

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 110 年第 1 次研商議事會
議紀錄

時間：110 年 3 月 4 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：陳俐欣

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

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
王代表維昌	王維昌	梁代表淑政	梁淑政
古代表有馨	請假	連代表哲震	連哲震
朱代表建銘	請假	陳代表志明	陳志明
朱代表益宏	林佩菽	陳代表相國	陳相國
吳代表欣席	塗勝雄(代)	陳代表晟康	陳晟康
吳代表國治	吳國治	黃代表信彰	黃信彰
吳代表順國	吳順國	黃代表振國	黃振國
李代表紹誠	請假	黃代表啟嘉	黃啟嘉
周代表思源	請假	楊代表宜青	楊宜青
周代表慶明	周慶明	楊代表宜璋	楊宜璋
林代表名男	林名男	趙代表善楷	趙善楷
林代表育正	林育正	蔡代表有成	蔡有成
林代表煥洲	林煥洲	鄭代表俊堂	請假
林代表誓揚	林誓揚	鄭代表英傑	鄭英傑
林代表鳳珠	李承光(代)	盧代表榮福	盧榮福
林代表憶君	林憶君	賴代表聰宏	請假
林代表應然	林應然	藍代表毅生	藍毅生
邱代表泰源	請假	顏代表鴻順	顏鴻順
洪代表一敬	洪一敬	蘇代表主光	蘇主光
徐代表超群	徐超群	蘇代表東茂	請假
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、陳哲維

台灣醫院協會

吳心華、王秀貞

臺灣兒科醫學會

彭純芝、林釗尚

中華民國藥師公會全聯會

歐陽正霆

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、廖美惠

本署北區業務組

陳祝美

本署中區業務組

王慧英

本署南區業務組

郭郁伶

本署高屏業務組

施怡如

本署東區業務組

馮美芳、黃寶萱

本署企劃組

馬炳義、郭建伶

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

請假

本署醫審及藥材組

曾玫富、連恆榮、涂奇君、
詹淑存

本署醫務管理組

吳科屏、游慧真、劉林義、
蔡翠珍、林右鈞、洪于淇、
陳依婕、林毓芬、魏長麒、
陳俐欣、楊淑美、鄭正義

壹、主席致詞：(略)

**貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱(不宣讀)
確認(略)**

決定：修改討論事項第六案決議事項第六點，原決議內容為「本計畫多重慢性病門診整合費之計算納入醫療給付改善方案及試

辦計畫案件」，修改為「本計畫多重慢性病門診整合費之計算納入醫療給付改善方案及試辦計畫案件，試辦1年後再研議」。

參、報告事項：

第一案 報告單位：本署醫務管理組
案由：「西醫基層總額研商議事會議開會規則」之說明。
決定：洽悉。

第二案 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：全數解除列管。

第三案 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。

第四案 報告單位：本署醫務管理組
案由：西醫基層總額109年第1-3季預估點值報告。
決定：109年採全年結算點值，109年第1-3季預估點值僅供參考，不辦理追扣、補付事宜。

區/項目	浮動點值	平均點值
臺北	1.04631977	1.01280493
北區	1.11699590	1.05676781
中區	1.06596639	1.03898969
南區	1.07348545	1.04310765
高屏	1.05005263	1.02839353
東區	1.10802428	1.06624066
全區	1.04562892	1.03165905

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：109年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。
決議：

一、本案通過，地區預算分配方式如下：

- (一) 如109年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點值皆大(等)於1，則風險調整基金於移撥後同時回歸，浮動

點值(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用)以每點 1.1 元為上限，若有分區浮動點值大於上限，移撥該分區高於每點 1.1 元之預算，並依 109 年各分區預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率回歸其他分區，回歸後各分區排序不變。

(二) 如 109 年全年結算後，有分區浮動點值小於 1，則風險調整基金 6 億元(每季移撥 1.5 億元，6 億元/4)按季移撥後，再依中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)109 年 11 月 19 日全醫聯字第 1090001452 號函，所提之一般服務費用地區預算分配方式處理，若移撥後仍有剩餘款，則依 109 年各分區預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率回歸各分區，撥補後排序不變。

二、 另有關風險調整基金之運用，建議可再多考量其他風險，並可參採醫院總額之移撥款分配用於撥補偏遠地區、山地離島非原住民族地區等及牙醫門診總額用於支應「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「牙周病統合治療實施方案」、「醫療資源不足地區改善方案」等作法。

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品質保證保留款實施方案修訂案，提請討論。

決議：

- 一、 同意修正「糖尿病病患糖化血紅素(HbA1c)或糖化白蛋白(glycated albumin)執行率 \geq 60%」：指標權重由 2%提高至 5%。
- 二、 有關「檢驗(查)結果上傳率 \geq 70%」建議由本署設計程式或提高補助院所上傳系統之費用，以減輕基層診所財務負擔，請本署醫務管理組納入研議參考。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：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，提請討論。

決議：

- 一、 與會代表考量調升基層院所門診診察費專科醫師之加成方式甫於 110 年 3 月 1 日生效，爰本案未獲通過。
- 二、 臺灣兒科醫學會及與會代表之建議請全聯會帶回研議。

三、建議全聯會未來可依疾病複雜度及病人年齡等，研議合理門診診察費。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)之門診診察費內含護理費案，提請討論。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

- (一) 急診診察費：由「本項支付點數含護理費 46-73 點」修正為「內含護理費比率為百分之八點八至十四點零」。
- (二) 高危險早產兒特別門診診察費：由「本支付點數含護理費 49-65 點」修正為「內含護理費比率為百分之十一點五至十五點三」。
- (三) 精神科門診診察費：由「本項支付點數含護理費 31-41 點」修正為「內含護理費比率為百分之八點七至十一點五」。

伍、散會：下午 5 時 30 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 1 次會議與會人員發言摘要

主席

各位代表現在時間 2 點 10 分，人數已達過半，會議就開始，因為開始是報告事項所以就慢慢等其他的代表進來。今天是今年的第 1 次西醫基層總額研商議事會議，今年正好換屆，所以有一些新的委員來跟大家介紹一下，今天討論的議題一共有 4 個報告案及 4 個討論案，首先請大家確定上次的會議紀錄，從第 5 頁到第 12 頁，請大家看看有沒有什麼問題？請王醫師。

王宏育代表

我是王宏育委員第一次發言，在第 12 頁的第六項：「本計劃多重慢性病門診整合費之計算納入醫療給付改善方案及試辦計畫案件」，因為這個是民國 108 年總額成長率協商的時候提出一個多重慢性病整合鼓勵計畫，且每家診所都可以申請計畫，但是健保會卻將他納在家庭醫師整合性照護計畫裡面，所以只有家醫計畫可以拿得到。另外上一次開會時也說糖尿病照護計畫及 CKD 的也可以拿得到，這是兩個不同的水庫，且因為照護計畫若改成也可以領取多重慢性病整合鼓勵費用，要多出約五仟多萬，所以全聯會很希望今年的總額成長率協商中把五仟多萬放在今年爭取的裡面，本來照護計畫的點值覺得有比較好一點，家醫計畫去年點值好像 0.78 左右，如果再撥了五仟多萬的話，家醫計畫點值只會更低，所以很希望今年再多爭取五仟多萬讓糖尿病試辦計畫及 CKD 都可以領到這筆錢，上次研商會的時候談到這案，黃振國委員跟我都希望按照全聯會的方案，但是因為研商會後需接續討論各科加成案，所以我們都被叫到外面開會後，這案就通過了，通過後是想說有沒有可能一些弱勢的診所多重慢性病的錢被稀釋少了好幾仟元，很多大型的診所多了好幾十萬元，如果是這樣有沒有可能先試辦一年，然後再來爭取說照護計畫裡面再多一個多重慢性病的經費，這樣子才是比較合理，謝謝。

主席

王醫師的意思是說「先行試辦 1 年」的這句話放進去，1 年之後再看成效這樣嗎？其他代表有沒有意見？支持，就是把「試辦 1 年」這 4 個字加進去會議紀錄裡面嗎？好，如果沒有人反對的話，我們就修正會議紀錄，就是有關這一項就是試辦 1 年，明年檢討的時候再看看對

於家醫整合性照護計畫的影響，再決定後續要如何做？是嗎？好，如果大家都沒有意見我們就修正會議紀錄，就是第12頁的第六項加一個「試辦1年」，其他大家有沒有意見？好，沒有意見就進入報告事項第一案。

報告事項第一案：「西醫基層總額研商議事會議開會規則」之說明

主席

本報告案最主要是給新委員看的，因為蠻多新委員，所以新委員看一下參加本會議的權利義務，也麻煩填寫「利益揭露聲明書」，專家學者是不可以有代理人的，其他的都可以有代理人，「代理」要做到真正的「代理」，意思是代表的代理人要與代表做很好的交接，會議結束後跟代表說明參與的狀況，因他必需概括承受所有代理的事情，要做充份的交接，我們的會議是全程錄音也會有錄影，請問大家有沒有意見？有沒有疑問？好，如果沒有的話，報告事項第一案就確定了，接下來第二案。

報告事項第二案：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

所有的決議事項辦理情形大家有沒有意見？好，如果沒有意見我們就確定了，接下來第三案是執行概況報告，有全聯會跟健保署的補充說明，全聯會這邊先報告，請相國執行長。

報告事項第三案：西醫基層總額執行概況

主席

謝謝執行長的報告，接下來健保署醫管組報告。

主席

好，謝謝執行長的報告及本署的補充，中間重複的部分，請大家就自行參閱，大家有沒有意見？好，請藍代表。

藍毅生代表

在署方的統計裡面都是新藥，不曉得有沒有把新科技器材納入編列？因為基層也是有特材這些項目，比如像人工皮這些，也許未來使用的量也會相當大，是不是能夠拜託署方，以後在新公告的特材方面，也將其列入。

主席

好，奇君有要補充嗎？

醫審及藥材組涂奇君視察

跟各位代表報告一下，有關新功能的醫材，如果新進來收載的時候，定期都會去監控使用情形，目前這些使用情形，我們也會在每次的特材共擬會議中跟各位代表做說明，以上報告。

主席

今天為什麼沒有特材？

醫審及藥材組涂奇君視察

在 109 年沒有特別編列新醫材預算。

主席

有使用但沒有特別編列，使用率也很低嗎？

醫審及藥材組涂奇君視察

對，109 年在西醫基層用到的是眼用染劑，目前我們 monitor 申報費用大概在 6、7 萬，而在新醫療科技部分，西醫基層目前是編列 1 億的預算，以上說明。

主席

來，請主委。

黃啟嘉代表

剛剛毅生代表提到，第一我們在提新藥的時候，我們是提 1 年的預算，就 1 年的耗用，而事實上新藥 1 年的耗用比預算低很多，以過去而言，若新藥編 1 億的預算，但在那年的新藥只會用到千萬，可是為什麼會編 1 億呢？因為要堆疊 5 到 10 年，西藥是呈指數式的耗用成長，就是說西藥一般在 5 年後的耗用，是第 1 年的甚至是 50 到 100 倍以上，所以說我們編的預算會增編些，讓新藥未來會有爆發性的成長空間，而過去在計算的時候，你們會提出替代率，而替代率應該怎麼算？目前無法精確計算，但是常常我們跑資料的時候，新藥及舊藥都是同時成長，所以會建議要跑新藥醫療耗用，建議要追蹤 5 年的資料，將這 5 年的總共的耗用跟當初編的預算，按照總額成長率計算出來的總預算，雙方去相乘相減結果，才會知道有多少預算是超支的，而超支的部分是否能用替代率去解釋，因為現在只報告 1 年的新藥，感覺上像呈現一個假象，好像預算編很多，而事實上新藥經過 5 年後，其實會遠超過於預算的堆疊，預算每年都有成長率，那把這 5 年期間每 1 年的預算都加起來，跟這 5 年的總耗用比較，這樣才知道預算是否足夠。

