楊宜璋代表

我想解除列管，應該是解除品質保留款修訂案，只不過在相關辦理情形上有提到這個事情，所以我有提出這個問題請教。

黃啟嘉代表

現在虛擬健保卡的進度希望再加快一點，因為現在查核居家醫療在擴大中……不好意思，剛剛因為我沒有開麥克風，所以對線上的夥伴抱歉。最近**健保署**在居家醫療針對有沒有卡號在擴大稽

核，我覺得應該同時要有配套措施，因為很多時候地方網路真的不通，虛擬健保卡要配合趕快推動，這樣才可以讓沒有什麼問題的人能夠被平反，不會被冤枉，所以我認為虛擬健保卡要趕快推動。

主席

洪德仁醫師請說。

洪德仁代表(邱泰源代表代理人)

我一樣延續啟嘉兄剛剛的發言，有關虛擬健保卡的部分敬請署本部的各分區業務組能夠跟執委會的各分會及各地的醫師公會積極的進行推廣，以達到普及，以上報告。

主席

好，謝謝！虛擬健保卡部長也非常的重視，因為他上一次聽我們的報告，覺得這個是蠻重要的。

王宏育代表

我們早上打很多疫苗。

主席

所以就是說這一部分因為虛擬健保卡是“部”裡面大家覺得說是非常好的一個政策，所以我們會把它做好，好不好？那我們進入報告案二。

醫務管理組 劉林義專門委員

報告案第二案先請全聯會說明。

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

接著健保署補充報告。

王宏育代表

主席可以問一下嗎？我是王宏育代表，我想要問一下簡報第 4 張，就是醫師數跟特約診所數那張簡報，高屏區的醫師數增加第三多的，但是特約診所數卻只有高屏區負成長，不知道署方有什麼特別的看法還是數據的問題，謝謝！

黃啟嘉代表

署長，接續王代表的話，我在懷疑是不是因為院前診所或者大型的聯合診所出現，造成診所數減少但醫師數卻增加。所以我覺得高屏區應該要監控一下，了解原因，怎麼診所減少而醫師數增加，這會不會就是大型聯合診所或者是院前診所的問題。

主席

好，謝謝！王宏育代表你的觀察是什麼？

王宏育代表

我不知道，我看了覺得奇怪，想說是不是數據錯了，我不像啟嘉那麼有敏感度，我是看這個數據覺得是不是錯了，覺得比較奇怪。

主席

好，林義專委回應一下。

醫務管理組 劉林義專門委員

在本署的簡報的第 10 張跟第 11 張，我們有 show 出基層醫師的人數跟診所家數，大家看到高屏地區的醫師增減數的確是增加 47 位，然後診所數是少了 9 家，統計出來是這樣子。假如要再確定說是少了哪 9 家還是怎麼樣？

黃啟嘉代表

是不是有院前診所？就是所謂的大型醫院出來開的診所增加，因為開一家大型醫院的附設診所的話，診所內的醫師一下子就增加 20 個人了。

王宏育代表

但是這個是少 9 家，很奇怪。

黃啟嘉代表



對，就是說真的少 9 家，只是說怎麼醫師數還增加呢？

主席

來，補充報告，請。

主席

好。謝謝！簡報很長，也很有表格，我還是跟你們表達我自己的觀察，就像在健保會裡面談的也是一樣的重點，就是我們醫界要有自律的去管理，我要跟各位報告一點，事實上你們現在看未 8 補 8，我也跟部長報告過，就不同科別來說，其實申報量也會不太一樣，對吧？有的科別平均一個月每個人報 90 萬點，有的科別一個月報 30 萬、40 萬點，那天有跟部長報告，申報 90 萬點的科別，假如只有報 70 萬點的話，還不到 72 萬，還得再補 2 萬，而像家醫科一個月報 40 萬點就很好了，他報了 35 萬點，受影響還是有限，我們就不能補，知不知道？對不對？因為 base 不一樣，就會不一樣，我只能說每個人畢業選不同科，問題說這個未 8 補 8 會有這樣的落差，等於這個如果說憑良心講，像你們現在看，你們都是西醫基層，說實在說什麼人數大幅度減少，其實我說實在的，我那天在看去年的死亡率是比前年還更少，問題是今年又比較麻煩，因為今年我們看到有在打疫苗，今年的死亡率跟以往幾年來講是偏高一點，但這我也不敢確定，一開始五月可能跟疫苗有關係，但是之後還是普遍偏高。但是就去年的狀況，開始大家在戴口罩的時候，我們去年的死亡率事實上比前年降低，我意思說你們說分級醫療政策要減少 2% 對不對？現在有的論述在 modify 醫學中心要減，而區域醫院不要減，但是醫學中心跟區域醫院都減下來的話，回到地區醫院跟診所是最好的，就是說每一個人都會有他的論述，可能最近的時候我們看到整個狀況怎麼樣，不然其實有時候分級醫療在做，公權力硬要推，但不能把壓力只放在醫院跟醫師身上，其實民眾是需要負責任的，但你們也要團結一致，病患不是越多越好，當然在現場我不瞞你們說，其實健保總額是不會變的，意思說我們要把這個總額用最

好是重要，另外就是說其實掛號費是很大的因素，因為沒有病人就沒有掛號費，跟做生意開店是不一樣的，所以我是覺得說我自己也是覺得說要怎麼讓醫界過得好很重要。來，啟嘉你講。

黃啟嘉代表

其實如果外界有質疑我們看診減少，死亡率好像下降這一點，我覺得有一個很好的講法。第一個像疫情期間交通事故應該會減少，犯罪行為會減少，因為沒有社交行為，沒有社交犯罪會下降，然後交通事故會下降，所以到底交通事故減少了多少，犯罪影響了多少，這是可以看的。第二個其實我們的生活形態扭曲跟正常不一樣的時候，其實或許會活得更健康，但是這不是常態。

主席

啟嘉我們今天不是在做研究。

黃啟嘉代表

我知道，我是怕說有人在跟你質疑的時候，也可以這樣講。

主席

我也有我自己的質疑。

黃啟嘉代表

我的意思說並不是醫生看越多造成死亡率上升。因為它有很多因素。其實我們現在這種防疫生活並不是大家的常態。

主席

所以就是說這一部分的話，上一次因為醫學中心、區域醫院跟地區醫院他們都有去找蔡總統，蔡總統那時候就強調一個說他們希望點值要上來，我就一直講說事實上是因為點數的關係，點數多，點值一定會掉，醫院都在衝點數，像現在中區那邊問題就出來了，有的醫院就是看門診的那個量，本來9點看門診，現在提前8點半看門診，禮拜六、禮拜天甚至夜診也看，說實在診所怎麼受得了，所以我們就要求中區要去輔導，而像高屏現在多2,500床，對不對？醫院增加的床數也不是我們健保署能夠管的，要蓋醫院增加醫院也沒人阻擋，對不對？大家都配合政治家

的要求，所以我們要團結，好不好？所以第二案這是一個報告給你們知道嘛，好不好？我們進入第三案，來。

報告事項第三案：

案由：西醫基層總額 110 年第 2 季結算點值報告。

(業務單位報告)

主席

好。關於這部分，各位代表有沒有意見？其實點值這部分，我剛來的時候他們就跟我說預估點值，講到最後我就看破了，我覺得真的沒有人那麼會預估，其實應該要控制點數，大家都不敢去面對點數的要求，大家也是希望總額越多越好，但是總額不是我們這層級能決定的，所以說這是很現實的。好，你們曉得醫院結算，本來第二季跟第三季按照去年跟前年的第二季跟第三季，給他們一個天花板，所以就叫他們不用一直衝量，衝量後又斷頭，所以很難得看到說地區醫院、醫學中心、區醫院團結一致，都不吵對不對？現在疫情過了，第四季他們說要自然成長，所以我就跟總統說就尊重他們的意思，他們到最後一定是會衝量，衝量的結果，你以為地區醫院很會控制，而醫學中心又更厲害，最後就變成是地區醫院在叫，所以我就跟翁文能理事長說，最好先維持目前這個樣子，這樣才是長長久久，大家有個固定量先出來，之後有多的成長率總額再調，而地區醫院想說機會難得，別人現在都在降載，他是逆勢成長，但醫學中心之後成長更快，到時候他真的是沒地方哭訴，每次都說健保署應該要去叫醫學中心不能看病人啦，我哪有那麼厲害，對不對？所以這些也是我有感而發，跟你們分享好不好？如果報告三沒有問題，我們接著報告四好不好？重要是在後面的討論案，所以這裡不要花太多時間。

報告事項第四案：

案由：111 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。現在就是說因為這個時間配合，就是日期會訂。而現在就是說尤其高屏或者是南部的代表，你們覺得那個時間比較好？兩點你們不方便，那是不是要早一點，就可以早一點回家。

王宏育代表

明年1月4號開始高鐵恢復原來的班次，我們到臺北1點39分，所以會議2點開始最好，因為1月4號高鐵就恢復正常了。

主席

2點可以，東區？

黃啟嘉代表

反正我都讓他們決定，怎麼決定對我來講都不方便，沒關係，因為我10點多就出發。

主席

我那天去臺東，去的時候他們安排我坐太魯閣號，坐到臺東4個多小時，回程的時候坐普悠瑪，臺東的每個停靠站怎麼都沒有看過？這樣來回花了8個小時，東部實在是不方便啦。

黃啟嘉代表

所以我很可憐。

主席

你家都住在我宿舍附近，沒關係。

黃啟嘉代表

我今天也從花蓮來。

主席

這案沒有問題，我們就照這樣好不好？我們進入報告五。

報告事項第五案：

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」

專業醫療服務品質指標之「門診注射劑使用率」指標案。

(業務單位報告)

主席

好，關於這一個案不知道各位代表有沒有意見？問題重要看得懂嗎？線上代表有沒有意見？我是覺得開會是在現場比較有感，假如大家都沒有問題的話，我們報告五就這樣過了好不好？進入討論案。對了，宏育，你是不是有臨時提議？

王宏育代表

對不起，因為第八案比較複雜也比較有重要性，所以希望第八案先討論，但我們黃振國常務理事特別說，因為他去總統府開會，他3點半會過來，能不能3點半後再討論第八案，所以請主席就照程序，如果3點半以後有空隙，我們就把第八案挪前，因為黃振國常務理事特別拜託，謝謝，不好意思。

主席

各位代表有沒有意見？待會振國進來我們就拍手好不好？就從第一案開始，討論一。

## 參、討論事項

討論事項第一案：

案由：有關 111 年「基層總額轉診型態調整費用」結算方式及經費編列討論案。

主席

好。針對這個案子他們之前在報告的時候，我是尊重你們的想法，因為錢也不是我的，不過我覺得我們應該要有 sense，病人如果我們無法治療的，我們就有責任要把病人要做轉診。我們是期待，就是說我們有這樣的一個目標，假如病人在大醫院的話，我們希望盡量把病人回到我們的基層的院所，這是我們的理想，那也是未來我們希望朝這個方向去努力的。至於「自行就醫案件」我是都沒有意見，是不是請各位先講一下你們自己期待怎麼樣。

黃啟嘉代表

這一次疫情期間，自動來下轉的病人非常多。我發現就算我們花蓮來講，有很多是到長庚、臺大去拿藥的，因為疫情關係不敢坐火車全部都下來，結果我看都是一些很穩定的慢性病，譬如 metformin，這種很簡單的慢性病的藥，其實在基層都可以開，不知道為什麼拿這麼穩定的慢性病的藥還要跑到長庚去抽血，還要到長庚拿藥。我覺得這就是一種迷思。但因為疫情，結果從 5 月份他們自己到我們診所來看以後，也沒離開。所以這一類的情況我相信在各區都有，東區比較極端，因為東區要坐火車才能夠到臺大、榮總。當然有一些特殊的科別我還是會建議他去慈濟或門諾，不需要跑到臺北的醫學中心，有些是非得醫學中心開的藥，也不需要特別到臺北的醫學中心，就近在東區的醫學中心就好了。我的意思是說其實這一類的病人很多，而依現在這個預算說實話是不夠的，當初在設這個轉診型態費用是 13.46 億，我揣測那時候部長的想法，他意思就是說如果有真的轉到基層來的我有這一筆錢給你支應，對醫院也不會吃虧，因為醫院總額不變，但是它服務量下降，讓空出來的服務量能去提高急重症的支付標準，我認為部長當初的政策目標是這樣的，讓這些穩定慢性病不要來占醫院的服務量能，避免耗用我的醫療費用，可以用來調急重症職務標準，這個是部長的想法。那現在下來的人應該是蠻多的，尤其是疫情以後，所以 13.46 億絕對不夠用，現在還降到 10 億了，更不夠用。

主席

來，請駙洪代表。

許駙洪代表

主席、各位委員，這一次的疫情健保署為了維護我們的醫療品質，所以在點值裡面有增加，而這個自行就醫，因為我們這個轉診支付本來就一個規範，因為有轉診我們才給錢，你沒有轉診當然是不給錢。所以如果是自行就醫，我們沒有辦法去知道說你到

底是不是經過轉診，所以我想說如果是沒有真正的轉診的話，那我們應該要省下來，省下來的費用，我們健保署還可以做很多的事情，所以我希望大家能夠審慎的一個考量，謝謝！

黃啟嘉代表

我非常尊重許委員也認同你的意見，我認為轉診的錢可以有確實有轉診的才算，但是用腳走路進來的，是沒有經過轉診，但是事實上原本在醫院裡頭看的病人，他自己跑到基層來的時候，必須也要有醫療費用去承接。如果說這個時候，因為醫療耗用移到基層來，砍醫院部門的預算，說實話也有一點不合理，因為醫院其實不太夠用，他們急重症一直都偏低，支付偏低。所以其實部長當初的意思是說你轉下來的時候會產生醫療費用，轉診的獎勵金沒有，轉診的費用也不應該給，因為它是沒有經過正常的轉診制度，所以不應該給。但是移下來的醫療費用應該要給，不然基層沒有生出那個費用來，沒有資源來支應。

