

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 110 年第 2 次研  
商議事會議紀錄

時間：110 年 9 月 8 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 9 樓第 1 會議室

主席：蔡副署長淑鈴

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	林佩菽*(代)	連代表哲震	連哲震*
吳代表欣席	塗勝雄*(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	鄭代表俊堂	鄭俊堂*
林代表鳳珠	林鳳珠	鄭代表英傑	鄭英傑*
林代表憶君	林憶君*	盧代表榮福	盧榮福*
林代表應然	周賢章*(代)	賴代表聰宏	賴聰宏*
邱代表泰源	請假	藍代表毅生	藍毅生*
洪代表一敬	洪一敬*	顏代表鴻順	顏鴻順
徐代表超群	徐超群*	蘇代表主光	請假
馬代表海霞	馬海霞	蘇代表東茂	蘇東茂*
張代表孟源	張孟源*		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	陳淑華*	江心怡*
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	
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* 林巽音*
	胡淑惠*	麻晟璋*
本署中區業務組	張黛玲*	
本署南區業務組	黃紫雲*	洪穰昤* 郭郁伶*
本署高屏業務組	陳淑惠*	楊斐如* 施怡如*
	黃雅蘭*	陳瑩玲* 林紋年*
	許嘉紋*	陳香吟* 葉美伶*
	黃蕙凌*	沈俐蓉*
本署東區業務組	李名玉*	張麗絹* 羅亦珍*
	王素惠*	馮美芳* 黃寶萱*
	劉惠珠*	戴鳳廷* 黃婷亭*
	陳佳穎*	
本署企劃組	王宗曦*	郭建伶 馬炳義
本署財務組	請假	
本署承保組	請假	
本署資訊組	吳少庠	
本署違規查處室	陳怡蓓	
本署醫審及藥材組	曾玫富	連恆榮 涂奇君
	詹淑存	陳盈如 袁美霞
	羅惠文	
本署醫務管理組	吳科屏	游慧真 劉林義
	林右鈞	韓佩軒 陳依婕
	洪于淇	周筱妘 邵子川
	陳俐欣	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：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，其中檢驗(查)上傳一節及序號 3：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等事項繼續列管，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 1 季結算點值報告。

決定：一般服務部門點值確定如下表，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	0.96061399	0.98436192
北區	1.08180047	1.06046136
中區	1.08214911	1.05697395
南區	1.09587140	1.06571245
高屏	1.07087416	1.04840429
東區	1.14294132	1.09219119
全區	1.04659895	1.03287478

第四案 報告單位：本署醫務管理組  
案由：109 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告。  
決定：洽悉。

第五案 報告單位：本署醫務管理組  
案由：有關 110 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」  
結算方式，比照 109 年辦理案。  
決定：洽悉。

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：110 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 110 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配  
方式如附件 1。

第二案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會  
案由：有關「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」  
之利用率指標修訂案，提請討論。  
決議：同意修訂利用率指標之「六歲以下兒童氣喘住院率」、「住  
院率」、「平均每人住院日數」及「每人急診就醫率」計算  
公式及其參考值，說明如下：

指標項目	參考值	計算公式及說明
六歲以下 兒童氣喘 住院率	以最近 3 年全區值 平均值 $\times(1+15\%)$ 作 為上限值	前 3 日因氣喘至基層院所 看診之 6 歲以下(就醫年- 出生年 $\leq 5$ )保險對象氣喘 住院件數/6 歲以下(就醫 年-出生年 $\leq 5$ )保險對象 人數
住院率	以最近 3 年全區值 平均值 $\times(1+15\%)$ 作 為上限值	前 3 日至基層院所看診之 保險對象住院人次/保險 對象總人數

指標項目	參考值	計算公式及說明
平均每人住院日數	以最近3年全區值平均值×(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之平均每人住院日數
每人急診就醫率	以最近3年全區值平均值×(1+15%)作為上限值	前3日至基層院所看診之每人急診就醫次數/每人平均門診次數

### 第三案

提案單位：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。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、「門診注射劑使用率」指標之分子排除條件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」。
- 二、修訂事項摘要如下：
  - (一) GLP-1 受體促效劑：修正定義為 ATC 前 5 碼為 A10BJ，併入給付規定內容第 1 項 Insulin 項內；原給付規定內容第 20、21 項刪除。
  - (二) CAPD 使用之透析液：敘明透析用液劑之劑型代碼為 272。
  - (三) G-CSF：攜回藥品增列 ATC code L03AA13 (PEGFILGRASTIM)。
  - (四) 血友病人之第八、第九凝血因子：增列 ATC code B02BD06 含 von Willebrand factor 之第八凝血因子製劑)及藥品給付規定 4.2.6、4.2.7 章節藥品 ATC code 為 B02BD07 (Human coagulation factor XIII )、B02BX06 (EMICIZUMAB)。
  - (五) 抗精神病長效針劑：至多攜回一個月，修正為三個月。
  - (六) 罹患惡性貧血及維他命 B12 缺乏病患：診斷代碼增列

D531 (其他巨母紅血球性貧血，他處未歸類者)，且以主、次診斷欄位計算。

- (七) 類風溼性關節炎病患使用針劑：增列僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患得攜回藥品 ATC code 為 L04AA24 (ABATACEPT)、L04AC07 (TOCILIZUMAB)、L04AB07 (OPINERCEPT)、L04AB05 (CERTOLIZUMAB PEGOL)、L04AC12 (BRODALUMAB)。

第四案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會  
案由：建議研議 COVID-19 疫情期間，健保醫療費用核付之暫付金額，調整以「每點一元」給付案。

決議：因涉修改法規及可能產生追扣等情事，容留本署依最近 1 季資料模擬試算後，並列下次會議追蹤。

第五案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會  
案由：建議符合以下申請資格之健保特約診所得個別向各分區業務組提出申請，提升 110 年第 3 季、第 4 季，每月暫付款至八成：

1. 110 年第 3 季及第 4 季，每月健保申報費用與 108 年同期比較，未滿八成。(註：每月申報費用=當月申報點數×前一季結算點值)
2. 且已無 109 年提升暫付方案之欠款者。

決議：

- 一、依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困特別條例第 9-1 條規定第 2 項略以，自政府領取之補貼、補助、津貼、獎勵及補償，不得作為抵銷、扣押、供擔保或強制執行之標的，爰紓困振興特別預算項下補貼金額不得與總額基金項下之暫付款互為沖抵。

二、因暫付款無法與特別預算項下之補貼金額沖抵，為免日後追扣，本案緩議，列入未來滾動式檢討。

伍、散會：下午5時17分

陸、與會人員發言實錄詳附件 2。

110 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式

一、 110 年西醫基層總額一般服務費用預算之參數分配方式:SMR 及 TRANS 以 105-108 年度數值依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。

二、 110 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：

(一) 110 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,並依 110 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) 六分區預算(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用),依查處追扣金額、「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」、藥品給付協議及緩起訴捐助款併入一般服務費用,估算六分區浮動點值後進行排序。

(四) 六分區估算浮動點值以每點 1.1 元為上限,各季移撥分配方式如下：

移撥估算浮動點值高於上限之分區費用,依當季六分區預算(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,其攤分至各分區以 1 次為限,攤分後分區排序不變,受攤分之分區最多攤分至原點值排序第一名之分區浮動點值。如仍有剩餘款,併入風險調整移撥款。自 110 年第 2 季起各季中有經中央流行疫情指揮中心宣布疫情警戒標準為第二級



(含)以上時，則本項費用不移撥。

(五) 風險調整移撥款保障東區點值至每點 1 元後，各區點值重新排序，餘款撥補點值落後地區，撥補方式與比率分配如下：

1. 點值落後地區：係指點值排序第 4 名、第 5 名及第 6 名之分區（共 3 區）且點值小於每點 1 元者。
2. 點值落後地區撥補方式：點值落後地區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。
3. 點值落後地區撥補比率如下：
  - (1) 點值排序第 6 名之地區為[臺北區]時：第 4 名分區占 15%、第 5 名分區占 25%，第 6 名分區占 60%。
  - (2) 點值排序第 6 名之地區非[臺北區]時：第 4 名分區占 20%、第 5 名分區占 40%，第 6 名分區占 40%。
  - (3) 點值落後地區如僅有 1 或 2 分區，仍維持前開撥補比率。

(六) 當季風險調整移撥款若有剩餘，則移至下季移撥款，合併撥補當季東區浮動點值至每點 1 元及點值落後地區預算；如 110 年第 4 季計算後仍有剩餘或未動用之移撥款，則依移撥後之分區預算(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)占率回歸六分區。

(七) 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劑調劑費用」，結算點值。

三、 108 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 110 年六分區地區預算分配。計

算方式如下：

- (一) 扣除額度，臺北 1,919,569 元、北區 4,210,512 元、中區 5,187,119 元、南區 5,542,198 元、高屏 1,510,739 元、東區 163,878 元。
- (二) 110 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 108 年四季預算占率計算。
- (三) 110 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 108 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 110 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

110 年第 2 次會議與會人員發言摘要

前次會議紀錄確認

主席

今天係召開今年第 2 次西醫基層總額研商議事會議，在會議開始先介紹新代表林旺枝醫師，林醫師採視訊，現場歡迎你，另介紹 2 位付費者代表，第 1 次參加我們的會議，1 位是馬海霞代表，另外 1 位是許騏洪代表，謝謝 2 位健保會的付費者代表來參加本會議。現在會議正式開始，今日會議有 5 項報告案、5 項討論案。首先請看上一次的會議記錄，從第 7 頁到第 11 頁，上次開會時間是 3 月 4 日，距離現在 9 月已經滿久了，中間因疫情有一次沒有開。各位代表對於上次的會議記錄有沒有問題？如果沒有問題，我們就暫確認，如果代表們在會議當中有認為要修改的部分，可以隨時提出來，接下來報告事項第一案。

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

主席

共有 4 項追管的項目，有 2 項解除列管、2 項繼續列管，請問有沒有問題？好，請主委。

黃啟嘉代表

與會所有的夥伴們，大家好、大家午安，很高興看到大家，因為疫情的關係我們很久沒有見面了，我想針對報告案第二項，檢驗(查)上傳的比率這件事情，我的認知是說診所如果釋出給檢驗所而且由檢驗所申報，是不是檢驗所上傳就可以了？還是診所這邊也要上傳？我覺得這個是一個問題，因為有人給我一個訊息說他釋出以後診所這邊也有上傳率，因為基本上如果是釋出給檢驗所，檢驗所自己就會上傳，照理講上傳率是看檢驗

所而不是看診所這邊，我要確認這件事。

主席

好，謝謝，請科長。

醫務管理組 呂姿曄科長

跟各位代表說明一下，有關診所釋出處方讓檢驗所申報的話，由申報的那端來做上傳就可以了，以上說明。

主席

如果各位醫師有發現說你釋出處方，但量還是算在診所這邊的話，麻煩主動跟分區業務組核對，確認計算正確？原則是誰申報、誰上傳。請張醫師。

張孟源代表

各位代表大家好、大家午安，關於這個問題我們追蹤了很久，最重要的問題是診所交付給檢驗所，檢驗所可以上傳沒有錯，但是往往沒有勾稽後，回歸到診所這一邊，反而計算診所這邊的上傳率，是計算由診所申報的件數，比方說心電圖或是有些需要立即處置的，在診所占的比例很低，勾稽的是診所申報的那幾件，而事實上診所百分之九十以上交付給檢驗所的部分，都沒有計算在裡面，這是差不多這半年來我一直認為計算方法疏漏的地方，以上，謝謝。

主席

要不要請科長跟大家說明計算的方式？還是專委？

醫務管理組 呂姿曄科長

必須要重申，因為原則上如果是診所開檢驗單交付給檢驗所執行的話，我們會去回歸看這筆的檢驗費用是由誰來做申報，當然就由誰上傳，剛剛張醫師所提的應該是診所申報，但診所可能沒有完整的上傳，所以計算上傳率才會偏低，以上說明。

主席

張醫師，看起來好像和你講得不太一樣，請問張醫師還有問題

嗎？

張孟源代表

我的想法是這樣子，因為我相信上傳很重要，像我的診所跟檢驗所合作都有上傳，所以我在雲端上就可以看的到，我的病人在自己的健康存摺或是別的診所都可以看得到，我是鼓勵的，但是計算成績的時候往往這一段百分之九十以上由檢驗所上傳的部分，是不算的，計算診所這邊只有少數因為緊急檢查的部分，所以診所端的成績就變得很差，這樣子的計算是有失公平的，我要強調是這樣子，以上。

主席

張醫師你是指釋出給檢驗所，還是沒有釋出？

張孟源代表

是釋出給檢驗所。

主席

然後你自己也上傳？

張孟源代表

沒有，是由檢驗所那邊上傳，檢驗所那邊上傳的成績都不會歸到診所這裡。

黃啟嘉代表

我知道孟源的意思，孟源的意思很簡單，就是說診所跟檢驗所兩者上傳率應該混在一起來計算，因為他的意思就是說因為診所自己申報部分的base比較小，如果上傳率太低，就會拉低了整個西醫基層的上傳率，而大部分的診所其實都是交給檢驗所，那部分的上傳率比較好，但我們不能夠呼籲把檢驗拿回來自己申報來增加上傳率，因為換言之，那些診所目前表現不佳，但大部分的診所無力相助，因為我們都是交給檢驗所，上傳率都很棒，可是沒辦法去拉高那些少數自我申報但又沒上傳的診所，他的意思是要解決就是把西醫基層申報案件，不管是由診所還是檢驗所申報都混在一起計算上傳率，那個結果才是我們