主席

好，請連科長補充 5 年。

醫審及藥材組連恆榮科長

有關這個部份跟代表報告，因為我們在編列預算的時候，假如我現在編 110 年的預算，其實是由 110 年往前推 5 年，這 5 年當中的新藥都會在 110 年的預算做編列，所以剛剛代表提到的這 5 年新藥，其實在相關資料我們會呈現，各位代表可以看到投影片第 47 頁「109 年預算執行的狀況」，就有特別講 105 至 109 年收載的新藥品項及 109 年所使用的藥費，若是 108 年的預算，就由 108 年往前推 5 年，針對這部分跟代表說明。

主席

有關替代率的部分呢？進度請說明一下。

醫審及藥材組連恆榮科長

有關替代率的部分，因為大家對替代率這個的數字還是有爭議，雖然我們之前都用替代率來編預算，執行率也用這部分來做一個推算，不過在 111 年的時候，是請廠商在我們的平台上進行登錄，實際的新藥收載的情況及財務衝擊、給付規定的放寬及財務衝擊，皆會在這平台上面填報，這個部分在下星期有邀集醫師公會全聯會、醫院協會、醫中協會的代表參與我們相關的討論，就針對剛剛代表所提，替代率的數字是否要再重新計算或如何計算？還是就直接使用實際廠商推估的情形，來看我們實際執行的結果，這部分都會在會上做細部討論，會議應該不會只有 1 次，所以於召開會議後，有比較明確的結果，會於預算編列和執行狀況做說明，以上。

主席

好，謝謝，來，黃醫師。

黃振國代表

這問題是無解的解答，我想包括參與這麼多藥品共擬會議，我們對替代率的編法有點疑義，所謂的替代率，是單純的藥品替代還是包含醫療服務的替代，而且我們醫學在進步，事實上原來多重慢性病的個案，預期可以治療的生命年限是沒有那麼長，而當醫療及藥物在進步後，改善了一些功能，就延長這些多重慢性病的治療年限，其實剛剛啟嘉代表講了一半，就是在估算替代率時，總認為新藥出來後，認為可以替代前一代的產品，事實上我們統計過幾個案例，發現新一代藥物出

來後，架上的第一代藥並沒有減少，反而看到很多 combine 使用的情形。初期我對 HTA 是有很多意見的，雖然在會中對於他們的數據，我質疑是最多的，所以我建議的第 1 點，之前提過的概念，針對新藥的部分我們發現 5 年後，成長率還在 5% 以上，而西醫基層總額或是醫院總額每 1 年成長很少到 5% 以上，所以應該要回歸原點，之前在很多會議上講過，藥品共擬會也是每隔 2 個月提，往往也都是後提也就是都不是預備先將新藥列冊，知道若列入健保給付後需要多少預算，反而是事後用堆壘方式計算，所以建議只要新藥成長率低於總額成長率，都應要單獨編列預算，第 2 點是說假設替代率不如預期，可以將上一代藥物夠被取代掉，如果沒有的話，替代率的部分真的可以忽略。我記得我曾經受邀到台大藥理教授在研究替代率，那天我去聽的結果，覺得他的實驗會失敗，因為他說只要新藥出來後，和舊藥有共同的治療功能，比如說糖尿病一年有 3 種以上的新藥，因為新藥一直出來，所以替代率就會無法計算，所以他把這種同時有很多新藥出來的藥品都排除，認為排除掉後就結束了，只剩下罕藥跟癌症用藥，這個計畫的 model 推估當然就不會準，當然健保署要進行大數據統計分析很辛苦，所以還是回到原點，認為這個新藥有價值列入健保使用，可以用專款專用的方式編列預算，若不足額再追加，有剩下的就留下給其它藥，自然而然在健保會的付費者代表或專家學者會覺得，如果放的速度快了，那明年速度就慢一點，若慢了就讓後面的藥先上來，這個藥也是用在照顧民眾的健康，而替代率很難說是單純計算藥費還是精算醫療服務費，就像最近有一個 C 肝的替代率，說可以減少住院、肝癌的治療，而 C 肝用藥是在基層使用，可是替代卻是在醫院，因為後續的住院開刀都在醫院，可是新藥的比例又按照基層及醫院的比例給，可是這是跨總額的，所以根本是不準的。我們知道健保署很辛苦，但是不是朝專款專用這方向努力，而至於編列多少預算，也許沒成長或者已足夠，不用等到 5 年，但是若 10 年還在成長，你認為這樣計算 5 年公平嗎？還有往往很多同 1 種藥、2 種藥，第 3 種藥出來後，反而是被更普遍的使用，因為本來是說只有 1 家的藥廠在 promote，現在同時有 4、5 家共同在 promote，那個成長率加速之快，我舉這樣的例子給大家知道是說，其實專款專用是最務實的，謝謝。

主席

請黃啟嘉代表。

黃啟嘉代表

我補充說明，既然大家要談替代率，其實要知道新藥增加的福利基金，而新藥產生的檢查跟診察費，有時在新藥預算上完全沒有編列，所以若替代率造成預算削減，那 2 邊計算後的預算我認為是增加，因為新藥出現以後，所新增的檢驗檢查跟診察費的耗用，在新藥的預算是沒給的，所以未來若要檢討替代率時，我希望把福利制度的改變也要一起檢討，所以說對誰佔便宜，其實很難說，因為要預估醫療預算，本來就是一件很困難的事。

主席

好，謝謝。來，請盧醫師。

盧榮福代表

其實替代率從以前到現在，瞭解的人實在不多，而我們大家及署方也認為替代率是有問題的，因為剛啟嘉主委講的，我們累積了那麼多年的新藥，那些資料都可以從資料庫抓出來，這是最科學的，替代率的計算也不科學，建議署方乾脆就不要用這個替代率，就像啟嘉講的，每 1 年都從資料庫去抓，看整個費用耗用跟當初加入的成長率差多少？振國講的是專款專用是一個方式，或是說最後可以做個回補，就是這 2 個方式，這會比較科學，我希望大家要誠實面對，謝謝。

主席

好，謝謝，有關替代率部分已成立 1 個專案研究小組，醫師公會全聯會也有派員參加，馬上就要開會了，今天大家的意見麻煩請連科長納入，另外密集度的部分也有幫大家做考慮，在 110 年我們有增編 4 億 4,200 萬，再請奇君釐清 110 年西醫基層在新醫療科技預算 1 億 9 千萬內有沒有含特材，請奇君。

醫審及藥材組涂奇君視察

目前納入西醫基層的新醫材推估，110 年會編 30 萬的預算，因為大部分新科技的醫材在西醫基層使用量比較少。

主席

最近人工皮有在討論，但是也有限適應症，而這些適應症原來都是比較嚴重才會用到人工皮，因為最近才剛討論，所以不清楚是不是西醫基層會用得到，理論上那些病人都發生在醫院，會用到真正最昂貴的人工皮，這個是新特材，我們也試著去為西醫基層編新特材的預算，但是實際發生的情形，要用實證討論，謝謝藍醫師，另外剛剛陳醫師要表示意見。

陳晟康代表

謝謝，請教一下特材小組，關於新藥、新科技的這個東西，109 年它的 PVA/MEA 是 65.2 百萬點，跟以前 105、106、107 及 108 年相比來說相對較高。

主席

109 年一共收回 20 幾億，連科長。

醫審及藥材組連恆榮科長

109 年部分包含醫院部分，總共收回 26.6 億左右。

主席

其中西層基層部分是 6,500 萬。

陳晟康代表

比其它年度多。

醫審及藥材組連恆榮科長

對。

陳晟康代表

所以應該是疫情期間，大家沒辦法出國，也會刺激醫療的需求，包含醫美生意非常好。

主席

所以就醫人次減少，但藥費並沒有減少很多，所以表示該吃的藥還是有吃，但是並不是一直往返在看，遇有一些小毛病就沒有了。

黃啟嘉代表

我在想說醫院的藥費是否有增加，因西醫基層的藥費增加，其中有一部分是因為醫院的慢性病下轉。

主席

有可能病人自己走到基層，因為比較怕去醫院，所以就到診所來領慢箋，來開下一期的慢箋，會有一些小小的流動，請問大家還沒有意見？我們看到 109 年的執行概況報告，西醫基層有一些科別是影響蠻大的，耳鼻喉科、小兒科、內科、家醫科可能都因為口罩帶得很好，病人數都變少，當然是好事一樁，但是對於這些科別的醫師就是會有一些困難，但是總額並沒有因為這樣變少，所以等會有提案，我們有一些建議，待會再說。請黃醫師。

黃振國代表

其實我們發現大家都衰退很多，但是有一個科成長的非常明顯。

主席

精神科嗎？

黃振國代表

對，但是因為要防疫，要考慮到病人分流，而且大家知道健保署在管制用藥方面，其他科相較精神科管制稍為嚴一點，比如說家醫科、內科、小兒科平常跟病人直接有蠻好的接觸，對輕症的精神病症，比如說焦慮症，其實健保署也可以稍為宣導一下，尤其在疫情期間，不一定要集中往精神科去，因為其實也是群聚。另外有規定 stilnox 開立 2 顆以上，限精神科醫師，也許在疫情期間可以開放，個案原來在醫院是用 2 顆，那是不是可以根據雲端藥歷的查詢，他真的有需求，但因為疫情的關係也不用急著到醫院，尤其像這次部桃如果關了，那院內的精神科個案應如何處理？如果流到其他醫院，也會造成其它醫院的負擔，所以防疫期間也要考量到這些病患分艙分流的觀念，我想在座代表尤其內科、家醫科甚至小兒科的醫師為病患進行心理輔導，平常都蠻好的，所以建議這方面署方能夠多多的利用，尤其又看到小兒科、家醫科委縮，而委縮的同時，就可以做這樣的服務，謝謝。

主席

好，謝謝關心精神科，這是民眾自行選擇就醫地點，不過我看精神科雖然成長率高，但是占率不高，家數也沒有很多，費用占率也不是很高，對整體西層基層的影響，雖然個別來看，他的成長率高，但是對點值還有其它方面的影響還是非常有限，相對於主力科(例如：小兒科、耳鼻喉科)的影響，孰輕孰重？整體看起來還是受傷的比較多，請問大家還有沒有其它的意見？如果沒有的話，執行概況報告就到這裡，接著請大家還是留意 110 年的總額已經是 1,311 億，不管今年疫情如何發展，增加的預算還有 43 億，成長率 3.3%，有幾個重點像分級醫療、家醫整合或是開放表別、頻寬還有品保款，這些都還是我們基層院所要繼續努力的，而專款的部分，若是執行率低，當然就是收回，既然預算已經編了，無論如何，就重點業務項目還是要積極的進行，大家還有沒有其它意見？如果沒有這個報告案就到此，接下來是報告事項第四案。

報告事項第四案：西醫基層總額 109 年第 1-3 季點值報告

主席

好，謝謝，從這個報告來看，109年Q1-Q3各區的點值都超過1點1元，不管是浮動點值或是平均點值都超過1點1元，所以當時移撥的6億元，如果要撥補點值落後，但現在點值都是超前的，都超過1點1元，也有超過1.1元的，像北區還有東區，當時本來認為東區的浮動點值會影響比較大，結果東區也是超前佈署，超過1點1元，跟預期落差蠻大的，跟108年的第1季、第2季及第3季相比較的話，點值的差距甚至有超過0.5~0.7之間，所以大家應該也是有受惠於點值提升對診所財務的影響，但是還是有些科別，因為受到件數的負成長遠遠大於點值的增加，多少有些不平均的現象，這是點值的報告，因西醫基層採全年結算，所以這些數字都不是最後的點值，只是供大家參考，請問大家有沒有意見，來，主委。

黃啟嘉代表

我想我們西醫基層的主軸宗旨就是希望各區之間差異越小越好，而目前R、S值呈現出來的結算，已經是歷年來各區之間差異最小的1次，所以說對於各區之間這樣自然的分配，我想各區之間意見不是很大，不知有没有人有不同的想法？以目前來講，這是歷年來各區點值之間差距最小的1次。