主席

馮洪，他們的邏輯是說錢跟著人走，其實以前賴副就有跟我講強調上下轉診，我們要注意，不要打乒乓球，患者轉去又轉回來，我是覺得說大家要盡量珍惜健保資源啦，該怎麼做就怎麼做，好不好？請楊宜璋。

楊宜璋代表

我第二次發言。我想感謝署長在 106 年開始推動很多措施來強化分級醫療，讓基層的量能漸漸的提升。我們診所也努力來提升我們的醫療服務品質，獲得民眾的信賴，而民眾也信賴診所自動下轉到診所來就診，是推動分級醫療之後的結果。那這些自動下轉的這些延伸的西醫基層總額的負擔增加，我們應該要編列合理的預算，那剛剛也講過。雖然說我們剛剛在開會裡面有講說 110 年結算的方式已經奉協定完成了，但是我還是建議，110 年雖然協定完成，但是仍請健保署這邊依之前自行就醫的定義，持續追蹤及統計自行就醫所增加的醫療費用，謝謝！

主席

好，謝謝！這一案就先這樣，基本上就照總額協商決定執行，不過你們剛剛講的自行就醫的話，怎麼樣把這個資源做挪用，這應該思考一下。

黃啟嘉代表

其實當初部長的設計，他是把這個錢挪用放到其他預算，也就是不要牽涉到總額之間的衝突，因為他認為醫院空出來的部分，可以用於急重症長期偏低的情況。

主席

我跟你講，一般都不會想到你的好意，大部分只有想到錢要怎麼 keep 的一個情況，或者是說我剛剛跟你們講說有些東西是我們用比較合理的方法去想說，這樣的一個醫療生態我們錢應該怎麼樣用到到位，這個絕對是會給人的一個期待這樣啦，這樣好不好？鴻順，請。

顏鴻順代表

我跟署長報告也跟駱洪委員報告，其實分級醫療不是說只有臺灣在推，我們署長是非常有遠見，這是一個世界的潮流。這當中除了說讓醫院去負責急重難罕，讓這些穩定的慢性病的病人輕症的或者是比較一般的疾病到社區醫療，除了說能夠提供給民眾一個全人、全家、全社區、穩定性、持續性的照顧之外，其實在醫療資源的配置也很有意義，為什麼呢？因為像我們臺灣健保統計，慢性病的病人，我們只講慢性病，在基層的平均申報點數大概在 1,300 多到 1,400 點，可是在醫院的平均是 4,000 點，而且這個成長幅度是越來越大。所以我們如果讓穩定的慢性病人回歸到基層來，對醫院來講它的成長就少，假設一個平均就少了 4,000 點，到基層來它可能是多了 1,000 多點，所以長遠來講對醫療資源的配置來講是比較好，而且也比較不會造成醫療資源過度的成長。可是在過程當中你讓他下來後，總也是要撥付基層，要不然基層就覺得做越多，結果點值越差，所以是這樣的一個概念。謝



謝！

主席

我是覺得這個分級醫療是重點，如果我還在這個位置的時候一定會朝那個方向去努力，問題是我們上面的長官怎麼想那很重要，我是覺得當然裡面有一些配套本來就應該去做的。好，假如這案沒有要討論了，我們就接著討論二，請。

討論事項第二案：

案由：111 年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。

主席

好，這一部分各位有沒有什麼特別意見啊？就像藥費保障每點 1 元，所以藥費愈來愈高，總額就愈來愈少。有意見可以提，有問題可以討論，我沒有預設立場，來，進入討論三。

討論事項第三案：

案由：有關 111 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。

主席

好。謝謝！這一部分之前他們有跟我報告過，你們的建議還有健保署自己的意見，現在請林義專委補充說明，先請盧代表。

盧榮福代表

各位午安！今年全聯會提出這個品保款方案修正很大的幅度，主要的動力來源是今年評核會給我們五大建議案，就是說我們這些指標合計總分是 115 分，第 1 點是這對於鑑別度不太好，第 2 個就是有一些指標比較老舊看能不能修改，第 3 當然是有一些指標看能不能更深化，不是那麼表面。我們接到這個指令後，全聯會是非常認真的誠心誠意要來做一個正面的反應，所以我們品質組這一段時間開了很多會議，請各分區提出一些新的指標。也因

為太多科別，一共 12 科，如果都有科別的差異的話，要濃縮也不好濃縮，所以我請他們提出來最好能夠去科別化的指標，而且可以量化，而因為我們要做量化的指標不容易，所以各區想破頭後來提出這些，我們就看到頁次討 3-8，全聯會提出 4 個，其中一個是暫保留，第 1 個就是長假期開診時段上 VPN 維護作業，這個部分我們的出發點就是這樣，因為到了長假期，我想各區業務都知道哪一家還沒去修改，就會通知拜託你去修改，這個東西我們都了解，所以說其實這個動作很簡單，如果說診所醫師或護理師有這個 insign 要去做這簡單的事情，問題就是要給它一些 push，所以說我們認為這個東西是可以做的，可以減輕說各區的業務，不用每次到長假期，就要緊張拜託大家趕緊修改，所以我們提出這個的話，主要意義就是它方便你做到，但是有一些也不是那麼容易做到或者容易疏忽掉，你給他一些動力，他可以去做，而且這個做不是那麼困難的事情，這是第一個，我們提出一個目的是這樣。接著是假日及國定假日開診比率，這個案子被你們修改，覺得不已為然，我們提出這個的目的是在於勞動意識大家都抬高了，現在是週休兩天，但是診所的生態流傳下來，現在都禮拜六還會上班，員工也不會反抗，因為已經習慣了，你叫他禮拜天也出來，他們有自己的家庭生活，大家都不願意，所以說因為這個勞動意識一直抬頭，禮拜六以後一定會慢慢的萎縮，所以我們是希望用一個小小的鼓勵來讓診所多少有點甜頭，能夠維持診所禮拜六繼續能夠營業，而小姐也不會說禮拜六不要看診，我要休假，所以我們會用禮拜六跟禮拜天合在一起做，現在我講了，幾年前署長就有交代蔡副座，當時要用非協商因素去調，那就碰到阻礙，因為禮拜天是回不去的啦，除非說，除非說有很多醫生可以輪流，請很多小姐、藥師可以輪流，不然現在法規規定 7 休 1 就一定要休，而一個診所請一個護理人員，一個藥師，怎麼可能天天上班，重點還是我們員工的家庭生活，你不能去破壞掉。所以千萬不要去動這個東西。

主席

好，謝謝理事長。理事長，畢竟各位在都是在各地都是屬於很有經驗的理事長，你們實務的經驗也能夠充分反應出來。我覺得說你剛才提到不管是指標，不要只是為了做 paper work，就是我們真的做得到的，而且是真的，其實也許是因為我是外科醫師背景，腦袋比較簡單啦，我覺得說做事要有效率，怎麼做可以達到那個預期目標，其實目標是很簡單，就是病人照顧沒什麼問題，剛才提到的這個 idea，我想待會請醫管這邊回應一下，我想理事長講的概念，其實我覺得很實在的，你當老闆其實不管是護理人員、藥師等相關的一些人員的話，其實每個人都有家庭生活，而且我們也沒有理由說病人說他一定禮拜天一定要能夠看得到，說實在病人自己要注意自己平時的照顧，但是問題就是說怎麼樣能夠去拿捏得好，要取一個平衡，說實在現在很多診所被檢舉，因為沒有請藥師，有的是借牌，如果人家要翻牌就一翻兩瞪眼，所以現在這個都很現實，我們再來聽一下馮洪代表的意見。

許馮洪代表

勞動基準法當然是週休二日，而現在週休二日是一例一休，就是七天裡面一定要有一天的例假日，也有一天的休息日。但是我們常常都是一例一休，其實按照勞動基準法第 30 條有一個彈性的工時，不管是 30 條之 2 或之 3 條講的彈性工時或者是 30 條之 1 的四週彈性工時，我們這一例一休其實也不是說一定要禮拜六叫休息日，禮拜天是例假日。因為我們這一些勞工朋友其實禮拜天生病，有時候都找不到診所看。所以是不是全聯會也可以安排說醫療診所不要就是固定星期六是休息日、星期天就是例假日，讓我們的勞工朋友在禮拜天生病的時候也可以看到診所，這個是我的想法。

盧榮福代表

絕對看得到，一個區域裡面都有很多的，一個診所有好幾個醫生在輪，每一個區域都會有，絕對不會看不到。所以一例一休不一定要在禮拜天這個問題，大家都知道的事情，問題是一個診所只

有一個醫師一個護士，不是像大診所所有人輪值，這是沒問題的。

主席

馮洪，盧代表說的是診所都會設一個健保門診表，星期天是由哪一個醫師看診都有標示，我們要加強宣導，不是叫每個人都禮拜天看診，但問題是說真的不得已生病需要看診，現在地區醫院禮拜六、禮拜天也有開診，而診所是單兵作業沒辦法那麼多人輪值。

王宏育代表

健保署都有統計每個月診所禮拜天的開診率，高雄縣永遠都是22%、23%，差不多四到五家就有一家禮拜天看診；高雄市大概16%到17%，因為我很注意這個城鄉差距，那這個報告健保署可以提供給委員，所以岡山區約50家診所，大約差不多12家有開，所以委員可以不用考慮這個問題。第二個是我們大部分都只請一個藥師，藥師禮拜天要跟家人同聚，所以沒有辦法禮拜天出來，反而醫師是願意的，謝謝！

主席

來，請。

楊宜璋代表

跟許委員報告，其實現在整個診所的那個開業的型態，現在的新開業的年輕醫師，他們都是2-3個醫師一起開，所以等於是一個多人的診所，而這種多人的診所，其實比例差不多禮拜天的開診率大概都維持在3成左右，就像我們診所有好幾位醫生，禮拜天不看也不行，所以要大家輪流，所以差不多維持在三成左右的禮拜天看診率，這個大概有可能以後還會再慢慢增加，因為後續來開業的醫生都是好幾個一起開的，大家都會調配那個時間，禮拜天應該都有看診。

主席

好，謝謝！馮洪，因為基本上他們都還蠻理性的，不會不講理。我想請林義專委講一下數據給各位代表知道，大家覺得應該怎麼做比較好，我想健保署很尊重各位的意見，好不好？來。

## 醫務管理組 劉林義專門委員

其實我們真的很尊重全聯會的意見，因為既然要提出指標，就希望指標能夠有鑑別度，而至於有沒有鑑別度在我們下面的數據會來呈現。我先帶大家看一下，大家先看到討 3-3 頁，也就是我們的表 1，表 1 的部分就是全聯會所說的指標 6、7、8，那指標 6、7、8 是什麼？就是降血糖、降血壓跟降血脂的用藥日數的重複率。因為這三項大家來看看右邊這個表，這個表就是大家達標的情形，那達標的情形其實只有 4 成啊，也就是說有 6 成還不達標，那全聯會是建議把這三個指標拿掉。他我是建議說因為這三個指標因為達標率還不是很高，而且這三個指標其實是本署重要的政策，就是要去降這個同樣用藥的重疊率，所以我們是建議說它本來指標的權重是 2%，還是說我們降為 1%，那還是說你們還是要堅持拿掉，那待會我們再討論。那我們再翻過來討 3-4 頁的第 9 項指標，是「糖尿病病患的糖化血色素的執行率要  $\geq 60\%$ 」，這個部分的達成率其實也大概只有 4-5 成，這一項全聯會也是建議取消，取消的用意是說因為在家醫計畫還有糖尿病的給付計畫都有相關的指標，所以我們是贊成這全聯會取消這項指標。接著大家看到第 12 項，第 12 項是關於無障礙設在品保款的這部分，這部分我們也是贊成，因為目前的確所有的總額別的產品保款都沒有無障礙這件事情，不過因為這個起因是來自於無障礙是立法院那邊要求的。

## 黃啟嘉代表

我們線上的出席代表要注意自己的麥克風有沒有關起來，因為有干擾到現場會議的進行。

## 醫務管理組 劉林義專門委員

有關無障礙的這一塊的話，是不是待會也聽一下醫事司的意見，如果大家都沒有意見的話，其實我們也贊成就無障礙這一塊取消。接著表 2 是全聯會建議新增的指標，第 1 項就是剛剛講的長假期維護的比例，請大家看到討 3-10 頁，我們分析的資料，有

關長假期各分區最近 3 年大家維護的情形怎麼樣，大家可以看到，最後面那一行的占比，不管是農曆春節、清明節或元旦，其實會上去填的大概都已經快到九成了。意思就是說其實沒有適量的指標，就已經有九成的診所所有上去提，這個數字就讓大家參考。另外討 3-7 頁的第 2 項指標，就是每年達到看診日數的月次數，請大家看這指標在討 3-11 頁的表 4，而每年達到看診日數的月次數只要大於 5 個月以上的，已經有 87.3%，其實就已經快到 9 成，也相當高了，這個數字也供大家參考。另外第 3 項就是剛剛講的「假日及國定假日開診比例 $\geq 50\%$ 」，這一項我們分析的資料在討 3-12 頁的表 5-1。這部分是因為把所有的假日含週六、週日，只要其中一天有開，就算進去了，所以可以看到這邊有各個分區的比例，其實都達到 92%，這個原因當然是因為剛才代表有講，因為週末的開診本來就很高，而低的是什麼？低的是週日，所以我們有把週日也拿出來給大家看，我們用 110 年來看，各分區的確大概只有 16%、17% 左右。所以假如大家可以把分數放在週日的話，是比較有鼓勵的效果，不過當然是尊重全聯會的意見，剛剛講的就是這 3 項指標。另外全聯會還有一個電子平台的轉診率，同樣的我們有把數據放在討 3-13 頁，不過因為這一項全聯會還在討論，所以這一項我們就先把數字給大家看。不過既然是要訂品保款的指標，就希望能夠有鑑別度。如指標達成率都已經八、九成了，是不是還要繼續訂下去，這個就讓大家討論。以上說明。

