

「西醫基層總額研商議事會議」109 年第 2 次會議紀錄

時間：109 年 5 月 28 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

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	梁代表淑政	梁淑政
王代表欽程	請假	莊代表維周	林誓揚(代)
王代表維昌	王維昌	陳代表志明	陳志明
朱代表建銘	請假	陳代表相國	陳相國
朱代表益宏	請假	陳代表晟康	請假
吳代表欣席	塗勝雄(代)	陳代表莉茵	陳莉茵
吳代表國治	吳國治	黃代表信彰	黃信彰
吳代表順國	請假	黃代表振國	黃振國
呂代表紹達	請假	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表孟智	李孟智	趙代表善楷	趙善楷
李代表龍騰	請假	廖代表慶龍	廖慶龍
李代表純馥	李純馥	劉代表家正	請假
李代表偉華	李偉華	蔡代表有成	蔡有成
李代表紹誠	李紹誠	鄭代表俊堂	鄭俊堂
周代表思源	請假	鄭代表英傑	鄭英傑
周代表慶明	周慶明	盧代表榮福	盧榮福
林代表俊傑	林俊傑	藍代表毅生	藍毅生
林代表義龍	請假	顏代表鴻順	顏鴻順
林代表鳳珠	林鳳珠	羅代表倫樾	請假
林代表憶君	林憶君	羅代表莉婷	羅莉婷
邱代表泰源	請假	蘇代表東茂	請假
徐代表超群	徐超群		
張代表志傑	張志傑		
張代表孟源	張孟源		

列席單位及人員：

衛生福利部醫事司

衛生福利部社會保險司

全民健康保險會

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會

中華民國藥師公會全聯會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國物理治療師公會全國聯合會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署企劃組

本署財務組

本署承保組

本署資訊組

本署違規查處室

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

李中月、賴韻如

陳信婷

陳燕鈴、方瓊惠

吳春樺、黃佩宜

吳真蜜

洪鈺婷

林鳳珠、宋佳玲

請假

范貴惠、廖美惠

陳祝美

王慧英

郭郁伶

邱佩穎

馮美芳

陳泰諭

請假

請假

請假

陳靜慈

曾玫富、連恆榮、詹淑存、

許明慈、張惠萍、郭乃文

吳科屏、劉林義、蔡翠珍、

王玲玲、洪于淇、楊秀文、

黃思瑄、魏長麒、楊淑美、

鄭正義

主席：蔡淑鈴副署長

紀錄：鄭智仁

壹、主席致詞：(略)

貳、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項：

第一案 報告單位：本署醫務管理組
案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。
決定：洽悉。

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：

- 一、洽悉。
- 二、請健保署針對疫情對於門診診察費合理量各階段申報件數、點數分布情形進行分析。

第三案 報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 108 年第 4 季點值結算結果報告案。

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：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8957	0.9399	0.9399	0.9869	0.9511	1.0740	0.9344
平均點值	0.9230	0.9579	0.9562	0.9878	0.9642	1.0464	0.9527

第四案 報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險特約醫事服務機構提供因 COVID-19(武漢肺炎)疫情接受居家隔離或檢疫之保險對象視訊診療作業須知」門診診察費加成獎勵費用之特別預算爭取結果。

決定：洽悉。

第五案 報告單位：本署醫務管理組

案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準門診診察費中文名稱修正事宜報告案。

決定：

- 一、洽悉。
- 二、有關 108 年 9 月至 109 年 3 月期間，部分院所未開立連續處方而誤報「開具慢性病處方」等門診診察費，將就其差額予以追扣，追扣費用併 109 年第 1 季結算。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關 109 年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額結算方式，將採「全年結算」案。

決定：本案將再觀察一季醫療費用之增減情形於下次會議再行討論。

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」已上網公開，請轉知所屬會員。

決定：洽悉。

第八案

報告單位：本署醫審及藥材組

案由：藥品短缺情形報告。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

第一案

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)第二部第一章第一節門診診察費之轉診相關支付標準案，提請討論。

決議：本案未獲共識，請中華民國醫師公會全國聯合會再行研議後提會討論。

第二案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表之 2.專業醫療服務品質之「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「剖腹產率」指標修正草案，提請討論。

決議：

- 一、本案未獲共識。

二、有關「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」請健保署進行檔案分析後再議，另請研議「剖腹產率」以年齡校正之可行性。

伍、散會：下午 4 時 50 分

陸、與會人員發言摘要詳附件。

全民健康保險西醫基層總額研商議事會議 109 年第 2 次會議與會人員發言摘要

李純馥代表

各位代表大家午安，你們可能很久沒見了，這陣子大家都在忙著防疫的事情，抱歉今天主席因為另外有行程在部裡開會，她知道各位很難得抽出時間，所以不好換時間，就由我先代為主持，她部裡會議回來以後就會接著主持，因為剛剛最後 1 位顏代表進來以後就人數到齊，所以我們就可以開始，已經又過了將近 10 分鐘，是不是會議就開始，先確認上次的會議紀錄，大家有沒有要修訂的部分？在資料第 5-10 頁，上次會議紀錄有沒有要指正的部分？好，如果大家沒有要指正我們就進到報告事項第一案。