主席

好，這裡大家不太習慣看到的是浮動點值比平均點值還高。

黃啟嘉代表

是因為跨區的關係嗎？

主席

跨區是一個因素，再來最主要是你看浮動本來會低，是因為要先扣除藥費1點1元，剩下理論上都會比1點1元低，結果現在是相反，原因是因我們109年的總額還是有增加，但是藥費在109年跟108年相比沒有成長很多，所以相對而言，扣掉藥費1點1元後剩下的預算是大的，而且相除的分子是少的，因為是受疫情的影響，另外再加上跨區，跨區點值又是用108年的第4季去計算，而當時的點值是比較低的，所以計算結果，浮動點值就比平均點值要來得高，所以跟以前大家印象中的浮動點值會比較低，是正好相反，109年就有這樣的現象，我相信第4季一起結算也相去不遠，可能點值稍稍會下降，因為第4季分子的量稍為高了起來，所以總點數會高了起來，但是樂觀而言，還是要接近1點1元。請問有没有問題？

黃啟嘉代表

我剛剛看到後面的討論案，有關全年結算的預估值各區都有超過1點1元。

主席

好像只有一個區是0.99多。

黃啟嘉代表

但如果全年結算應該是没有這種情形。

主席

如果風險款不扣的話，但反之若扣掉風險款的話，就會。

盧榮福代表

6億不扣的話，基本上就都是1點1元。

主席

待會我們再看，不用超前討論，這是報告事項第4案，好，請洪醫師。

洪一敬代表

那剛才講的是全區的浮動點值是1.0456，可是各區浮動點值都比1.0456還高，請問這要怎麼看？

主席

浮動點值嗎？

洪一敬代表

各區的浮動點值都高於全區點值1.0456。

主席

這跟跨區有沒有關係？來，請林義專委說明。

黃啟嘉代表

我來解釋就好，不用放簡報了，簡單說明，浮動點值是讓沒有跨區的病人用的，因為跨區是用108年第4季的點值，雖然跨區的比例很低，但跨區會拉低浮動點值，所以全區的浮動點值是以結果論，所以各分區的浮動點值用在跨區的浮動點值會比較高一點，是因為這樣的結果，所以這個在定義上有點小小的問題，因為會讓大家認為全區是所有各區浮動點值的平均值，但事實上不是，因為跨區的那一部分是獨立出來的，因為當年跨區會用這方式處理是希望能夠劫富濟貧，結果在今年疫情的衝擊下，就變成好像顛倒了，當年是希望跨區的處理會讓那些點值差的區得到一點挹注，點值好的區能夠壓低一點，這是當

年的處理方式，但在今年好像就呈現不出來，不過沒關係，因為大家拿到的錢是比較多的，當然今年的點值也是要感謝兒耳鼻喉科、小兒科、家醫科。因為今年他們的貢獻，使我們今年在點值上會比較好。

主席

真正實現的是各區的點值，全區點值只是參考用，大家對於主委的說明是不是都理解了，還是需要我們再補充。

醫務管理組劉林義專門委員

所謂的全區平均點值，是把所有的點值都視為一同，這就是全區平均，計算分區浮動點值的時候，預算是扣掉跨區的，跨區的點值適用是不一樣的，今年這一季是用 108 年第 4 季的點值，才會導致全區的平均點值低於全區的浮動。

主席

所以跨區的比例低的分區，他的點值影響就會比較大，顯然跨區比較多的是臺北區，大家都跨到臺北區來看了。

黃啟嘉代表

因為公司行號登記在臺北區時，他的投保區就是在臺北區，而實際就醫是在其他區，跨區就是因為這樣的因素，你會發現投保人口在其他區比較低都是因為這個狀況，都比實際戶籍人口還低，例如：台泥在花蓮的員工，實際上投保區是在臺北，因為他的總公司本身設在臺北。

主席

好，如果大家都理解了，總額科還有要說明的嗎？對於第四案的部分大家還有沒有意見？好，沒有意見的話，點值報告就確定了，因為只是報告，還不是確認點值，下一次還會有機會確認點值，接下來我們就進入到討論事項第一案。

討論事項第一案：109 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算配方式」

黃啟嘉代表

請各位代表看一下，簡單講就是甲案和乙案：甲案計算出來就是第三點的(一)，就是臺北區稍微低一點點，其他各區稍微高一點點、乙案就是其他分區稍微低一點點，臺北區稍微高一點點。不過也證明其他分區低了以後，其他分區的幫忙是有限的，幫忙的位數是在千分之一的位數，就是臺北區從 1.006 變成 1.007，我的建議不知道各位意見

如何，我想尊重大家，臺北區很大方，他說用甲案就好了，也不用大家救他，因為救他也只是千分之一。

黃振國代表

對不起，我想要更正一下，因為這不能代表臺北區的意見，應該是說本來機制就是如果點值小於1的時候，就有撥補方案。風險基金是在之前就移的，結算如果沒有意外的話就真的是用不到，反之，如果有意外的話，就有一筆很大的預算，這都是假設，但是我覺得還是要尊重機制，我個人只能代表我個人的意見。

黃啟嘉代表

其實我知道振國的心情，他是覺得其他分區施捨，給他千分之一的點值做什麼，所以我想我應該要去扭轉他這個觀念。

黃振國代表

啟嘉這樣說不好，我想我們的宗旨是大家點值盡量趨於接近，我們在座很多的前輩應該清楚，大家都希望是和諧的，但是遊戲有一定的規則，我個人是不希望太多的紛雜，但是今天不能我自己一個人說了就算，說我很慷慨不在乎那千分之一，但不代表全部人的意思，從今天的投影片看得很清楚，臺北區是109年疫情受創最嚴重的災區，點值上升是犧牲割肉後的結果，所以請主委應該要導向基於照顧弱勢，請其他各區支持臺北區。

黃啟嘉代表

我只有講到一半，剛剛前面已經講過，站在西醫基層的立場，各區間點值是越近越好，所以我在這邊以主委的身分，請大家支持乙案好不好？

醫務管理組劉林義專門委員

可能剛剛說得不清楚，請大家看一下討1-3頁，這裡我們只有提一案但有兩個區分，第二點(一)是說結算之後，六個分區浮動點值都大(等)於1的情況下，我們風險基金就不移撥，但萬一結算之後，有部分分區浮動點值小於1時，我們風險基金機制就要啟動。

黃啟嘉代表

現在臺北區點值不是已經小於1嗎？

主席

那只是模擬的，當時在協商 110 年的時候，以為「點值」是風險，因為協商 110 年的時候大家都不知道數據，就把 6 億元壓在「點值」上，但是受疫情的影響，「點值」就不是風險了，可是還是有風險，請大家再思考一下，如果將風險基金還回去，等於是說就沒有風險基金的概念，今年本來以為「點值」是風險，但是現在點值不是風險，於是就把錢還回去了，原來風險基金的概念是要補助弱勢、受創等等，就全部通通不處理了。剛剛相國執行長在報告說明，是在報告各科別之間的差異，事實上整個西醫基層還是有風險，但是受疫情影響的不光是點值，但按照當時的協議是說撥補東區及點值落後地區，但是現在都沒有發生，所以究竟沒有發生是要把它還回去，還是要就 109 年真正的風險去稍微彌補一下，這請大家再考慮一下，本來立意良善的風險基金，後來就等於沒有，我不知道健保會的代表在這邊，對於這樣全部還回去是怎樣的看法，請表示一下意見。

全民健康保險會陳燕鈴組長

109 年地區預算分配方式已經報請衛福部核定且公告在案，無法再改變。未來如果想有更多彈性，建議來年在風險調整移撥款用途及執行方式上，可規劃保留更多彈性。

主席

其他總額確實是用於補因疫情所產生的風險，例如牙醫門診總額本來也有一個風險基金，因為牙醫不像西醫基層有分科，他就只有一科(醫院牙科及診所牙科)，但是他們的醫院牙科跟基層牙科相較，疫情期間醫院的牙科受創最多，所以他們就把風險款的一部分挹注醫院的牙科，這是例子。醫院總額也有風險款，他們在分給各區的時候，針對未滿足需求的部分或大家認為不足的地方，去做真正的風險挹注。而西醫基層今年很特例，當然可以說當時報部時，就是這樣講了，可是現在「點值」已經不是風險，所以今年就等於沒有風險基金了，因為當時就白紙黑字寫要撥補東區浮動點值至 1 點 1 元及撥補點值落後地區，現在大家的點值都超好，所以沒有原來預估的風險存在，也就沒有發揮風險基金挹注弱勢的概念。

黃振國代表

還是有點值落後平均值，臺北區落後平均值。

主席

點值落後可是都超過 1 點 1 元。

黃振國代表

就像我講的是重創區，你看整個申請費用的下降，臺北區大概是下降的最多，不管是件數或申報點數都是全國之冠，那是重傷之重。

主席

當時協議是每點 1 元，所以這樣的標準做風險的話，現在雖超過 1 點 1 元，還是有的區比較低、有的區比較高，但是現在只處理到 1 元，就會是這個樣子。

黃啟嘉代表

應該這樣講，之前各區的點值是介於 0.9 到 1.1 之間，拿前一年點值來看，最高是 1.1、最低是 0.9，今年則是 1 到 1.1 之間，其實有縮小了。再來說到「風險」，到底是要補那一種風險，是補這區的所有的點值，還是補這區某個受創最嚴重的科別，我認為會越談越複雜，而且我們內部也不會有共識。所以在談 109 年地區預算分配時，講說「點值」是風險，如果現在要再把這 6 億拿去討論說要給誰，是要把點值最低的那一區拉起來，還是說點值有受傷的那一區的科別拉起來，這樣會很複雜，我們內部要達到共識不容易，再者健保會當初給的是以「點值」為風險來做。

主席

那是尊重全聯會寫的意見。各分區點值西醫基層是最晚決定的，而且也是拖最久的，現在已經結算在即，如果還要有更英明的做法，時間也不夠討論，本來應該更早討論這件事情，但因為 5 月要做全年結，對你們來講時間也不夠，就尊重大家的意見，照機制走。

黃啟嘉代表

我剛剛有點誤解，如果是照機制我們就只有一個案子，那就照機制走。

主席

大家看到的討 1-4 頁，這都是預估點值，實際結算出來待確認，那就按照機制走，目標還是 1 點 1 元為界線，然後 6 億就先撥補不到 1 點 1 元的，如果沒有低於 1 點 1 元的，就全部回歸各區計算點值，原來的想法就是這樣，但是錯估了 109 年的風險。

黃啟嘉代表

110 年要如何分配，我們再來討論。

主席

110 年與 109 年應該會有很大的差別，因為影響最大還是 109 年，有幾個科別現在還是很不好。

陳相國代表

超過 1.1 的部分要怎麼處理。

主席

等於不處理了，現在只有點值低於 1.0 的才處理。

黃啟嘉代表

我們現在還是以 1.1 為上限，我們從以前就是以 1.1 為上限。

主席

那現在如果超過 1.1 要不要處理？

黃啟嘉代表

一樣處理啊，全年結算超過 1.1 一樣要處理，我們以前上限就是 1.1。

主席

但是會不會發生超過 1.1 的。

黃啟嘉代表

全年結算應該機會小，不過執行長講的沒有錯，我們現在就是先講好 1.1，我們希望把點值範圍落在 1 到 1.1 之間。

主席

好，不到 1 補到 1，超過 1.1 的扣下來大家分。

黃啟嘉代表

對。

主席

有沒有意見？

醫務管理組劉林義專門委員

因為現在可能超過 1.1 的是東區。

黃啟嘉代表

沒關係，全年結算超過 1.1，上限就是 1.1，沒有問題。

醫務管理組劉林義專門委員

就是單獨把他的錢扣出來。

黃啟嘉代表

對，就是給其他人分，如果全年結算的浮動點值超過 1.1 的話，一樣拿出來沒有問題，這是一定的。

主席

都以浮動點值來看，低於 1 補到 1，超過 1.1 就拿回來大家平分。好，這個原則大家有沒有意見？

醫務管理組劉林義專門委員

假如最後結算大家點值都大於 1 的話，風險基金就不處理。

主席

如果都在 1 到 1.1 之間，六區浮動點值就通通不處理，確定吧？大家還有沒有不同意見，這個案子就做確認，110 年的風險移撥款，就麻煩主委費心了，接下來第二案。