主席

謝謝！理事長是不是有要補充？

盧榮福代表

這個從第 6 項以後，前 5 項達成率差不多是 80%，第 6 項以後的達成率差不多 40-50%，這是因為是科別的差異，不是說達不到，是因為科別的不同，有的科別根本沒在做，所以都會降到 40%、50%，問題就在這裡。所以我們就是希望長假期開診率能夠每一

家都去登錄，那是最好的，他不是不願意去，他根本沒有 idea，所以是要去 push 他，用一些小小的獎勵，因為這個東西獎勵不是很大，小小的獎勵能夠讓一個政策可以百分之百做到，為什麼不要？至於那個假日開診，你要知道一定會萎縮的，你不要說那個，因為勞工意識抬頭。

主席

好，謝謝理事長。我想你們的想法，一定有想說怎麼做對整個醫療體系的幫忙，不要在那邊講大話，所以說我們帶一些數據給你們去參考，不過基本上這個東西並沒有那麼危險，就聽聽你們的想法，我們再來做決定這樣好不好？來，宏育。

王宏育代表

我補充一下，因為是品質保證保留款，我們健保署的滿意度到 90%，而這個品質保留款是發給 80%的診所，所以鑑別度 80%是剛好的，所以發給 80%的診所，再鼓勵其餘的診所進步，所以我覺得這個鑑別度可以做到 70%、80%也不錯了，其沒有太高，我的想法是這樣，謝謝！

主席

好，謝謝！另外無障礙空間的部分，是不是請醫事司補充一下？

醫事司 李巧玲科長

是，醫事司補充，有關無障礙空間這個案子我們尊重會議的決定。不過我們說明一下現況，我們雖然目前是有提供補助，但是那個補助隨著紓困的獎勵案結束之後，大概也就不會有了，這並不是一直會有的財源，這個是我們目前的現況。不過當然因為全聯會這邊有提出說目前正在朝研修醫療機構設置標準的方向處理，所以我們原則上也是尊重會議上的決議，以上說明。

主席

好，謝謝！這案我想全聯會都好不容易討論出這些指標方向，所以還是尊重你們的想法。

黃啟嘉代表

署長，執行長這邊有一點想法。

陳相國代表

感謝署方給我們提供這麼完整的數據，不過剛剛我們全聯會討論過很多次，建議是照盧理事長的意見，針對全聯會建議的新的指標，就是表 2 的指標序號 1、2、3，權重都 1%，因為雖然這個達成率都是 80%-90%，可是我們希望它能夠達成 95%、100%，所以還是有鼓勵的作用，對於整個品保款的影響不會太大，所以權重分別為 1%。再來因為現在都是週休二日，所以我覺得像盧理事長他提的假日包括六、日及國定假日，這樣的話數據大概是 60% 左右，還有往上成長的空間，所以我的意見是 1、2、3 都是 1%、1%、1%，以上。至於「電子平台轉診率」指標我們還沒有討論完成，就先暫保留。

吳國治代表

其實健保委員都希望有鑑別度，可是我要跟大家報告西醫基層鑑別度是最高的，這是第一個。第二個是針對指標 6、7、8，其實我們科別這麼多，並不是所有科別都用得到，所以可能到時候品保款有一些沒有用到的科通通不在上面，這樣我們內部會亂掉。所以如果署這邊能夠給我們建議，我們每個科都能夠 apply 上去的，那我們樂見，就大家一起努力，配合署想要的政策，我們是有這樣的期待。我們內部確實也有討論說哪一科完全拿不到，所以我們之前才用加分項目，可是現在說你為什麼都超過一百分？那有某一科完全拿不到就會亂了，跟大家報告。

盧榮福代表

我補充一下，當初因為評核會希望說最好在 100 分以內，那時候因為 11 個指標共 115 分，當時是想將前面 5 項都減 3 分，把這減的 15 分就放到裡面去，結果就發現科別之間的差異性，有很多不是內科、家醫科的，就不公平，所以那時候覺得這樣不可行，所以一定要先找幾個去科別化的指標出來。譬如說這是去科別化指標，假如總分為 110 分左右，等做幾年穩定了以後，再把前面



5 項都變成 8 分，再把後面 10 分放進去，這樣就剛好 100 分，又可以沒有科別化的差別，這個是完全符合評核會的想法，當時的想法是這樣子來的。

黃啟嘉代表

其實家醫計畫在算品質的時候，有自選指標。但是在品保款裡頭沒辦法用自選指標，其實如果用自選指標就可以有看慢性病跟沒看慢性病的可以選擇不同的指標，但現在變成完全沒看慢性病的科別，就先被扣 10 分，那品保款就拿不到了，這就變成很奇怪的事情，因為他的品質不在於看慢性病的品質，而在於其他服務項目的品質，所以最好如果可以跟家醫計畫一樣有自選指標的話，那每個科可以自己選擇那個科別適用的指標，這樣指標對每個人都一致。

主席

說實在，我坦白講，是好醫生、壞醫生，其實病患最知道，不是說指標做得多漂亮，都是假的，我想說就照盧理事長的意思，我們就朝這個方向，來，我們進入討論案四。

醫務管理組 劉林義專門委員

重述一次，就是全聯會建議的第 6、7、8、9、10 跟 12 項指標都刪除，然後增加指標就是表 2 的序號 1、2、3 都是 1 分。然後電子平台那一塊就暫保留，這樣子。

梁淑政代表

我想確認一下，就是這個部分是加分的指標，會不會刪完之後都沒有加分的指標，原本裡面可以有空間的地方就沒有空間。

黃啟嘉代表

因為評核委員不希望我們超過 100 分，另外就是說其實大家都一致的時候，是比較公平的。就是說大家都沒有加分的時候，也是公平，而如果加分項目大家都有加分，那也跟大家都沒加分一樣都是公平的，我們選的品保款是一個比例原則，所以是沒關係的。

主席

好，接著進入討論四。

討論事項第四案：

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案，提請討論。

主席

好，謝謝！這一點我簡單講一下，就是說其實我們常常做同一療程，醫生做一個醫療行為，看 5 次算一次的錢，我是覺得這樣對於專業不是很合適，不過在醫院研商會議討論的時候，因為不同層級的醫院對提供的治療是不一樣的，所以他們通常都會有一些想法，不過重點是要等到今年預算下來的時候再討論。不過這一個部分這些費用在基層，大概只有影響 400 點，因為病人不會在你們這裡出現，如果你們沒什麼意見，就先過，等醫院那邊處理比較重要，這樣好不好？

黃啟嘉代表

你們的評估報告如果是只有 400 點的話當然是沒問題，只是這個邏輯性會覺得有一點怪，就是為什麼只有 400 點？難道只有一家在做，只有一個病人，就只有一次的診療費嗎？這 400 點我覺得低估了，嚴重低估了。

主席

你們的診所有在治療這個嗎？

黃啟嘉代表

我印象中就是沒有，所以覺得奇怪，怎麼會跑出來？那跑出來的部分是在哪裡？

醫務管理組 陳依婕科長

我們這邊統計的話，在西醫基層總共的件數是 2,982 件，其中申報的減敏療法的醫令總共申報了 2,983 次，就多 1 次。

黃啟嘉代表

那是因為現在你沒開放的原因，如你開放了，怎麼會只有增加 1 次呢？你這樣了解意思嗎？你沒有開放，他當然不敢報，報的話怕會被刪掉，若你開放以後，增加一萬次都是有可能的。

醫務管理組 陳依婕科長

好。我們的意思是說現在統計的數據是做了幾次的減敏治療，而治療次數跟現在門診診察費的次數剛好只差 1 次，所以只有會多一筆門診診察費。

主席

你(黃振國代表)提早 4 分鐘到。好，沒關係，這一案如果你們有意見，就先保留，這本來就等醫院總額決定後才會執行。

盧榮福代表

署長，確認一下第三案，我們提的那個項次 6、7、8 項是要保留還是要刪除？如果刪掉的話，新增的指標就是 2 分、2 分、2 分，不是 1 分。這樣剛好 110 分，是不是這樣確認？

醫務管理組 劉林義專門委員

對，我們再確認一下，就是回到討 3-3 頁，就是指標 6、7、8、9 都刪除，都刪除。然後無障礙的部分也刪除。然後新增的部分就是表 2 的序號 1、2、3 各 2 分，所以大家同意嗎？

盧榮福代表

對，各 2 分，再加上第 10 項及第 11 項也是各 2 分，所以總共獎勵指標是 110 分。

主席

好。針對討論事項第四案，大家的意見如何？依婕，需要他們做什麼結論？

醫務管理組 陳依婕科長

結論就是如果大家同意的話，我們會看醫院那邊的討論的結果，因為醫院現在是暫保留，因為他們要等到 111 年有預算，他們才

要來調整這個診察費的通則。

黃啟嘉代表

跟進，就跟進醫院。

主席

好，討論案第五。等一下，黃振國代表來了，需要先討論案第 8 嗎？

楊宜璋代表

讓他喘一下，我們講第五案。

黃啟嘉代表

我們照議程走好了，署長主持議事效率非常高。

討論事項第五案：

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，提請討論。

主席

好，謝謝！因為這個治療方式，你們內部有好幾位耳鼻喉科醫師，我是覺得說這個治療一定要有一個概念，不要濫用。有的人說開放，像之前那一年你們開放心臟超音波，我事實上是樂觀其成，問題是病患到門診做心臟超音波，等於是侷限在某一些心臟科醫師診，問題是現在做了，病人到醫院還會再重做一次。當然按照分級醫療的效果是樂觀其成，因為你們都是有不同科別的考量使用資源的問題，你們自己要想一下，來，啟嘉。

黃啟嘉代表

我是耳鼻喉科，我跟署長講完前因後果署長就了解了，我應該是極力支持開放這一項項目才對，可是在這裡我也跟大家講一下，如果開放後，目前的預算絕對不夠。為什麼呢？因為其實二氧化碳雷射是治療過敏性鼻炎的一個重要的治療方式。大家剛剛看到 32 萬點是跟健保申報的，而這一臺二氧化碳雷射機器就要 200

萬，再加上每年的維護費，就跟車子一樣每年要維修保養費，要符合衛福部的規定，如果今天都是 on table，不要 under table，on table 要有衛福部儀器定期保養的標準，10%就 20 萬，換言之機器 200 萬，每年維護費 20 萬，那 16 家總共申報 32 萬點，這樣醫師連工錢都沒有，為什麼會這樣子呢？因為他們還有可能做很多自費的雷射，很多 under table 跟病人收自費，根本沒報健保，所以我只能說沒有足夠預算的時候，那就不要開放。因為就跟白內障一樣，你去限制它，但是你沒有預算就非限制不可。所以今天如果要開放過敏性鼻炎給他治療的話，那過敏性鼻炎有多少患者可以治療？

主席

好，周慶明代表先講，耳鼻喉科的代表都先講，你有沒有這個設備？還沒買？

周慶明代表

沒有，其實剛剛啟嘉已經講得很清楚，光買機器機就要 200 萬，一年還要 20 萬的維護費，其實如果單你要做這一個治療的時候，根本入不敷出。當然我們看到很多是有在執行這些科別的，其實他們的二氧化碳雷射可能都是在做很多不同的項目的治療，才可以維持住這麼大開銷的數字。所以一般耳鼻喉科的診所，不會因為有通過這一個二氧化碳雷射以後，就專門去買這個機器開始來做。第二個就是我們有看到數字是說，其實全臺灣現在過敏的人數有可能已經到將近 3 成了，全臺灣 3 成的人都有鼻子過敏，要是大家真的都來做，這個錢根本不夠，所以我們全聯會這樣建議，其實我個人覺得這樣也比較妥當。

黃振國代表

報告一下，其實當時耳鼻喉科提出這個訴求的時候，Focus 在幾點，除了剛講的一些手術需求以外，還有就是口腔黏膜可能有口腔癌的情況，可是後來發現開放後的應用不是這樣子，原來希望能夠用在鼻咽癌的手術或者是口腔癌的手術，有懷疑可能腫瘤或

病變的時候使用，後來發現二氧化碳雷射的應用在申報上是不能限制僅耳鼻喉限定，這是第一個。第二個要回應科長講的，就是基層在跨表的預算都是以目前在醫院申報總額的十分之一，事實上二氧化碳雷射目前在醫院應該申報不是那麼多，為什麼？現在有更好、更新的雷射可以替代手術的方式，所以這個預算在原來編列就沒有那麼多。後來我們整個 Review 發現好像其它科的申報還比較多一點，包括婦科、皮膚科等等，這些都不是當初我們西醫基層這些幹部當時要考量開放給所謂壯大基層的項目，所以發現說我們 Focus 的焦點被迷失了，現今的規範也沒有限耳鼻喉科腫瘤或是病變才能使用，所以這個表降了以後，發現很多醫師跟我們反應好像不是當初想像的樣子，反而其它科的申報內容比這個還多，而且各地反應回來就是該科的審查醫師在控管的時候，可能審查也發現很困難。因為就病例所言，今天既然開放了，要收就收不回來，我想這個重點是在於降表的目的是要分級醫療壯大基層，可是這個好像跟我們設想有一定的差距，所以我覺得還是回到分級醫療的初衷，該回到醫院的，請大家還是回到醫院，謝謝！

主席

所以你們當時同意，現在變不同意？

黃振國代表

不是，不是。我們應該是動態的滾動式修正，因為原始的設定跟後來不一樣。

黃啟嘉代表

我跟振國兄稍微有一點點不太一樣的地方，就是其實我站在耳鼻喉科的立場，我希望西醫基層有一天可以開放，但是必須預算足夠，由民眾主動發起，民眾覺得他有需要用到這個東西，且願意提出需求給健保會，讓健保會來爭取，而且我估計，要單獨這個項目的預算，是要增加 3 到 5 億的，但是對過敏性鼻炎是有幫助的。