● 報告事項第一案：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

李純馥代表

針對這個追辦事項各位代表有沒有要提問或是要指正的部分？最後 1 個暫付款的部分我再說明一下，2 月那次我們協商是用 95%，是申報 95%，後來 3 月開始就用去年的核付金額，4 月也是，就是我們 5 月暫付 4 月部分也是維持，不過我們還是留容一點彈性給分區，如果針對院所顯然醫師數有減少蠻多的，今年跟去年比的話，或是說去年很多藥費今年藥費沒有那麼多，表示沒有花出去的成本，那部分讓分區去跟院所溝通，去做調整，原則上還是比照去年同期核付金額來先做補付，結算的部分會有一個提案來討論，4 月的部分看起來整個門診量比 3 月還要 down 的更多，所以還是比照 3 月的模式，5 月一樣每個月要檢討，按照申報的金額，申報點數來去做逐月的檢討，5 月費用也是大概 6 月慢慢有申報進來我們才會去做試算，先跟各位代表做一下說明，李代表。

李孟智代表

其實是俊傑跟我打招呼，健保署邀請的代表我做了調查跟輿情的一個反映，基本上暫付款不確定性高，所以我們基層的醫師很辛苦防疫，奉獻都沒有話講，但是對暫付款七上八下，我大概蒐集到的想法大概就是說第 1 個基本是點值的保障，第 2 個是不低於去年同期的申請款，這 2 者並行的話能夠得到一個基本的保障，這樣子比現在德政暫付款讓現金流有所支應，更能夠讓我們全體基層醫生專心防疫，謝謝主席採納。

李純馥代表

所以我會錯意了。

吳國治代表

我剛剛在路上碰到塗理事長，他那邊還是不斷有院所跟他反應，不是保障去年申報的金額，其實我的理解是這樣，都是總額裡面的錢，這只是暫付，以後還要結算，沒有其他預算外加進來，現在把暫付金額提高到去年的額度，這只是讓我們渡過資金的周轉，最後還是要結算，這我一直呼籲要釐清，到現在為止我們還有院所有這樣子的遐想，這 2 個字可能不是很合適，但這是不對的，我講更白一點就是不論是部裡或署裡去替我們爭取防疫基金，現在額外給基層的錢是 0，可以這樣解釋吧。

黃啟嘉代表

其實我想直接看報告案第 4 案，第 4 案有說明沒有拿到任何的錢。

吳國治代表

這樣解釋應該是合理的解釋，沒有 over，是不是？

李純馥代表

其實這個問題有點比較複雜，就我所知因為我們部內有不同的分工，署內只要是針對停診補償那個部分預算是在我們這裡，另外針對所有的醫事人員的投入包括急診、住院等等這些的投入，會在醫事司的獎補助辦法裡面去做支應，包括有一些採檢的費用等等的，只是那部分就我所知，部裡也有指示醫事司研議針對防疫有功的診所端看要怎麼樣給予一定金額，可是這個要怎麼給這個部分可能要問石司長。

吳國治代表

所以意思是基層這邊大家辛辛苦苦的一直在協助，基本上有一個地方的費用爭取還有一點點希望，之前提到的是在部裡，我知道這不是署的責任，部裡那邊有提到希望讓我們到去年額度的 8 成用公務預算，可是這個部分還是未知數，我目前的解讀是這樣，應該是合理的解讀。

黃振國代表

在此感謝健保署的長官對我們西醫基層的關懷，在這裡也讓不是西醫基層的代表了解一下，現在所謂暫付款，不是紓困基金，是提供無息貸款給我們，但這個要結算，大家知道我們現在點值長年以來都是小於 1，而且我們基層醫療服務是不能中斷的，我們第 1 個不能中斷，第 2 個不能拒絕，所以邇後只要民眾有任何需求我們都要全力以赴，所以這個錢就是在挪移而已，承如我們國治兄講的，我們很認真也很努力，但是目前我們還在望穿秋水，希望有一絲絲的希望，能夠有政府關愛眼神，這個產業也是有個危機，說實在我們為什麼要檢討，因為你給診所錢讓很多的診所以為後顧無虞，現在很多的基層診所為什麼還在苦

守寒窯，我不能說我多困苦，但我開了門 1 個診次的病人數竟然少於員工數，這是歷年來沒有的，關診真的有這個需求，如果照現在很多行業，像今天東方文華都要關了，為什麼現在很多診所沒有關，因為我們有道德責任在身上，這個責任感久而久之會被打擊抹滅，所以希望在座很多付費者或其他部門能了解，我們也願意付出，但是不容打擊再打擊再打擊，點值不能打折打折再打折，所以也希望我們長官還有一些非醫療團隊，如果有機會從其他部門其他預算支應，尤其在爭取有動支其他預算結餘款的時候，也希望能夠在這方面給我們通融，因為我們遇到百年難得的疫情，這個東西沒辦法預期，健保會如果能幫上忙的請大家多幫忙，謝謝大家。

黃啟嘉代表

主席，關於這個議題，第 4 案你們還會再講一次對不對？所以伙伴們如果有這個議題的意見是不是等到第 4 案再討論？再一起發表意見好不好？不然這樣子會開不完，今天有 8 個報告案、2 個討論案，我希望 4 點可以結束會議，這個結論就是還在爭取中，到目前都還沒有經費，因為我看第 2 點從疾管署要錢沒有要到，其他的部分等於目前都沒有，但是我認為署長跟部長的誠意我有感受到，都有在努力，只是要繼續努力而已。

李純馥代表

好，謝謝啟嘉代表，是不是我們就還是趕快進到議程，我們是不是到報告事項第二案，請全聯會陳相國執行長做報告。

● 報告事項第二案：西醫基層總額執行概況(略)