討論事項第二案：有關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

有沒有其他補充，建立程式部分有沒有要進一步補充？請慧真副組長。

醫務管理組游慧真副組長

補充說明，這部分是說只要院所有申報我們都期待要上傳，其實我們都有列在即時上傳方案獎勵項目，也都有列在品保款的獎勵項目，我們是期待能夠提升上傳率，目前公會有提出希望我們直接設計程式由院所來上傳，這可能牽涉到各自 HIS 系統在收費上的問題，所以希望我們直接來設計，這個部分我們還需要再進一步研議跟討論。

主席

請張醫師。

張孟源代表

關於檢驗上傳的部分，這是指即時上傳率，因為目前根據健保署的報告只有 2.5%，是不是應該要分階段，只要有上傳而不一定要即時，因為即時是 24 小時，事實上只要有上傳，其他院所藉由雲端也可以看到資料，所以是不是第一步先鼓勵上傳，第二個部分是因為有些檢驗是由醫療機構執行，有些是委外檢驗所執行，所以上傳率的統計方式希望健保署再統計一下，大部分的醫療機構向健保署申報金額他就有義務上傳，因為檢驗量大，而且檢驗中心本身有軟體，可以做到上傳，但是這部分沒有納入診所的統計，事實上大部分診所，委外的檢驗量

比在自己診所檢驗的項目多很多，所以是不是要統計這方面？2.5%是不是有點誤差？所以委外上傳跟診所上傳要合在一起計算，才是真正病人檢驗的上傳，以上謝謝。

主席

請右鈞科長。

醫務管理組林右鈞科長

有關委外上傳那個部分，我們在算指標的時候已經合併計算了。

主席

所以上傳是有包括委外的？

醫務管理組林右鈞科長

對。

張孟源代表

我在補充說明一下，其實我們臺北區的共管會議有統計，因為他有做一個抽樣，共管區的委員它有給我們每一個委員報表，上傳件數為什麼會說委外上傳和診所上傳是分成兩部分。我們收到的報表說一般件數只有 20 幾件，這是很奇怪的，因為一般的診所而言，件數不可能一個月或兩個月只有 20 幾件檢驗，所以事實上是沒有計算委外上傳，是不是再重新仔細分析一下資料。

主席

討 2-3 頁的數字，請藍醫師。

藍毅生代表

有關我們外送檢驗，是不是可以拜託總署設計這個程式，像我們外科當初也跟電腦公司說，好比病理切片外送給檢驗所，檢驗完後，大概約 7 到 10 天時間回來，因為他不是像我們一般的檢驗數字只有數據傳上去，他要另外一個模式還要敘述，好比腫瘤是良性的，那是屬於那一個層次？這個中間就會有相當大的難度在裡面，所以電腦公司也很明確的表明，如果要他們設計程式，就變成要特定再設計一個表格來敘述說明，這個開發的費用可能又要院所自己來承擔，所以才特別請總署可不可以？因為這個變成我們後來 7 到 10 天才收到報告，而不是我們當天開刀就可以送出去的，因為我們不知道病理切片報告是怎樣。

主席

請盧醫師。

盧榮福代表

我來說明一下，因為我在共管會議的時候，高屏業務組是希望這個上傳率增加，以我的院所為例，我合約的檢驗所和高屏業務組已經談過好幾次，檢驗所是說，高屏組要的資料，他們沒有辦法，因為檢驗寫的單子沒有辦法完全 catch 到電腦程式資料，另外我的電腦公司告訴我，他有配合的檢驗所，如果換成他配合的檢驗所，我檢驗的部分就可以完全轉移過去，上傳就很方便。而我現在的檢驗所，他配合的電腦公司不是我診所的電腦公司，所以沒有辦法抓到我的資料庫，問題就出在這裡，如果將我原本配合的檢驗所改成我電腦公司配合的檢驗所，上傳就都沒有問題。高屏業務組已經跟我的檢驗公司已經 touch 過好幾次，我的檢驗所是說，你們健保署要的資料，因為他電腦公司抓不到我的資料，只有我的電腦公司才可以抓得到，現在就是健保署要的資料太複雜，他沒有辦法，也就是我寫的檢驗單出去後，沒有辦法把要的格式都寫在裡面，所以檢驗所的電腦公司沒有辦法去抓到這些東西，問題是出在這裡。如果我去換成我電腦公司的檢驗所，那就很簡單，就可以上傳，但是沒有辦法每一個診所都可以這樣去換成他電腦公司配合的檢驗所，所以問題還是出在署方要上傳的部分，可能欄位太多，檢驗所沒有辦法去抓得到。

主席

請振國。

黃振國代表

這個問題很難解決，理由是我們的軟體與健保署接軌需要一個專業的軟體。現在的問題是軟體要增加功能，資訊軟體公司就要跟我們多收費用，必須從檢驗所端的資料 input 到我們的資訊軟體公司的系統，系統端再透過它的特殊軟體即時上傳到健保署的 VPN，之前有建議根本解決之道還是請健保署資訊組這端，在我們申報費用時，必須同時將檢驗結果傳上來，這是 finally，解決應該要一步一步來，我覺得這步先達到，申報端因資訊軟體公司有義務幫我們完成申報，所以就沒有費用的問題。這是 finally，所有的資料都一定會上來。第 2 是時間的問題，現在最大的問題是一般醫院的人力、物力都分工很好，比如說今天病人抽血，第 2-3 天或 1 週後回來，在診所端很少有專人在 catch 這個 data，我們什麼時候去 print 上去，所以我為什麼要強調還是申報，申報就可以自動電腦篩選，只要他沒有結果進來，他就會整個剷除。我想這個可以減少很多事後健保署的查核，現在的問題

在我們有些人擔心，比如說你今天勾選三項檢驗，但是結果因為它時間差，只上傳了一項或兩項，我們也遇到過，因為病人有開單子，但他後來沒來，我們的做法就是事後刪除，不然就會產生誤報或多報，甚至溢報的情形，甚至醫療院所反映真的很怕遇到醫管，因為會查說醫療院所刻意多報，所以時間上真的希望務實上傳資料完整性。還有重要的是那些結果的確有一個及時的需要，比如說這個值給 A 診所已經做完了，先到 B 醫療院所能夠馬上知道，實際上以我診所為例，我是每個病人一定給他一個紙本報告帶走，我期待他到其他院所的時候，第一時間給接手的醫師就能夠有 information，我從開業到現在沒有不給的，所以我們應該勸導說，檢驗的結果要除了口頭或 VPN 以外，假設你不能上傳，必須提供書面給病患，這個目的是在醫療服務不中斷，所以我覺得兩個方面可以去推動，第一個要求到申報要務實，就是隨著你申報檔上來，申報的項目也都必須有結果上來，我們的資訊軟體就能檢測知道有沒有多報，如果沒有結果就扣掉就好了，之後有結果，我們再給出這個錢，我想這個可以解決問題。第二，在我們沒辦法上傳的時候，要要求醫療院所，在民衆來時，若沒辦法給 VPN 的上傳資料，就提供書面資料，因為這樣也很清楚。今天你若到第 2 家醫療院所，在這 1 家已經做的詳詳細細，有做沒做也一目了然，這樣說就醫的方便性和完整性沒有中斷。第三階段如果可行的話，我們再責成我們的軟體公司能夠配合，因為既然每個月都有申報也不差那個時間，是不是可以多寫讓我多上傳幾次，這樣子就自然而然的推廣到所有的醫療院所，這是個人建議。

主席

謝謝，請楊院長。

楊宜青代表

我非常同意振國代表的意見，把申報跟檢驗上傳結合在一起的話，行政上就會克服很多問題，像檢驗所的系統不一樣，投資這個部分會有差異性，有些有投資的，當然他就順利上傳，有一些相對比較晚投資的部分，當然就會要求其他的，基本上在檢驗所檢驗的部分其實還是相對的成本是比較低一點，應該是可以負擔上傳的部分，只要健保署的這些欄位定義及格式非常清楚的情況下，應該在現在的資訊系統要去做這些架接是沒問題，這些是要重新投資，但診所可能會有一些問題，這個部分再做討論。

主席

請主委。

黃啟嘉代表

其實檢驗上傳對於病人的照護影響很大，如果說我們把這個當做一個主要的 topic，我記得最近健保署開會就是由葉主秘主導一個 HIS 系統的公版，我覺得這個 HIS 系統要把所有東西變成公版，可能要有一點時程，但我們是不是可以把檢驗這部分先弄出一個公版，要求各電腦廠商在架接時，就不需要再收什麼費用，也就是做一個協助，變成是這個廠商想要接健保業務，就必須接受健保署的這個公版，否則就不要來參加，可以退出這個市場，讓其他人接手願意免費去承接健保署的這個公版的檢驗上傳，接著再要求所有院所配合，因為這個公版並非只有基層可以用，也要讓醫院能夠使用，這個電腦的資料庫就會是健保署的一個檢驗資料庫，這樣對民衆的就醫品質一定會上升。

主席

我們在籌備公版的那塊，等一下請同仁補充一下，請王醫師。

王宏育強代表

講一下我個人經驗，記得我最後一次當主委開會時就是提倡這個，當時為什麼這個比例會這麼低的困難是這樣，就是我在高雄是找最大的優品檢驗中心，他說要把資訊傳給我的資訊公司，接軌需要 1 萬元，資訊公司說若接軌健保署還要 1 萬元，總共需付 2 萬元，付 2 萬元後，大約 3 個月都會收到幾百元的補貼。我剛才也有抱怨說準備那麼多，為什麼都 3 個月才幾百塊，健保署高屏業務組調查才知道因為我常常都超過 24 小時上傳(本診所護理師說:我診所都 24 小時內上傳)，所以我要回應的是因為有的檢驗 25 小時後上傳也沒關係，所以是不是第一階段的鼓勵是 24 小時，一筆給 1 元，超過 24 小時到 3 天內就給 0.5 元，這樣比例也會比較高一點，接下來就是回應振國跟啟嘉講的，就是慢慢看，是不是這個接軌可以解決自動上傳的問題，因為你說小型診所繳了 2 萬塊，3 個月領個幾百元，大概像我這麼傻的人才會做這種事。

主席

2 萬塊是一次投資，隨著時間會慢慢領回來，請洪醫師。

洪一敬代表

我自己有慘痛的經驗，事實上並不是都是 2 萬元，我配合的資訊公司跟我說，如果要寫一個軟體要花 1 萬 2 千元，若是要修改的話，也要

1 萬 2 仟元，我問中區業務組說，因為上傳的項目一直在改，所以現在付 1 萬 2 仟元，下次如果改了，還要再付 1 萬 2 仟元，因為健保署這邊的資料一直在修改，所以真的需要公版，而且電腦公司都配合的話，就不用再額外付這些錢了，否則健保署只要改一個項目，我們就要再付一筆錢修改，另外就是，目前診所申報的方式有 2 種，1 種是診所自行申報，一種是由醫療單位代檢，但若電腦公司不是代檢單位配合單位的話，電腦公司就要跟他收費，電腦公司也會跟診所收費，所以電腦公司會收 2 次費用，現在問題是電腦公司跟代檢單位若不是很 match 的情況下，就會收特別貴的錢，接著電腦公司就會跟我說，希望我改一家代檢單位，且代檢的檢驗所也會希望我換一家電腦公司，就會變成這種現象，所以說健保署若可以提供一個公版，應該付的費用可以先說清楚，因為各家電腦公司跟各家代檢所之間的關係不同，會收的費用不同，跟診所收取的費用也不同，這是基層目前遇到的困難，因為基層檢驗項目不多，但上傳獎勵金才幾百元，卻要花的費用 1 萬、2 萬這樣，而且也不是只收 1 次，以上說明。

主席

好，請問公版開發進度是誰在負責？請右鈞。

醫務管理組林右鈞科長

是資訊組，我剛剛已與資訊組聯繫，他們之前有找醫事團體討論過，最近因為疫情跟疫苗的事情，所以那一塊討論完後就先停下來。目前系統還沒有整個設計上來，之後會再研議討論。