主席

來，宜璋代表也是耳鼻喉科。

楊宜璋代表

報告署長，這個事情我始作俑者，當初這個開放表別是我在學會擔任副理事長提出來的，當然我們很多耳鼻喉科開業的同仁都會覺得說我們在醫院所學的東西，很多東西都沒有辦法在基層發揮。尤其我們耳鼻喉科常見的疾病，譬如說鼻炎或者是我們睡眠呼吸中斷，當初我提出這個開放表別有它的適應症，包括剛才前面幾位同仁講過敏性鼻炎、睡眠呼吸中斷、打呼，本來這個我們可以用雷射稍微在我們的上面做一些處理。另外第3點最主要是一個公衛的思想，就是說我們在做這個口腔黏膜，國健局在做口腔黏膜篩檢的時候，我們常常發現很多白斑患者，這些白斑患者我們叮嚀他不要吃檳榔、抽菸，叫他要趕快回醫院，開了轉診單就跑掉了，等他下次再回來的時候都已經口腔癌了。所以我們那時候想說如果說我們在基層能夠做這個東西，在早期給他做切片，證實是白斑癌前病變，在基層就趕快把他處理掉，對於口腔癌的防治有幫助。所以當初我們學會在提這個開放表別的時候，是有加了這3個適應症。但是因為我們開放表別一但開放之後，我們很難限定說只給單一個科別，我們可能所有的科別都要一起適用。所以變成說在基層這邊管控，變成很多科別都可以用，包括可能皮膚科有一些醫美的認定，可能這個對很多民眾來說會覺得這個就是開放表別項目，基層是可以報的，但是事實上民眾不知道說這個是醫美的項目，我們診所是不能報。也延伸一些彼此跟病人之間的誤會跟衝突。所以剛剛啟嘉代表也提到這個最主要的根本，根本的問題是在於我們經費不夠的問題。經費不夠再加上我們管控困難，所以全聯會決議就是說希望這個能恢復到B表，這是整個過程，以上，謝謝！

主席

OK，好，那我做結論，重點是說這個角度在基層的時候對病人治

療是有幫忙的，當然我們是樂觀其成，但是問題就是說我們的 indication，沒有辦法讓真正相關的醫師去充分利用這樣的設備，因為外科、皮膚科、家醫科每個科都可以用，因為只要用一下，就要申報費用，這個問題就是我們管理的部分沒有管理到位，所以其實回過頭來講，這個基層有在用的話，現在你要限縮的，照理說你應該要把它的 indication 要清楚，就跟上一次我們在討論那個白內障開放 40 例的時候，我們知道開放一定會對財務有衝擊，可是問題是醫師要做這些東西，一定要有一些被 Review 的，要不然否則亂開又會是另外一個 story，你們現在就是說不要讓他們很簡單的用，但是現在不是只有你們這些人當醫生，你們是比較考慮到整個基層財務的狀態，可是現在已經有在做的醫師，他們會覺得說為什麼健保署現在把這個限縮，因為原本他們在基層能夠做，現在變成說我們不給付。

黃啟嘉代表

我看這個 32 萬點的申報量，我倒不太擔心。也不會有人因為開放這個，就去買一臺兩百萬的儀器，只是說要開放，就開放真的，什麼叫開放真的？就是限定過敏性鼻炎可以用。那以我自己在四年的住院醫師開過一千三百多臺就是二氧化碳雷射，因為大概半個小時內就開一臺了，那四年中是最常開的。

主席

這個廠商是幾家廠商啊？多嗎？賣這個的廠商。

黃啟嘉代表

要開放就要專款專用，要玩真的，我們就可以玩。

主席

我覺得這要很注意，因為事實上就是說在實務上這個對很多廠商來講是 promote 的可能。

黃啟嘉代表

對，考量到儀器的問題。所以我想這案就這樣子，因為這個議題其實全聯會已經有共識，暫時先不開放。我認為也不會有署長擔



心會有會員來抗議的問題，因為如果一年就要 220 萬的基本費用，200 萬買機器，20 萬的維護費，申報 32 萬點，絕對不會是因為開放以後買這一臺機器。開放以後會買這一臺機器，那現在不開放當然他就要抗議了。

主席

不過這個東西實務上不見得他買機器。事實上你們提這個建議，我是覺得我們內部可能還是要再注意那個狀況，事實上過去有人使用，現在突然說不能用，一定要講出一個理由，但是我們現在講的理由是一個不是理由的理由，你知道嗎？我說實在，現在要我代表健保署說因為我們現在錢不夠，所以要這樣做，這很難開口。

黃啟嘉代表

不然署長你再跟白內障一樣，再編一筆錢出來，我們來討論一下。

主席

這個跟編錢是兩回事。藍醫師請說。

藍毅生代表

我是外科醫師，二氧化碳雷射我已經用到第 3 臺了，雷射除了要保養外，還有雷射一段時間後，它的能量就會降低，要整個都換掉。所以以我自己在外科，目前遇到最常見的，是用在一些病毒疣，然後口腔的出血，如果我們現在開放之後，目前遇到很多的病人就會反應說健保署已經開放了二氧化碳雷射，為什麼還要收自費？當初 94 年健保署有一個公文，說美容相關的使用雷射都不在健保的給付範圍，變成說我們要花很多的時間去解釋現在僅開放在耳鼻喉科的治療，不在外科的這些治療的範圍裡面，這樣會增加我們醫病關係非常多的困擾，所以變成未來有可能會產生很多的濫用，全聯會才會有這樣的討論，謝謝！

主席

所以毅生你的意思是怎麼樣？

藍毅生代表

我的意思也是先保留，不然的話其他科其實用的，包括皮膚科、外科、整形科用的機率可能比耳鼻喉科用的量還更高。

主席

也保留，什麼是保留？

藍毅生代表

就是先不要跨表，收回 B 表。

主席

所以都是收自費？

黃啟嘉代表

你說如果今天做美容雷射，至少一萬塊起跳，我先講我沒有做。我的意思是說治療價值是這樣子。我們是在民眾的立場，我今天並不是說醫生要去收自費，只是跟你說這樣開放的話，其實健保給付 4000 塊是不夠的。

主席

你當時學會理事長你提出這樣一個建議，是希望病人在基層能夠有這樣的一個治療，現在變成你被他們洗腦了。

楊宜璋代表

跟署長報告，我不是擔任學會理事長，我是基層的副理事長。不好意思。當初我站在學會的立場上，希望在基層的同仁能夠照顧更多這樣適合的病人之外，其實那個時候我沒有太多經費管控的 idea，當然那時候的想法是說只要寫好適應症之後，未來開放到基層之後，可能就是照這個適應症走，但是後來全聯會才了解說這個不可能只限耳鼻喉科。當然這個經費有限，我們需要對經費的成長要多做管控，跟當初開放表別所預估的醫療費用也有關係，所以到現在為止很多耳鼻喉科同仁雖然說知道這個開放表別，但是還不敢買機器，真的還不敢買，因為就如同剛剛我們的黃啟嘉主委說成本太高了，當然也可以像署長剛剛提到的可以跟廠商租借，未來可能變成一個自由市場，但是最主要還是回到現實面經費的考量，所以當初全聯會做這樣的決議，我想是這樣，

謝謝！

主席

這個案子我個人是這樣認為，因為假如你做署長的時候，你的腦袋又會變了。真的是換一個位置，換個腦袋，沒辦法的事情。不過我是覺得這個案子就先保留，好不好？我不做結論，因為還必須要找相關的團體再討論一下。因為要怎麼樣去做一個最適當的管理，現在整個事情要完全翻轉，那個風險很大。

黃啟嘉代表

同意保留。

主席

你的保留跟我的保留不一樣。

黃啟嘉代表

我的保留就是你的保留。

主席

陳相國你有買嗎？你沒買，為什麼？沒有跟得上時代。好，這個案子就先樣子好不好？我們進入討論第六案。宏育代表，你要搭幾點？讓你先講好了，因為他要趕車，所以我們就先討論第八案好不好？挑重點好不好？

討論事項第八案：

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案。

主席

好，謝謝！我想前面討 8-1、8-2 頁大概沒什麼問題，在討 8-3 頁那部分，大家比較有意見，你們就聚焦在這個地方，看看怎麼處理好不好？宏育請。

王宏育代表

對不起，謝謝主席的幫忙。我們可以充分的討論。我先講講題外話，剛剛有講到高屏區的診所少了 9 家，其他每一區的診所都有

增加。而疫情高屏區是最少的，為什麼會少了 9 家？是不是因為我們偏鄉比較多，所以本來就經營不易，疫情期間大家戴口罩，沒有感冒、沒有上呼吸道感染，所以偏鄉真的需要照顧，這個是我要講的，也就是說偏鄉真的弱勢需要大家幫忙。第二件事情就是多重慢性病，我記得那一年的話總額成長率協商也是我講的，那時候我們是希望增加 4.5 億做友善診所，就是無障礙空間跟多重慢性病。在家醫計畫也希望多 5 億，而那一次健保會就說多重慢性病就放在家醫計畫裡面多 2.5 億，本來多重慢性病是每一家診所每個醫生都可以用，不是只有家醫計畫可以用，全聯會的意思是任何人沒有加入家醫計畫的，只要是診所就可以用這個錢，但那個時候健保會就把它框在家醫計畫裡面。而那些糖尿病什麼腎臟病那些的話是另外一個水庫，家醫計畫就三十幾億，糖尿病那個就是差不多五點幾億六億左右。我們也是希望糖尿病的醫生如果有多重慢性病也可以有一個獎勵計畫，希望從糖尿病那邊再由總額成長率再要一筆糖尿病試辦計畫那一邊的多重慢性病，因為原來多重慢性病是放在家醫計畫，就在去年的這個時候，因為討論到診察費調整的時候，我們都被叫去外面，後來就通過說 E1 案件也可以有拿到這一筆多重慢性病。因為我是高雄縣醫師公會理事長，我沒有辦法不說，我們高雄縣醫師公會請不起營養師，因為我們糖尿病很少，等於說多重慢性病拿到這個錢，這一些錢就挪移到這一邊，等於說很可能一家扣了三萬五萬，而糖尿病這邊的診所是不是會多了一百多萬？所以 12 月 17 日我就拜託健保署提供我們那些資料，結果真的有 4 家診所就多了一百多萬。我是覺得我們希望糖尿病做得好給它錢，但是另外編預算，不要從可憐的鄉下扣錢過來這一邊，這個是我的想法，我站在高雄縣醫師公會理事長，我覺得糖尿病做得好，應該多給錢，但是能不能再多編預算，而不要從鄉下的診所這邊請不起營養師的診所把錢拿過來，我是這樣子拜託，謝謝！

主席

好，黃振國代表還是顏鴻順代表。

黃振國代表

好，我先講。

顏鴻順代表

我先講，我呼應一下宏育理事長。這個當初在總額協商的時候，原本我們全聯會提出來是放在一般的預算裡頭，要去爭取多重慢性病的照顧。但是後來在協商的過程當中，付費者代表就把它塞到這個家庭醫師照護計畫。宏育現在講的就是說本來是想要給這些多重慢性病一些額外的一些加給，但是併入家醫計畫之後，就變成稀釋點值了。所以讓沒有參與 E1 案件的人，點值被稀釋了，所以有一些沒有做 E1 案件的就領得比較少。但是我在這裡要說明的就是說，其實多重慢性病跟 E1 案件的照護是兩個不同的概念，我們以糖尿病照護網來說，糖尿病照護網是針對糖尿病的病人，我們要做定期的追蹤、衛教，給他做眼底的照護等等，是針對單一疾病一個比較細緻完整的照顧。而多重慢性病的獎勵的方向是說你不要叫他糖尿病來看一次，高血壓再來看一次，高血脂又來看一次，你要像醫院的整合式門診一樣，將多重慢性病整合在一起。對健保來講，會節省比較多次的診察費，所以我們就因為這樣給一個加成。所以基本上它是一個不同的概念。我也特別統計了一下，我們以糖尿病為例，在臺灣現在總共有 1,086 家診所、242 家衛生所在參與糖尿病照護網，所以不是很少，總共是有 1,300 多家的院所，醫院的話是有 300 多家。在臺北區有 420 幾家糖尿病照顧院所，算是最多的，以往健保署鼓勵診所不要單兵作戰，大家要組成一個社區醫療群一起來做平行轉診、上下轉診，共同把病人照顧好。所以在醫療群的一個運作上，我們都會鼓勵盡量配合健保的政策，有什麼照護網，有什麼照護計畫能夠參與的，我們都會盡量參與，給病人做最好的照顧。但是這一方面就產生了剛剛宏育講的城鄉的差距。在北部我們要找到護理師、營養師具有這個資格的比較好找，鄉下地方真的是比較難，真的比較難。但是我看高屏地區參與這一部分的也有 131 家的院

所參與糖尿病人照護，所以我是覺得從照護的意義以及實際付出來講，兩個不同的項目，以把它排除出去不是那麼有道理。但是當初把它塞到這裡來，又造成了點值的稀釋，這個就是現在大家面臨兩難的地方啦，以上。