真正西醫基層的檢驗上傳率，我個人就非常支持這一點，因為上傳之後，我們才能看到東西，甚至如果醫院有些沒上傳的，也會打電話去醫院說怎麼沒上傳，所以說我們是支持的，但是像我個人就交給檢驗所上傳，這部分上傳率很好，但遺憾的是沒辦法去拉整個西醫基層的上傳率，所以希望能夠混在一起計算，這是張醫師的意思。

主席

我理解了，張醫師你的意思是這樣吧？

張孟源代表

對，完全正確。

主席

完全正確，請黃醫師。

黃振國代表

因為上個月也在研究如何上傳？發現主要問題是，電腦軟體內標示的申報日，也可能是採檢日或是晚 1 天的採檢日，但是報告日可能是隔天或隔幾天，像我用的軟體，本身只有一個欄位就是申報日，而規定是報告來之後的 24 小時要上傳，但往往會超過，因為我的報告日往往會延遲 1 天，甚至隔週才會回來，這樣子完全不符合必須在 24 小時內上傳，因為我使用的軟體格式並沒有報告日，因為我們的做法是只要採檢後的隔天或是再隔一天，檢驗所就會把結果放在雲端，我們就可以下載下來，這樣就衍生我們的上傳日會延遲超過 24 小時的問題，這樣有可能就不會被計算，我知道現在署方也再鼓勵大家上傳，每個月有一個 EXCEL 批次檔，讓大家可以領取每筆醫令 1 元的措施，但因為是電腦軟體的問題，建議是否可以從寬認定，在申報之後幾天內上傳的資料都可以被計算為完成上傳，我個人建議是 1 個禮拜內的資料都計算，因為這樣子也會比較完整，說實在的這個問題我們的軟體公司並沒有很好的 API(應用程式介面)，必須人工手動產生一個上傳檔，然後再用手動上傳至 VPN，而現在

每天都在打疫苗，光是上傳 VPN 就很累了，還得注意檢驗結果要上傳，我相信很多診所沒辦法將檢驗結果完整的逐日逐筆將資料上傳，所以建議在計算上傳的成績一項一元的時間，初期應放寬到 7 日內，這樣也可以鼓勵大家上傳。

主席

好，黃醫師你聲音好小聲，幾乎聽不見了，大概知道你要表達的意思，請姿擘科長或者是右鈞專委說明，請簡短重點說明。

醫務管理組 林右鈞專門委員

第一個有關獎勵的時間，這案在共擬會議已經通過，放寬拉長到 3 日內上傳就會有百分之五十的獎勵措施，已經準備預告會在 10 月 1 日生效，第二個的部分是剛剛黃代表提到的像你們的 HIS 廠商可能沒有給你們用，檢驗所那邊是沒有報告日期欄位可以填列，所以建議說診所可以讓檢驗所去做申報及上傳，這是一個短期解決的方法，另外署這邊也在研議一套診所跟檢驗所之間的資料交換系統，這個系統成功後，在資料交換上就會比較即時，就不會有隔週還要再上傳的狀況，以上。

主席

基本上有兩個，一個是右鈞專委說的，現在的獎勵上傳已經放寬到 3 日內也會獎勵百分之五十，10 月 1 日就會生效，這樣也給大家多一點彈性，即對於超過 24 小時就完全沒有獎勵這一塊，現在也已經有所改變；另外就是剛剛啟嘉代表提到，在呈現上傳率的結果，如果拆分成檢驗所跟診所，診所這一端的上傳率會低，原因是因為量少，建議可不可以將檢驗所跟診所合併也計算一個上傳率，但是真正要看誰可以拿到多少獎勵還是要個自看，因為個自都有責任。

黃啟嘉代表

我講的是整個西醫基層的上傳率。

主席

在對外說明「西醫基層的上傳率」時，是可以把這兩個數字算

在一起，但是在計算個別責任時，還是要個別算，因為是在算到底要付多少上傳的費用，另外振國代表剛剛提的有關報告日期的問題，因為如果由診所申報，但是一來一回時間其實會耽誤，所以科長跟專委建議是不是由檢驗所來申報，由檢驗所直接上傳可能時間上比較不會耽誤，這個就供你參考，線上還有洪醫師要表示意見嗎？洪一敬醫師，你的聲音很小聲，先暫時不要，請王宏育醫師。

黃啟嘉代表

一敬，你的聲音很小聲，現場聽不到。

主席

洪醫師你的聲音很小聲，你先調整一下，先請王宏育醫師。

王宏育代表

大家午安，我是王宏育王醫師，檢驗3天內上傳給一半的費用，是我建議的，我很謝謝健保署從善如流，但要講清楚的是，第一個疑問是，如果3天內上傳的件數是算一半的上傳成績？還是都不算成績？第二個疑問是診所可以委託檢驗所上傳，像我現在上傳的情形也慢慢的好一點，大概上傳正確率可以到百分之七十，檢驗所可能百分之九十，但如果由檢驗所上傳的話，費用就由檢驗所拿去了，所以這要講清楚。理論上診所大概可以自己上傳的話，就不太會讓檢驗所上傳，剛才科長講說我們申請錢的部分，還要委託檢驗所上傳，但是費用就變檢驗所的，那成績要怎麼算？是算診所的還是算檢驗所的？

主席

是誰申報這個費用誰就要負責上傳，重點在這裡，不是誰要去傳。

王宏育代表

假設你們說我申請這個費用可以委託檢驗所上傳，剛才科長是講這樣，不是嗎？

主席



沒有，是誰申報、誰上傳，誰申報這件事情是診所可自行決定，因為診所跟檢驗所誰要申報是你們可以自己決定的，至於要拿到這個款項還是算個別的责任，現在折衷已經放寬到 3 日內，就是 24 小時以上 3 日內以下可以拿百分之五十，這個部分也是謝謝王醫師的建議，預備於 10 月 1 日生效。另外整體西醫基層檢驗(查)上傳率的成績，我們可以把牠加在一起，算一個總成績，但是要給上傳費用的時候還是要個自算，我們經常在觀察的指標是 24 小時的上傳率，接下來因為放寬到 3 日，所以 3 日內的上傳率也是可以分享給大家，這樣子大家就有數據，然後就可以各自努力讓數據能夠更完整。剛剛王醫師有提到，我們有一個平台在開發，這部分請同仁跟大家說明一下？請右鈞專委。

醫務管理組 林右鈞專門委員

在報告案的第二項辦理情形有提到，診所與檢驗所之間的資料交換系統，其實我們去訪視了一些檢驗所，就發現他們跟診所之間資料的交換，可能都要靠 HIS 廠商的設定，在這個設定之下 HIS 廠商可能居中會有一些費用的產生，基本上我們希望這個系統就能夠讓診所在做 IC 卡資料上傳時，能夠跟系統講說診所的這些檢驗項目要交付給那一個檢驗所做檢驗報告，資料上傳到署這邊之後，檢驗所就可以直接去把診所交付的資料拉到他的系統裡面，檢驗值完成後，直接做上傳，就完成一個上傳動作，就可以省掉有些檢驗所跟診所之間還有一些紙本交換的問題，還有資料交換格式兩邊 HIS 廠商格式不一致的問題，以上先這樣說明。

主席

基本上這個平台的進度？右鈞，進度大概是怎樣？

醫務管理組 林右鈞專門委員

目前都還是在跟資訊組討論，因為這個平台需要在 IC 卡上傳資料上還要多一些欄位，讓我們能夠去判斷這個資料是給哪一個

檢驗所？所以還在跟資訊組做溝通討論。

主席

好，因為這一項是繼續列管，這一項包括交換平台的部分是列管中，麻煩醫管組要留意，還有嗎？請楊醫師。

楊宜璋代表

楊宜璋第一次發言，剛剛聽到診所與檢驗所之間資料交換系統正在設計，站在診所端非常高興，我們知道檢驗值上傳這是大家都非常期待的事情，但是剛剛講出一個很大的重點，診所申請交付檢驗所後，檢驗所根本不知道診所申報那些項目？因為往往是一個套餐，所以如果有這個系統設計好之後，檢驗所可以同時得到診所開立的處方的明細，也可以很快把檢驗值上傳，所以我們很樂見這樣的系統，謝謝。

主席

謝謝楊醫師，掌握一下進度，第一案討論到這裡，接下來報告事項第二案：西醫基層總額執行概況，我們邀請相國醫師。

報告事項第二案：

案由：西醫基層總額執行概況

主席

陳醫師的報告檔案是不是可以放在螢幕上？

主席

謝謝陳醫師的報告，接下來健保署的補充報告請開始。

主席

好，謝謝，包括陳相國醫師的報告、本署的補充報告，這是第二案的報告事項，請問各位代表對於這個報告事項有沒有問題要提出來的？有沒有？好，暫時沒有。從相國代表的報告看起來第1季、第2季負成長很多，粗黑體字的部分都是負成長，但是報告的都是件數的部分，但是金額的部分就不盡然等同件

數負成長那麼多。

黃啟嘉代表

其實我們應該是這樣子，因為西醫基層是呈現所有科的平均，所以負的不是很多，不過如果你看細項的話，有些科實在負得很多。

主席

有，就是說有一些科確實從第 1 季開始就負成長了，其實去年的第 1 季是疫情開始，所以去年第 1 季的基期就開始低了，今年的第 1 季如果較去年的第 1 季還低，就表示從去年的那些衰退科到今年還在衰退，而且因為今年的疫情是第 2 季才比較明顯，所以今年第 1 季還負成長的時候，就是表示其實是持續蠻長的一段時間，到今年的第 2 季開始又更加的明顯，呼吸道科確實都受到很大的影響，但是在藥費的部分還有撐住，所以整體的醫療費用還撐在那裡沒有大幅的衰退，由案件分類看的出來，慢病的部分其實基層持續在提供。

黃啟嘉代表

有在增加，主要是有很多醫院的慢箋全部到基層。

主席

對，所以慢箋及慢病成長高，這些病人的藥費沒有因為疫情而中斷。

黃啟嘉代表

呼吸道的藥費非常低。

主席

對，連就醫人次都沒有了，但是慢病的部分，因為疫情期間這些病人醫療用藥並沒有中斷，這些不管是用視訊看診、電話問診或者是持續的門診，這個服務都有在繼續，因為這群慢性病的病人也不是很敢去醫院，所以他的用藥不中斷其實對於慢性病的維持是很重要，否則這麼長的時間可能病情因此變化很大，所以這個真的是非常的感謝，從數據其實就看的出來，至

於大家質疑的就是有幾個科其實特別好，像剛剛相國醫師特別去敘述精神科的部分，不過因為精神科看起來成長率高，但占率是低的，一季才 118 萬件。

黃啟嘉代表

我想我們社會也不要精神科占率太高。

主席

是，但是看它的成長率是這裡頭最突出的，但是它的占率是低的，所以對整體點值的影響不大，至於復健科確實到今年的影響就大了。

黃啟嘉代表

它今年是人工降載。

主席

人工降載嘛！

黃啟嘉代表

它今年是人為降載，不是需求下降，是人為降載。

主席

其實需求也下降。

黃啟嘉代表

對，就會不敢去，就是忍耐嘛。

主席

李紹誠理事長曾說明復健科衰退 7 成、8 成，可是在基層看起來沒有這樣，可能是醫院跟基層加起來的結果。

黃啟嘉代表

應該是這樣講，他指的衰退應該是指 6 月份，5 月份爆發，因為第 2 季裡頭還有 4 月份跟 5 月初，4 月到 5 月初是沒有的，5 月中大概過 5 月 20 日左右開始降載嚴重到 6 月，所以可能要看 7 月份，但是就我所知 6 月、7 月最嚴重，8 月稍微好一些，6、7、8 月本來就是復健科的旺季。

主席

了解。

黃啟嘉代表

因為夏天運動傷害多。

主席

我們看出來大家長期在關心的小兒科、耳鼻喉科，家醫科跟內科，但因為藥費有撐著，所以總點數只是稍微減少一點，綜整這樣的結果，再去看本署的報告，浮動點值都是 1.1 元，以前浮動點值都是低於 1 元，現在是 1.1 元而且已經高於藥費的 1 點 1 元了，在我們的投影片第 5 張，預估點值的部分是已經扣掉風險款了，等會兒有提案要討論 6 億的風險款，如果把風險款再放進去，點值還會再微微的提升一點，所以大概是 1.1 多的浮動點值，這個是現在的狀況，跟大家想像件數衰退的百分比跟點值是有一點不成比例，原因是藥費、藥服費這部分占比大，因為醫療用一些替代的方案持續進行並沒有中斷，所以總點數其實是還維持在一個好的狀態，所以第 2 季的預估點值算出來大概是 1.1，不曉得各位代表們還有沒有要補充的？好，請王宏育醫師。