主席

進度呢？

醫務管理組林右鈞科長

目前還沒有具體的進度。

黃啟嘉代表

我先說明資訊組開的那個會有找我，為什麼找我呢？因為會議時間是上午，我本來認為盧理事長應該要來參加一下，因為實際是內科、家醫科在使用的，所以建議會議儘量不要在上午召開，因為有需要參與的醫師，大家也都會很樂意提供專業的意見及使用者的建議。

主席

開會最好是下午？

黃啟嘉代表

最好是下午開會，盧理事長及宏育代表他們就可以，那天就是我跟 2 個會務人員，其餘都是其他醫事團體，當時我就一個想法就是公版本身也是基礎建設，就好比當初 VPN 是全面性的，不要說有些要行政措施，有些要寬頻，有些有裝，有些又沒裝，同樣的，檢驗上傳也不要有的有，有的沒有，全面都使用，這樣才是基礎建設，另外開會討論儘量在下午時段，能夠參與的醫師會比較多一些。

主席

其他還有嗎？請黃副院長。

黃信彰代表

我想大家看到這個比例就知道執行率有問題，所以我同意應該由健保署提供公版或一定的方式，讓資料能夠上傳，最重要的上傳至健康存摺，有檢驗(查)等報告，大家不要重覆執行。但是這其中的複雜性大家要知道，上傳並非只需有資訊人員就可以，上傳裡面的檢驗(查)報告數值內容應該要怎麼轉換，因各家檢驗報告的單位不同，所以才說這是一個很高難度，因為基層委託的代檢所，一般規模都不大，再者他的檢驗儀器跟醫院的也不一定相同，檢驗報告數據的單位也不一定相同，所以若沒有署方來進行統整的話，上傳上去也會造成困擾，所以要請署方的資訊組協助。另外最近署方也談到檢驗(查)可能要收部分負擔的問題，檢驗(查)報告上傳可能要一併加快的執行。

主席

請洪醫師。

洪一敬代表

我想請問就是我診所人員反應，糖尿病共同照護計畫上傳 VPN 很順，檢驗(查)上傳有沒有可能開發到像糖尿病共同照護計畫那種上傳方式嗎？

主席

現在糖尿病共同照護的上傳透過 VPN，也都是參加計畫的院所自行上傳的，我們也沒有提供公版。

洪一敬代表

那個沒辦法上傳 VPN 嗎？

主席

那個也是上傳檢驗值。

洪一敬代表

對，這一套能不能夠直接使用？

主席

也沒有這一套，這也是院所自行上傳的，我們也沒有為他設計那一套。

黃振國代表

這可能洪醫師被收錢不知道，早期像高血壓試辦計畫，檢驗所向我們收了一筆錢，後來計畫 2-3 年後就胎死腹中了，舉這個例子是因為都是檢驗所在執行，像糖尿病共同照護計畫，你也許在服務範圍內給他服務費，所以已經把上傳的機制都寫在服務範圍內，而糖尿病試辦計畫有 2 個方式，1 個是機上、另 1 個是透過 VPN，在 VPN 直接登打，目前執行方式是這樣，不外乎都是資訊廠商，資訊廠商都有各自的顧慮，都有各自的商業模式，包含聯合攏斷、聯合漲價等等，其實在座的代表應該都深受其害，一直希望說不要受限於廠商，也希望健保署能夠幫忙，另外我要提的是剛剛啟嘉有提到，就是有一場藥品替代率的會議，也是排在 3 月 4 日上午 10 點，因為會議在早上舉辦，這會讓我天人交戰，因為我必須要犧牲我的病人，很多多重慢性病患都是早上來看，所以我在考慮是否要出席，假如我沒辦法出席，必須跟醫審組抱歉。

主席

好，其他代表有沒有意見？有，請相國執行長，再來是王理事長。

陳相國代表

主席、各位代表，我想請教署方就是所謂的檢驗結果上傳率，請大家看到討 2-3 頁的(二)說明 108 年的上傳比率都很低，我們去分區業務組開會時，他們解釋是說檢驗(查)結果上傳率的計算是指「誰申報、誰上傳」，比如診所檢驗做了 1,000 件，其中 900 件是 HbA1c、血糖的檢驗；100 件是胃鏡、超音波、EKG 等等，診所自己申報資料上傳，剛剛署方解釋說現在有合併計算，可是我認為是沒有，因為有說到 XX 診所只有 20 幾件需要上傳而沒有上傳，所以才希望可以合併計算，檢驗所有上傳的話，若可以合併計算，上傳率的數字就會很好看，聽說現在檢驗所上傳比率達 6-7 成左右，且他們也一直很配合署方的政策，所以如果診所是委外檢驗的話，數字就會好看很多，指標的達成率也會高很多。

主席

好，謝謝，待會請右鈞科長回復是否有合併計算。接著請王理事長。

王維昌代表

謝謝，我們健保的業務什麼都很好，惟有檢驗數值上傳，其實看到醫院檢驗上傳部分都很好，但基層都看不到，而我剛剛特別問了資訊公司，他們說真的很困難，所以才說公版是一定要，再者，剛剛相國提到「誰申報、誰上傳」這才重要，因為診所負責看病，那些數值要上傳是有點困難，而且檢驗所也有申報健保費用，他就要負責上傳，所以將事情分清楚是很重要，我覺得臺灣 ID 做的很好，也許也可以請唐鳳來看看為什麼健保做那麼久，卻做不出來。

主席

好，請右鈞科長，可以回復嗎？

醫務管理組林右鈞科長

目前看起來是誰報就是誰上傳，而且若是釋出的案件，就會計算在檢驗所那邊，而不是診所這邊。

主席

所以現在看到的比例就是「誰申報、誰上傳」的比例？

醫務管理組林右鈞科長

對。

主席

沒有將釋出的部分合併計算，對吧？就是檢驗所申報那塊沒有算進來？

醫務管理組林右鈞科長

對。另外剛剛有代表提到是否可以在 VPN 上面直接 key in，類似 P4P 的概念，其實在 VPN 上面有一個路徑是可以單筆 key in，是有這個功能。

主席

這個案子最主要討論品保款方案的修訂，全聯會提到第 1 個是提高「HbA1c 或糖化白蛋白報行率 \geq 60%」的指標權重，這個就同意了，第 2 個提案就是「檢驗(查)上傳率 \geq 70%」，這是原指標內容，這部分就維持不修改，本來應該要再往前進，既然大家那麼困難，我們就還是暫時維持，但還是很多人沒有達成，所以還是希望大家儘量達成。請

徐醫師。

徐超群代表

主席，那是不是剛才講的檢驗釋出，不算在診所這邊？

主席

是的，不算。

陳相國代表

現在是沒有算？

主席

對，現在的算法是「誰申報、誰上傳」，所以現在就是若你申報 10 件，那麼你就必須上傳 10 件的概念，比例也是用這個分子、分母的概念計算，至於你說檢驗所申報，檢驗所那邊也有計算上傳率，所以不可以把檢驗所那邊上傳的數值搬過來診所這邊，那檢驗所的上傳率要怎麼計算？檢驗所也要責成他上傳，因為既然他申報，那麼他就要上傳，所以每個跟我們特約的檢驗所，也有上傳率的要求。

黃啟嘉代表

其實檢驗所的上傳率，應該是西醫基層的整體品質才對。

主席

但品保款是計算各別院所的努力。

黃啟嘉代表

我這麼說，其實檢驗的部分很少是由診所內部在做的，基本上都是委外，但委外會有 2 種情形，1 種是由檢驗所申報、1 種是由診所申報，而若是由診所申報的話，診所就要付錢給檢驗所。當然由檢驗所申報這部分是沒問題，問題是診所要申報，可是他可能以為是檢驗所要申報，在思維上未必能夠區分的清楚。

主席

你說檢驗所未必分的清楚？

黃啟嘉代表

包括診所也是一樣。

主席

你必須要自己分得清楚。

黃啟嘉代表

檢驗所分不清楚也是有可能的。

主席

對，可是你自己要分得清楚。

黃啟嘉代表

我是指上傳的這件事情，不管是檢驗所上傳還是基層，都屬於基層服務的一環。

主席

我同意，如果看整體的話，就要合併計算，但品保款是看個別，因為必須要核發獎勵金，所以要看個別院所是否有把個別的責任盡到。另外一個就是「誰申報、誰上傳」這件事情，大家應該要同意。既然做這個檢查，不管是你自己做還是委外做，總之費用是付給你，你就有責任將報告傳給我們，其實上傳有2個目的，一個是check是不是真的有做，另外一個是做之後的結果可以分享給別人，所以這是2個目的，如果像黃振國醫師說的只有第1個目的的話，就不用24小時內上傳，可以申報時併同上傳，確定真的有報告才支付，但這已經是次月的事情了。但建立雲端想做的事是分享資訊，同時也check你是否有做這項檢查等這2個目的。所以才會有即時上傳給予獎勵，但若沒有即時上傳，只是沒有給予獎勵，但還是必須要上傳，是逾期上傳，而為什麼要24小時的原因是因為自由就醫的關係，民眾有可能到這邊院所看看，再到那邊看看，假定你能夠分享，那民眾就可以減少不必要的再做一次，達到大家利益共享的效果。但基層現在確實是做的不好，但現在若打破規則，變成誰申報，不一定是由誰上傳的話，之後就會變成沒有責任可言了，所以你們回去再思考，是要由你這邊申報，還是檢驗所那邊申報，先將這點釐清。若是你要申報，就有責任將檢驗報告上傳上來，因為站在我們的立場，完成不知道是你們做的還是檢驗所做的。

黃啟嘉代表

那有沒有可能是診所申報，但由檢驗所負責上傳，就是他可以跟檢驗所達成協議。

主席

我們怎麼知道？所以你要想清楚，如果你要報，你就要負責上傳，反之，如果你不想報，就請檢驗所報，我們就付錢給檢驗所，就會要求檢驗所要上傳，如果檢驗所沒有上傳報告，我們也不會付錢給檢驗所，

這是最合理的，但現在最困難的是說，我們想要同時達成 2 個目的，1 個是資訊分享、減少浪費，1 個是確定檢驗是否真的有做，而第 2 個目的更是重要，因為如果你一直申報，卻沒有報告，我們也不知道是不是真的有做，而且點值也會被稀釋，我想這也是在座各位代表不樂見的，對不對？所以 check 這件事很顯然也是個義務，只是以前我們同意你只告訴我說你做了 HbA1c，沒有要你提供檢驗報告，相信你申報就會有這個報告，但因為現在資訊很發達，又要達到資訊分享，所以這 2 個目的只需要一個動作就可以同時達到，因此才會有這樣的要求，而目前是逐步在努力當中，而指標訂在上傳率 $\geq 70\%$ ，而有做就應該要上傳的前提下，達成率應該是 100%才對，70%只是保守的比例，而院所的資訊系統如果 OK，不應該 70%都無法達成，反之，若不 OK，可能 1 件都無法上傳，所以現在就是說有沒有公版的可以幫助大家，可是現在大家沒有時間可以一起討論，但還是可以看到大家還是有在上傳，但不盡理想，比如說診所做了 100 件，但只傳了 60 件，其餘的 40 件為什麼無法上傳？這讓我們覺得很奇怪，為什麼有的可以，有的卻不可以，合理而言，如果有的可以上傳，理當全部都可以傳得出來，所以要認真思考上傳的目的及意義，而這指標加入品保款是種鼓勵性質並不是扣錢，也就是有做到就給錢，現在品保款全年有 2 億多，如果大家 share，多少也是一個收入，共創多贏，所以這個指標還是必須要放。

盧榮福代表

像我的診所是委外的，他一定有把資料報到健保署來，要不然他怎麼申請費用？

主席

是的，所以現在要要求。

盧榮福代表

對，我報給他的，為什麼沒有抓到盧內兒科報的東西？為什麼沒有記錄說我診所有報？

主席

如果盧內兒科診所不想報這個檢驗(查)報告，那就請檢驗所來申報。

盧榮福代表

你要怎麼報，1 塊錢都拿去都沒關係，那他為什麼不報？

主席

你全部都委託檢驗所報？

盧榮福代表

對。

主席

那你就不用提報告了。

盧榮福代表

那為什麼高屏區業務組抓不到盧榮福診所的資料，他也知道上傳 1 件 1 元，他為什麼不報？這中間一定有盲點，就是說他要報的時候，中間有欄位的資料沒辦法從我的資料庫抓到，這個盲點要去解決，而不是在說什麼目的。