黃振國代表

我想大家有參與 108 年的總額協商就知道，當時我們全聯會預估的 4.5 億，大家看一下我們 109 年的資料就很清楚，所以可見 108 年我們全聯會提的 4.5 億是對的，剛剛鴻順講得是沒錯，這個概念是說不論有沒有參與家醫計畫，都應該有這樣的照顧精神，其實我們希望病人少吃藥，就像禮拜五的健保會講得很清楚，很多委員也呼籲說要少吃藥，如何少吃藥呢？就是所謂的多重慢性病的整合，受益的是民眾，可惜當時 108 年預算就把這兩個概念硬塞在家醫計畫，我們提 4 點多億，結果只給我們 2.5 億。所以今天的問題在於當時的錯誤，當時增加的 2.5 億，如果以家醫計畫這兩年的成長，大家看得很清楚，不含 E1 案件就達到 3 億，其實我們現在已經超過當時預算的額度，所以宏育講得也是對的，為什麼？因為這個計畫本來在多重慢性整合也只編了 2.5 億，等於加上這兩年的成長頂多到 2.7 或者 2.8，所以事實上這個預算也不足。所以我們期盼是這個本來就要回歸到各個計畫該負擔的責任跟金額，因為 111 年也已經定了，幾個計畫總額都定了，希望署方能夠了解當時回到初衷，其實這個多重慢性病的整合對只要有慢性病的民眾都是受益的，所以我們希望這個部分能夠回歸原有譬如糖尿病試辦計畫、氣喘照護照護計畫、慢性肝炎計畫，本來的論質計畫就應該把這個重點編在應有的預算。回到家醫計畫這部分，就是說雖然沒有參與這些論質計畫，但是也做得很好，回歸到原來給的 2.5 億，maybe 現在是 2.8，未來是 2.9，我們很期盼回到當時在爭取的初衷，當然這個錢家醫計畫扣回去也沒關係，但是只要有多重慢性病的整合都可以領這筆錢，請署方跟付費者代表能體會，把這個錢編足，今天就沒有這個爭議。所以我那天在會議說得很委婉，我們是代表全聯會，左

邊也是兄弟、右邊也是兄弟，所以我左右為難。我提一個小的修正案，就是今天有提到的第四點，如果本來家醫計畫就是鼓勵要論質獎優汰劣，這些兄弟如果真的很認真在照護病人，在有限的預算，我們希望 111 年是最後一年，我們期待 112 年請署方能體恤我們當時提的初衷是對的，我們那天很高興，推崇何語委員他的觀念是對的，就是少用藥少吃藥，我希望在座的付費者代表也能夠支持，我們在 112 年就把這部分編足，讓家醫計畫在承受這個部分，讓點值弄到最少，所以我的建議是採折衷的第四案，只有 E1 案件的部分，而且是特優級的，90 分以上的群才可以領這個照顧費用，因為這是過渡的費用，才不會造成原有參與計畫的會員的權益損失太多，也不會讓表現良好的醫療群又損失這個金額，所以折衷點，以上報告。

主席

其實這個，因為你們就是知道你們這個案子的變化，因為我那時候在做台南醫院院長時，就發現護病比專款本來是專款，後來就放到一般的款項裡面，就可以有成長率，最後你知道那一筆錢就等於是醫院的收入，所以你就不能給護理科去專款專用，後來很多醫院就當成醫院的收入。現在這個情況是第一點是宏育的建議，第二點是顏鴻順理事長的建議，第三是黃振國的建議，是不是？所以你們應該要討論好後再來。

黃振國代表

我們先爭取兩位的意見，因為其實私底下有建議他們接受我的方案。

主席

所以宏育你要先講？剛剛誰舉手？誓揚代表請說。

林誓揚代表

謝謝主席。是這樣的，過去有參加家醫照護計畫的診所都知道，如果我們同一個個案在同一個院所在不同的計畫收案，不可以從家醫照護計畫跟各類的醫療給付改善方案以及居家醫療照護計

畫申請兩筆的個案管理費，包括今年在健保費協定的 110 年的總額預算裡面，我們協商的代謝症候群管理計畫也是同樣的精神，這個在我們今天討論的議程討 8-9 頁裡面有寫，這個道理很簡單，就是以病人為中心全人的照護，我們剛才講了很多糖尿病照護計畫，我以糖尿病照護計畫為例，糖尿病是全身系統疾病，這個大家應該都知道，不管有沒有參加糖尿病照護計畫，照顧的醫生都必須給糖尿病的病人全面的評估跟治療的整合，更何況病人有多重慢性病。我們心目中的家醫計畫也是這樣子，我覺得對收案的會員全面的照顧跟評估是理所當然的。那既然是相同的目的跟照顧，我們實在是不宜一魚兩吃重複申請費用。在 109 年這個是不重複給付，110 年是試辦一年，既然是試辦，大家有意見，我就覺得 110 年就應該恢復到 109 年不重複給付，以上。

主席

好，謝謝！宏育。

王宏育代表

我還是很謝謝顏鴻順跟黃振國理事長講的話啦，糖尿病真的是很辛苦也很重要。但是顏鴻順理事長講的我們臺灣大概他說做糖尿病照護計畫有 1,000 家診所，臺灣大概一萬家診所，大概有 10% 有做。他說我們高屏區有 131 家我是不知道，還是是指高雄。那高屏的診所有兩千家，那如果只有 131 家，就只有 6.5% 有做。所以高屏還是比較弱勢，比較請不到營養師。那我都很希望糖尿病可以拿到這一筆錢，問題是現在這一筆錢是從我們原來的這一些比較窮困的診所拿過去，所以我是覺得有待商確。而 12 月 17 號黃振國理事長是有提出折衷案，他是說特優的可以拿，有訂一個上限，他今天把第二個條件忘掉了，他那天有訂上限，我不知道他現在有沒有改變主意啦，這是我現在想要知道的，謝謝！

主席

好，振國，盧理事長先講。

盧榮福代表



這個是一個原則，在品保款的資格裡面第三點，西醫基層總額的品保款是排除洗腎部門的，現在洗腎部門說他們有洗腎部門的品保款，他們認為他們也是基層診所他們也要有。這兩邊如果沒有把持住的話，因為我們現在品保款裡面這個資格，我們執委會是沒有人同意這個東西。如果說這種情形像這個兩邊都可以拿到費用的時候，到時候這個品保款，西醫基層總額的品保款也會，我想洗腎部門受不了，因為比照啊。

黃振國代表

不好意思，剛剛邱理事長打來的，問我去總統府的事。我個人覺得其實講得都有部分的道理，但是我們要務實，我們先不管當時的決定為何，已經決定要給付了，現在是要滾動式修正。其實我們已經限縮，大家看到我們今天提的方案，所謂的含 E1 案件，如果當時是影響點值是 0.2613，那如果限縮到我的方案只有 0.0136，而且今天的討 8-1 頁，我們已經把自選收案人數設上限 1200，為什麼 1200 的緣由，就是各位兄長擔心的，在臺北區就發現某個大型診所有 26 個醫師參與，光是 20 個，每個 200 個就會有這麼多的自選費，就是五千多個自選費，所以影響點值這個門檻已經把他限制了。所以不會發生所謂的大型聯合診所會造成衝擊太大，我認為這個衝擊比這個預估的更少。其實我們全聯會大家都很清楚我是家庭醫學會的副理事長，我的理念應該最高，但是我在開這個會的時候，都盡量把我們所謂各地的兄弟所謂的各專科考量進去，我們希望回到照顧病人，以病人為中心的本質。所以為什麼提這個折衷案？我希望如果影響不大，我希望各位兄長能支持我提的折衷案，這個日落條款已經最後一年了，那為了這個最後一年現在吵到 5 點，大家都各有堅持，我相信我們都不要下班了，謝謝！

主席

好，謝謝！我想請姿擘科長給你們做一個報告，之後你們趕快做一個決定，這個東西，其實本來服務就是應該得到應有的給付，

姿曄請說。

醫務管理組 呂姿曄科長

先跟各位代表報告一下，我們的先看原始資料的那個說明討 8-3 頁的第三點，在不含 E1 案件的時候，點值是 0.92835，這已經是歷年已經是最高了，那推估把 E1 案件納進去，今年 110 年的點值應該還會再比這個再高一點，因為這跟收案會員數以各醫療群的品質表現成效有關，因為在 109 年大家的品質表現其實特優級的已經有超過 300 群，占率較往年都高。在點值呈現的部分，原則上我們還是會尊重各位代表的意見，所以如果要選折衷方案或者是排除或者是納入 E1，我們都尊重。

黃啟嘉代表

我請教一下，你說那個特優的，是今年比 109 增加還是減少？

醫務管理組 呂姿曄科長

今年的結算還沒有出來，我說的是 109 年的部分。

黃啟嘉代表

跟以前差不多，比例差不多？

醫務管理組 呂姿曄科長

高一些。舉例來講，像往年的特優大約 200 多群，可是在 109 年其實已經有超過 300 群。

黃啟嘉代表

那是因為你們改變了指標的關係。

醫務管理組 呂姿曄科長

這可能跟疫情有關係，因為有部分的指標會涉及疫情，所以病人就醫的件數有下降，所以在一些指標呈現上會較往年來得好。

黃振國代表

報告一下，現在其實重點是大家看今年自選的加分項目減少了很多。所以我預估是會回到接近 109 跟 110 之間，不會像 110 就是高，其實我希望各位兄長如果為了這個小點大家很堅持，我覺得

我們很難得取得共識，所以我才會提所謂折衷方案，謝謝！

主席

所以拜託你們有一個結論好不好？宏育你覺得如何？

王宏育代表

啟嘉先講。

黃啟嘉代表

剛剛振國也講了，落日條款就是今年完，明年就不算 E1。原來沒算，後來 109 年就有算，我是說今年，不是說試辦一年嗎？好，不管有沒有試辦一年，其實兩邊講得各有各的道理，第一個道理是全聯會過去就是主張品質的東西不重複給付，但是這件事情有一點點差異的地方是在於它的品質內容不太一樣，跟我們所謂的品質照護計畫不太一樣，家醫計畫也不是品質照護計畫，所以它也不是完全屬於品質，但是是家醫計畫裡面的品質，所以宏育他們講得有道理，是品質不要重複給付。但是在所有的品質不要重複給付的內容內涵上有一點點差異。另外鴻順講的是他們當初是鼓勵的性質，反而在多重慢性病的地方沒辦法拿到鼓勵。當初如果品質不能重複給付，那 109 年為什麼過了？所以可能 109 年已經打臉這個原則，那顯然這中間如我想的內涵是有不太一樣。但是我們覺得是有爭議的，就是說我們全聯會一直都不希望有大型聯合診所或者是用他們的規模經濟去拿這個費用，我們全聯會希望回到社區醫師社區醫療，能夠鼓勵社區的醫生存活。所以在這個情況之下，我會比較偏向宏育的觀點。但是因為過渡，剛剛振國的東西，我是覺得如果是落日條款，如果可以接受的話，我明年就不要，今年最後一年。

盧榮福代表

我講不過，你洗腎要錢我怎麼辦？

黃啟嘉代表

洗腎那個錢很簡單，洗腎那個錢是一打就可以打翻的，他跟我講的時候我馬上就問說到底品質保留款是以家數還是以金額？事

實上品質保留款是以診所家數來算，那洗腎診所怎麼可能一家切成兩家？如果洗腎要進來的話，我就把洗腎跟基層品保款平均每家來發，那是可以的，我贊成，因為他們的品保款比我們高多了，是基層的3~4倍，診所一年申報兩千萬跟一年申報兩百萬，拿到品保款是相同的。

黃振國代表

我補充一下，其實明年還有一個新的計畫就是代謝症候群，所以假設今天如果這個沒辦法過渡，明年推代謝症候群，我相信很多醫師又面臨到收案的困擾，謝謝！

黃啟嘉代表

還是要共識決，盧老大這邊有一些疑慮的話，我也贊成保留，先不要討論了，我覺得還是要共識決。

黃振國代表

你這個不共識的話就是保留，就是跟去年一樣，去年是有給付的。

黃啟嘉代表

所以今天如果把它弄成落日條款，只差零點零幾的點值的話，因為明年就回到我們的原則，還是反對大型聯合診所，所以今年落日條款要講清楚，今年是最後一年，明年E1就完全排除了，要不要這樣子做一個妥協？就是今年最後一年，那明年就排除掉。因為我們有兩種意見的時候，要做這樣的協調。

王宏育代表

其實我想在座的收入，我們就是站在一個原則的問題。我跟大家報告一下，第一點就是本來是2.99億變3.55億，這兩個數目差，換句話說就是從家醫計畫搬了5700萬到照護計畫裡面。照黃振國是說90分以上就搬2958萬，超過50%。那如果我們理想，我今天講理想，他說診所不會拿太多錢，那就訂一個上限，不管50萬幾十萬，也就不會搬超過一半以上，我就欣然接受。但是大家也很辛苦，啟嘉也這樣講了，如果保證明年不會再從這邊拿錢了，我可以讓步，就照啟嘉最後的結論。

黃啟嘉代表

就是這個落日條款。

王宏育代表

落日條款一定要寫上去。

黃啟嘉代表

好，我很好奇當年為什麼會過？。

顏鴻順代表

我補充一下說那一年為什麼會過，除了剛才講的那些理由之外，有一個很重要的背景，剛才一直提到說重複給付，我們現在講的是說 E1 案件排除掉多重慢性病，其實有一個也被排除了，就是說他的照護費也沒有拿。所以其實照護費拿掉才是說不要重複給付的原則，後面這個多重慢性病，它是一個額外的獎勵。如果你額外獎勵都不行，那我就不要做就好了，所以排除掉是它的照護費 250 已經沒有拿了，那你後面獎勵也不給，這個又產生一個很大的問題，去年就是這樣子，就是說那會不會很多本來參加照護計畫就退出了，我來拿這個，為什麼？跟大家報告，asthma 的照護計畫一年只有 1,000 點，B、C 肝的照護計畫一年只有 200 點，一年一個病人。CKD 的照護計畫一年只有 400 點。如果說你今天把這個東西完全排除掉，重慢性病獎勵費用五百塊或一千塊，還有基本的兩百五十元照護費都沒有的話，我就會擔心說會不會有一些診所就退出了，我不要去參加那個 B、C 肝照護、CKD 照護、asthma 照護，這些我都不要參加，因為我要做很多事情，然後我拿得還比這邊的少。所以是不是會造成對這些 E1 試辦計畫的排擠，這個是去年擔心的問題，所以才會通過。但是基本的每年的 250 塊的照顧費基於不重複領取的原則，那個還是沒有。所以去年的背景是這樣子，但是我覺得說因為我也理解說南部的確有人員聘請上的困難，我也贊成大家一個妥協，就站在振國所提的這個方案，我們全力來爭取後續如果這種照護應該要回歸總額，這是我的意見，謝謝！