王宏育代表

有一個問題，這個有點題外話，小兒科、耳鼻喉科都說他們過的非常非常不好，他們的收入少很多很多，那我想問有學問的人，這個錢到哪裡去了？因為精神科說他們的占率很少，他們增加的費用也少，每一個都說他們沒有多很多錢，但是小兒科跟耳鼻喉科的醫師數很多，診所數也很多，他們的收入可能少一半甚至只有三成，他們少的錢到底去哪裡了，我實在是想不出來，因為他們都希望說可以補他們一點嘛，這個錢到底去哪裡去？有沒有可能是很多醫院的慢性病來，那些藥費把這個其中一部分吃掉，可是這個也沒那麼多啊，所以署方是否知道？…………。

黃啟嘉代表

因為我們樂於承擔從醫院下來的藥費，但也希望總額內的風險基金也能夠過來，應該是長期以來西醫基層都處於打 9 折的狀態，以前都是 0.9，這是我們經常性的點值，這個點值已經 10 年了，這 2、3 年由於我們英明的領導還有給一些合理的費用，所以才有 0.9 多，但是以前都 0.8 幾，也因為這次疫情，點值都超過 1 了，把以前打折的部分補一點點回來，但是補一點點沒有用，我們是整個總量下來。

王宏育代表

那我再講一下好了，有一些醫師真的很老實，他們還會問現在超過一元的部分會不會被扣回去？他們覺得天花板就是 1 元。

主席

不會。

王宏育代表

不會嘛！所以說我們以前過得太苦了，現在稍微好一點大家還不太習慣，我是指點值的部分，但就總收入來說還是不行。

主席

點值看起來是舒服一點，但是總金額對有一些衰退科來說，最後拿到的錢還是少的。

黃啟嘉代表

其實我們很樂於把點值超過 1 的部分還回去，再把過去幾年來的點值不到 1 的補回來就可以了，我們都很樂於點值維持 1 點 1 元，超過的部分都還回去沒問題，另外就是現在看一個病人跟以前看一個病人的成本差很多，現在我的診所病人數剩一半，但是人事費用竟然多了 6 萬元一個月，因為要多聘一個人協助量體溫、掃 QR-code，如果又加班，就等於至少多一個半，為了防疫的關係要再多一個半的人力，以前這是不需要的，現在又要噴酒精又要掃 QR-code，還要監督有沒有送出去，有些人給你看，但沒有傳簡訊出去。

主席

好，請陳醫師。

陳相國代表

主席，我記得有一費用是「轉診型態調整費用」，區分為兩個部分，一個部分是說如果有確實下轉產生醫療費用，另外一個部分署方統計說用腳走去看診的醫療費用，這個費用我們希望署方能夠統計的更精準一點，我記得那筆費用大概是 20 億左右是不是？

主席

10 億。

陳相國代表

10 億，如果超過的話有沒有辦法可以補齊這方面的預算？因為這個等於是總額之間的挪移，署方也承諾說要補給我們這方面的費用，以上。

主席

其實疫情期間有一些病人從醫院轉至基層，醫院的病人最多的部分是處方箋釋出給藥局，故在這段期間藥局申報點數是大幅成長，也就是在藥局領藥的病人非常的多。

黃啟嘉代表

藥局的費用是算西醫基層。

主席

對，是申報部分，我是指最後的收入，是藥局的成長最多，以前在醫院領的，現在是到藥局領，這個是明顯很多，至於剛剛陳醫師說會不會有醫院的病人直接跑到診所，這個部分是算在剛剛講的有一項 10 億的費用的緩衝款，這部分本署統計結果如何？可不可以跟大家說明一下？在第幾頁？

醫務管理組 劉林義專門委員

在報 3-31 頁，在報告事項第 3 案結算報告的報表裡面。

主席

好，大家看一下，報表找到了嗎？

醫務管理組 劉林義專門委員

在報 3-31 頁的第 11 項，這在其他部門有編一個 10 億，為了因應醫院下轉病人到基層，對基層造成財務衝擊，當然這個財務衝擊分成兩個部分，一個是有醫令成功轉下轉的，第二個是之前會議決議自行去就醫的部分，分這兩塊，這個報表就是依照這兩個定義算下來各分區的金額，在第 1 季大概就有 3.03 億會納入基層，問題是這項預算是 10 億，必須優先補各部門轉診不足的費用，不過因為各部門的轉診不足的費用其實是足夠的，所以這 10 億就完全用來補基層，請大家再翻到第 12 項，就是預算的部分，等於每季至少有 2.5 億會到基層，放到你們的預算裡面，從這個報表就可以知道。

主席

這個 2.5 億在預估點值的時候已經算進去了嗎？

醫務管理組 劉林義專門委員

對。

主席

所以這個也算進去了，現在沒有算進去的就是等一下要討論的風險款，假定到時候風險款再回一般總額分配會再讓點值再有一些調整，請問大家還有沒有不同的意見？如果沒有我們就進入下一案。

報告事項第三案：

案由：西醫基層總額 110 年第 1 季結算點值報告。

主席

好，這是今年第 1 季的點值結算，第 1 季平均點值是 1.0 左右，第 2 季的預估是 1.1，又多了 10% 左右，第 1 季其實也比去年的



第 1 季件數還要少一些，去年第 1 季其實是疫情剛起來。

黃啟嘉代表

二月份，二月下半開始。1 月份是沒有影響的。

主席

對，所以第 1 季是有影響到的，在過完年之後開始，大家有沒有意見？今年第 1 季的點值結算，如果沒有問題點值就確認了，要趕快做點值結算，提早尾款發出去，接下來下一案。

報告事項第四案：

案由：109 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告。

主席

這個是品保款的核發情形，大概 75% 的院所有領取，不管是領取百分之百還是不到領取百分之百，大家有沒有意見？如果沒有，我們快速通過，品保款就可以發下去了。因為大家現在關心的是可不可以有一些現金流，今天一通過這現金流就發下去，這項是 109 年的預算，有 3 億 8 千萬，全年的品保款會在最近的現金流，75% 的院所都可以領到。接下來第五案。

報告事項第五案：

案由：110 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式，比照 109 年辦理案。

主席

這項剛剛林義專委有跟大家說明，就是轉診型態全年是 10 億，每一季是 2.5 億，在算點值的時候都已經算進去了，所以你可以看到點值是有影響的。請楊醫師。

楊宜璋代表

第 2 次發言，謝謝。關於下轉的部分，我們在 110 年第 1 季花了 3 億多，但是我們的上限是 2.5 億，預見的第 2 季，因為疫

情的關係，下轉的慢性病病人將會更多，可能在第 1 季的時候就不夠 5 千萬，萬一第 2 季又更多，有沒有辦法再增加新的財源來挹注這相關費用，謝謝。

主席

這好像沒有其他的項目。

醫務管理組 劉林義專門委員

在總額協商時跟委員爭取到 10 億。不過這項因為基本上是配合分級醫療的政策，隨著政策日漸穩定，這項費用也是要有逐步退場的機制，目前為止還是 10 億，10 億就分四季，假如有剩餘的就挪到下一季，可是每季最高上限就是 2.5 億，以上說明。

主席

現在轉診的支付就是上轉有費用、下轉有費用、平轉沒有。上轉、下轉的費用因為一季就是分配到 2.5 億，現在看起來上轉都有 21 幾萬件左右，但下轉件數 2、3 萬件，所以現在預算都用在轉上，花掉的 2.5 億，在疫情或非疫情期間，應該視病情需要上轉，這是義務，所以都會維持在一定的必要的數字，可能受影響的是下轉，但是下轉也都還有 2 萬件，我們是希望下轉的比例高，所以我們上轉給的誘因是低於下轉，也就是下轉的誘因比較多，上轉的誘因比較少，但是 90% 件數幾乎都是上轉的量。

黃啟嘉代表

其實要解決上下轉不平衡的問題，根本之道是要建議醫院要修正 PF 的計算方式，因為我們支付標準會影響到西醫基層的醫療行為，但是不會影響到醫院的醫療行為，因為醫院的醫療行為是受 PF 在引導，所以醫院 PF 不改，支付標準怎麼變對他們的轉診型態不會有影響，但對基層是有影響。

主席

其實 PPF 是我們最困難的事情，因為每個醫院都有各自之薪資制度，所以很難用任何方式介入。

黃啟嘉代表

可以建議幾套模型，讓他們能夠參考那個模型配合政策是最有利的，就是說如果我們有一個政策出爐，希望能夠執行，讓政策實踐的話，就可以提供 PF 的建議，讓醫院管理階層思考，也許朝這方向走，就會對於整個支付標準及配合政策是最好的，也許醫院就會做。

主席

因為 PPF 牽涉到每個醫院不同，這次疫情期間很多醫院的受雇醫師因為沒有 PPF，所以收入受到很大很大的影響，當然醫院有沒有辦法以後再做補償，我們也不知道，所以其實每一個事件進來，受影響的人也不盡相同。就診所而言，是實質的金額有所改變。因為這項是轉診型態，這個費用基本是算進去點值裡面了，所以配合點值進行結算，大家有沒有意見？請王醫師。

王宏育代表

我補充一下，就剛剛劉專門委員說這個可能要慢慢退場的部分，我覺得臺灣的分級醫療做得還不夠，臺灣醫院的門診數可能是在世界上比例算最高的，所以我覺得不但不應該退場，還要再加強力道，因為我們知道理論上一個慢性病在醫院花的錢比在診所還要昂貴。「分級醫療」就是醫院要做重症、做住院，甚至做新冠肺炎的重症治療，而不是看門診為主，謝謝。

主席

但是這次疫情會不會影響到病人未來的行為，仍待觀察，但是醫院還是必須要生存下去，病人在疫情下也會自行尋找認為比較合適的就醫點，所以基層在這個時候應該要盡量讓醫病的互信更好，這樣才可以長期留住病人。而且這次的病人如果有部分是醫院的病人流到基層，他在這一段時間在基層就醫的經驗就很重要，對他未來就醫地點的選擇會有影響，所以請大家加油留住病人。請黃啟嘉醫師。

黃啟嘉代表

其實這次疫情顯示我們社區醫療跟家庭醫師的重要性，也要感謝署方跟西醫基層這幾年的一起合作把 VPN 變成一個基礎建設，將很多資訊透明化，加強西醫基層承擔醫院病人下轉的能力。事實上我覺得在疫情期間有發揮作用，因為醫院就是群聚的地方，這些人不敢去，而西醫基層的型態就是分艙分流，所以這一次西醫基層能夠承擔慢性病，就是過去這幾年來大家努力的結果，是署方還有西醫基層努力的結果。

主席

全世界的基層醫療都很重要，因為牽涉到病人的可近性，因基層最普及，基層是占地點上最大的優勢，過去的問題也都是醫病信心的問題，這次看能不能讓部分的病人改變就醫地點的選擇，而能夠留在基層，這也是契機，所以我們的基層的醫師應該在這個時候留住病人，把醫病信心建立起來，也是一個很關鍵的時刻，所以大家一起加油。請王醫師。

王宏育代表

副署長講的話很有道理，就是要看我們西醫基層的表現，我舉一個例子，我每天打 20 個新冠肺炎疫苗的病人，再加上殘劑，共 24 個。昨天有一個病人(血壓 200/130)來打疫苗，我不敢打，我問他為什麼不吃血壓藥，他說他不敢去醫院，我看他的藥就是很平常的降血壓藥(EXFORGE)，我說你可以來我這邊開，他說你這邊有這麼好的藥嗎？我說都有啊!理論上在很久以前，診所開的糖尿病、高血壓的藥跟大醫院是不能比，而現在審查規範診所幾乎都可以開跟醫院一樣好的藥，但是有一些醫師比較不清楚，就沒有用那麼好的藥。我要講的是，有一些病人就是覺得醫院可以開比較貴、比較好的藥，現在也已經慢慢在改變了。所以副座這個話我會帶回去我們高雄縣醫師公會，在「提升診所競爭力的演講」持續跟診所宣導可以開跟醫院一模一樣好的藥，謝謝。

主席

對，這個就是基層端要去設想怎麼去留住病人，在疫情期間醫院很多例行性的檢查也都 delay，慢性病大概一季都要再做一次檢查，疫情期間連這個都省掉，所以在醫院的費用裡面可以看到檢驗(查)那項成長率是負值。

黃啟嘉代表

基層的檢驗(查)是增加的，而且增加很多，因為很多都不敢去醫院檢查，就去西醫基層。另外很多人是因為慢性病的關係，擔心導致打疫苗的風險增加，所以在打疫苗過程中，他們會擔心有些問題，所以要求要檢查一下，像國民健康署推行的 IC21(成人預防保健「健康加值」方案之就醫序號)，這是國健署的預算，不是健保的費用，之前執行率比較差，最近執行率有變好，這也是一個改變。

主席

好，謝謝，請楊醫師。

楊宜璋代表

我再補充剛剛我的說明，這個 10 億的基層總額轉診型態調整費用，是在非疫情的時候，因為要推動分級醫療政策設立的費用，但是因為疫情的關係，剛剛也都說明了，不管病人拿慢簽下轉到診所，或診所擴大對慢性病人的照顧，除此之外，其實基層診所是防疫的守門員，我們常常在第一線的時候，會把疑似的病人轉到醫院，去做進一步的抗原快篩或 PCR 採檢，這個過程產生上轉的費用，所以可預期在疫情期間，第 2 季甚至第 3 季這個費用可能會越來越高，不光是慢性病而已。而現在剛好是 111 年總額協商的時候，是不是可以能夠增加這項經費，以因應這段期間疫情的需要，也上，謝謝。