主席

盧醫師的意思是說你沒有報嗎？

黃啟嘉代表

盧理事長並沒有申報。

主席

你沒有申報，應該就不會要求你要上傳，因為在申報檔內並沒有你的申報。

盧榮福代表

我跟檢驗所說請他幫我上傳，我請高屏業務組去跟他協調。

主席

這要講到這是誰申報？

盧榮福代表

檢驗所申報。

黃啟嘉代表

盧理事長的意思很簡單，就是申報費用是由檢驗所申報，但他也希望檢驗所可以上傳，但他後來去查上傳的資料是找不到的。

主席

但這是檢驗所的責任。

黃啟嘉代表

檢驗所已經有上傳了，但好像有問題。

盧榮福代表

檢驗所要上傳，但說裡面的欄位太複雜了。

主席

那請他跟我們的窗口聯繫。

盧榮福代表

高屏業務組溝通過幾次，可是都沒有辦法解決。

黃振國代表

這就是我剛剛說的，就是差別在資訊系統，事實上檢驗中心也有自己的資訊廠商，有的資訊廠商是自己寫的軟體，有的是委外，現在問題是檢驗所的資訊廠商要上傳到健保署的接頭有問題，這中間是無法 match 的，現在不管是檢驗所或是診所要上傳，問題都在資訊系統。

主席

就檢驗所而言，他是收集了很多院所的檢體，所以他其實是比較有經濟規模去執行上傳的，而對診所而言是散戶，因為檢體量不多，但要做相同的投資，就不經濟。你自己要好好想想，究竟是由誰申報比較恰當？

王維昌代表

報告主席，其實今天講得很複雜。

主席

應該沒有很複雜。

王維昌代表

簡單來講，只有 2 個，就像藥品調劑，1 個是由藥局調劑，1 個是診所自己調劑，所以如果是藥局調劑的話，所有的費用都產生在藥局，所以藥局要負責申報，這沒有問題，但若是診所自己調劑，就自己申報，這就很清楚，就誰負責申報，誰就要上傳資料，就像啟嘉剛剛所講的，我這邊申報，可是由檢驗所那邊幫我上傳，這就不對了。所以檢驗完全釋出，就跟藥品調劑一樣的道理，就要由檢驗所那邊申報。

主席

所以說針對這件事情，如果大家不想花太多力氣上傳的話，就直接釋出給檢驗所，他就一定要上傳，否則我們就不會付錢，對不對？但因為他是集中大家的報告，他有一定的經濟規模，跟個別診所相較，診所只是散戶，也許檢驗所收集了 30 家，而你只是其中的 1/30，若做這動作是不經濟的，大家就會怨聲載道，所以大家回去自行評估看看，

如果你根本沒有幾張或者可以再計算看看怎樣才划算，所以你的責任不一定要這麼重，都壓在你身上，但你又做不到，可是又很難釐清，是吧？請洪醫師。

洪一敬代表

剛才講這個有些盲點，因為檢驗所收了很多家診所檢體，檢驗所要上傳報告，需要診所的電腦廠商配合，不然資料沒辦法做得到，所以電腦廠商要向檢驗所與診所收費，現在情況就是這個樣子，以我自己親身的經驗，檢驗所說收件的診所僅此 1 家電腦公司，他跟檢驗所收很貴的錢，因為這個量不是很大，就會變成這樣子。

主席

我想檢驗所的問題不用替他擔心，這樣會擔心不完，因為如果他領不到錢，他就會去想辦法，但是如果你要把錢綁在你這裡，那麼你就要想辦法將資料上傳上來。

洪一敬代表

我碰到的情況是這個樣子，我是診所去申報費用，而我是委託檢驗所，而檢驗所是委託醫療機構做，而不管是檢驗所還是醫療機構要上傳的時候，他就要跟我的電腦公司配合，他才抓得到資料，現在是情況是如此。

主席

你要申報費用，你就無法脫離這個責任。

洪一敬代表

我現在的問題是檢驗所或是醫療單位跟電腦公司本身沒辦法配合。

主席

那是他的事，你不用替他想太多。

洪一敬代表

不是，不是。

主席

他們談不攏？

洪一敬代表

為什麼他們談不攏呢？因為電腦公司說只要改一個程式，他就要收一次費用，或者改一個欄位、單位。

主席

要由檢驗所付錢嗎？

洪一敬代表

對，要由檢驗所付錢。

主席

可是你並不是檢驗所。

洪一敬代表

因為檢驗所就會認為為什麼我不換一家電腦公司，因為檢驗所也有自己配合的電腦公司。

主席

不是，如果是檢驗所資訊廠商的問題，他可以換廠商，而你也可以換檢驗所，這個市場是可以自由選擇的。如果他一定要這樣講，而你不行話，你也可以換一家檢驗所。

洪一敬代表

檢驗所收很多家診所檢體，他就會有很多電腦公司要配合，他可以跟A電腦公司、B電腦公司配合，但無法跟C電腦公司配合，因為C電腦公司要收錢。

主席

理論上，你的電腦廠商及檢驗所的不一定要同一家，因為是各自申報，但若是你覺得你的檢驗所一直在盧一些有的沒的，你也可以換檢驗所，另外，如果你不申報，就由檢驗所申報，而檢驗所的問題，他就必須要自己克服，我是認為如果這兩個沒有硬是綁同一個電腦廠商，或者又綁什麼在一起，並沒有那麼複雜。

洪一敬代表

沒有，他是現在給我建議，因為像委託另一個醫療單位做的話，是不是可以由醫療院所直接上傳？

主席

你把處方簽釋出給誰，誰就要報、就要上傳。

洪一敬代表

可是他要上傳的時候，他需要我的電腦公司跟他配合。

主席

沒有，因為你已經釋出了，我們可以由後端來勾稽。

洪一敬代表

就跟盧醫師的情況是一樣的。

主席

沒有一樣，盧醫師的情況是他並沒有申報。王醫師。

王宏育代表

我們現在如果檢驗中心只有 1 位醫師，你一定要讓檢驗中心申報費用，如果檢驗中心有 2 位醫師，就可以檢驗中心申報或者是診所報，但如果由檢驗中心報的話，診所不用參加這場比賽，診所就不列入計分。但如果由診所我們自己申報，就是我們的，所以如果 2,000 家診所其中只有 800 家上傳，就只計算這 800 家的分數，另外如果診所檢驗給別人報，超音波自己報，超音波如果只有 3 件，報了 3 件，上傳率就是 100%。所以理論上，像盧理事長例子就不列入計分，他是給別人報的，不參加這個比賽，這樣講就很簡單了。

主席

舉例就像消化性的科別，有內視鏡也有檢驗(查)，而檢驗(查)全部委託檢驗所做，因為你沒有自己做，那麼那一塊就不歸你的分母了，而內視鏡的部分是自己做、自己報的，100 件裡面有 80 件都是檢驗(查)，其餘 20 件是內視鏡，你的上傳率的分母就是 20 件，只要 20 件都上傳，你的達成率就是 100%，可是若只送了 16 件，剩下的 4 件為什麼不能上傳？難道是系統的問題嗎？也不是，因為如果系統有問題，之前的 16 件已經送了，為什麼 4 件無法上傳？這我們就不曉得原因在那？而你委託的 80 件檢驗(查)，就要由檢驗(查)的公司上傳，跟你這邊就無涉，因為就不列入你計算的分母了。

盧榮福代表

還有剛剛提到我的檢驗資料在雲端看不到。

主席

這就是他有問題，他沒有上傳，現在是他申報，我們有付錢，但以後是要有報告，我們才會付錢，如此才能夠釐清很多問題，否則大家都一直報項目，可是我們卻不知道民眾是不是真的有做這項報告，對不對？請徐醫師，最後一位代表。

徐超群代表

主席，剛才講的是沒有錯，但沒有考量到一個問題就是，我們檢驗釋出的部分都是「數值」，所以他很好上傳，但留下來自己做的部分，像

EKG、超音波等都是影像檔，就診所而言，要報一個影像是非常困難的，而你做了那麼多的檢驗(查)，80%都是檢驗項目，檢驗所上傳率約為100%，但你自己留下來的只剩下像超音波、EKG 這些，你的上傳率變成0%，因為要傳一件這個影像檔非常困難，所以如果可以將釋出的部分都算成是自己的業績的話，那就達到80%了，這樣比較合乎說診所是不是真的有做檢驗上傳，因為留下來的都是很困難上傳的，而比較好傳的項目被檢驗所傳完了，所以比例非常低，如果可以把他回歸的話，就沒有問題了。

主席

愈講愈大哉問了，因為檢驗(查)有些也很昂貴，我們也是希望看到報告，確定檢查是有做的，這也是很合理，所以請大家各自努力吧!這指標就維持不動，暫時維持不動，但還是請大家一定要努力，因為我們會做到不上傳就不給付的階段，接下來第三案。

討論事項第三案：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，提請討論。

主席

好，請問有沒有意見？今天兒科醫學會有到場，有秘書長及常務監事，請他們先說。

台灣兒科醫學會彭純芝秘書長

大家好，我是兒科醫學會彭純芝醫師，首先感謝主席及各位代表，可以讓兒科醫學會的提案重新被檢視，我們的訴求期待說在整體費用加成上，可以比照內、外、婦科都是13%，就是9%外再加上4%，我想今天的會議討論當中，可以看到兒科真的是谷底再谷底了，非常的弱勢，再加上現在的少子化，已經在16萬的保衛戰當中，下一波的少子化會再次衝擊兒科的市場，而兒科醫療本身的收入很少，門診診察費幾乎就是基層醫療的所有，所以在這部分還是期待整個制度上，可以因少子化給兒科這一群有更多經濟的投入，讓未來不會讓兒科這麼快的崩盤，尤其在對3歲以下的看診，本來應該是鼓勵民眾可以由專業的兒科醫師進行診療，但反而在3歲以下的看診，兒科醫師的付費會比內、外、婦科看診的醫師還少，在這種制度的設計下，聽起來就有點奇怪，我們期待這部分可以讓兒科比照內、外、婦科的加成，雖然在這整個當中，有提及4-6歲本來就有20%的加成，但我們知道4-6歲兒科看診，是更難控制及接近的一群，所以我們很肯定當年委員們的遠見，

可以在 4-6 歲的這群給我們 20% 的加成，可以讓我們整個兒科在近 10 年來，由 30 萬的人口一直到 20 萬，現在下降到 16 萬不到，還能夠毅力存活，但接下去少子化的影響會更為嚴峻，所以我們會覺得相對於醫療人口的族群，雖然少子化的國安危機，很難靠單一因素改善，但醫療品質、醫療水準能夠被掌握住，更多的挹注，我們學會覺得是制度設計上，應該要去思考的地方，以上先做這樣的說明，接著請常務林醫師再做補充。

主席

好，請林醫師。

台灣兒科醫學會林釗尚常務監事

關於這個案子，最早在去年之前，就有看到前 30 人次 3 歲以下的加成，兒科就比其他內科、外科、婦科都少，其實之前就有抱怨的聲音了，其實兒科醫師看前 30 人次 3 歲以下的兒童，已經是專科醫師，但給的診察的給付反而是偏低，這樣其實讓別人很納悶，之前的共擬會議通過，內、外、婦科專科醫師加診到 33%，而兒科專科也只加成到 29%，這樣還是再被打擊一次兒科的專業，所以在兒科醫學會才會提出這案，希望健保署能夠再重新擬議，針對前 30 人次 3 歲以下的加成，能夠比照內、外、婦科的加成到 33%，其實大家可能都沒經驗，因為看兒科門診都會需要再多一個跟診的護理師，幫忙抓小朋友，這是一個必定的成本，另外，第二個重點是 4-6 歲的小朋友，你要幫他打針、抽血等，就要再多 1 倍的人力協助，所以基本上在之前 4-6 歲的加成，是因為有這樣的狀況，因為兒科在看 4-6 歲的兒童，會比較需要 2-3 倍的人力協助，另外按照這種制度下，會比較有趨吉避凶的效益，在同一個診所內，內科、兒科同樣看前 30 人次，就會差距比較大了，所以兒科醫師可能就不太會想去偏鄉地方，跟大家報告一下，所以還是希望能夠修正 0-3 歲的加成跟內、外、婦科是一起的，謝謝。