黃啟嘉代表

鴻順的意思已經把我講說那個不重複的內容有一點點歧異的地方講出來了，因為照護費沒有重複拿，所以我的意思說不重複給付，講的其實是照護費這一塊，但是品質這個東西，如果今年落日的話，差距其實很小，說實話我也沒在做。

主席

啟嘉，本來坦白講這件事，是要請你們自己內部談好，在這裡講這個浪費時間，宏育說一說你的意見。

王宏育代表

我就這邊讓步，如果是落日條款的話，就不會再繼續了。

主席

請姿曄做一個結論，跟各位報告是不是你們剛剛講的話。

醫務管理組 呂姿曄科長

剛剛這一項多重慢性病的門診整合費，我們會下一個決議，就是在 111 年我們計算時會將大於 90 分的醫療群含 E1 案件，那其餘的不含 E1 案件，我剛剛講的是 111 年的計畫，我們會這樣修訂，所以已經會框在 111 年。至於 112 年的部分，如果說要把這一項費用挪移到其它 P4P 還是其他計畫，到時候總額協商的時候再提出，以上。

主席

好，假如可以的話，我們就再進入討論下一案。

王宏育代表

好。我最識大體。

主席

第六案。

楊宜璋代表

不好意思，我提一個針對條文的文字。在我們討 8-4 頁，推動策略及計畫照護範圍的第三項，社區醫療群自行收案會員於收案時

向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項，這我們知道我們家醫群的精神就是說我們好好照顧我們的會員，好好跟病人做衛教，希望病人不要有一些不必要的就診，這是我們家醫群最主要的精神。但是這裡希望我們病人要配合要定期回診，我不大了解這個文字為什麼要這樣改變，謝謝！

醫務管理組 呂姿曄科長

其實這個文字我們在上禮拜的時候其實已經有共識了。因為這一段只是要說明，沒有強迫病人一定要定期回診，這一段的說明我們只是要強調說自行收案的會員，社區醫療群應該要先讓個案本身知道，他是被社區醫療群收案的，避免以後收案後往往會有一些會員不清楚他自己已經被收案了，會造成後續有一些紛爭。因為其實這個條款我們只是就原來的條文做一個修正，我們真的沒有特別一定要病人定期回診。

主席

好，進入討論第六案。

討論事項第六案：

案由：修訂「111 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。

主席

好，謝謝！徐醫師請。

徐超群代表

我想重點在前面大綱這裡摘要就寫的很清楚，除了少數的那個文字修飾地方沒有進去以外，用這個來討論，或是逐條來看看細節的部分都可以。

黃啟嘉代表

我有一個問題，花蓮縣吉安鄉 110 年 6 月起開放醫院承作，並由衛生福利部玉里醫院承作，這一點可能是當初承作的基層院所沒有承作了，但是我並不知道這一件事，因為我現在是西醫基層總

額全執會的主委，不是分會的主委，所以我不知道地區分會發生這樣的事，我這樣乍看之下覺得非常不適宜。大家知道玉里多遠嗎？玉里離吉安鄉有 1.5 小時的車程，你叫一 1.5 小時以外的車程到吉安鄉，吉安鄉多遠？離我的診所 20 分鐘。我覺得叫離一個地方 1.5 小時的醫院來做這個巡迴醫療，卻不讓一個已經是基層醫師很容易到達的地方來做，而我認為基層醫師如果真的不願意做的話，我會願意去做。

醫務管理組 呂姿曄科長

當時應該真的是因為那個地區沒有診所要承作。

黃啟嘉代表

原來承作的醫師在他是理事長的時候，那時候面臨罷免的問題，他突然間不做了，我不知道他不做了。而他不做了之後，結果現在竟然是隔了 1.5 小時，在一百公里以外的醫院來做，這個不合理，因為原來是他自己在做，而他不做了之後，怎麼直接就交給醫院做。

徐超群代表

這個我可以補充說明，我們目前的做法一開始就是給基層做，基層沒有人要做的話，公告 6 個月後，就開放給醫院做。但是目前就是卡在規定如果醫院去做了，那個地方基層就不能再去了，所以目前遇到的狀況就是說，漸漸的我們很多地方基層就沒有做，就被醫院占去，我們基層巡迴的地點變成只有越來越少，都是醫院做。我是覺得這個機制應該有修正的必要，如果大家認為說醫缺應該主要是以基層來做的話，那第 2 年如果醫院承作的地區，如果有診所願意申請，應該讓診所也可以申請，醫院同時做也沒有關係，但是應該也是要給診所有機會做那個地方，我覺得應該做這樣的修正會比較理想。就像我們講花蓮，原來的診所因為某個因素沒做，醫院進去以後，後續就是全部給醫院做了，這樣如果診所又想要做的話，就沒有機會再做。所以我是覺得這個是我們應該要修正的地方。



黃啟嘉代表

應該業務組沒有公開徵詢診所的意見。

醫務管理組 呂姿曄科長

在公開徵詢的部分，其實我們都已經有提供服務的巡迴點都放在我們全球資訊網，如果代表覺得資訊可能不是那麼明確，這部分我們會再請分區業務組再去改善。另外再請代表翻到討 6-15 頁的 D，我們每年是在年中也就是 6 月前，如果沒有診所或醫院來提出申請，這個部分看到後面倒數第 4 行的一個但書，如果同時有不同承作的單位申請，由該施行區域原定承作單位優先申請。如果今天的代表有認為說這個點需要再調回是基層診所承作，我們原則上會同意。但是如果截至 111 年的 6 月這個點依舊沒有基層診所提出來申請的話，那可能還是會讓醫院來做承接。

黃啟嘉代表

我知道，我只是好奇說怎麼會找那麼遠的醫院來。

主席

我想是這樣，就是說第一個部分基本上，假如說基層診所願意做的話，那當然樂觀其成，至於你特別提到玉里的醫院離這個吉安也是蠻遠的一個距離，事實上是不符合成本效益。未來我們當然是不要只有用公告的，我想說對於偏鄉離島或居家醫療，絕對是我們整個一個健保裡面未來一個管理的重點。

黃啟嘉代表

我在當理事長的時候只要有這個訊息，業務組給我，我就會盡量去做。

主席

就是盡量去追蹤，不是只擺著而已，承辦人員可能有漏掉。

黃啟嘉代表

可能換業務，有可能有跟公會講，但是公會後來換理事長了嘛，理事長他是醫院的，對於這個 sense 不是很清楚。

主席

就像我對這個 sense 不太有一樣，我現在慢慢被感化一樣。

徐超群代表

所以我是建議說，剛剛的這一條就附加另外一個條文，就加上說如果原來是醫院施行的地區，該年度有診所願意申請的話，也同時給診所一起承作，因為不能說診所要申請就把醫院趕走，因為醫院已經在做了。所以就是容許該地區也可以同時給診所做，如果原來診所不想做了，當然也就不會想要去申請，而如果診所有意願的話，還是要給他這種可以做的一個權利。

主席

好，振國請說。

黃振國代表

我只是提請檢討，現在醫缺地區交通已經改善蠻多。我建議尤其是一級的地區應該檢討它的必要性，因為其實有些一級的地區都已經很方便，已不屬於醫療缺乏地區。

主席

你們有時候想事情要務實，講的都很簡單，像屏東有的很遠，明明看起來交通不方便，而你們又有很多要求，結果立法委員在立法院要凍預算，你們很堅持，好，超群你的意思我們都有幫你處理掉，好不好？

徐超群代表

這方面大家可以再檢討啦，原則上我是覺得說，如果原來已經給醫院做的話，基層如果願意做的話，應該是讓它同意

主席

要注意基層的一些變數，結果造成沒人要做，有時候我們會說這個人很認真在做，但現實有時候要考慮有各種狀況都要去注意到，好不好？

徐超群代表

目前遇到的困難是很多點，我們很多新核定的巡迴地點，診所沒有人要去做，目前最大的困難是在這裡。如果診所願意做的話要給他機會。我們看到 111 年度增加很多都是原來診所沒有做，所以現在都交給醫院做了。另外一個趨勢就是說如果診所越不做的話，一定是醫院去做，如果醫院做下去的話診所就沒有機會。但是醫院能量很強大，可以派很多備援的去支援，所以一下就把這個地區鄰近的鄉鎮全部吃掉，我們也是不樂見這種情形。

主席

我說醫院責任也很重，有時候一些事情政府都派醫院去。

徐超群代表

對，原本是這樣，但是因為我們有一些鼓勵的措施，所以醫院也很喜歡做，我自己在這一塊做很久，如果給醫院做，醫院很樂意做，像雲林荊桐鄉，本來基層都不做，結果開放給醫院，現在有兩家醫院去做，而且做得很好，所以這個誘因是夠，但他們去做之後，當地的一些醫療就會回去醫院了，所以我也不樂見到後來變成全部都是醫院在做，基層沒有機會。這樣的話變成說醫院等於是設了很多醫療站，就是像我們現在設了這種醫院附設診所，布線的概念，所有基層的地方都被佔去，不希望以後是這個樣子。我們可以看到屏東很多巡迴鄉鎮地點，但是只有兩個鄉鎮基層在做，其它都是醫院在做了，我想這個趨勢可能健保署也應該要注意一下。

主席

不過說實在的，以健保署的立場，每一個地方假如病人都得到最好照顧的時候，當然這是前提，重點是說當有一天某地方沒有人去的時候，人家丟著也是政府的責任，你要是有一天坐我的位置，你就不會講說要顧哪一科，所以我在這個位置不會只顧外科，每一科都是我們自己的一個同仁，所以真的就是說，有時候在講思考邏輯，當然就是拜託基層，基層處理也有他的考量，你知道嗎？能力還是有限。

張禹斌代表

剛才徐醫師提的有醫院已經進去，然後診所要去做，不是不行，但是不可能全面開放。所以個案由我們來判斷，就是有幾家像剛才提到屬於比較特殊的，就由我們來判斷這個區域的需求，由我們做來決定，這樣會比較安全。

徐超群代表

我贊成這樣，所以說診所可以申請，但是由該分局來核可，看可不可以這樣，我是贊成這樣。另外我想告訴各位長官一個概念，其實巡迴醫療看到很多病人再反應，以病人的立場來講，他是希望每個禮拜去看到是同一個醫師還是不同的醫師？這個是站在病人的立場來講。如果說你去醫院看病，你希望去看的就是你要看的醫師，還是這個禮拜是這個，下個禮拜是那個？所以以新的醫療觀念來講，由診所做的會比醫院做得好，因為醫院 4 個禮拜可能就有 4 個不一樣的醫師，但是診所的醫師就是固定那個醫師一直看一直看，對當地的民眾都很熟悉了，民眾也不希望說今天來的是這個，下一次來是另外一個。所以我是覺得說如果以這個觀點的話，應該還是鼓勵基層來做會比醫院做還好。

主席

這很簡單的道理，金門醫院的醫生，1-2 個月就換 1 個醫師，他是臺北榮總去支援，金門醫院自己又找不到那麼多醫生固定在那邊，所以這個都是不同的狀態都有不同的情況出來，所以金門醫院陳玉珍立法委員說你們應該就那個醫師在那邊服務 2-3 年，問題是每個醫生去了都跑了。我們進入第七案好不好？來。

徐超群代表

很多細節要再討論，因為講到很多點。我想這個計畫，現在主要就是兩個方面，一個是巡迴醫療，一個就是開業計畫，但是我們巡迴醫療跟開業計畫在 111 年度就有一些想要修正的部分，所以我是覺得這個應該是要討論的。是不是我可以先做一下我的一個回應跟各位報告。第一個健保署提出來對於鄉鎮的修正，這幾個

修正我是都同意，我是覺得都可以，但是要注意一個趨勢，好像醫院的占比越來越高，診所越來越少，這個對於偏鄉醫療的發展，對於病人的立場來講是不好的，請署方注意一下。就像我剛才舉例的屏東，剩下兩個點是基層在做，其它都是醫院，這個剛才做了做了一個修正，如果醫院做，診所也是可以申請，請當地的分局再考慮可不可以核可，我覺得這個是可行的辦法，也是可以改善的辦法。那再來講到開業，開業有提到說那個新開業的地點，原來的規定是說你原來那個地方已經有人開業了，你拿新開業的這種獎勵，就不可以在同一個村里再去開業，這個是健保署想要修正，我是覺得還是不好，為什麼？因為你這個新開業計畫，你是有拿三年保障，三年保障就給你最低的保障額度，你沒有什麼業績你還是做的很好，但是你原來在那邊執業的診所沒有這個保障，所以新的診所在附近開業下去，那原來的診所受不了，因為它有保障嘛，原來診所本來病人就不多，因為你這個案子通過，說可以在同一個有開業地方有新開業的鼓勵的話，原來診所三年內可能就倒了，那新的診所拿到3年的錢就落跑了。我們發現這幾年做下來真正留在那邊的其實沒有很多，真正做得起來，就不是靠那個保障的也有，但是沒有很多，很多都是你保障結束就走了，到時候原來開業的倒了，新來的診所也走了，那個地方更慘，沒有人去了，所以我覺得這點還是不宜修正。再來就是對偏鄉地區大概知道診所經營不易，所以說我們之前因為某些因素設了一些門檻，包括說我們控管需要第二年以後，我們看它達成保障額度給它某個程度的折付，這一點我是覺得可以適度放寬，我同意健保署的看法可以適度放寬，但是我覺得不宜廢除。而且尤其如果每個月平均看診人數都不到3個的話，原來的計畫是寫說就比照看幾個給你多少錢，我覺得這更不應該廢除了，也就是你平均一診看不到3個人，那個醫師去那邊在幹嘛？之前有發現一個診所他看不到3個，原因是因為他只看他和他太太兩個人，他平均一診不到3個，所以他就被停了。我覺得這3個是最基本的要求，一定是要保留，而且後面折付的部份也應該保留，