李純馥代表

請問各位代表對於本署兩組報告有沒有問題或是指教？請藍醫師。

藍毅生代表

有關總署簡報第 29、30 頁有關新醫療科技的項目，現在增加的都是新藥，我剛好是特材組，近期開會有很多特材開放及通過，很多品項在基層也會使用到，包括細胞穿刺，一組針具就要 1,000 多元，基層也會使用到，關節注射的藥品基層也會使用到，另外還有人工皮也開放，雖然人工皮 1 個只有 100-200 元，但是按照換藥 1 年 300 多萬件的處置(48011、48012、48013)，即達 3 億多元，假設裡面有 1/3 人員使用，也是以億來計算，因為新醫療科技是包含新藥及特材等兩部分，懇請健保署未來可以統計基層使用特材所衍生出的費用，以上報告。

李純馥代表

請黃代表。

黃振國代表

剛剛相國代表有報告 109 年第 1 季分類申報概況，請大家看簡報第 12 頁，平均件數-7 點多%，其中慢性病有增加，突顯出基層在防疫過程中，很多民眾不敢到醫院就醫而是到基層就診，也達到防疫及分流效果，我的病人減少就醫的理由，原因是先把庫存的藥吃完，很多人誤以為需求減少，其實是因為很多慢性病患者會把庫存的藥吃完再就醫，所以也讓各位誤以為總額沒有需求或是減少。另外，請各位看到簡報 26 頁，各區的件數減少，有一點需要做校正，大家知道當件數減少，每個人次、診次的診察費不同，所以當我們減少的部分是高診次的部份時，留下比較低診次，所以計算單件會比較高，所以我建議就醫點數能扣除診察費，得知實際上需求的轉變，以臺北區為例件數-8.3%，但就醫點數成長，好像有衝量的感覺，希望這點能做調整。第 2 個部分，很多慢性病的人下來基層，所以相對每件的申請點數點值增加，很多醫院的服務項目都轉移到基層來。

王宏育代表

接續黃振國理事長的話，因為這邊沒有細部資料，第 1 季比較不準，3 月、4 月份資料顯示，因為申報科別中，新陳代謝內科及心臟血管內科成長很多，有沒有可能之後做整體統計，是否因為疫情所以病人不敢去醫院，因此新陳代謝內科及心臟血管內科成長率比我們想像中高很多，是不是那些病人來自醫院了，但錢沒跟著下來，謝謝。

李純馥代表

請醫管組及醫審組回應。

醫務管理組劉林義專門委員

回應王委員提到病人從醫院到基層就醫錢有沒有下來的部分，我們 108 年有在其他部門編列「基層總額轉診型態調整費用」13.46 億，這個錢就是用在之前在醫院就醫，後來到基層來所花費的醫療費用。

王宏育代表

所以這個機制還是有用？

黃啟嘉代表

你們這個機制會漏掉很多不是經過轉診的病人。

黃振國代表

會漏掉的原因是因為不知道疫情什麼時候會結束，疫情結束鮭魚會返鄉，在我們的制度裡返鄉就不算，在疫情期間應該要從寬，病人下來基層是事實，但是病人在疫情結束後會回到醫院，但在我們的機制裡回去醫院就不算，所以我建議這段時間要從寬，邇後能框列回去的部分在疫情期間不要算進來，不要因為

疫情結束病人回去醫院就不算了，謝謝。

醫務管理組劉林義專門委員

另外 1 個有關科別部分病人是否有在基層及醫院間的轉移，這部分本署以民眾就醫科別做計算，是否能還原到各診所收入是有困難的，因為每個醫師都能看不同的科別，我們預計在下次會議把 3、4 月統計資料加總並呈現各科資料給委員參考，比如說醫院、診所所有哪些科別在增減。

李純馥代表

請大家看投影片 24 頁診察費、診療費還有藥費的部分，確實如振國及相國委員所報告的，因為疫情有很多病人很難進入醫院，需要插卡或查旅遊史，所以病人不敢進醫院，在慢性病病人用藥發現自動分級醫療的現象，病人自動從醫院轉到診所，或是醫院開立之慢箋轉到藥局領藥，原則上在這次疫情達到分級醫療的目的。在這樣的結果，整體藥費沒減少，而診察費及診療費有些微下降，反應出因為件數減少，高就診人次沒有出院，所以被折付到診察量，如果大家希望了解合理量的衝擊，則納入下次的統計分析予各位代表查對。請看投影片 27 頁，4 月比 3 月影響更大，這邊呈現的資料是 IC 卡上傳資料，IC 卡上傳資料與申報資料或有些許落差，所以原則上可以看到將近有 20% 減少，如同剛剛相國委員所說的，大家勤洗手、戴口罩會減少疫病的發生，所以就醫人數減少，這部分資料也有回饋給 CDC 及衛福部，予長官裁量是否能給予基層獎勵補助的依據。另外也看到耳鼻喉科、內科、家醫科這些以呼吸道為治療為主的就醫科別確實有影響，另精神科及皮膚科有些微上升，精神科上升最多。特材部分請醫審及藥材組乃文報告。

醫審及藥材組郭乃文專員

跟各位委員報告，第一部分為有關剛剛委員提到有些新生效的人工皮及針具部分，這部分已經是既有品項生效，在過去新生效新特材部分已經編列預算了。第二部分是玻尿酸，玻尿酸在最近部通過是新特材，玻尿酸是一針型，會取代過去的三針型或五針型針具，基本上對健保財務沒有衝擊。第三點，目前新生效的新特材在基層上會不會有申報情形，經統計 107 至今在新功能特材部分，在基層診所是沒有申報狀況。