主席

因為總額協商轉眼就到了，西醫基層的協商代表(黃啟嘉代表)都在這裡，楊醫師的意見就給您參考。

黃啟嘉代表

其實他講的預算是在其他部門，所以要請署方高抬貴手。

主席

大家一起努力。

黃啟嘉代表

付費者代表，錢是要用在你們身上的，也請你們高抬貴手。

主席

好，謝謝。其實上轉、下轉的費用也是要滾動式的檢討，也不是一成不變，所以我們也會在適當的時機提出上轉、下轉，甚至是平轉等檢討，讓支付更公平、誘因給的更好，讓大家可以得到更合理的費用是我們努力的目標，這案就討論到這裡。接下來討論事項第一案。

討論事項第一案

案由：110年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案

王宏育代表

在討1-9頁最左邊的修訂條文內將「每點1.1元」刪掉了。

醫務管理組 洪于淇科長

因為在討1-8頁的(四)就寫「以每點1.1元為上限」，所以就說下面就不用再說一次，可以嗎？接下來討1-10頁，修訂條文的(五)，因為東區點值要保障1點1元，如果東區保障要1點1元就沒有辦法說點值排序不變，所以建議東區保障1點1元後，再重新排序。

黃啟嘉代表

其實是東區保障1點1元，不管是去年還是今年都碰不到，簡單來講，東區應該這2年只有把錢拿出來，沒有拿回去的份。所以說這2年，那句話「保障東區至每點1元」大可不用寫。

醫務管理組 洪于淇科長

這部分我們有做一些調整。另外就是討1-11頁的(三)，因為點

值落後區是第 4、5、6 名，而撥補比例占 15%、25%跟 60%來分配，我們怕有爭議，所以建議有多一句「如果點值落後地區只有 1 個或 2 個分區，仍維持上開的撥補比例」。

黃啟嘉代表

解釋給您聽，其實我們有一個共識，在撥補的第一個前提是被撥補的區點值是低於 1，最多就撥補到 1。其實這個邏輯跟我們後來做的修正，「1.1 元以上不移撥」正好也不太違背，因為今年到第 2 季的時候，已經沒有區可以撥補，所有的區都在 1 以上，如再移撥 1.1 元以上的費用，要給那一區？

醫務管理組 洪于淇科長

因為第 1 季就有遇到這個問題。

黃啟嘉代表

所以按照我們原來的決議精神，就是第 1 季的時候因為有人不到 1，所以我們就是要照原來的方式去撥補他，剩下的金額就留下。就看看第 2~4 季是不是還有不到 1 的，有的話就再撥補給他，反之如果沒有的話也不用補，這樣也比較省事。

醫務管理組 洪于淇科長

接下來比較有問題的是討 1-11 頁(六)的部分，因為第 4 季計算後仍有剩餘款的話，要回歸各分區。

黃啟嘉代表

就按照占率歸回去就好。

醫務管理組 洪于淇科長

因為你們有卡一個條件，就是「名次不變」。

黃啟嘉代表

可是歸回去應該不會影響名次，照比例歸回，怎會影響名次？

醫務管理組 洪于淇科長

問題是台北當初第 1 季是有拿到錢。

黃啟嘉代表

不會啦，一季一季算應該還好。

醫務管理組 洪于淇科長

我意思是說還是要維持排序不變？如果有剩餘款就移到第 2 年？

黃啟嘉代表

不是，風險基金歸回去怎會影響到排序？

醫務管理組 洪于淇科長

你看右邊說明 3 的舉例，例如原排序第 5、6 名之分區，依預算占率攤分後排序皆為第 5 名，如原排序第 6 名之分區預算占率較第 5 名高的情況下，則攤分後之金額將有剩餘款。

黃啟嘉代表

如果大家都沒有撥補到，歸回去的時候就不要管排序好了。就把「排序不變」文字刪掉就好，像我覺得東區 1 點 1 元也可以刪掉，這我可以承擔，因為不會用到。

醫務管理組 洪于淇科長

撥補回去後「排序不變」文字就劃掉。

顏鴻順代表

沒有用到的就等於是還回去。

黃啟嘉代表

還回去不會影響排序，但你如果擔心就把這些多餘的話全部刪掉沒有關係。

陳相國代表

我覺得東區 1 點 1 元的文字還是留著，這是一種尊重。

醫務管理組 洪于淇科長

所以就按照我們修改的方式。

主席

還是留著，現在是非常時期，但是那個是長期要用，所以就留著。現在是在修正地區預算分配，請各位代表看討 1-18 頁，有



提到當時健保會通過的內容，現在修正的是細節的分配方式做一些文字上的修正，但是修正後還要送請健保會備查，這個程序還是要的。

黃啟嘉代表

疫情改變風險基金的本來的用意，本來是要補正常狀態下點值比較低的，結果反而因為疫情受傷越嚴重的地方點值越高，所以最需要補的地方反而沒辦法補。

主席

所以討 1-18 頁就寫的很清楚，當時移撥 6 億做為風險調整移撥款，用於保障東區浮動點值至每點 1 元，及撥補點值落後的地區。而現在東區點值已經超過 1 點 1 元，而撥補點值落後地區的部分，確實有排序在後面的分區，但是都超過 1 點 1 元，特別台北重災區點值特別好，所以本來是最後一名，現在排蠻前面。

黃啟嘉代表

應該被救的地方，反而點值最高。

主席

本來可能是第 6 名、第 5 名的，現在好像都變成第 1 名，第 1 季跟第 2 季是不是都變第 1 名？

醫務管理組 洪于淇科長

請大家看點值報表(報 3-36 頁)，第 1 季台北區點值排序第 6 名，而且點值低於 1，請大家再看到報 3-37 頁，因為中間有移撥，是第 1 季提撥款，請看註 5，在移撥後，台北區點值由 0.94599096 變成 0.96051155。

主席

第 1 季風險款移撥後，台北區點值從 0.94 變 0.96，第 2 季台北區點值變第 1 名？

醫務管理組 洪于淇科長

對，在報 2-4 頁。

主席

所以說這個方案在今年還是有受用，特別台北區至少第 1 季就用到了，從 0.94 提升到 0.96，台北區應該有感受到。可是第 2 季的預估浮動點值就豬羊變色，台北區變第 1 名。

黃啟嘉代表

其實台北區也不用感謝大家，因為 RS 計算值本身算法就是見仁見智。

主席

是有點偏頗，但也是彌補了，總之我們在討論的這個方案也還是有存在的必要。請許代表。

許驥洪代表

大家好，我是付費者代表，我不是專家，我以付費者代表的立場來看這些數字，因為任何數據的報告都有其背景跟內容，這個點值的分配我沒有甚麼好反對，都是回歸健保會的協商，但很多東西都要有其點、線、面的分析基礎，就像從整個報表來看，病人數負成長 2.6%，件數負成長 5%，醫療費用結果是成長 0.8%，當然是有藥事服務費還有慢箋的增加，最重要的是有加成率的增加，而這是非協商因素，很多東西是健保會沒有辦法做決定的，其實我要說的是這是要有政治責任的，有時候是要考慮到整個這些主政者，會不會落到消費者或是被保險者的伙食。因為像報告事項第三案，這個 COVID-19 健保點值是 1，其實按照何語委員所述的，他一直堅持這個本來就要用公務費用，包括第四案及最後一案也是，應該要用公務費用支出，結果卻是用健保費用支出，因為我們付費者代表也有付費者代表的立場，還是要講到我們的立場。最後因為我們還是有一個健保會的共同協商，我們還是要回歸到我們共同協商的最後擬訂，這個是我代表健保會發言，謝謝。

黃啟嘉代表

中區許委員的發言很專業，我記得他是第二任健保會委員，因為上一屆我跟您共事過。其實許委員剛剛講的，我要解釋一下，您剛剛講的第四案，暫付款 1 點 1 元，跟何語委員講得 COVID-19 是兩件事，他講的是指跟 COVID-19 有關的東西都不要用到健保，只要跟疫情有關的，就用公務預算不要用健保，這是何語委員的主張。而 COVID-19 期間暫付款 1 點 1 元，是因為以前的暫付金額大概只有 0.8 左右，因為那時候點值只有 0.9。您剛剛有講到，很多事情在這次疫情感覺上好像醫界占了便宜，好像病人少了，怎麼錢還多了，其實是這樣子，健保本來是穩定性，其實在過去來講，當民眾需求增加很多的時候，醫界的預算增加是不足的，因為我們過去的點值是 0.9，暫付是 0.8，當時醫界會抗爭、會跟你們一直吵，但事實上是不會給，因為這是國家一個永續財務衡定的考量，那今天健保財務事實上是一個非常穩定且不易去調整的模型，如果因為疫情造成短期的醫療需求下降，我們就去改變他的模型，將來疫情過後，模型就調不回來，而且過去這 20 年來的模型對醫界來講，我常常講健保欠我們，這是因為模型的關係，這 20 年來的帳務不好算，所以這 1、2 年可能付費者代表會稍微吃虧一點，但長遠來看，是不會吃虧，因為疫情是不會永遠在，這是第一個。第二個就是這次點值超過 1 點 1 元，所以希望以 1 點 1 元來做為暫付，這跟付費者口袋錢無關，現在點值 1 點多，以我來講，我診所一年可申報 80 萬點，現在只剩下 40 萬點，本來點值 0.9 時，還有 72 萬，現在已 1 點 1 元，也只有 44 萬，72 萬變成 44 萬就會產生周轉的問題，所以希望以 1 點 1 元暫付高一點，讓診所能夠經營下去，因為診所經營下去，民眾也有比較多的診所可以用，對民眾來講是好的，這跟 COVID-19 疫情無關，只是暫付款是不是要用 1 點 1 元來算而已。

主席

謝謝啟嘉代表的回應，事實上許代表很用心看到這些事情，但是今天看到的不管是件數或是點數，基本上都跟 COVID-19 沒有

關係，因為都是算 COVID-19 以外的醫療費用。COVID-19 的個案都被診所轉診到醫院，而醫院檢驗 PCR 的費用是公務預算，經確診之後收在專責病房也是公務預算，所以 COVID-19 病人的費用全部都不會用到總額的費用，總額純粹是 COVID-19 以外本來例行的醫療費用，現在需求確實是有減少，這是因為民眾就醫行為修正，所以造成短期的效果，但是是屬於必要的醫療服務，在疫情過後還是會慢慢回復，當他慢慢回來的速度或者是他回來的量也會反映在未來的點值上，所以現在感覺是 1 點 1 元，說不定是這一段時間的需求往後挪，挪到以後反而需求很多的時候，點值就不到 1 點 1 元，但是總額是不變的，所以看起來有時候是吸收，有時候是多一點，總之用總額來包辦基層的醫療，這是制度本身的一個設計。許代表。

許駢洪代表

我第 2 次發言，因為我們昨天在一個雜誌報導說 5 月~7 月份有 208 家的診所歇業，如果暫付以後，要怎麼去拿回來？

黃啟嘉代表

診所歇業以後就沒有申請點數，也就沒有暫付了，暫付是他歇業前有申報的費用，因為健保的給付是 delay 的，就是我們先使用醫療以後，隔兩個月以後才會付錢，一般從你開始產生醫療行為平均在當月結束後隔 20 天，所以是延後給付的，這點不用擔心。

主席

歇業之後就沒有醫療費用，也就跟總額無關，但歇業診所的病人會跑到其他診所去看病，所以其他診所還是要申報費用，所以總費用不變的情況之下，由不同的診所來申報。另外本來會擔心這一段疫情期間新開業會變少，因為新開業現在聽起來壓力蠻大的，因為現金流不夠，可是看起來新開業減少的幅度也沒有很多。

黃啟嘉代表

因為被裁員，被診所裁員，他沒地方去，所以就出來開看看。

主席

被醫院裁員？被大型診所裁員？所以出來開業，可是這個時候開業會比較辛苦。

黃啟嘉代表

被迫開業。

主席

這個我第一次知道，其實診所大概醫師有超過 1 萬 5 千人，診所家數大約是 1 萬初，所以大約有 4-5 千個醫師是共同執業的，也就是說有超過兩個以上的醫師，這比例是蠻高的，而如果是大型診所營運不下去，有一些醫師只好自己出來開業，在這個艱困的時期開業可能會更辛苦，所以真的辛苦大家了。好，這個案子就通過，記得這個修正案要報健保會備查，接下來討論事項第二案。

討論事項第二案

案由：有關「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之利用率指標修訂案，提請討論。

主席

這個提案的基本精神是品質確保方案，當然有一些指標，這些數據的表現基本上跟品保款是沒有關係，但是這個品質確保方案的數據經常在總額評核會議的時候是評核委員關心的，因為這是西醫基層總額的品質確保方案，所以他的表現對評核的成績會有影響度，影響程度未知，但是評核會議時會參考這些文件，所以全聯會希望這個品保方案所列的 4 項利用率指標，能夠更合理地反映西醫基層總額的品質，不應該廣泛的將不是西醫基層總額品質的數據在這指標呈現，如此是不是會讓西醫基層總額感覺表現不好？因為這 4 個指標基本上都是負向指標，數據越低越好，但是原來的指標的條件比較寬鬆，現在基層是希望能夠限定這個病人確實有到基層，而且是事件發生的前三天有到基層來看病才算在基層，觀點是這樣，當然這是可以討