而且不應該就直接刪除，因為你沒有一點給他業績的限制，他去那邊就是在退休養老，他什麼事都不做，每個月時間到了就領錢啊，對當地的醫療有什麼幫忙？沒有啊。也也照常開診，但是他就不想認真做、不想認真看，反正病人來了，他覺得很不舒服，因為他不看病人都有錢領，他還要看病人嗎？所以我是覺得最低的一個要求一定是需要的，你如果說你的折付條件太嚴，那應該是可以適度放寬，就是把那個條件放寬一點，不要做到業績那麼高，但是我要求是有最低的業績，你不能沒有業績，這是我的看法。

主席

徐醫師長話短說，我剛剛跟你講，就是這一件，被立法委員質詢，如果照我們的意思就是說有一個基本的要求，對不對？我不是不懂，問題是你們醫生如果都不去，健保署又不是開醫院，我要怎麼可能那個，所以醫師公會全聯會應該輪流派醫師去，對不對？

黃啟嘉代表

是啊，沒錯。我會跟業務組再聯繫一下，如果說真的有需要地方公會全力協助，因為地方公會全力協助才能夠把事情做好。

主席

就是要去協調，說實話不是說健保署，那天我們在健保會我們才表態。

徐超群代表

署長，對不起，我覺得應該是放寬啦，讓這種喜歡幫助偏鄉的集團也可以加入幫助偏鄉醫療是需要的，他知道行政程序怎麼走怎麼申請，可以幫助想要服務偏鄉的醫師，醫師很多人他不喜歡做行政工作，有一團體來幫忙也是很好。給與一個最低保障薪水，你不用做太累，他就可以去了。所以我覺得你不用做太累是可以，但是要有最低一個要求，你不能說去那邊都不用做就可以領錢。所以我是覺得健保署要有一個共識，要有一點限制，但是我們給它放寬，這是必要的。

主席

好啦。其實偏鄉、離島本來就很需要醫生，但醫生就是沒辦法去，這是現實啊，所以賴副總統就說，像綠島、蘭嶼沒有醫生，都靠黑鷹在載病患，你說如果醫生過去，一個月給你 50 萬，其實那個成本不會更高，但是問題就是不是馬上說了，就會有人去做，所以說有時候我也拜託你們醫師公會全聯會要多幫忙，在立法院委員要凍三千萬預算，但整個預算也用不完，你們也沒有要去，對不對？

徐超群代表

所以我是贊成長官的立場來思考，其實我是贊成一些願意幫助偏鄉的一些集團，有某些利潤的話，他也會很認真幫助偏鄉，這是好的，這是好的方向。但是我們不能完全就是開放隨便要怎樣就可以，還是要有一個最低的要求。而且我是覺得可以跟健保署談到說怎樣的管理或者是怎樣的給付是可以滿意的，這個大概算得出來，所以我們不要給它太苛刻的要求，但是也是要有最低的要求。

主席

這不是苛刻的問題，是去那裡的醫生都 70 幾、80 幾歲了，你知道了嗎？你們年輕人就不去，哪有辦法？

徐超群代表

但是這幾年我每年都會去巡迴點去看，我發現我們很多年輕的醫師願意投入這一塊。

主席

居家醫療你看很多年輕醫生會去，但還是很多地方有缺。

徐超群代表

我是覺得很可貴的。醫生除了考慮這個利潤以外，很多醫生是有愛心，很多醫生對於偏鄉是有感情的，我覺得這個很是值得我們肯定的。那再來就是關於管理，業務組打算說每個月電話抽查，看看它有沒有照時間開，我覺得這樣還是不大夠，電話他給你轉

接，你也不知道他有沒有在那裡，或者是說你就訪查病人，可以去問病人。所以這個應該再加強，建議電話或者是實地訪查作為一個評估，看看他到底有沒有在做。我覺得實地訪查要再加進去，你如果沒有加實地訪查的話，光是電話大概沒有辦法管這個診所到底有沒有在做。另外就是保障額度期限的一個修正，以辦理開業計畫年度起算三年，這個是同意健保署的修改。再來看第二重點就是我們的巡迴醫療計畫，醫院提出說我們現在規定醫師每次看診數是3次，但是希望能夠放寬，我是覺得這個對於一般診所來講，3次大概是可以兼顧他的診所和巡迴的一個平衡。如果放寬的話對基層沒有好處，但是對於醫院有很大的好處，它可以無限的派很多醫師到巡迴點，甚至每一天都有，一個醫師3次，每天就不同醫師去，可以在那個地區整個醫療全部都是被醫院給它包下來。就變成說醫院附設一個巡迴點，每天病人就到醫院去看，所以我是覺得這個和分級醫療的精神是有一點違背的，所以我是覺得還是維持原來的3次是比較理想，才不會讓醫院無限擴充。

主席

你講的這些都是多講的，因為本來基層的診所無法去的地方，但是醫院派醫生去，所以基層就是要接受現實，我就讓你3次有醫生去，你說只有你能去，別人不能去，應該是要共融，對不對？所以整個台灣，你不能說我做基層只能去3次而已，剩下的3次別人不能去。

徐超群代表

我們的生態是不大一樣，放寬3次以上是讓醫院更好派遣醫院的人力去做，而且我是覺得這樣做對於當地的醫療，因為實際上每天需要去看病的病人是沒有那麼多啦，真的是沒有那麼多，除非是遇到緊急狀況。

主席

不用怕，我們都是醫學中心訓練出來的，人家要去看，你怕他



們看什麼？

徐超群代表

不是。問題這樣的話，我們基層的醫療會受不了。

黃啟嘉代表

我覺得偏鄉醫療畢竟是屬於基層醫療，以分級醫療來講的話，如果署長去看的話，是大刀小用，也許署長有一天願意做基層醫療，我還是很歡迎署長來參與。只是因為偏鄉本質上是基層醫療，醫院去做的話真的是基層醫療沒做好。

主席

我剛剛意思是說你只能看星期一、三、五對不對？而星期二、四、六如果有人要去的話，對民眾是好的，聽得懂嗎？

黃啟嘉代表

不過署長講得有道理，還是以民眾的利益為依歸。不過真的有一些地方基層沒辦法 cover 到，醫院要來也是可以。

徐超群代表

這裡牽涉到資源運用的問題，這個健保會以前討論過，提到說平均下來每一診看幾個人，例如說就看 1、2 個人，你說我花這麼多錢，你去一次至少花健保大概快要一萬塊的錢，請你來看兩個，不如派一個計程車把你送到醫院去看或診所去看，那個效益還比較好，我覺得健保會幾年前就有提到這個問題，這個牽涉到最低要做到什麼程度，你又可以達到說符合當地民眾醫療需求，又可以符合錢不會浪費，這也是我們要考慮的地方。當然你提供民眾無限的方便，但是你一天去，有可能他今天看完他明天不用來看，那可能三天後才會來看或者是一個禮拜後才會來看，你明天要去可能就看不到幾個病人了，這個是不是符合我們真正的偏鄉醫療的一些效益。

主席

有一些醫院晚上請人家值班對不對？一般多少？一萬、兩萬，有時候沒有患者，值班的人去，問題那天晚上沒有病人，就在那邊

睡覺就好了，對不對？所以這個就是現實面，就是說你有時候要維持功能的問題。好，徐醫師還有要補充的嗎？醫師公會全聯會有看過這個案子嗎？

徐超群代表

這個到後面修正我都沒看過，是前幾天才看到的。再來就是說我們的備援，我們所謂的備援，就是說你這個醫師登記說你要去這裡巡迴，但是萬一你有事情不能去的話，我們有備援的名單，就請他們去處理。那我們這邊的規劃是3個，但是我覺得3個是夠了，其實1個就夠了，但是我們已經放寬3個。但是健保署建議說我們就不要限制，你可以3個以上，我想說你那麼多備援幹嘛？那麼多備援只是讓大集團或者是醫院它比較好操作它的人力調度而已，對於我們偏鄉的醫療一點幫忙都沒有。

主席

好啦，這個就保留，你回去全聯會跟他談一談再來討論好不好？因為現在不可能一個人講了就算。

徐超群代表

那這樣修正部分是健保署的意見，我們沒有這樣修正的意見。

醫務管理組 呂姿曄科長

我們的修正草案其實真的有發函請全聯會表示意見，我們接獲到的資訊都在附表，我們條文的對照修正條文我們都有敘明。

主席

你們離開後，會議人數夠不夠？

醫務管理組 呂姿曄科長

剛剛徐醫師所提到的那一些，徵詢過意見，全聯會都說是無意見，所以這一塊其實我們現在也有一點點的疑慮。

張禹斌代表

有幾條，全聯會有幾條，就是我們有幾條是很堅持的。就是有幾條我們覺得是有彈性可以談，但是有幾條是牽涉到署的政策方

式，是必須要通過的，請全聯會支持。剛剛徐醫師講的幾個那個彈性，事實上是可以去處理。

徐超群代表

我想請健保署講一下什麼東西一定要過，大概用幾分鐘就可以討論一個結論。我是覺得我們偏鄉醫療真的是要有心的醫師來做，有心啦，不是說給偏鄉很多的利潤就去做，但是並沒有心。

張禹斌代表

徐醫師應該是覺得醫院協會提的部分有意見，因為現在是醫院端跟診所端覺得說偏鄉醫療是應該屬於西醫基層要做的，如果這樣的話，我們就針對醫院協會提的部分，你覺得不妥的我們來談一下就好了，不可能在3月再來開一次，我覺得沒有道理。

徐超群代表

或者是我們逐條，細節逐條講一下。

張禹斌代表

先說你覺得哪一條要再小修的，我們再來討論一下。

主席

來，就第一條開始(討6-4頁)。

徐超群代表

我簡單跳著講比較快，其餘部分我們沒有意見。

主席

第幾頁？

徐超群代表

施行區域的部分，第1頁到討6-9頁及討6-10頁這些我都沒有意見。

主席

是你個人有意見不代表全聯會，你提出建議後，再看看全聯會的意見怎麼樣好不好？好，繼續。

徐超群代表

我們同仁有意見他們自然會提出來，不會只有我一個人講話。那個開業計畫的部分看討 6-11 頁，講到剛才有提到的，新開業不能在同村里再開，因為我剛才講過了，這樣會排擠到原來開業的診所，造成不公平的競爭，那原來的診所可能會倒，再來新開業的診所保障三年後他可能就走了，所以對於原來的那個地方民眾也沒有好處，就是真的沒有好處。

主席

本來有人去開診所，原來的診所倒了，本來這就是一個自由市場，有功夫就不會倒。

徐超群代表

但是你新的診所有保障，原來的診所只靠業績。

主席

那是不一樣的。

徐超群代表

不能讓兩家診所在同一地方競爭，沒保障的診所絕對拼不過有保障的診所。

主席

請回應一下？

醫務管理組 呂姿曄科長

這一項就是在討 6-11 頁的（二）的部分，是我們堅持的地方。

張禹斌代表

這個可以留到分區討論，這個是彈性的條文，不應該有爭議點。

徐超群代表

好，你們如果很堅持，那希望各業務組可以好好注意一下，因為你不能說那個里長反應說同一個地方還需要新開業的。

主席

有時候里長對開業醫師的印象很差，也就是說你也不認識他們，因為當地的人最清楚那個醫生好不好，但你保障那個卻無法給民

眾很好的照顧，健保不就要背那個責任，所以說有時候要面對現實。

徐超群代表

真的是要考慮到原來的診所，如果旁邊開了一家受保障的，那麼原來的診所有可能會做不下去。

陳相國代表

這邊有說如有特殊情形。

張禹斌代表

現在是說是不是有留彈性的就不用談，那些細節是說到各分區再細談。

徐超群代表

不然就到各分區的共管。

張禹斌代表

對，如果有特殊案件可以到那邊談。

徐超群代表

對，這部分我認為是不能把所有的責任壓力都給到各分區的主管來扛，應該是共管會議來談。

主席

今天健保署的人，包括署長在這裡就是負責任。

黃振國代表

我想署長講得很清楚，如果他堅持，我不堅持，我的立場是不堅持。但是能夠討論的，我們會後如果細節需要各地的共管會或者分區業務組去處理，我們之後再談好不好？如果健保署堅持，我的意見是支持。

黃啟嘉代表

我們先配合，以後再滾動式檢討，我們回去討論後，如有比較周嚴的做法，以後再來討論。

陳相國代表

署長，你要不要先說署方堅持的條文，那些就不用討論了。

張禹斌代表

跟各位報告，你們仔細看這些條文，其實是還好。

黃啟嘉代表

基本上我們是都沒有做偏鄉醫療，真的實務下去做才會比較了解，所以在這一方面我們是蠻聽從徐超群學長的意見的。

張禹斌代表

我是可以答應各位，還是會保障診所去做偏鄉的這些事情。現在是因為有醫院介入，這個過程留一點彈性讓我們可以去處理。

徐超群代表

再來就是你們討論的那個花一點時間討論到說巡迴次數，我覺得既然署方堅持的話，我們同意說要不然就是到分區再談就好，還有備援的人數我覺得這個就比較沒有必要。

張禹斌代表

備援人數是在第幾？

醫務管理組 呂姿曄科長

我說明一下，那個討 6-30 頁的備援人數，我們還是以 3 名為限，至於後面的括弧是因為實務的需求，真的會有備援醫師 3 位不太夠的情況，所以我們才會寫一個括弧的但書，另外這個括弧的但書還有一個重點是需要經過我們分區業務組同意他才可以這麼做。

徐超群代表

如果說分區可以好好管控的話，我是贊成，我覺得就是這樣有一個彈性，再來就是講到剛剛那個備援人數改變的話，申請備援總診次的表要寫清楚，我們可以看到附表(討 6-56 頁)，寫說申請總備援總診次是多少，因為所謂的備援醫師就是你不能去才臨時給別人去，所以這個總診次在申請的時候沒有辦法算出來，所以我覺得這個總診次可以刪掉，這只是技術性的問題而已，跟這個