李純馥代表

會後請提供統計資料給委員。

醫審及藥材組郭乃文專員

報告主席，相關資料已經在本年 4 月 14 日發函告知公會。

李純馥代表

請吳代表發言。

吳國治代表

特材部分我有在共擬會議上發言過，因為現在政策要分級醫療，基層能夠服務的，就一定要 shift 到基層，通過的新特材部分一定會產生費用，可是我知道的是我們在協商的時候基層新特材的部分費用編列是 0，所以我上次才會說要在哪個會議呈現，是要在特材共擬會議呈現嗎？因為特材共擬會議那邊呈現的數據，醫院和基層全部都混在一起了，看不出占率多少，所以我那時有提出是要在特材共擬會議呈現還是在基層研商會議呈現，你現在講起來好像都不用呈現，我覺得這樣是不好的，我希望可以看到數字的呈現，尤其是新特材協商當時編列費用是 0。

李純馥代表

剛剛乃文有說，可能上次特材會議有提供，也已經函給公會了。

吳國治代表

他提的是我們全聯會跟署索取的資料，我希望這列入常態，請讓我們知道這部份是要在特材共擬會議還是在基層研商會議報告。

李純馥代表

是不是乃文回去研究以後每次比照新藥部分在這邊做新特材在基層使用的分析，我的意思是請回去研議看看，也不一定要現在承諾，因為品項過了還要再議價，真正公告的日期跟研商會議的日期是否能夠搭配，只是委員所提的確實會影響到總額，所以希望知道新特材對於財務的衝擊。進入報告事項第 3 案。

● **報告事項第三案：西醫基層總額 108 年第 4 季點值結算結果報告案。**

李純馥代表

針對第 4 季點值結算結果各位代表有沒有什麼意見？沒有，我們就進行確認，進入報告事項第 4 案。

● **報告事項第四案：「全民健康保險特約醫事服務機構提供因 COVID-19(武漢肺炎)疫情接受居家隔離或檢疫之保險對象視訊診療作業須知」門診診察費加成獎勵費用之特別預算爭取結果。**

李純馥代表

跟各位委員報告，當時有跟委員承諾視訊診察費要提加計，確實個案有一定風險，雖然是視訊，但還是有涉及到藥物的運送，是比較複雜的，不好意思，大家也挺過來了，本案讓各位知悉。

林俊傑代表

主席，各位委員大家好，視訊診療是一部分，之前有報告全聯會、常務理事，幾個基層醫師協會、基層醫療協會、診所協會，有去拜訪署長、部長，因為 COVID-19 所產生不只是視訊醫療增加的費用，還有一些風險，根據全聯會統計，根據分級醫療來看，大家回國就醫到基層診所或家庭醫師診所就診佔 70%，疫情趨緩後隨時有可能會波動，所以上次有建議署或部能因應疫情導致診所所產生的成本編列獎補助預算，獎補助預算不是只有補助診所之人事費用，也需要包含儲備物品(例如酒精、口罩)、流程、視訊費用所增加的成本，所以上次我們有提出這個建議，希望署方能把這項訴求及考量，在疫情期間對基層堅守第一線崗位的診所給予成本上的舒緩。

李純馥代表

請吳代表發言。

吳國治代表

我也要吐吐苦水，我先感謝健保署，這項提案我感受到健保署的善意，同意基層的努力及付出，但我覺得主計總處的思維是所有的補助及獎勵辦法所提的，都是要去照護確診病人，才計算防疫有功，其他都不算，我反問慶明理事長您每天防護完備，你願意在醫院診治 3 位確診病人還是看 100 位 unknown 的病人？你去問所有醫療人員，他們一定願意 care 確診病人，因為醫療防護會做得非常完善，unknown 的病人是難以防範的，所以主計總處、疾管署用這麼嚴苛的標準在審核，累計人次計 586 人次，1 個人補助 100 元也不過補助 58,600 元，所以我對於初估預算是蠻悲觀的。

黃啟嘉代表

不確定的病人才是風險最大的，壓力最大，而且對於防疫的功勞最大，面對確診病人採全副武裝去照顧是沒什麼風險的，面對不確定的病人會付出很多機會成本，事實上防疫過程中不是只看服務量，而是看為了防疫而繼續服務所產生的成本才是看不見的。

李純馥代表

請徐代表發言，再來請廖代表。

徐超群代表

我是很想知道這筆費用以後如何核銷，因為這 586 人次健保署已經答應診察費加成，但卻沒有爭取到特別預算給付，而總額也沒有編列到這筆預算，這不在總額裡面。這樣診察費加成要如何核銷？或是沒有經費就不給了？

李純馥代表

請廖代表發言，再來請王代表。

廖慶龍代表

醫界感覺是來要錢的。應該要分成 2 區塊來考量，就是紓困及防疫津貼。對醫界的紓困，如暫付款 9 成 5 左右，是有紓困的作用。可是我們要強調的是防疫津貼，簡單舉例，去外島當兵在戰爭第一線時都會有風險加成津貼，結果戰爭結束時說還好沒傷亡，所以津貼就沒有了，這樣下次戰爭誰要去第一線？某醫師跟我說過，如果發生社區感染就要停診。醫界今天不是來要錢，是我們上戰場需要被尊重感，謝謝。