主席

好，除了黃振國醫師要發言外，還有沒有其他兒科醫師要先發言？

塗勝雄代表(吳欣席代表代理人)

大家好，我剛剛很認真的看相國執行長的報告，有關 109 年的點值拉到超過 1，最大的貢獻主要是耳鼻喉科跟兒科，那我仔細看了件數的衰退率，全年全國平均是 11%，但醫療費用衰退 3%，但兒科衰退 23%，醫療費用衰退 17%，接著再看看費用的部分，兒科的診療費是 18%，另

家醫科是 61%、內科是 134%、外科是 229%、婦產科是 190%，都是兒科的 5-10 倍，事實上兒科的每件點數，精算一下大約是 521，而全國的平均點數是 675，就差了 154 點，再加上現在少子化的關係，今年 1 月大概不到 1 萬的新生兒，很可預期的是占率會愈來愈低，很有可能發生醫院的兒科找不到住院醫師的困境，像之前 4 大皆空的樣子，所以希望大家能夠體量兒科的立場，謝謝。

主席

好，謝謝塗醫師，我看還有副理事長是兒科醫師，先請副理事長說明。

林應然代表

謝謝大家這麼關注兒科的議題，其實我知道黃振國醫師是個精算師，精算誰多、誰少，可是我舉一個例子就是大家都在說兒科已經有 3 歲以下的加成，而且大部分都是你們在看的；大部分 4-6 歲的兒童也是你們在看的，所以你們的加成已經很多了，所以不用再加到那麼多了，大概主要是這個議題，不過我要強調就是說，我們看幼小的兒童，因為他困難，很難搞，所以才會加成，並不是先天性就有優勢，就像之前醫院的處置費，看 0-6 個月的幼兒有 6 成的加成、看 6 個月-2 歲有 3 成的加成、2 歲到 6 歲有 2 成的加成，類似這樣，因為這年紀的兒童很難搞，就好比打針，在兒童是一件多麼困難的事，而在大人就變得很簡單，就是這麼單純的事情，所以小朋友在做超音波、心導管，因為年紀小、血管小就變得很困難，所以就有加成，這是困難度的加成，並不是先天優勢性的加成，所以我覺得不應該把因為年紀小的加成認為說是先天上的優勢，所以其他的就不可以有，大家應該要先肯定這個論點，4-6 歲的加成過去是針對弱勢科的加成，類似像外科、婦科等，當時內科還沒有進來弱勢科的加成，內科當時可能還不錯，所以當時沒有加成，外科及婦科當時是將經費用在看診第 1 階段的加成，而兒科是用於看診 4-6 歲的加成，但這階段的年齡層隨著時間的演變，當時的人口數到現在又少了多少人次，所以這個因素也要考慮，這個是個動態的事情而非靜態，所以我是覺得大家也要考慮到這個事情，如果大家覺得 4-6 歲的加成只有兒科獨享不公平，那也可以讓大家都可以加成，因為他是容易解決的事情，是不容易看診的事情，所以應該要補充這部分的資料給大家，就是大家看年齡小的都有加成，尤其 3 歲以下加成所有科都有，所以不要認為把年齡小的加成列入先天性的優勢，所以就不可以有其他的加成了，謝謝。

主席

好，還有嗎？王理事長是兒科的嗎？先讓小兒科的先說。

王維昌代表

小兒科今天有優勢，不過我雖然是小兒科，但現在已經走入老年科了，現在看得都是老人，以我們宜蘭縣來講，死亡的人口比出生的還多，總人口數每年會少約 1,000 人，這是個國安問題，我們對小兒科的加乘應該是國家的態度，對老人的加成這次也有加到，但兒科其實比老人科更重要，因為兒科是國家的基礎，小兒科並不是只是幫兒童看診，他還要幫國家做很多兒童照護的政策，而且剛剛林副理事長有提到，兒科 3 歲以下的加成是大家都可以加成的，不是兒科的專利，但今天把所有的科加成之後，並沒有包含兒科，就代表國家對兒童的照護沒有重視，針對這點，再加上出生人口數一直在減少，所以即使加成之後，兒科的點值也不會用到健保太多，所以這部分是國家的態度，所以我覺得應該給兒科支持，謝謝。

主席

好，謝謝，還有沒有發言的兒科醫師嗎？

黃振國代表

我想我們很肯定在座的所有小兒科醫師對全民健康，尤其是對兒童照護的貢獻，針對這個議題我們開了很多次會，我想這個之亂，源自於我們之前的重分配，大家知道對某些科加成，就是擔心某些科的醫師待遇太差會找不到，大家知道原來婦產科是難召，所以政府在前幾年也對婦產科從政策面及利度面給予很多的鼓勵，現在已經滿召到很前面了，這個鼓勵是很肯定的，而剛剛兒科在抱怨的是內科、外科、婦科看兒童的給付比兒科還高，我跟大家報告一個統計數字，內科及外科加起來只有 5%，以現今兒童的加成來看，1-3 歲是所有的科別都可以看，兒科大約看了 5 成多，4-6 歲的兒童中兒科大約看了 4 成多，所以總體而言，大約有 5 成的 case 是給兒科看的，整個 1-6 歲有加成的，其中兒科大約有 6 成多，等於大約 2/3 的兒童有加成的，這是擷取近 3 年的數字，太複雜的再帶回去跟大家分享，所以不是剛剛講的 29%，大家把 29% 乘以 1.2，事實上是 30%，所以現在兒科有 40% 的案件享受 30% 的加成，所以不管是調整前、後，都是西醫基層診察費平均最高的，這已經有數字了，尤其在 109 年度因疫情影響下，大家都緊縮了，兒科的申報件數很多都到第 1 階段，但因為數字不夠精確，所以我就跑了數據分析，爾後如果兒科需要，我可以提供。還有很重要的就是 12 月 11 日有內科代表蒞臨我們的會議，他有說到基層有 2 科

弱勢，除了內科以外，另 1 個是家醫科，大家都知道小朋友很難看，這我絕對支持，但老年人更難看，而現在 4-6 歲兒科的加成是 20%，但對於 75 歲以上的只給 7.5%，而 80 歲、85 歲及 90 歲也都是 7.5%，我就不知道大家覺得家中的老人好溝通嗎？坦白說，我都覺得這加成太低了，我希望我們把照護老人跟小孩的，以病人為中心的方式，之前我有跟兒科的前輩講，你希望我們的調整是照顧看小孩子的兒科專科還是看老年的兒科專科？你現在普遍的調，就是不管他是看小孩還是老年都一併調，可是我們當然清楚醫療的困難度、專業度，就像我們會說為什麼婦產科看一般的感冒比 EMT 的高？大家都一樣，只要內科系的看外科病、外科系的看內科病，都會被抱怨沒有比較專業、照護也沒有比較好，為什麼給付會比較高？其實這是普遍的現象，所以總而言之，如果要改就得改變給付，因為就基層而言，照護病人除了少數專科外，例如精神科、皮膚科甚至外科(外科醫師看外科病人，非指看一般病人)以外，大家看病的內容差不多相近。順便再跟各位說明一下，看 4-6 歲的科別還有一個第三個科別就是「家醫科」，剛剛講得疫情期間最嚴重的前 3 名就都是照顧 6 歲以下小朋友的科別，3 科合計起來約為 80%，所以因為疫情的影響，我們對所有醫界都感同身受，非只有小兒科，所有的科別都受到很大的壓力，所以才要回到以病人為中心，而不再要以某種專科看所有的病都有加成，你在批判某個專科的時候，你也同時被所有的專科批判，也就是小兒科看婦產科的病人也享受高的診察費，看老人也有，看消化系的病人也有等等，這個問題都是一直存在的，我們大家互相攻擊，會沒完沒了。今天這議題很好，我也尊重小兒科所提的意見，我希望 13%不要是天花板，若明年還有預算，希望大家可以往更高的一起走，原則就是我們不要只看某個科或某個單項，應該要整體來看，除了小朋友的加成外，也要尊重老年的加成，而且若不是看自己專科的疾病，加成就不要要求那麼多，不然一樣會被大家批判，應該以把病人照顧好為大家的宗旨，而我希望兒科在醫院端可以比照內科或是婦產科，因為難召的是醫院的醫師，而非基層的醫師，我們大家也知道，很多傑出的小兒科醫院，除了王維昌理事長外，也有很多都在從事居家長照的業務，不輸給家醫科、內科、外科等，以這方向來看，有理由要再要求更高嗎？所以我覺得大家要回去再瞭解，帶回去全聯會再討論，希望健保署能夠包容，爾後如果再提小兒科加成，其他科的加成也請一併支持，大家應該要往這方向繼續努力，我們全部基層醫師都覺得診察費太低了，甚

至比修水電、查水表的或是 uber eats 的都還低，因為今天也沒有付費者代表，我已經有拜託付費者代表及社保司的長官，臺灣全面性低的診察費要通盤考量，所以才說要務實，我們提供的服務內容值得鼓勵的，像高風險的小孩、高風險的老年人或者高風險的疾病的診察費就應該要加成，而不是用普遍性的加成，針對風險因素就給予加成，這樣才會有年輕醫師願意投入高風險的醫師行業，謝謝。

主席

謝謝，請副理事長。

林應然代表

四大皆空是我發明的，是我當時投書在自由時報，我原本寫四大科皆空，但後來編輯把「科」寫很小就變成四大皆空，裡面的內容也是有寫四大皆空，因為我在當兒科醫學會秘書長的時候，真的是四大皆空，你看一大堆的醫療糾紛、值班、ICU 等一大堆問題，唯獨給付沒有增加，所以這個問題後來黃煌雄去巡迴導致弱勢科加成的時候，吳美環當理事長，當時我卸任秘書長，但也代表去全聯會協商，那時候有 9.8 億左右，當時婦產科說他們最慘，後來外科跟小兒科很慷慨，本來婦產科已經先分了幾億，協調後，外科給 3,000 萬，小兒科也一樣給 3,000 萬，所以總共 6,000 萬給婦產科，因為當時婦產科真的很慘，都招收不到住院醫師，因此弱勢科加成是當時開始的，那時候外科、婦科弄到第一階段加成，小兒科 5-6 歲的加成，其實沒有 4 歲，4 歲是本來之前就有的，兒科弄到 5-6 歲的加成，4 歲加成是都沒有的時候爭取來的，是當時蔣世中醫師在醫師公會那邊提案說 4 歲加一加，兒科嚐點甜頭也好，我記得經費大概一年約 400 萬，這件事剛剛藍理事長提到中區的情形，P50 是怎麼的情況，中區的 P50 相當於台北的 P90，而且 P50、P90 不能這樣計算，因為用一個醫事機構代碼是好幾位醫師在裡面，它裡面可能有 3 到 4 位醫師，但婦產科或外科可能只有一位醫師，不能這樣比較，不能說兒科 P50 已經多少，而某科 P50 才多少，不能直接比較，要看看裡面的醫師數，我非常肯定黃啟嘉主委，他是耳鼻喉科我是小兒科，我們都是重災科，我覺得他的理念很好，基層大部分是處理較輕型的疾病，輕型的疾病不應該過於分科，分科的情形應該要減少，就疾病來講，應該要側重，年齡也要側重，凡是看年紀小的或老年人都應該要加成，科別間不應該過分去強調，在基層應該要有這樣的觀念沒錯，所以剛剛也提到這樣的理念，就是要用年齡、用疾病去考慮，也不要限制小兒科只能看局部處置費只能多少百