沒有關係。再來是剛剛講到的重點還有那個開業，因為既然是署方堅持，我們就同意同村里也可以做，但是署方要慎重考慮申請的狀況。再來就是點數控管保障的核付，這點我是覺得你可以放寬，但是不要廢掉，這點可以放寬到最低量，因為廢掉就感覺不用去做事就可以拿到了薪水。

醫務管理組 呂姿曄科長

不好意思，討 6-37 頁就是管理原則的 A，我們有稍稍做一點調整，這個調整是我們刪除每診平均人次未達 3 人者，這個文字是我們署方堅持的。另外在 B 的部分，徐醫師我需要再重述嗎？就是討 6-37 頁那個管理原則的 A 跟 B 都是署方堅持的。

主席

為什麼？他們的意思是說，真的就沒有患者。

徐超群代表

不過你還是要有一個最低的要求，如果說一診看 3 個太多的話，可以看 2 個。

主席

但就是沒有病患。

徐超群代表

以前看 2 個不行，是因為他只看他跟他老婆 2 個而已，所以很顯然，他去那邊是在修養要退休，我們覺得每一筆經費，其實我們健保，健保經費很高，我們好好應用。

主席

他們的意思說在那邊有醫生總比沒醫生好，今天我可以告訴你，剛剛你堅持“3 個人”這點，在立法院立法委員代表國家在質詢我們行政官員，我怎麼去跟他說不行？

顏鴻順代表

我覺得徐醫師，這個從立意上來講，也就是那個地方一定要有一個醫師，有沒有提供服務那就要看需求。你如果訂一診至少看 2

個，那他為了要領這個，他反而可能作弊呢？這樣反而創造了他為了要配合兩個，所以他就把他、他兒子、他老婆拿來看，這樣反而也不好嘛，這個也不是我們想看到的。

徐超群代表

如果那個地方沒有人要去給他看，他在那邊也沒有什麼意義。

主席

因為可能大家都很健康，山上都很健康那也很好啊。

徐超群代表

那他去那個地方要做什麼呢？他不是來看病，他是去養老嗎？

主席

你的道德標準，你沒有辦法去做啦，他也沒有違法。

黃振國代表

這個建議不要堅持，但是它也有立意的精神，因為剛剛講的案例是很特殊，是他沒有服務到當地的民眾，就是說他的門診量都不是當地民眾。我建議是這次同意健保署的修改，但是請健保署要嚴加審視，當門診量過低，而且都是來自於跟他有直接親屬關係的，就好像我們醫師看家族都被 Review，我希望健保署有 Review 的機制，看是不是很務實的服務當地民眾。

張禹斌代表

明年這些偏鄉或離島都是我們醫療重點，這些先順利了，明年再來慢慢看，我們再依實際去修正。

陳相國代表

如果署方堅持，我們會支持，不過徐醫師也有他的堅持，是不是我們就做滾動式的修正就可以了，以上。

徐超群代表

好，我贊成，但是我覺得以後要檢討，這樣對健保會的付費者才會有交代。

黃振國代表



跟大家說我在醫療偏鄉服務區第3級(雙溪)待了七、八年，但是我要提醒的是第1級的地方，也就是所謂醫療資源容易導入的地區，請健保署要審視，因為所謂的第一級就是醫療資源容易導入的地方，這些醫療資源容易導入就是因為很多人要看病，所以我建議應該是醫療資源第1級地區，應該優先詢問當地的醫師公會有沒有意願來組團隊，我講基隆七堵區就好了，七堵是現在所謂的公線站鐵路的停靠點，反而是最繁華的地方，可是它反而是醫療資源不足。我覺得這要審視，而且因為有62快速道路的導入後，基隆七堵區的2個點到市中心不到10分鐘，但是我要講是請你整體的Review，如果醫療資源容易導入的地區，也就是第1級的地區，可以優先請當地的醫師公會看有沒有意願組團隊，既然這個都是在很方便的地方，我建議醫院端就不要來，剛剛超群代表擔心的就是未來會是侵蝕基層的根基，謝謝！

主席

來，還有哪一項？

徐超群代表

再講一個小細節，在討6-39頁及討6-40頁，後面有特別在說門診診察費由一般服務預算支付，這個好像畫蛇添足，因為前面寫過了，不需要在這裡再提示。因為我們知道它給付的項目，前面都已經寫過，你畫蛇添足，可能人家會仔細看為什麼醫院所有的費用都可以用這個經費來處理，但是診所卻只有加成的部分可以處理，是不是不公平，其實這個是有故事的，所以我是覺得這個就不用寫。

張禹斌代表

好，這一句話拿掉。

徐超群代表

最後我們討論到是不是可以報CKD的照護，這個我沒有特定意見，因為這個經費是切掉的，如果巡迴醫療報E1案件的話，費用是歸到一般的服務預算，不是專款專用這裡，所以如果說你在

巡迴醫療時報 E1 案件的話，反而申請的錢是比較少，醫缺經費因為我們是鼓勵的，所以不報 CKD 照護會申請比較多一點，這個會提出來是因為一些醫師他是很熱心，他有腎臟照護的經驗，那在那個地方我們只要給他修改說他也可以同時照護很多腎臟有問題的病人，只要我們讓他可以申報這個項目的話，他就可以做了。

主席

好，OK，那我們進入討論七好不好？

討論事項第七案：

案由：修訂 111 年度「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」，提請討論。

徐超群代表

署長我可以先表示意見嗎？我看這一案雖然那個條文很多，但其實我們要討論的只有兩個問題而已，第一個問題就是南投是不是要納入施行區域，第二個問題是產檢制度增加到 14 次，我們怎麼調整核付的標準。我講一下我的意見，這種區域的劃分，主要是以行政區來劃分，其實以行政區來劃分是最好的方式，但是也很難照顧到每一個區域都可以精準的認為它醫療偏鄉或不偏鄉，很難做到這一點，所以我們附註一個條文，就是我們如果開會通過說認為這區域是偏鄉的話，我們也可以把它列入偏鄉的區域，所以有幾個區域是這樣被列入的，包括我們提到南投市。我覺得南投市為什麼會被列入？因為考量到當地剩下 1 家在做生產的婦產科診所，我覺得我們要鼓勵，而且南投距離其他醫院是有一段距離，病人不可能大老遠都到醫院去看，像現在如果你都市化越好的話，其實都是在診所看，就好比臺北的什麼馨診所，其實很多產婦要生產，她不會去醫院，她會去診所，因為診所做得比醫院更好，這是未來的趨勢，所以在偏鄉對於基本的產婦生產，可以就近提供便利性，你不給它一點鼓勵的話，診所做不下

去，產婦以後都是要往醫院跑會更辛苦，所以我們討論的結果是認為南投市是可以列入的，我想這是我們全聯會的共識，我們今天也有南投的理事長到這裡說明，他是在當地最了解當地醫療狀況的。

洪一敬代表

署長、各位代表，大家好，大家辛苦了。我補充一下，我們南投事實上就是幅員廣大，人口又少，大約有四千多平方公里，人口大概是49萬而已。我們一個鄉(如興義鄉)比我們彰化縣還要大，南投分了2個區，烏溪線跟濁水溪線，那濁水溪線這邊幅員很大，大概也只有3個診所存在生產，做24小時的就只有剛剛講的這1家診所，所以這1家事實上它不只是負擔南投地區，它對於周邊的地區，例如名間、中寮、甚至於水里，他都是需要去幫忙，所以按照我們說要照顧偏鄉產婦的立意，事實上它對於偏鄉產婦的照顧是很大的，現在部長也說診所要經營鼓勵，難得有這個機會，想說他們現在經營真的很辛苦，所以希望能夠得到這些生產的補助這樣子。

主席

好，謝謝！還有沒有意見？

陳相國代表

主席、各位委員，我覺得我支持洪理事長的意見，就是說那個南投市只有1家診所在生產，因為診所的服務可近性和親切性都比醫院好很多，所以有的產婦在那邊產檢習慣了，結果要生的時候叫產婦不能在這裡生，要到醫院去，那叫這些產婦何去何從，所以我覺得就是把南投市列為我們這個偏鄉醫療產婦補助的計畫之一就可以了，這一點通過就可以了，以上意見。

主席

其實說實在的，這個講出來會笑死人，南投市是南投的行政中心，就像那天他們在講那個礁溪，很多人去玩，南礁溪北礁溪，就是這樣，另外助產所那邊意見？

## 台中市助產師(士)公會 藍芳貞理事長

署長跟各位委員，大家好！講到助產機構的部分，因為在助產人員法第三章機構設置標準是沒有含超音波的，但是增加到14次，有含2次超音波，在助產人員法裡面有規定在助產機構是不可以設置的。再來在生產給付的部分，助產機構的給付已經是基層診所的0.9，生一個小孩我們是比基層診所還少了一點錢，但是我們是做同樣的工作。再來生產補助，這個計畫生產補助的部分也是打0.9，但是在次數的部分竟然沒有打折。所以我們希望維持原案，雖然產檢增加14次，其中有4次都是在基層診所做，會來我們助產機構生的，就像今天說的南投的生產婦產科診所只有1家，我們的恩生助產所在那邊生的產婦非常多，我們助產機構在照顧產婦的部分，是在做婦產科的缺口，所以我們也很希望在次數的部分跟著打9折，因為不管是在生產在補助我們都已經是9折了。因為我們都希望我們的產婦在基層跟基層醫療做共照，她到基層醫療做完整的產檢之後回來我們這邊生產，所以我們是跟基層醫療院所是共照的方式來照護我們的產婦，這是最希望的把偏鄉的產婦照顧到最完整，希望說能有這樣的一個來照顧產婦的一個方案，那也能夠讓我們的助產人員一直到偏鄉去開業，去照顧到產婦，這是我們希望的共識。

### 主席

謝謝！其實說實在的，過去很多生小孩都是助產士在看，現在當然是醫師在看，但醫師是不太可能跑到那邊去，所以助產士他們有提供這樣的服務，至少等於是可彌補一些生產的人力，當然生小孩不是只有生那麼簡單，相對來講也是有一些壓力在，或者我想署裡面是有一些可以跟你們回應一下，因為畢竟有一些給付的部分需要全面的去考量。請說。

### 徐超群代表

我們很肯定助產士可以幫助我們偏鄉產婦的生產，這個計畫一開始做是我們基層提出來，後來助產師公會想要加入，我們也都欣

然同意讓它加入，用的是共用的經費，所以我們是很認同這一點。是在這個經費下用的嗎？他們另外有撥經費嗎？

醫務管理組 呂姿曄科長

我說明一下，因為這個計畫我們拆分成原來的總額(歸類在西醫基層總額)，所以適用的只有西醫基層診所，後來助產學會新增加的這部分，是由其它部門預算支應，他們有一個自己的部門的預算。

黃啟嘉代表

我想如果是其他部門預算，我們沒有意見。

徐超群代表

我想健保署的立場就是因為產檢次數提升到 14 次，原來我們標準是以 10 次為標準的，如果提升到 14 次的話，評核的次數應該適度提升，健保署基本上就是這樣，這個我認同，我認為這是必要，原本是 8 次，我們覺得不然就提到 9 次。而助產師公會認為還是維持 8 次比較好，所以這就是討論的一個重點所在。我是覺得酌量的提高是必要，但是不能一下就說要提到位提到 11 次，這樣對鼓勵那些有心的在那邊生產的診所或是助產士其實不是那麼好，而且我們經費是夠用的。我覺得就維持 8 次，不然就增加 1 次就好，不要一下就提到 11 次，這樣對於那些診所比較有鼓勵的作用。

主席

助產師(士)學會這邊。

台中市助產師(士)公會 藍芳貞理事長

代表講得很好，我們是希望每一個產婦都能做到完整的產檢，所以到助產機構要生產的，我們一定鼓勵她請她到醫療院所去做完整的產檢，我們會看她產檢簿之後才會收案幫她接生。所以她的產檢次數不會因為來我們這邊生加入這個方案，她的產檢次數變大，不會。只是說我們要申請補助的時候，補助案已經打 9 折了，在生產的部分也是打 9 折，相對的我們要符合這個門檻的時候，

當你設得很高時，對於助產機構是看得到吃不到，所以很希望是維持舊的原案，讓我們跟醫療院所共照，請產婦回到醫療院所做完整的產檢再回來我們這邊生產，我們也不會讓她做很少次產檢，來我們就幫她接生，這也不是我們願意看到的。我們都一樣心力照顧產婦跟嬰兒。

醫務管理組 呂姿曄科長

要先跟助產學會先說明，這一個計畫其實我們的計算方式是有生產，生產後再往前去推算她的產檢次數，另外我們考量到國健署新增的這4次的產檢的項目，其實都是助產所可以做的項目，另外在討7-4頁的第二點，其實在助產所生產的案件，如果是在醫院或西醫基層婦產科診所執行產檢，我們還是會納入補助的產檢次數計算，但是這個會有條件限制，因為我們不希望產婦在助產所生產，可是全部的產檢都是在醫院或者是基層診所，所以這個會有一個但書是最多三次，這是我們的立足點。另外我們希望在產檢次數會去做11次的調整，其實是因為等比例的調整，原來是10次產檢，那10次的8成，是做滿8次才會給予100%的獎勵，現在獎勵次數調整成14次，那14次的8成大約是11次左右，所以我們的計算的基準點是這樣，以上。

主席

好，謝謝！不知道徐醫師有沒有意見？

徐超群代表

我是覺得照計算這樣算沒有錯，但是基於對於偏鄉的鼓勵，是不是可以不要增加那麼多，我覺得酌量增加是必要的。因為我們之前討論10次、8次的那個數字也不是憑一個科學理論算出來的，也是認為那就8次就給100%，那現在調升的話，我覺得不一定要照那個比例上升，其實有其它鼓勵的考量在裡面，所以是覺得不需要做到那麼嚴格的限制，你只要稍微增加就可以了。

主席

來，禹斌有沒有意見？

張禹斌代表

就照全聯會那一套好不好？這樣比較單純。

主席

好。那我們今天的開會到這邊為止，不知道還有沒有問題啊？

好，謝謝！

17:33 散會