李純馥代表

請王代表發言。

王宏育代表

我站在理事長的立場，我在乎的是未來診所的士氣，但是診所有功勞，很多個案都是在診所發現的，像是磐石艦隊；也有苦勞，穿隔離衣、戴口罩、面罩，增加支出，減少收入，基於這 4 點我認為我們需要鼓勵，目前聽起來好像什麼都沒有，其實還有小小的希望，就是衛福部醫事司科長傳給我「基層醫療院所防疫紓困與獎勵」，提到績效獎勵分為醫院端工作績優發予 100-1,000 萬，另診所每月發予獎勵 1-3 萬，邱議瑩委員有去問醫事司，醫事司回答會去爭取每家診所 3-12 萬。為了鼓勵診所士氣及服務品質更精進，請署方跟衛福部爭取此方案能更具體化，另外我曾聽別的醫師說，不要過河拆橋，因為可能機場開放後，疫情會有後續變動，因為我比較在意的是診所士氣，不要讓基層覺得付出很多卻什麼都沒有，所以這部份我還是要傳達給主席，健保署在醫療服務上負有責任，是否能跟部爭取，謝謝。

李純馥代表

請王理事長發言。

王維昌代表

視訊診療一開始大家都很恐慌，所以在宜蘭縣有 60 多家診所跟醫院配合，宜蘭縣在臺北區執行視訊診療也有 20 位個案，其中我自己有 1 位個案，其實視訊診療執行上並不困難，有手機即可，我認為預算應該編列，但如果沒有預算的話應該要慎重思考，社區是很危險的，隨時都有可能爆發疫情，當我在部長宣布不能去訪視時，我就被養護機構禁止去看病，可是禁止看病我們就使用視訊，包含重症及安寧病人都是採視訊診療，是方便且有價值，也該視為正規醫療，在國外很多社區都有採用視訊診療，所以我們在國內應該將視訊診療視為常規化的醫療，謝謝。

李純馥代表

好，謝謝，請羅代表。

羅莉婷代表

不好意思，因為剛剛一直被 cue 到主計總處，我今天不是用健保會委員的身分發言，而想幫我們總處的同仁講幾句話，首先當然很謝謝各位在第一線為民眾的付出，我們也都知道，政府機關的運作是有一定的程序跟邏輯，我們同仁當初在籌編這個預算，是為了 COVID-19 它的防治跟紓困需要，而增加特別預算，就是各位所說的防疫基金這塊，這個特別預算分成 2 個階段，第 1 個階段是 600 億的部分，健保署確實有提出關於視訊跟居家醫療這塊，那個時候是沒有核列，我們核列的邏輯就是說，原有業務我們就希望儘量從原有的預算去出，因為 COVID-19 所衍生的部分，才會從特別預算去支應，那時候健保署編的方式，是用居家醫療、居家檢疫因疾病需要就醫的人數做衡量，考量這塊本來就是健保有給付的部分，就沒有去特別處理，至 5 月的時候，特別預算的部分有做追加，衛福部追加防疫人員相關獎補助 70 幾億，針對這 70 幾億的部分，醫事司那邊有針對遠距醫療跟居家醫療的部分因應疫情擴大提出相關經費，我們也配合核列相關的經費，所以可能今天那個經費核列結果可能是跟大家講得不一樣，就是針對這一塊不是完全沒有，至防疫的物品或津貼，或者是防疫的獎勵金部分，都有相關的經費挹注，居家這塊目前就我們了解是規劃用團體獎勵的方式去處理，補助跟獎勵的原則他們目前都在做規劃，所以可能跟各位代表補充一下，其實我們都有相關經費在裡面，只是說目前相關的遊戲規則還沒有出來，所以可能健保署這邊還沒有更新資訊，我們沒有通通把它刪光光這樣子，以上說明。

李純馥代表

好，謝謝，黃副院長。

黃信彰代表

還好最後有聽到還有一點希望，因為其實我們除了防疫之外，民眾的健康跟疾病還是要處理的，為什麼會把遠距醫療、視訊診療能夠當作防疫很重要的醫療行為，就是這些居家隔離、居家檢疫、自主健康管理個案，在原來 CDC guideline 是不能到醫院的，那他們的健康需求、疾病照顧怎麼辦？所以視訊診療是為了解決這個問題，所以這應該是防疫的一部份，剛才聽到說特別預算還有追加 70 億，我想這個醫事司一定會爭取嘛！我想大家慶幸我們現在疫情沒有那麼嚴重，如果疫情嚴重那這些遠距醫療、視訊診療需求會更多，那時候搞不好就是政府要來拜託我們做這些事情，所以如果沒有誘因，其實我是覺得真的不應該，所以這邊再請署方極力去爭取。因為我們知道光是一個遠距診療，其實還是需

要一些資訊的投入，才能夠做到比較盡善盡美，所以這些成本更是配合政策而支出，不管是紓困、獎勵或者是什麼方式，還是要特別對診所、醫院的遠距醫療，給予適當的鼓勵。

李純馥代表

好，針對這個議題大家還有沒有要發言的，首先，我還是要真的要感謝各位，不是過河拆橋，真的沒有，老實講我們也很辛苦，我們幾乎醫管組就是第一線，只是我們沒有真的碰到病人，針對這次疫情，我們其實確實有去提預算，然後確實也因為行政院要綜整各部會，衛福部坦白講是很努力，預算其實我們有編列，可能沒有解釋很清楚，讓主計總處誤會了，我們其實不是原來的就醫，它真的是屬於特殊的就醫，所以確實比較特別，既然剛剛羅代表有提到說醫事司那邊有經費，我們會後再來跟醫事司溝通看看，原則上這個案子因為是報告案，那就是先洽悉，我們是不是就進到第五案。

● **報告事項第五案：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準門診診察費中文名稱修正事宜報告案。**