論，但是如果要是改定義，我們就認為參考值也要改，不能改了定義之後，參考值維持原來好。

黃啟嘉代表

我有點疑問，就是參考值，當初是基於什麼樣的理論去設計出來的？

主席

這個可以討論。

黃啟嘉代表

我覺得參考值跟著修訂的定義去變動，我沒有意見，但是如何讓參考值是一個合理，這裏頭有幾項，像我們西醫基層在照顧氣喘專案，如果一般我們的患者本身有按照規定、按照我們的醫生的指示去控制的話，以我個人來講，氣喘住院比率就非常低，幾乎都不會去住院，只要他有按時用藥。

主席

所以這個指標其實是很低的。

黃啟嘉代表

所以參考值若訂的太低，其實品質都已經很好了，你看，原參考值(0.29%)就已經很低了，是千分之2。

主席

當然是低，但是好還要更好，我同意要合理。所以我們今天要討論兩個部分，第一個部分是同不同意這樣子的修正，就是這4個指標，包括氣喘的兒童住院率、住院率、平均每人的住院天數跟急診的就醫率，通通加上這個事情發生的前三天有到基層去看病，這個是你們修正的前提，這個部分看起來我們覺得也合理，至於說你前三天是依據什麼？

黃啟嘉代表

主要就是說一般西醫基層看診，針對比較不穩定的病人間隔大概就是三天，換言之就是有來給我看了以後的三天內，可以算我的帳，超過三天或是他過去其實偶爾一次到基層看診，把他算到西醫基層的帳就比較怪了，當然如果說覺得三天太鬆的

話，也可以討論說是不是要到七天，但是你要算他是我們基層的病人必須是真的住院是因為診所沒看好才去住院，所以三天已經算是有一個空間，這三天內他只要到基層看就算，你沒看好讓他去住院，他如果有讓我看好了就不會去住院。

主席

不過這個問題出在也許前三天是一個道理，但是基本上這些住院率、急診，急診以外的住院率或者是氣喘的住院率等等，不會因為三天而改變，而是長期照顧之結果，既然三日是全聯會提的，這個部分本署就尊重，但是參考值就跟著改，參考值也要用同一個定義去計算，而不是用原來的定義的參考值來對應新的指標。所以我們這邊有提議三個參考值的建議，一個是用最近三年全區的平均值作為上限；另外一個是平均值的九成；再來是平均值的八成，當然平均值一定是最寬了，再打九折就比較嚴，再打八折就更嚴，大家可以稍微討論一下。但是因為這個品保方案都有設一個觀察的參考值，同仁這邊很細心的去幫大家算了一下，假定用這些參考值的話，會有多少的分區達不到，也就是如果用平均值的話，大概有兩個分區達不到，如果用九成、八成就會更多了，當然參考值愈嚴就會有更多分區達不到，指標更具挑戰性，聽聽大家的意見。線上有黃振國醫師要表示意見，你的麥克風可不可以音量放大聲一點？

王宏育代表

他(黃振國醫師)line 跟我說:三日不能包括例假日。

主席

黃醫師是要表達這個意見，可是你們有些診所禮拜六有看診。

王宏育代表

禮拜天都沒有看診。

主席

禮拜天沒有看診，可是你們的建議並沒有這一項。

黃啟嘉代表

振國的三日內不含例假日，其實是對你們更公道，對這個評核更公道，應該是對我們醫師也更嚴格，他三日不含例假日的話，其實會拉更多天，他這意思我們沒看的不要計算，沒關係。

主席

所以黃醫師是希望更嚴？他有沒有想清楚？他想要講的這個建議是更嚴，可是跟黃醫師原來的立場不太一樣。黃醫師你聲音都聽不見。

黃啟嘉代表

其實你誤解他，他做事很公道。

主席

我們再 double check 他是不是這個意思？黃醫師來請你發言，大聲一點好嗎？還是你用手機放音。

黃啟嘉代表

是不是可以讓盧理事長，他在線上。

主席

可是盧醫師沒有舉手，盧醫師，你有要舉手發言嗎？請盧醫師。醫師你的麥克風有開嗎？有聽見你的聲音，可是很小聲，可以請開大聲一點嗎？我們這邊聽不到你的聲音。

盧榮福代表

因為我是品質資訊組組長，這個議題是經過品質資訊組詳細的討論，才決定要有一個前三天的條件，比如說一個病人的氣喘，經過診所的處理，有時候就不會發作，也不會去住院，所以認為前三天的處理是非常有意義的，才會訂前三天，我們認為是非常合理的，所以才會把前三天加進去，我們沒有預設，也不清楚把前三天加進去之後，最後數據會是什麼樣子，你如果說用平均值的話，平均值一定有兩區是不及格，以前用平均值就一定會有不及格，甚至 95 分以上都會不及格，以前曾經有過平均值是 99 分，結果我平均是 95 分還是不及格，所以用這個平均值很沒有意思，以上，謝謝。

主席



謝謝盧醫師。

黃啟嘉代表

其實盧醫師已經把我們全聯會的立場講出來，用平均值本身他就已經陷入一個陷阱，就是一定有人達不到。最合理的參考值是用國際標準，如果以國際標準來看，但問題是制度不同，我們怎麼樣去定一個目標？這個目標怎麼訂比較合理，其實我們知道氣喘嚴重度就是一個常態分布，這個常態分布以後我如何降低它的就診率，實際上只要每年都有進步，我覺得應該已經算是一個可以的，今年比去年進步，這樣子我覺得應該可以，因為你沒有一個絕對的標準，而且你訂的太嚴格或是一個達不到的參考值就沒有意思了。

主席

品保方案是醫審及藥材組？

醫審及藥材組 曾玫富專門委員

這是利用率指標。

主席

基本上這個項目我完全同意盧醫師跟黃啟嘉醫師的說法，但是品保方案當然是一個監督的概念，就是希望大家負向指標可以越來越好，有一點點努力，並不是說擺著不去處理，基本上其它指標大概都是用平均值，有一個彈性空間，並不是一個值，比如說正負多少，像這個負向指標理論上就是可以有一個range，就是說現在看起來有些是以正負 15%作為一個監控的區間，看大家覺得要怎麼樣訂會比較好。

張孟源代表

主席，我可以發言嗎？

主席

張醫師，你的聲音也好小聲，一定是我們這邊的問題，因為每個人都很小聲。

鄭英傑代表

報告主席我是屏東鄭醫師，我們外面大家都聽得很清楚，就只有你們那邊聽不清楚。

主席

對，是我們的問題，不是你們的問題。現在問題解決了，請張醫師。

張孟源代表

各位代表大家好，若要統計成績還要考慮到件數的問題，因為出生兒童很少，六歲以下的小朋友本來就很少，一個月看沒幾個，六歲以下氣喘的更少，假如說一年只看一個，又剛好住院，不就是100%就完全不及格，所以說至少要設一個閾值，例如10件或15件以上，在統計上才有意義，以上。

主席

張醫師考慮的是分母，可是我們這個品保方案是全國的，沒有以個別診所分析，所以總數量不會太少，並不是如你說的個別診所六歲以下的分母很小，因為這個不是品保款，所以不會計算到診所別。

黃啟嘉代表

其實今天討論這個議題主要是評核會的時候要呈現的評核報告，因為西醫基層在很多項的努力，品質應該是可以稱道，但因為指標的不合理，造成感覺起來好像做的很差，但是事實上不是這樣子。

主席

謝謝張醫師，張醫師關心的，其實不會發生，因為不會有診所別，接下來還有要發言的嗎？好，沒有人要發言，我們就來做一個決定，基本上就同意以「前三日去診所看診」的標準。剛剛黃振國醫師說例假日不算，黃醫師你知道不算的結果就是更嚴格，有理解嗎？

黃振國代表

副座，剛剛說到例假日不算是指上一個檢驗(查)上傳要三日內的議題。

主席

那個已經討論完了，現在沒有要討論檢驗(查)上傳，是討論品保方案，黃醫師還是忠實的呈現他一貫的立場，已經很精明的，所以這一項並沒有要改變，還是前三日是含例假日，對吧？

黃振國代表

我另外建議，針對第二、第三、第四項有沒有考慮用同診斷來跑資料看看？用同診斷才有意義，因為不同疾病的住院跟急診與西醫基層是無關的。

主席

只有氣喘會看氣喘。

黃振國代表

第一個氣喘是 ok，但是第二、第三及第四項，好比說前幾天去看皮膚科，但後來因為肚子痛去住院，這是兩碼事。所以建議第二、第三、第四項用同診斷來跑資料看看，我相信這更能反映出西醫基層的照顧品質。

黃啟嘉代表

其實他的意思是說，如果是變動性大的疾病，不是穩定的，一般三天就會回診，這就是訂前三天的理由，但是如果病人三天前是去看皮膚科，但住院是因為腸胃炎，這個帳算在皮膚科是有點怪，或者看的是耳鼻喉科後，但住院是心臟的問題，這個帳算在耳鼻喉科身上也是很怪，振國的意思是這樣。就是說住院應該要同診斷的住院，是因為基層沒看好，導致去住院或急診，這就完全沒有問題。

主席

可是這會有一個誤差，就是以你剛舉例的皮膚科跟內科，也許聽起來還是蠻合理，但是如果說同診斷這件事情就沒那麼簡單了，因為在診所給的診斷跟到醫院的診斷會不一樣，所以這個也不科學，剛剛黃醫師講說同診斷就跑跑看，基本上會與實際上不太一樣，因為在診所看的時候可能認為是 A 的問題，但

一旦到醫院的那一次的急診或那一次的住院，他的出院的診斷或者是急診診斷可能是不一樣的，所以用同診斷又失焦了。

黃啟嘉代表

所以既然是這樣子，那就以三天內到基層診所看病作為一個前提，這個標準對西醫基層來講並不是很占便宜，我們已經把所有的疾病都攬在身上，更何況病人來時也不知道是什麼疾病。

主席

所以你們要不要再考慮？

黃啟嘉代表

問題是原來的定義更糟糕，是不限多少天都算在基層身上。

主席

所以還是先進一步稍微修正一下，以後如果有更好的建議再來修，所以這一次是要修還是不修？

黃啟嘉代表

我覺得三日內這個計算公式還是要修，而參考值的話至少是「平均值」，不能再打折了，如果用平均值又在打折，根本達不到，因為我們太多變動性。

主席

我們就用平均值，然後乘上正負 15%，在一個 range 內。

黃啟嘉代表

好，正負 15%。

主席

這樣子就有彈性了，而不是一個點(值)。

黃啟嘉代表

因為基層已經承擔不是我們的診斷去住院的風險。

主席

但是因為參考值(0.02%)看起來都是很低的，所以其實分子是很低的，但是還是有一個 range，如果要彰顯西醫基層在我們的第一道防線可以做得更好，當然就可以參考。

陳相國代表

主席，意思就是說如果在正負 15%內就符合標準？

主席

對，可以嗎？有一個彈性。是不是這一項就確定了？有沒有其他的意見？如果沒有意見的話，黃振國醫師所提的同診斷的部分，就暫不考慮。接下來討論事項第三案。

#### 討論事項第三案

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。

主席

這一項是我們醫審及藥材組提出的，主要是門診注射劑的使用率，把一些攜回注射的都當成排除條件，基本上國際上注射劑的使用率追蹤，其實就是指「一般的」，當然隨著科技的進步，有很多攜回注射也是必要的，所以把這些「必要的」拿掉，才能彰顯「一般的」注射劑使用的現況，這一點大家有沒有意見？沒有意見，線上有藍醫師要表達意見，請藍醫師，你在嗎？剛剛有聽到你的聲音，斷訊了，藍醫師，如果你待會上線有要再表示意見，再補充說明。這個案子先通過，接下來第四案。

#### 討論事項第四案

案由：建議研議 COVID-19 疫情期間，健保醫療費用核付之暫付金額，調整以「每點一元」給付案。

主席

我們去年也有一個暫付款的方案，到目前還有欠多少？

醫務管理組 林右鈞專門委員

3.7 億。

黃啟嘉代表

應該這樣講，去年主要欠的不是西醫基層的診所，診所的比例不高，其實大家都知道那一塊比較大，以基層院所來講，藥局比例最大，但基層診所的比例並沒有那麼大。

主席

剛講的 3.7 億指的是所有西醫基層診所，藥局歸藥局，診所現在還有分期付款的嗎？

醫務管理組 呂姿曄科長

我們統計到上個禮拜五，整個欠費的西醫基層診所，有 1,134 家，總欠費金額是 3.7 億元，有申辦分期付款還在繳納的，有 245 家，金額是 1.56 億元，以上。