分比，那些科別只要做這些局部處置就能申報，應該這樣才是對的，某科別看到年齡小的難處理的，老年人也好，現在也沒有限制老年人只有內科可以給付，現在任何科別看老年人都有 7.5% 的加成，所以我很肯定黃啟嘉主委的理念，兒科醫師現在被限制在這裡，兒科每人的申報案件也是很少的，也並非只限於診察費，當然四大皆空是需要被保護，畢竟這是比較側重在看生命的科，當然也非看別科就不是生命，至少他是一個看全身的科，不然你看皮膚科，你給他用皮膚鏡看皮膚也給錢，但小兒科用聽診器聽心臟卻沒有錢，這樣的設計很奇怪，你突然要診斷一個東西，我用聽診去聽沒有錢，眼科用儀器去看卻有錢，皮膚科用皮膚鏡去看也有錢，這個設計很奇怪，那小兒科用聽診器聽心音、摸肚子要不要錢？所以這樣的設計本身就是有問題的，當然兒科也不期待現在就要有什麼改變制度，但至少要把兒科的訴求要能考量進去，這個方案雖然 3 月 1 日已經公布了，但總不能不把這樣的理念考慮進去，謝謝。

主席

好，謝謝。黃醫師還有要講的，請簡短一點。

黃振國代表

剛剛彭秘書長講的，我們真的非常贊成，但因為在醫院來說，小朋友可能大多數集中在兒科的門診，但在我們基層可能 6 歲以下，有 20% 的加成，我建議學會可以往醫院方面著手，因為醫院現在招不到住院醫師，醫院端也許可以比照 6 歲以下不分科，都給 20% 的加成，這樣對整個，尤其是小兒科，那個極重度可能更明顯，這是我良心的建議。這樣也能對兒科的發展，更直接有效。今天基層的待遇越好，醫院越招不到人，因為流動的更快，當然是否在座的全部我不敢說，我們像某些在新竹還有未來的台南很多的小兒科，甚至在基隆，我們很多兒科的診所生意比我好很多倍，但我不太敢講因為來開會的生意都不太好，所以我們看到的是兒科院所專門看兒科的，當然有診所就會直接寫說是某醫院小兒科，所以為何小兒科這麼興盛就是因為有些小兒科生意好到要排隊，但是建議學會可以從比照 6 歲以下加成 20% 的方式，提到醫院的總額那邊，請他們給你們加成，這樣對於你們能夠留下兒科的住院醫師、主治醫師可能會更直接有效。謝謝。

主席

好，今天本案剛剛吳國治醫師質疑為何成案，事實上議程資料有附公文，正本是給本署，副本給全聯會，當然本署可因為收到正本再轉給

全聯會處理，但全聯會因為也因收副本而已經得知，所以就提會溝通，現在看起來兒科也都能互相體諒瞭解，我們幾位專家學者也建議說 3 月 1 日才剛開始實施，而 3 月 1 日這個版本是在短短 1 到 2 週內研擬的 5 版的最後結果，這是歷經了很辛苦的過程，我記得討論的時候林醫師也在場參與討論，沒有嗎？或當時也有其他兒科代表。我想綜整大家多數人的意見，是否先以現行的版本來執行，而今天兒科的心聲，請全聯會也要看到，剛剛討論到在基層不要再分醫師的專科別，是以病人的嚴重度或風險來做未來診察費的調整方向，顯然是大家努力的方向，所以我們是否決議是「請全聯會將兒科的訴求，再次帶回討論」，因為接下來還有開放表別，因為開放表別編列很多的預算，但實際執行數不多，而適用的項目其實沒有真正用在開放表別這個項目上，而是又回到大總額，這與本來規劃的目的是不一樣的，若這樣持續下去，以後將不再開放表別項目多編列預算。

黃啟嘉代表

應該要回歸健保基金，專款沒有用完是回到健保基金。

主席

對，但沒必要多編列。本署每年立意良善的多編列預算，但執行率不佳，也請各位回去為了各專科的和諧，多予考慮。秘書長及副理事長，本案就先討論到這裡，可以接受嗎？

林應然代表

要我怎麼說呢？

主席

今天你們人數也不算少，大家也都有機會發言，他們人數很多也沒有全部都有發言。

林應然代表

也就是說同一時間要考慮診療費等這個項目，每年都講這些，但兒科的診療費申報都是被限制，今天若說要以病人為中心，就應該全部以病人為中心，不要有些以病人為中心，又有另一部分以科別為中心，隨便亂講都可以，所以我贊成黃啟嘉主委的說法，我也同意。

主席

謝謝王理事長，林理事長的意見也非常重要，因為呼應剛剛大家說的，日後在全聯會做任何的決策或建議，要把今天大家講述的部分全部再說一次，回憶一下，儘量往同一方向邁進。今天本案就先討論到此，

我們靜觀其變，因為也非都只有診察費的調整，其他還有很多的機會可以讓大家都做一些彌補。副理事長這樣可以嗎？

林應然代表

我不要講可不可以，因為我今天是代表 2 種身分。

黃啟嘉代表

我跟在座的兒科醫師講，其實你們要非常感謝林應然醫師，他對於兒科對基層的努力；我常常覺得各專科醫學會要多向林醫師學習，

主席

林應然醫師現在是診所協會理事長？

黃啟嘉代表

基層醫療協會的理事長。

主席

是基層醫療協會的理事長，代表基層醫師。

黃啟嘉代表

對兒科貢獻最大的 2 位醫師，一位是林應然醫師，另一位是蔣世中醫師，兩位對兒科的貢獻真的不遺餘力，而且很多兒科權益都是兩位在努力發聲爭取的，

主席

學會的吳美環理事長，還有早期的黃富源教授。

黃啟嘉代表

基層兒科的心聲都是靠你們，至於剛剛所提的問題，應該要回到全聯會討論，大家一起溝通。

臺灣兒科學會彭純芝理事長

主席是否容我再發言一次。其實我們理事長也明白在政策面上及初期執行上要能夠拍板執行前更動，是非常不容易的，也很期待後續有很多制度上的建立上可以思考到我們兒科的相關需求，我們醫學會在此也再次表達其實我們非常尊重全聯會的前輩對整體醫療貢獻的努力，所以本次醫學會的發函也不是要與全聯會及其他 23 個專科對立的意思。

黃啟嘉代表

謝謝，因為手心手背都是肉。

臺灣兒科學會彭純芝理事長

我們其實也是反應兒科會員的心聲，因為有 70%以上的醫師都在基層開業工作，因此該轉達的心聲學會這邊也是要幫忙爭取，而且這與科別間的訓練發展是有關係的，在此再次感謝所有前輩們以及署裡面長官的照顧，感謝能讓我們參與這次的討論，謝謝。

主席

謝謝。

林應然代表

我再講一句，剛剛黃振國醫師說如果基層太好，醫院主治醫師會跑光光，我想應該要說基層這麼不好，連住院醫師都招不到，黃振國醫師這樣講，好像基層要跟醫院要去對抗，你不要讓基層太好，因為秘書長是醫院的人，你就好像這樣會讓醫院的人跑光光，讓我們基層跟醫院在對抗嗎？如果現在基層兒科不好，連住院醫師都不會去申請，更別說醫院的醫師會跑光光。

主席

謝謝。我們就先討論到這裡，接下來如果要在討論更深入長遠的部分，麻煩回到全聯會內部進行討論，謝謝各位，也感謝兒科醫學會的體諒，謝謝兒科代表們的發言，接下來接續討論事項第四案。

討論事項第四案：有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)之門診診察費內含護理費案，提請討論。

陳相國代表

主席請問一下，因為目前時間已經有點晚，我們的代表大部分都先行離席，這議題相當複雜，是否可以延後討論。

主席

這議題是相對較簡單，只是支付標準中內含護理費的部分的點數修改為以比例表達，醫院的情形也相同，昨天(3/3)也剛通過，這完全不影響支付點數，只是表達內含護理費的比例，我認為這是最容易的，也是形式上通過，

吳國治代表

可以跟護理師公會做一個交代。

主席

對，這是回應護理師公會的一個交待訴求，不影響點數，只是這本來

就內含，只是這次支付標準調整，內含點數沒有隨之調整。

吳國治代表

本來是內含沒錯，但是沒有寫出數字。

主席

本來寫點數。

陳相國代表

可是基層沒有？

醫務管理組陳依婕科長

請各位看一下附件 5(討 4-15 頁)，我們這次要修的是急診診察費，還有高危險早產兒特別門診診察費，如急診診察費是寫在備註的第 2 點說明本項的支付點數含護理費 46-73 點，而我們是打算修改為按照比率的方式呈現。

主席

按這樣的修改方式，以後就不需要一直修改，因為診察費可能經常有異動，這是最簡單的修正，不會影響任何支付，只是同步表達。

陳相國代表

只有急診診察費？一般診察費沒有。

吳國治代表

我們診察費上面有寫。

主席

高危險特別門診診察費也有，精神科診察費也有。

醫務管理組陳依婕科長

我們這次修改的是附件上面的 3 項。

主席

在附件 5，討 4-16 頁是精神科的門診診察費。就是附件內的這 3 項要修正。

吳國治代表

原來有的就有，沒有寫的就沒有。

陳相國代表

精神科有嗎？

主席

有，在討 4-16 頁的備註 4 中。以上的修改沒有任何的影響，是進行點數校正及比例修改。

吳國治代表

討 4-16 頁上寫的是精神科的，是嗎？一般科有寫嗎？

醫務管理組陳依婕科長

一般門診診察費有寫，但這次 2 月 9 日公告，於 3 月 1 日生效的一般門診診察費沒有調整點數，調整的是專科醫師加成率。

吳國治代表

其實原本一般診察費是沒有寫的，但現在把金額寫進去就要有立論的根據，原來有文字數字的是可以的，但沒有寫的部分？

醫務管理組陳依婕科長

我們再次說明一下，本次支付標準的修正不管是一般門診診察費還是精神科門診診察費在備註都有寫內含護理費的點數，但一般門診診察費這次沒有調整點數，因此這次修正並沒有處理這項，本次處理的是精神科門診診察費，有調整點數，備註也有寫內含護理費的點數，因此本次修正才會一併調整並修改文字。

吳國治代表

所以現在一般門診診察費上是沒寫的？

主席

是有寫的。

吳國治代表

這次要把這點寫進去？

醫務管理組陳依婕科長

原本的條文是條文有寫，但這次沒有要修正。

吳國治代表

我先釐清一下，現在比較特殊的部分(像精神科)要修正，可是一般的？

主席

可以看討 4-7 頁，一般門診診察費。

吳國治代表

這裡面有寫到護理費嗎？

主席

這是現行的規定。你們的權益沒有因為這次的修正受任何的影響。

吳國治代表

那就是本來有寫上點數的要修改成比例?我們當然是沒有意見,可是本來沒有的話,就不應該再寫上去。

陳相國代表

本來一般門診診察費有寫護理費要幾點嗎?

吳國治代表

在備註的地方有寫。

陳相國代表

有寫點數嗎?

醫務管理組陳依婕科長

有寫 29 到 39 點。

吳國治代表

現在會引起一個狀況,如果現在都去主張這個事情時,有的診所並沒有用到護理人員,到時候會不會有額外的枝節出來?以前沒有強制診所一定要有護理人員,原因是因為當時連病房都開不起來,護理人員太缺人,如果說要這樣處理的話,護理人員就會大量跑到基層來,因為基層是沒有夜診,也不用輪班,這會造成醫院那端護理人員的流動。

主席

但這本來就有寫。

吳國治代表

如果原來有寫現在要改,我是不反對,如果沒有的話,還是要謹慎。

主席

你們可以再核對一下嗎?

吳國治代表

如果有的話就沒有問題。

主席

同仁是否確定原來的條文備註是有寫的?

醫務管理組 陳依婕科長

是的。請看附件 5,支付標準都是用畫線、刪除來標示有修改的部分,如討 4-15~4-16 頁。

主席

討 4-15 及 4-16 頁是本次調整，劃線部分就是原來的文字。大家還有沒有意見？國治、相國，這樣的說明可以嗎？主委，可以嗎？

黃啟嘉代表

我聽執行長的。執行長 OK 我就 OK。

主席

好，本案就修正通過，已經 5 點半了，非常感謝代表們今天開會到最後，有沒有臨時動議？沒有的話，今天會議就到這裡結束，感謝各位。

17:30 散會