醫務管理組王玲玲科長

第五案請各位代表看一下平板的第 78 頁。

黃啟嘉代表

第 5 案可不可以讓我跟我們的夥伴稍微先簡單說明一下，因為說明寫得很長，可是它其實講一個很簡單的概念而已，就是當初在 108 年 9 月 1 日的時候，把支付標準裡頭慢性病連續處方的支付標準連續 2 個字刪掉，其實急性病跟慢性病在我們西醫基層看病的診察費是完全一樣的，除非你開連續處方箋，但是因為它把連續這 2 個字刪掉以後，很多人看慢性病就去報慢性病連續處方箋的診察費，等於是變成浮報，後來發現原來是因為當初在支付標準把連續 2 個字刪掉的時候，以為是沒有關係的，覺得會造成誤解，事實上我們急性病跟慢性病如果沒有開連續處方箋的話，診察費完全相同沒有差異，因為連續刪掉了，以為慢性病應該會有慢性病的診察費就去報慢性病連續處方箋診察費，造成很多浮報，現在這個案子是不是我們把它恢復，把連續加上，我想我們西醫基層有沒有人反對，如果沒有反對，我們這個案子就過去了，好不好。

李純馥代表

No，連續已經加回去了，現在是之前的錯誤要怎麼彌補，因為有一些人已經申報了。

黃啟嘉代表

還回來，這些就要還回來啊。

李純馥代表

還回來有兩個 issue，一個是因為我們 9 月公告對不對，那我們後來 12 月又再一次通知就是重申，所以有一些院所就是 12 月以後的，我覺得就是很明顯地違規，那 9 月到 12 月，還是你們要從 9 月開始。

黃啟嘉代表

我覺得應該要從寬處理，就把錢還回來就好，錢退回來就好了，這不需要去究責。

李純馥代表

我們沒有要 double 阿。

黃振國代表

就是一個美麗的錯誤，這個錯誤要還回來，但違規兩個字特別嚴重了一點，我想這些診所要教導，但是把 9 月的錢還回來給大家就好了，大家都不會反對，但不要用違規 2 個字，聽起來好像是它們蓄意。

張志傑代表

院所沒有違規，我想你們都誤解了，第一件事，這個違規的是健保署，如果你跟著看法律條文去研究的話，我再說明一下，它其實裡面內文有一些是誤導的，醫管組從來就沒有加入任何的查核條件，其實是有，在 9 月拿掉。

醫務管理組王玲玲科長

沒有，我們這一項完全沒有做 REA 檢核。

張志傑代表

你如果 28 天去把它申報成慢性病是不會過的，那邊的 28 天連續處方箋是有檢核的，不可能那邊有檢核這邊沒有檢核，懂我意思嗎。

黃振國代表

對不起，我知道有時候程式上有些設計上的問題，其實不止這個很多都有，但是我想重點是它有沒有這個意圖，錯誤就修改回來就好了，像之前 DRG 不可以分項申報，署方也是把那個漏洞補起來就好，我想不是誰的責任，我不強調責任，就是一個錯誤申報，不是蓄意的，讓它回歸原來正軌就好，責任都沒有，謝謝大家。

李純馥代表

所以就大家看報 5-1 頁，大概去年 9 月到今年 3 月 5,000 多萬點。

黃啟嘉代表

我們不要去究責，就把錢還原到正常，好不好。

李純馥代表

我們也不會給它加倍，不會說它是虛浮報或是報錯，就是回到它應該有的點數，讓它就把多的點數扣回來，這樣子好不好。

張志傑代表

不是，因為你可能這筆錢追不回來。

李純馥代表

沒有，要扣，這一季扣。

張志傑代表

不是，我知道這一季扣可能還可以扣，因為有公告，但是如果初期要扣可能有點困難，因為就條文上來講，他們應該知道，我覺得他們健保署一定知道，所以他才會跟你講。

吳國治代表

我想張代表要的只是走過的痕跡要確認，因為你們一直否認，只是我們張代表是電腦高手，我其實是相信他的，你幾月份改過來，這個時間上都清楚。

醫務管理組王玲玲科長

支付標準在 REA 沒有針對慢性病連續處方箋的「連續」做檢核，我們沒有設條件。

張志傑代表

你去試連續處方箋 28 天以上，你去做不會過。

黃啟嘉代表

沒有關係，不然你們再去試一下，張代表是善意地在提醒你們說，資訊上是不是有漏洞，就再 recheck 一下，也許沒有，沒有最好，雙方溝通一下，但是我想這個議題就把錢還回來就好了。

李純馥代表

那我們就是依照我們報 5-1 這 9 月到 3 月超過的點數，我們就把它扣回。

黃啟嘉代表

扣回，然後補到總額裡面。

李純馥代表

對，那我們就併到那一季，比如說我們扣回的那一季就併到那一季，好不好，那我們是不是進到第六案。

- 報告事項第六案：有關 109 年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額結算方式，將採「全年結算」案。