黃啟嘉代表

不過我也先聲明一下，這些診所在繳納分期付款的時候，其實是有付利息的。

主席

沒有，利息是公務預算。

黃啟嘉代表

利息是公務預算付，所以對於健保署、健保基金來講，還是有利息收入，只是是從公務預算出的。

主席

對，但是就是說現在分期付款的或者是說現在欠費的，都可能會再次欠費，因為很大部分是重疊的診所，請王醫師。

王宏育代表

我想跟大家提醒一下，這是兩件事，剛才所提到欠費是去年診所收入未達 8 成，每個月補至 8 成的欠費；現在是在講暫付款是另外一件事，跟許代表報告一下，以前我們拿到的暫付款如果點值是 0.9，然後再一個 9 折，也就是再乘以 0.9，如果表現良好，會再一個 0.95，所以如果是 100 萬，在之前會先乘以點值  $0.9 \times 0.9 \times 0.95$ ，就只能拿到差不多 7 成多，我有算過我今年 4 月份是拿到 8 成，這 8 成是用 108 年第 4 季的點值

0.96×0.9×0.95，這個錢本來就是給我們的，是早給或晚給。跟上一次診所收入未達 8 成，補至 8 成：例如申報所得只有 30 萬，但比照 108 年的 8 成是 80 萬，預借 50 萬，(將來要還的)是完全不一樣的事情。現在是有些耳鼻喉科、小兒科，因為現金流不夠，加上打疫苗的錢都沒拿到，所以希望能不能現金讓他暫付款「每點一元」給付，如果健保署真的很不放心，因為現在點值已經 1 點零幾，是不是就不要再乘 0.9，而是直接乘 0.95，我覺得這樣還算蠻合理的，就是以點值×0.95 來暫付款，不要再乘 0.9，這樣子的話，對那些診所的現金流是有幫忙的，這個錢是一定會給的，除非說被核刪得很厲害，但這個機會不大，因為現在核刪率太低了，所以這個跟以前的每月暫付款補至 8 成是兩件事，跟代表報告一下，謝謝。

主席

好，補充資料的這一張，就不是用所謂的 108 年，而是用最近一季模擬的。

王宏育代表

我們 5 月開始，就用 109 年的全年點值。

主席

我知道，我是說現用今年第 1 季的數據去模擬的這張，基本上是用你們的建議。

黃啟嘉代表

第 1 季現在台北區沒有到 1，第 2 季就不會有這個問題，因為當時我們國內疫情開始展開以後，第 2 季就不會有這個問題。

主席

第 2 季還沒有模擬，不曉得醫管組有沒有模擬第 2 季的資料？因為你們現在的訴求是從現在開始。

黃啟嘉代表

第 2 季或是從第 3 季開始都沒關係。

主席

現在暫付已經到 7 月份。

黃啟嘉代表

那就從 8 月份。

王宏育代表

8 月份開始就不要打 9 折。

主席

現在講的是 8 月份以後的事，對不對？

黃啟嘉代表

那個錢健保署最後一定是要付的，既然點值都超過一點多，那為什麼不先給？

王宏育代表

那就更乾脆以 1 點 1 元計算，就不用這麼麻煩。

醫務管理組 林右鈞專門委員

主席，我這邊補充一下，因為剛剛我們已經把 110 年第 1 季的點值確認，接下來的暫付就會用那一個點值，以每點 1 元去做暫付，從 9 月開始申報 8 月的費用，就會用這個確認的點值暫付，所以點值在無形中是提高的，但是還是會有一個 0.9 的上限，而 0.9 是法規規定的。

王宏育代表

所以我就不計較 0.95，是那個 0.9 不要。

黃啟嘉代表

有一個 0.9 的上限，對不對？

醫務管理組 林右鈞專門委員

對，另外就是說因為這次疫情的影響，剛剛陳代表報告過，因為各科的狀況也不一樣，有的費用是成長的，有的費用是下降的，今天點值提高的時候，費用成長的科別會拿更多，暫付會更多，而量減少的科別，其實點值加上去，對他來說並沒有什麼太大的影響，以上的報告。

主席



如果用現金的觀點來看，我們剛講的 8 月以後，就是下一批的比較基準，最近一季的結算點值，就會變成今年第 1 季，今年第 1 季比去年的第 4 季的點值又好一些，今年的第 2 季點值又更好一些，現在看起來是這樣，因為等於量受到衝擊，點值就會好一些，所以平均點值的 9 成之現金就會高一些，剛剛專委的意思是這樣，但是還是受到 0.9 為限的限制。

王宏育代表

我剛舉的例是說 100 萬已經變成 40 萬，就不要再打 8 折暫付了，意思是說再給 40 萬就好了，因為也只有申報 40 萬。

黃啟嘉代表

我的意思是說，最後結算的時候，會給的就是超過 1 點 1 元，至少第 2 季看起來是如此，第 3 季目前就我的感受，很多 9 月份都比 8 月份持續衰退，而我個人是因為看很多慢性病，我也必須承認，都快變內科診所，也因為如此我 9 月份比 8 月份成長一點點，但是大部分不看慢性病的耳鼻喉科，都在繼續衰退，所以我估計第 3 季點值應該還是超過 1 點 1 元。

王宏育代表

這有一個盲點，不管是 1.1 還是 1.2，遲早還是要給我們，所以乘以 0.9 再乘以 0.95，能不能少乘一個 0.9，這個跟點值都完全沒有關係，點值 1.1 就要給 1.1，早給、晚給都沒有關係，現在只是說，因為有一些診所業績實在降的太多，100 萬降到 30-40 萬，就不要再  $\times 0.9 \times 0.95$ ，將  $\times 0.9$  拿掉，甚至可以修改只要中央疫情指揮中心成立的時候，0.9 的部分就拿掉，點值直接乘 0.95，這樣至少對那些有現金流困難的科別有幫忙。

主席

剛剛有講到現金流，我們同仁也有整理一張，因為我們有代辦 CDC 疫苗接種處置費的現金流，是由我們這邊代 CDC 付，最近已經要付出去 7 月份的疫苗處置費，現在是多少錢？

醫務管理組 林右鈞專門委員

我補充一下，在 9 月 10 日基層應該會拿到 7 月份的處置費 100 元，今天又接收到疾管署那邊的通知，會再撥剛講的行政費 100 元，所以是 100 元+100 元，而第 2 個 100 元會在這幾天撥款到我們這邊來，我們會盡快撥出去，那部分在基層大概有 1.8 億。

主席

2.8 億啊？

醫務管理組 林右鈞專門委員

2.8 億是 7 月份的處置費，然後今天疾管署通知我們會再加 1.8 億，這個會儘快撥出去。

黃啟嘉代表

6 月份的行政費沒有撥。

醫務管理組 林右鈞專門委員

對，這是 6 月 7 日到 7 月 31 日的行政費，所以意思是說，剛講的處置費 100 元加行政費 100 元，就都在 7 月底撥出去，上次只有撥 3 月 22 日到 6 月 30 日的處置費。

陳相國代表

我們了解署方的苦心，署方怕 1 點 1 元之後會有追扣的問題，會造成很多院所很大的不滿，還是我們先試辦 1 季看看，就是說 7、8、9 月先給 1 點 1 元，因為 7、8、9 月的點值一定會大於 1。

主席

7 月已經撥完了，現在是在講 8 月。

陳相國代表

那就 8 月開始，因為這些診所沒有現金流，如果到第 4 季(10-12 月)就醫情況又多很多的時候，我們可以再調整暫付的情況，因為這對醫界是一個安撫的作用。

主席

好，請張孟源醫師。

張孟源代表

其實現在重點是在疫情的時候，如何讓一個診所可以營運，這是大家關心的，目前癥結點就是在 0.9 為上限，0.9 為上限這部分是不是要修改，就像很多銀行也會調降存款準備率，讓現金流更大，不然錢全部卡在存款準備上，我們現在有沒有可能把 0.9 為上限這個天花板，改成 0.95 為上限，這樣會不會給基層診所紓困會有所幫助，因為這並不是從外面拿預算來，是本來就在裡面的預算，只是因為卡在行政規則，沒辦法撥下去，假如署方擔心還是會追扣，那調成王理事長講的 0.9 到 1 之間，弄個 0.95，會不會比較切合實際的狀況，謝謝。

主席

好，謝謝張醫師，現在我們再邀請在線上要發言的苗栗吳順國醫師。

吳順國代表

呼應我們全聯會所有醫界的先進，其實會有一個上限 0.9，也是因為民國 92、93 年，點值是 0.7 幾、0.6 幾，所以當時才會造成全國都在分期付款、還款，這是有時代背景的因素，我想這個部分確實有必要做全面的修正，這樣結構會比較彈性，這是我個人的意見，謝謝。

主席

請塗醫師。

塗勝雄代表(吳欣席代表代理人)

我呼應吳順國醫師的說法，這是以前署方擔心多付還要追扣的問題，而且現在點值也跟之前不一樣，但是對我們耳鼻喉科、小兒科來講，就算把 0.9 拿掉，對我們也是沒有什麼很大幫助，最大需要的還是疫苗處置費、行政費要先下來，這是最大期盼，希望是不是可以幫助我們這些受災嚴重的科別，這才對我們有意義，否則 0.9 把它拿掉，其實也沒有什麼感覺，謝謝。

主席

謝謝塗醫師，塗醫師剛提到改行政規則要報主管機關公告，才能把撥 0.9 改成 0.95，搞不好是 9 月底以後的事情了，是不是可以先有其他的現金進來比較划算，請大家看一下剛剛那一張補充資料各項費用撥付進度，現在是 9 月 5 日左右，最近已經撥了一筆是去年的未到 8 成補 8 成第 2 階段，已經撥 3.76 億出去，往後還要撥的是剛剛有說到的疫苗接種處置費、行政費，這裡是寫 2.8 億，剛又補充了一個 1.8 億，所以加起來也有 4.6 億，這個部分是這幾天會撥出去的，接著下一批是 6 月到 7 月的疫苗獎勵費，這個也有 1.8 億，這些都會流到診所，跟大家最有關的是最後一項，就是第 1 季的結算尾款(40 億元)，這項比較多，這也會提前在 9 月底趕快撥給大家，這些加起來都比 0.9 改到 0.95 更好。

黃啟嘉代表

因為怕有幾位熱心公益的醫師，一直都在跑公衛，沒時間在打疫苗的，他們會不知道怎麼辦。

主席

那就還有一個，就是 9 月底第 1 季的結算，這 40 億也會很快地下來，請周慶明醫師。

周慶明代表

我覺得不要把疫苗的錢跟這個混在一起，因為打疫苗的診所的比例非常的低，像新北大概只有 300 多家診所在打疫苗，其他縣市可能打的家數又更低，因為新北算開放的蠻多的，所以這是其中的一小塊，我要表達的是說，這個疫情一來，以前沒辦法想像的事情都發生了，誰可以想像台北區竟然會變成全台灣第 1 名，很多不可能的事情都會發生，所以考慮很多事情的時候應該要更前瞻性。第二個就是說，現在健保署提供的這個資料，是用 109 年第 3 季來試算，我覺得這個就很失真，因為剛講像第 2 季臺北區已經這麼高的點值了，而且我預計 delta 進來，這個狀況應該會更嚴重，診所衰退的狀況應該會更厲害，

所以現在討論的這個，就是不要用去年的第 3 季來看，應該用更前瞻。

主席

周醫師，我同意，因為我看到這個資料跟你有一樣的想法，用這個當例子不好，所以今天有補充一個今年第 1 季的數據，第 1 季也不好，應該是用第 2 季還比較好，那因為第 2 季需要用估計擔心還不夠準，所以沒有拿出來。

周慶明代表

第 2 季是稍微好，因為 4、5 月狀況還蠻穩定的，到了 6 月開始，7、8、9 月就降得非常快。

主席

我同意，就是幕僚在準備資料這時候，舉的例子不是很恰當，但是以最近的月份試算，必須要估計，擔心有估計的風險，會讓大家有錯誤的解讀，所以比較保險的就是用今年的第 1 季當補充資料，但是今年的第 1 季跟現在大家所面臨的狀況還是有點距離，所以我們兩權相較，因為假定要如大家的建議，必須去改這個公告，就是申報及核付醫療費用辦法這個公告要從 0.9 改成 0.95 或 1 點 1 元，這個部分要報主管機關核定後公告，現在就邀請主管機關表示一下意見，請。

梁淑政代表

主席及各位代表好，有關西醫基層點值結算，相信在健保體系很久的人就知道它原來的歷史，對基層來說，其實比較辛苦的是給的錢要被追回去，不管是分區業務組或是醫療院所也都是一樣。現在的狀況是因為暫付與核付間有一段的時程，也就是還沒有到結算前，暫付之點值係採用平均點值，但不超過 0.9 元；而核付階段，除固定點值外，浮動點數的部分，以最近一季結算的浮動點值乘以 0.9 來做處理。如果大家要維持不要有追扣的情形發生，就維持現行的計算方式。因為現在是用最近一季結算的點值來處理，也就是說不是真實的反應結算那一季的

狀況，假如以第 1 季來看的時候，第 1 季臺北區是 0.96，如果說我們用 1 元來付的話，變成還是有 0.04 的錢要追回來，而大家討論的是因為小兒科或耳鼻喉科比較辛苦，營運狀況受疫情影響比較大，所以我們要用每點 1 元來做核付，但是其他的科別就變成，如果點值是低於 1 元時，都要被追扣回來，如此將與原行政上的設計有所違背，是不是請大家考慮用其他方式作補充處理，但不是針對整個原則做改變，因為浮動點值是一直在變動的，若以第 1 季跟去年全年結算為例，它就是有被追回來的情形發生。