李純馥代表

那個補充資料部分請于淇科長還是專委說明一下。

醫務管理組劉林義專門委員

跟各位委員報告，因為這個案子是在講說今年度的總額會採全年結算，因為是採全年結算，所以我們說明四的地方就是說，只要是提到有關季的，假如是指前一季當然就是指 108 年第 4 季，假如是指當季，當然因為今年就沒有季嘛，所以就是指今年全年的點數，所以第一個是我們今年是採全年結算，然後第二個是當然我們還是每季，比如 8 月份的時候，我們還是會秀出今年第 1 季整個結算的初跑的結果讓大家參考，就像這個一樣，當然因為要算出初跑的結果，就要涉及地區預算的分配，地區預算的分配據上禮拜五就在健保會那邊，全聯會這邊還是沒有共識嘛，不過因為我們 8 月份就要呈現第 1 季初算的結果，所以我們第 1 季初算的結果，那個 R、S 我們就只會依照健保會的決議，就是採健保會決議的 R、S，其他的部分我們就通通都沒有算，不過我們要再強調一次，第 1 季只是讓大家參考，因為我們是採全年結算，另外就是說，我們估的這個也是用 108 年的 R、S 去代表，所以就是等到第 1 季的數字呈現的時候，我們這邊就會全部改成第 1 季真正的 R、S 這樣子，以上。

李純馥代表

這個報告事項第六案是因為考量疫情，所以部長有做這樣的政策，就期待說是不是用全年結算，每一季我們還是會試算真正結算看起來的結算點值是什麼，原則上因為不知道未來會怎樣，所以就希望說是不是用全年結，那也讓各位代表能夠充分理解我們的想法，所以做了一個報告案，也聽聽代表們的意見，請吳代表。

吳國治代表

我知道醫院總額那邊已經開過研商議事會議，不知道他們的結論是什麼，透析那邊好像也已經有結論了，是不是能夠先跟我們呈現一下。

李純馥代表

醫院總額因為才有第 1 季大概的申報狀況，那我們是說再過 1 季就是 8 月再做確定，原則上他們還是期待以季結，他們是建議季結，可是跟部的政策不一樣，所以我們是說，因為我們真正結算是在 8 月，第 1 季的結算是在 8 月的研商議事會議，所以我們是在 8 月那次才會做定案，在醫院總額的部分。

吳國治代表

那透析呢。

醫務管理組劉林義專門委員

其他的都同意，我們目前都開完了，其他的部門都同意。

吳國治代表

現在是這樣，總額基本上是我們內部的，我記得我們之前去拜會署長的時候，署長提到一個概念就是，涉及內部的重分配你們是不動的，這個就是內部重分配阿，其實現在你們已經有提高暫付的成數了，另外，我知道醫院那邊有反對，它反對有很多理由，包括他們報表的呈現，甚至醫學中心的代表也提出來季結並沒有不好，會議紀錄上是這樣寫的，所以基本上，我覺得醫院那邊也有它們的考量，它們三個層級是不太一樣的，我想地區醫院、區域醫院跟醫學中心的想法可能會都不太一樣。那我們基層更複雜了，醫院那邊所有的考量我們都存在，再加上我們有很多科存在，其實你也知道，像精神科，它也是辛辛苦苦的在服務民眾的需要，等到疫情結束、恢復了，當病人流量下去，因為全年一起結，導致以後點值下降，基本上我覺得那涉及到我們各科的重分配，加上我剛剛看報告，精神科跟皮膚科有成長，然後 ENT、小兒科影響很大，你們應該也算得出來重分配是 shift 多少過去，講更白一點，很可能精神科那邊會拿錢出來去補所謂的弱勢科，這個東西我是沒有什麼反對，只是我覺得重點是總額裡面的重分配，竟然是讓部裡來決定，這不是很好的事情，而且就像你們也提到成長率相關配套，以後的講法都會亂掉，另外還要去改醫療服務審查辦法還要公告，弄那麼複雜，結果醫院反對，我還是要反應我們有一些會員的心聲，我們眼科也是降下來，可是精神科醫師、皮膚科醫師也有人跟我講說他們也是付出辛苦，不是不勞而獲的，可是遊戲規則訂了以後，卻讓長官們替我們做內部重新分配，他們不是很服氣，我還是要反應一下我們有一些科的心聲。

趙善楷代表

剛好副座進來，稍微幫忙一下，我看電視交通部長、農委會分紓困的錢分得很開心，我們衛福部長阿中部長身兼中央的指揮官，到底有沒有幫醫療界多要到紓困的錢啊，還是就是請你們健保署在既有的總額在那邊挪移，大家多領的本來不該領到的錢，擔心說會不會扣多少錢，那不就要倒店，現在沒倒店，到時候疫情過了，大家都沒事情了就開始倒店，到底有沒有另外爭取紓困的錢啊，心境非常地蒼涼。

黃啟嘉代表

我們西醫基層針對全年結算這件事情有開過會，但是我們並沒有共識，基本上我們內部有比較多的聲音是照部長的意思，就是剛剛吳國治代表也講出部分科別的心聲，因為基本上它的確是一個重分配，簡單講受疫情影響較小的科別把錢給受影響較大的科別，基本上就這樣子重分配，疫情受傷小的科別它錢分到

疫情受傷重的科別，如果仔細想它內部一層的意思，就是有這樣的意思在，只是說西醫基層內部目前並沒有達到共識，因為我們有很多科別，那時候唯一做的一個看起來不太像結論的結論，是希望署方能夠把全年結算對各科的影響做揭露，我想目前我們西醫基層對全年結算基本上是沒有達到什麼共同的共識，因為我們有不同的科別狀況。