主席

好，有幾點，因為 Q3 也還沒結束，最後會怎樣不知道，另外一個就是說我們在暫付的時候，藥費還是以 1 點 1 元暫付，藥費的占率占 27%，這是整個基層來看，所以只有 73% 是用 108 年的第 4 季的 9 成，所以還是比剛剛您舉的例子，是所有的費用又少了四分之一左右的影響，所以如果只提高 0.9 或 0.95，那也一點點而已，就真正算金額來講的話，你想想看 40 萬的四分之三的 9 成和 9 成 5 之間，也沒相差幾萬元。

黃啟嘉代表

其實當初會提這個 1 點 1 元，不知道你們信不信任我對健保的瞭解或是對這個趨勢的瞭解，我是很有信心在第 2、第 3、第 4 季甚至是到年底，每一區的點值都是超過 1，所以也不用去討論那一區要 1 點多，全部都以 1 點 1 元計算，這個也不需要去動根本的東西，因為可以說「在疫情 2 級以上」，才執行 1 點 1 元的暫付，這樣子在疫情結束之後就回到原有的行政規定，也不用去改行政規定，我們只是在行政規定加上「因疫情在 2 級以上，暫付款 1 點 1 元」，因為只有在疫情期間，點值才可能 1 點多，疫情結束或如果 2 級能解封，我相信點值就不會在 1 點多，因為解封一定是在暫付之前，因為我們會先知道解封，才會有暫付，像現在暫付也不會暫付 6 月或 7 月的，一定是從 8 月開始，而疫情如果解封，假設 10 月解封，10 月的暫付也還沒發生，

馬上就停止，回歸到原來的制度，只要在疫情 2 級以上時，保持暫付 1 點 1 元，我有把握這一點風險幾乎是零，而且對你們來講也很好算，因為 1 點 1 元很好算。

主席

我們都是電腦算的，小數點幾位都很簡單。

黃啟嘉代表

對，所以對你來講就更好算了。

主席

不是這意思，是不管每點 1 元、每點 0.95 元、0.99 元，都是一樣的。

黃啟嘉代表

也就是不要去動到原本的計算原則，只是在疫情 2 級警戒以上的時候，暫付款用 1 點 1 元，而當 2 級警戒解除以後，暫付就回歸到原來的規定，這樣就不會有追扣的問題，其實剛剛淑政代表講的故事，也就是在 93-94 年時，發生大追扣的問題，健保署以前給的錢更多，都給百分之百，而且又擔心給的時間太慢，會被診所追錢，但是後來發生點值遽降的時候，導致有很多東西要追回，所以後來健保署就有了新的給付方式，也就是大部分的錢先不給診所，等半年或 1 年之後再給，大家都平均延後半年才拿得到，所以常常有去年 3 月份服務的錢，到了第 2 年才出現有一筆錢是好幾個月之前的醫療費用，而我們只是希望說，反正總是都要給，這些費用也是醫療院所服務完的費用，所以是不是考慮在疫情 2 級警戒的時候，以每點 1 元暫付？以我個人的例子來說，我開業 20 幾年，所以我可以調渡我在診所外的投資，來彌補這段期間診所的周轉，但是有很多人做不到。

主席

請李醫師。

李紹誠代表

非常高興又聽到副座的聲音，是我們熟悉的，針對剛才所提的，就以我復健科來說，在這一波疫情下，是中央疫情指揮中心要

我們降載，所以我們就配合政策辦理，而且經過學會的調查，5月份平均下降了45%、6月份下降了63%、7月份下降了51%，尤其是在台北區跟北區是下降最明顯的，全聯會在醫療費用審議委員會報告，全國在6月份下降最多的就是復健科(-53.9%)，而復健科支出最多的部分就是人事費用及房租，所以在現金流的部分，就產生了很多的問題，像我在北區，在第1季還有發生部桃事件，第2季開始就因為疫情，北區整個下降的很嚴重，所以在這一案是不是可以考慮個別科別或是個別診所，可以有現金的流用？所以是不是可以有另外的辦理方式，也就是診所自己知道之後會被追扣，但是現階段急用，可以給這些診所(如：小兒科、耳鼻喉科等)先個別提出申請，讓他們可以先行支付人事費、房租費等，因為復健科相較其他科較高的人事費，這些費用都是不能少的，也不能裁員的，所以提出這項懇求。

主席

請張醫師。

張孟源代表

主席、各位代表，大家好，剛剛提到的暫付款的比例0.9或0.95，當然是希望說雙方都可以解套，淑政代表剛剛也有提到，以一個衛福部官員而言，當然希望法規命令能夠穩定，但是要提的是在疫情期間，是不是可以修改法規命令？而且「9成」的字眼好像是在附表內提到的，而就醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法的第6條規定，是每點的暫付金額以不高於1元為限，而為什麼會出現0.95，法源依據來源是何處？而若0.95的規定沒有法規命令的位階高，是不是就應該回歸法規的規定，以不超過1元為限，如果是這樣，雙方都可以解套了，雖然說金額不高，但是對於一般的診所內心的感動及感謝是很有幫助的，是否可以稍微修改一下辦法？謝謝。

主席

好，謝謝張醫師，還有其他代表對這一項要再表示意見的？如果要改的話，不管是修0.9、0.95或是1元，或是像啟嘉主委



所說的，加上「疫情警戒 2 級以上」，這些都是要做文字修正，不管是簡單的修個數字(0.9 或 0.95)，或是要新增文字但書，都必須要報衛生福利部後公告，要有一定的程序，而且剛剛啟嘉主委未卜先知，先預估到年底時各區點值都會超過每點 1 元，但不管是 0.9、0.95 或是 1 元，我們還是得用最近的數據去預估，周慶明醫師剛剛有提到，也就是現在用的例子是去年的第 3 季跟今年的第 1 季，跟現在都還是有距離，所以我們都還得再用今年的第 3 季(最近 1 個月)做模擬試算，而這些都還存在不確定性，當然我們最擔心的是，最後結算出來的點值跟我們想像不同時，我們多付的錢就會有收回的問題。

黃啟嘉代表

這我要再強調一下，是在疫情警戒 2 級以上。

主席

疫情警戒 2 級或是幾級，對於病人看病的行為也不盡然有一定的關係，因為各區的疫情程度不相同，所以不一定相同，預估或是估計都帶有一定的風險，所以是不是將大家的意見摘錄下來後簽報署長，因為大家的意見是在疫情警戒 2 級以上的期間，以每點 1 元暫付，這個就當成今天的第 1 個建議，第 2 個建議是希望醫管組重新模擬，以最近月份的數據試算，再來看看結果是不是有一定的風險，第 3 個建議就是還是要有一定的修法程序，如本案簽報署長奉核後，後續就會啟動程序，如署長依然認為仍是有一定的風險，沒有啟動程序，就列入下次會議追蹤列管事項，再向各位代表報告。在這個過程當中，我們也會持續溝通，朝大家認為比較好的方向邁進，至於大家關切的現金流的問題，以最近 9 月份來看，其中還是有 3 大筆，而其中最大筆的是第 1 季的結算(40 億元)，這是每家院所都收得到的現金，其次是有打疫苗的診所，還會再收到 2 大筆的費用，所以在疫情期間，大家都全力支持西醫基層第一線人員，這個題案是不是就先討論到這裡，接下來討論第 5 案。

## 討論事項第 5 案

案由：建議符合以下申請資格之健保特約診所得個別向各分區業務組提出申請，提升 110 年第 3 季、第 4 季，每月暫付款案。

主席

請專委補充今年未達八成補至八成的進度，另外 109 年未達八成補至八成的費用已撥付了，請專委說明。

醫務管理組 劉林義專門委員

跟各位委員報告，有關補八成的部分，的確如主席所講的，去年的補八成已在今年 5 月 19 日進行第一階段撥款，最近會再進行第二階段的撥款，這張表上第二階段的金額有寫錯，這金額其實是合併第一階段及第二階段的金額，大概是撥 3 點多億元，第二階段的尾款會趕快入帳，而今年的未達八成補至八成，當然在立法院做成主決議後，我們也是相當積極的爭取，不過因為大家知道，立法院主決議說補助的方式不要跟去年相同，去年是 1-11 月的累計，而今年是不是可以有不一樣的方式？不過這也受限於可以拿到多少紓困預算，再根據可以拿到的紓困金額試算各種方案，包含補助期間，是補助那一季或是那二季等，各種不同的方案也已經都送上去了，長官也會考量最近疫情變化儘速做出最正確的指示，而這個也需要經過修法的程序，因為要動用紓困預算，就要經過修法的程序，修改紓困補償辦法，要送到行政院修訂，所以一旦長官指示後，我們就會儘快啟動修法程序，儘快完成補助。而今年的補助原則上會比去年快，以上說明。

主席

這裡有一個資訊沒有講出來的，林義專委要再跟大家說明，今年特別預算可以用在這個用途的金額跟補到八成的費用還是有距離的，所以是不是可以補到八成還是個問題，請林義專委。

醫務管理組 劉林義專門委員

假如是以目前給健保署的特別預算金額總共是 28.1 億元，我們將 28.1 億元將之拆成 2 塊，各劃分 1 半的費用，1 半是用在是假若院所有遇到確診而被隔離的病人，因此而被停診的錢，14 億就專門用於補助被停診的院所，而目前尚有另外的 14 億元，可以用於補償營運的部分，不過這 14 億元是針對全數的醫療院所(包含中醫、牙醫、醫院)，因為如果制定一套補償的原則，全部的醫事機構都適用，所以目前依據這個預算額度，評估各式各樣的方案，提供長官做出政策的最後決定。

主席

請顏醫師

顏鴻順代表

主席及各位午安，這案提到的有 2 個，1 個是基層醫療有很多受傷重創的科別，其實是非常的嗷嗷待哺，所以曾幾何時我們會看到 208 家的特約院所關閉，這應該是從健保開辦以來都未見過的情形。

主席

這有經過求證嗎？這我們也不清楚。

顏鴻順代表

這是報紙刊登的，也已經被廣泛運用了，這也表示基層醫療中在某些科別而言，在這段期間確實是受到重創的，在全聯會開會的過程中，很多的專科醫學會，包括復健科、小兒科醫學會，前幾日理事長也親自函文到全聯會，討論應如何幫助這些基層醫療的科別，在健保會開會的時候，我想當時馬委員也在現場，周麗芳主席也有講到，很高興臺灣的健保制度，我們用健保支撐了臺灣的醫療體系，不至於因為疫情的衝擊而整個瓦解，來照顧來守護整個臺灣民眾的健康，我想這也是健保對臺灣人民整個偉大的貢獻，但是星期天我們全聯會跟時中部長在座談餐敘時，部長也有提到一個概念，也就是從醫療的角度來看，醫療是一種投資，而不是一種支出，如果像遇到疫情這種特殊的狀況，我們沒有守住基層醫療，而讓基層醫療垮掉的話，未來

受傷害的是全國的人民，而當你發現人民已經受傷害了，我們要再補回來，至少也要花費一個世代(10年)的時間，所以在這個過程當中，很謝謝整個健保資源能夠挹注到醫療的各個體系，幫忙守住基層醫療，2個禮拜前的報紙曾經刊登，我們的國防預算每年都在增加，光是作維費(作業維持費用)就有1,000多億元，創了新高，而這個系統要啟動，就必須要有這基本的開銷，所以基層醫療要運作，也應該要有基本的開銷，就好比剛剛李紹誠醫師講的，復健科會撐不下去就是因為這原因，因為他的作維費是非常高的，所以全聯會在這裡有2個訴求，第1是去年曾經執行提升暫付款的方案，也是感謝健保署的幫忙，去年造成了很大的麻煩，現在還沒辦法將錢收回來，但是這些真的也都是重傷害的科別，今年我們是希望提升暫付款的方案，如果可以的話，開放給個別院所自行申請，真的是受重傷的科別，像啟嘉主委還有其他的投資，可以拿之前的存款出來墊，但有些真的是開業沒幾年診所，要繳貸款可能也真的有困難，所以是不是可以建立一個提升暫付款方案制度，可以讓個別院所提出申請，我想家數應該不會很多，也是體現了部長講的，用健保的資源支撐了醫療體系。第2是重中之重，也就是未到八成補到八成，我們會有這訴求是因為去年疫情沒有像今年這麼嚴重，都有未八補八方案，而今年疫情更嚴重，為什麼反而沒有？當然我們知道問題的根源在於「錢」，而剛才有提到14億，而這是在全數醫療院所，我不清楚是不是已經有試算過第1季、第2季，當然要按月計算是比較困難，這在7月13日我們跟次長座談的時候就有講到，最多就是用季來計算是比較合理的，所以如果第1季、第2季計算出來，整個未八補八的需求到底有多大，我們再來預估全年的需求，或者以不同的模式，計算出來的需求有多大，預算落差多大，或是整個部或是院，還有沒有其他預算可以挪動、爭取，真的要拜託署方，讓健保資源可以撐住整個醫療體系，不要因為疫情的關係就垮掉，這也是對全體人民的一個福祉，也是醫界的期盼，謝謝。

主席

好，謝謝，接著邀請林旺枝醫師。

林旺枝代表

副署長好，各位長官好，因為這個會議我初次參加，與會的有很多長官、衛福部及付費者代表都有參加，我當醫師也有 30-40 年了，在這裡有一個概念要提出，臺灣有很多奇蹟，就好比台積電、鴻海以及像裕隆汽車一樣，這些都是屬於臺灣的驕傲，另外臺灣的健保也是一個奇蹟，所以在爭取紓困時，我們應該要向上看，而不是向下看，所謂的向下看，也就是說有很多產業都是倒弊的，但就醫療產業來講，我們應該要向上看，台積電、鴻海及裕隆在幾十年前時，有李國鼎、孫煜旋等前輩扶持他們，而臺灣醫界創造了健保奇蹟，我們創下了這一片天，長久以來也只有這一次的紓困，請求衛福部及署方，給我們一點點的支持，讓我們不要倒弊，我想這是合理的，這也是一種心理的感受，剛才衛福部的長官講說，0.05 對我們沒有什麼好處，但想想看，在這疫情期間，要做快篩、進行疫苗施打，都要冒著生命的危險，我們可以不計較這些，但希望你們能給我們一點的心理支持的感受，這樣我們也才能持續進行下去，所以我想由這一點來看的話，而不是向下看說有多少企業倒弊了，而我們還要跟你們爭這些預算，而是臺灣的醫療在支持整個政策上是很重要的，我的意見表達到這邊，我想整個紓困，每個前輩都很清楚，而我們的高度在這個地方，而不是卑微的要求多少錢，而是政府到底有沒有誠意來體諒我們，讓我們更有信心來支持我們國家這麼重要的產業，因為醫療也是一個產業，報告到這邊，謝謝。

主席

謝謝林醫師，其他代表是不是對本案還有意見的？請李醫師。

李紹誠代表

剛才專委提到有 28 億，大概有 14 億會做為西醫、中醫、牙醫等院所被停診所需之費用，而我們知道就基層而言，今年度原

則上都不會讓診所關診，像我的診所也有遇到確診個案，但也沒有讓我關診，我也是繼續開診，所以這部分的 14 億元，就我個人而言，金額是高估了，所以是不是可以確實的估算因為疫情影響而被停業的診所數量，我想這是會牽扯到一來一往的狀況，以上說明。

主席

謝謝李醫師。

黃啟嘉代表

我想李紹誠代表的意思是因為不瞭解 14 億的分配，我想現在就可以討論做調整還是必須要進到部裡？

主席

好，我們就現有的數據來跟各位報告，請專委。

醫務管理組 劉林義專委

就是有關停診補償這部分，去年因為部桃事件，所以金額會比較多，而今年 4 月-6 日預估因為有被衛生局通知停診的家數約 150 家，而這 150 家後續會陸續向本署提出要求，這也是目前得知的訊息。而這個預算可以用到什麼時間點？大家也知道特別條例是到明年 6 月，所以必需要估計年底是否還是依然持續。

黃啟嘉代表

所以這 28 億是用到明年為止嗎？

醫務管理組 劉林義專委

截至目前為止是如此，除非行政院有再追加預算，我剛所說的預算就是要用到明年 6 月，因為配合現行紓困條例是到 6 月。

主席

事實上這 28 億元也是辛苦爭取來的，是全臺灣各行各業競爭來的，我們也是期待可以爭取到更多，且特別條例就是用到明年 6 月底，但對於疫情未來的發展是如何，還是未知的，我們也是走一步看一步，第 2 點就是剛剛顏醫師提到的，必須守住基層醫療，的確也是如此，這次疫情的影響之下，4 個總額部門，除了透析正常運作以外，其他總額點值都超過每點 1 元，甚至也

有上看每點 1.3 元，但總額並沒有因為需求變少，總額就變少，這就是總額在守住基層及醫院醫療的關鍵。我想付費者今天也在這裡，也不會想在此時將總額的金額變小，這也是大家的共識，就是在這危急的時間，守住基層醫療，無論點值的多寡，都應該支付這筆金額。而現在這個提案的訴求就是每月的暫付款，可以補到 108 年同期 8 成，暫付款先給之後，等到公務預算下來之後再互抵，問題是看到重災區的科別，跟 108 年相比較還是呈現很大的負成長，所以以 108 年的 8 成計算的結果都還是「多」的，且大家預期是會補到 8 成，也就是公務預算可以進來互抵，但法規有規定這兩項是不能互抵的，所以這就造成操作上的困難，更不用說補到 8 成，因為有些院所也會因為疫情而歇業，如果補到 8 成的話，會造成診所很多的溢付款，這都是會造成未來在追款的困難，不管家數是幾家都是很困難的，在此前提之下，我們就努力爭取前一案，因為本案如果通過了，相較前一案來說會更不安全，不確定性更高。

黃啟嘉代表

是指努力爭取「未 8 補 8」？

主席

是的。

黃啟嘉代表

跟長官報告為什麼會提這個案子，因為在去年這些案子對基層院所而言都是受惠的，不管是未 8 補 8 或是暫付款，在 109 年都有執行，會讓西醫基層再提出來的原因是因為今年的疫情比 109 年更嚴重，反而待遇卻不如 109 年，109 年的未 8 補 8 今年也開始執行第 1 階段、第 2 階段，更不用說暫付款的部分，去年根本不用申請，署這邊主動就給了，還讓很多院所誤解以為不用還，但全聯會很多幹部已預做「消毒」了，一直宣導還是要歸還的，這樣的消毒還是有用的，所以後面院所歸還時，沒有造成很大的抗爭。我們今年提的是由院所主動申請，去年是健保署主動給前面幾個月，所以這一案的訴求也是去年就有的

待遇，當然我們都清楚主席您的考慮，因為大家也都沒有預料到今年的疫情會較去年更嚴重，而這案的訴求也只是要求比照去年。

主席

剛剛專委有跟大家報告，這個預算是所有醫界一起用的，不是只有給西醫基層，今年疫情牙醫影響更大，牙醫的點值上看 1.3，而且幾乎大家都一樣減少，所以到時候用什麼規則補 8，這件事情會分到那個總額是不確定，剛剛專委說 4-6 月 150 家是要停診補償，那未來會有多少要先留這個預算。停診補償是優先，剩下的才用在這個用途，現在來講這件事有太多不確定性，而且我覺得最大的限制是公務預算及總額預算不能互抵，這讓我們陷入比較困難的狀態，所以是不是建議剛剛第四案來向署長再報告，盡量在這個地方能有小小的紓緩，其實最大的紓緩是這些公務預算的補貼趕快出去，我們也試著把結算尾款加速給大家，儘其可能的加速 1 天是 1 天，儘量把大宗的 40 億趕快撥給大家，我們會持續滾動式的檢討，也可以在下次會議檢討。補 8 的特別預算，基本上要確定也沒那麼快，要看狀況還要試算很多方案跟修法，光修法可能要遞延好幾個月，所以沒有那麼快。一旦做了暫付提升之後，未來的補 8 如果沒有進來，所有的院所通通都要追錢，對我們執行單位來說，是有難度的。行政單位面對法規上仍有很多的約束，請全聯會幹部可以諒解，我們跟你們心情一樣，努力守住基層醫療，所以在時間、空間允許的情況下，能做得盡量做。也會請 CDC 加速撥付公務款項，能給大家的就盡量透過本署代辦的平台，但也要等 CDC 同意後才能給，我們大家一起努力。本案先暫緩，列入未來滾動式的檢討，如果我們有新的訊息讓可行性高一些，我們再來檢討。請王醫師。

王宏育代表

第四案都過不了了，第五案風險更大，更不可能過，這都有心理準備了。不過林旺枝理事長很感性，所以我也要跟各位講一



下，塗勝雄理事長剛才說不要給 9 成，他說杯水車薪，來不及救，這就是基層診所小兒科的寫照。他認為說打預防針的請趕快進來，周慶明理事長說基本上打疫苗的診所沒那麼多，以高雄縣的診所 750 家來說，只有 50 家有打疫苗，所以也是大部分的診所拿不到，我現在跟大家報告，大家都認為說基層醫療很重要，我覺得防疫的士氣也很重要，很多診所覺得很多的救援都沒有到，但是今天第四案沒過，我覺得第五案是不可能過的，現在剩下剛說的 28 億，我有個小小問題，就是隔離的 150 家裡頭，我們高雄只隔離了 1 家是復健科，是復健師幫確診者去做徒手治療，當時專任醫師不在，是支援醫師在，結果他說半個月收入 80 萬但只補 20 幾萬，因為只有補復健師和支援醫師的錢，這個真實性我不知道，所以假設有 150 家，以 1 家 20 萬計算，結果也才 3,000 萬，所以是不是我們運氣好，delta 病毒沒有進來，隔離的病人很少，就可以挪用 14 億沒有用完的部分，用在未 8 補 8 那一塊，這樣至少可以給醫界的診所一個希望，說真的我完全沒有影響，因為我是內科，我每天都在開會，但我的病人沒跑半個，我的業績很平穩，連一毛錢都沒少，但是很多診所很灰心，像小兒科、耳鼻喉科，為什麼全聯會、官方給的幫忙那麼少，我只是說大家將心比心，我們可以做的就多做一點，我也謝謝今天所有長官的幫忙。

主席

好，謝謝。跟王醫師補充一下，28 億是所有醫界一起用的。如果是發生在醫院，錢就會用的很多。

王宏育代表

28 億不是只有西醫基層？

主席

不是，是所有的醫療院所，包含醫院。

黃啟嘉代表

可是有些醫院他們今年已經決定是以 108 年 9 成給付

主席

那是另外一個，那是專責。

黃啟嘉代表

我知道，所以以 9 成補下去就不會有低於 8 成的問題。

主席

我剛剛在講的是停診，停診補償是把醫院也算進來，所以如果有一個醫院被感染，花掉的錢就很多，診所的規模比較小，以診所 100 多家合計，搞不好以 1 家醫院的花費就超過了，所以未來的事情還是有很多不確定，像部立桃園醫院就花掉很多錢，所以沒有人知道這 14 億元是否足夠，沒有發生就不知道。

黃啟嘉代表

全聯會要努力的是如何把餅做大一點，這餅看起來是不太夠。

主席

大家一起努力。

陳相國代表

主席，我想請教一下，剛剛那個表說預計 9 月 10 日 COVID-19 疫苗合約醫療院所接種處置費用，這是只有處置費還是還有行政費？

主席

這個已經加上去了嗎？

醫務管理組 林右鈞專門委員

這已經加上去了。

主席

可是沒改到 9 月 5 日的那筆「COVID-19 未到 8 成補至 8 成紓困款」第二階段的費用。

陳相國代表

9 月 10 日 COVID-19 疫苗合約醫療院所接種處置費用是含處置費和行政費用嗎？那獎勵費用呢？

主席

獎勵費用是下面的 1.8 億元。9 月 7 號過帳的 2.8 億元是否還要加 1.8 億元？

醫務管理組 林右鈞專門委員

1.8 億元是下面那一條，已經加上去了。

主席

行政費用呢？

醫務管理組 林右鈞專門委員

獎勵費用裡面包含行政費的 100 元，因為獎勵費用有 4 項其中的 1 項就是行政費。

主席

所以加起來是 4.6 億。「COVID-19 未到 8 成補至 8 成紓困款」第二階段請修正，是 0.2 億。今天這 5 個提案討論完了，大家有臨時動議？

王宏育代表

請問討 5-2 頁表格是 108 年 7 月申報費用 8 成與 110 年同期申報費用 10 成比較，以後是不是能給我們另外一個表格是 108 年 7 月申報費用與 110 年同期申報費用比較，這樣才會知道衰退嚴重度。另請問我們報 2-25 頁第 1 季點值預估，平均點值高屏區是最後 1 名，台北區是倒數第 2，但最後結算台北卻輸給高屏這麼多，台北區點值跟預估差那麼多是什麼原因，可以私下跟我說就好，不要浪費大家時間。

主席

好，會後說明，謝謝王醫師。請張醫師。

張孟源代表

因為疫情的關係都採用視訊，今天開會有個很好的現象，以往開會到 4 點，部分委員就開始先離開，最後就留下幾個開會，今天這樣讓我很意外，建議之後可以保留視訊會議方式，這樣出席率比較高，這不是臨時動議，只是一個小小建議，謝謝！

主席

好，謝謝。請藍醫師。

藍毅生代表

這部分沒有意見，是因為電腦公司來，有關上傳數據的部分，

因為醫院有電子病歷系統，可以將影像、病理報告上傳上去，剛剛電腦公司來是說他們沒有人力上傳，我們是嘗試在院所交換平台內上傳，但不算在檢驗(查)上傳率裡面，未來是不是可以考慮將外科的病理切片報告排除在上傳率計算範圍內，以上。

主席

謝謝藍醫師，這邊會記錄下來之後研議。鄭英傑醫師，請。

鄭英傑代表

剛剛提到視訊的方式，真的是很好，我在屏東都能在線上開會，只是把影像關上而已，建議以後都用視訊，謝謝大家。

主席

謝謝鄭醫師，很高興大家能夠堅持到會議的最後，大家參與度高，表示討論的結果能夠週知的更完整，今天視訊會議很多人參與，非常謝謝您們能參與到最後。疫情期間視訊是會持續，未來會議是否都採視訊方式我們會再評估，視訊還是有很多優點的，如果沒有臨時動議，今天會議結束，謝謝大家。

17:17 散會