主席

抱歉，晚一點進來，因為署長今天請假所以我代理署長參加部務主管會議，然後再趕回來所以非常抱歉，也謝謝純馥組長剛剛協助主持，我剛剛進來的時候是吳醫師發言中，國治在那邊講，是有聽到後半段。本次疫情之影響大，特別西醫影響真的蠻大，中醫跟牙醫，牙醫是普遍減少，中醫是沒什麼影響，牙醫跟中醫最主要的問題是醫院的病人都跑到基層，所以是醫院受創、診所診量增加，整體來講是平盤，但是現在的問題會是醫院的中醫部門跟醫院的牙醫部門影響很大，因為大家不敢去醫院，光是這個因素就影響很大，所以它們下降的幅度也達到 3 成以上。西醫這次也是一樣，同樣跟牙醫跟中醫一樣的原因是，醫院門診量也下降了，然後另外一個比較特別的是，西醫的部分是民眾需求改變，整個科別的需求有改變，醫院跟西醫基層是一模一樣的，即西醫基層現在看到減少的科別，在醫院也減少，但是醫院重症的病人譬如說腫瘤科、胸腔科，這些病人倒是還微幅增加，意思就是說重症病人，即使大家覺得醫院比較有風險他還是得去，所以那個部分其實沒有什麼太大的影響。另普遍醫院的住院率也下降，因為有一些病房移為防疫之用，所以醫院的占床率也下降，門診也下降，很多門診病人預約都沒有去，就科別分析跟西醫基層是一樣的，就是小兒科、耳鼻喉科上呼吸道感染比較為主的科，確實病人大幅地下降。今年疫情影響，我們到目前為止，得到的指示是，透析因為最沒有影響，透析的門診總額就是回歸正常，不管是預撥款也回歸正常。未來疫情發展仍不確定，譬如說牙醫很多的洗牙都沒有去了，所以它可能以後會補回來，或是有一些應該去處理的根管治療，可能以後會補回來，所以現在沒有滿足的需求，未來會被回補，所以總額需要全年結。西醫基層剛剛知道是大家比較有爭議的是說，其實受疫情影響比較大的這些科別，可能在總額內結算的話，就會游移到需求增加的科別，因仍有一些科別變成正成長也是新增需求，譬如戶外工作人員口罩太久了，整個都濕疹，或者是太過勤洗手，乾洗手不用水洗或者是都在戶外工作等，就有很多皮膚的問題；另有一些人都宅在家，就需要心理諮商或者是精神科或是睡不著覺等，這種需求是增加的，但是理論上這種需求，本來皮膚科跟精神科在西醫基層也不是最大宗的科，雖然正成長但是沒有影響總額太大。現在看起來

如果戴口罩、勤洗手、保持社交距離，這些防疫新生活能落實，其實有可能上呼吸道感染的需求真的還會持續變少，因為今年整體肺炎也變少了，流感重症也變少了，呼吸道感染也變少了，那是有可能這樣。指揮中心也是希望大家防疫新生活，這些看起來是疫苗還沒出現之前，這些習慣還要繼續維持，就有可能需求在變動。不過因為西醫基層理論上是 primary care，本來就是什麼都可以看，沒有說你是那一科就只能看那一科，只不過是可能你的診所叫作小兒科診所，小孩子比較偏向去，可是大人去你也看，內科診所小孩去你也看，這確實是這樣，所以這是第一點。那另外一個就是說上次主委這邊有帶幾位幹部來拜訪署長，那次有一個訊息就是說遵照部長的指示，會有全年結算這個大方向，這是第二點，那天來的是黃醫師，吳國治、黃振國，還有鴻順、周慶明。第三點，醫院總額已經開過總額研商，依然也是會有這樣的問題，它的問題跟你們不太一樣，它不是科別是層級別之間，但有社區醫院覺得現在 down 的很厲害，但 RCW 或洗腎醫院，其實影響就不大，是綜合型的地區醫院才會比較影響大，他們覺得如果疫情過後他們的回升比較慢，所以他也很擔心全年結對他不利。所以在醫院總額的部分，也做決議，因大家從不同層面關心的問題不一樣，但因為總額是不變的，總額也不會增加，那總額也要花掉，也不會因為需求變少錢就變少，這都不會的，今年的總額協商還是用在今年，所以醫院總額那天大家最後的協調也是講很久，就是說我們再看第二季，因為第一季的結算會在 8 月，那時候我們第二季的資料就能出來了，所以等我們在把第二季的資料準備好，大家再次討論。最後一點我還想補充剛剛的趙醫師在提我們有沒有幫大家爭取什麼，那這件事情我還是要跟趙醫師報告，整個這次疫情不管是補償、紓困或者是獎勵，這些衛福部確實都有編列，那獎勵的部分是醫事司編列，它有獎勵機構獎勵個人，補償是健保署編列，健保署編列就是有照顧確診病人造成的收入損失叫補償，那紓困的部分就是社工司編列，即你如果在家裡居家隔離一天一千塊的部分，這是社工司。那我跟趙醫師報告就是在這過程當中，這些都是編列特別預算，特別預算一共有兩回合的編列，一個是 1.0 一個是 2.0，在兩回合健保署通通有去爭取，爭取兩個名目希望編列特別預算，一個是院所如果因為這個疫情結算之後的收入比去年差可不可以補，這就是要總額外再拿預算來補，看是要補到幾成，用這樣觀念去爭取，第一回合就被刪掉了，第二回合 2.0 的時候，我們又看到還有機會去爭取，健保署再去爭取，爭取的一個數字也是挺大的，結果在部裡頭就被砍成四分之一，但是還好部長支持，可是到主計總處就歸零了，所以我們也很難過。這個過程我們有幫大家一直努力也要讓大家知道。那另外一個我們去爭取的是說如果真的國際全球疫情很糟糕，那很

多藥進不來，因為現在連飛機也不飛，那很多的我們必要的藥都進不來，如果真的發生這種事情，那我們必須請國內的代理商或者是原廠在台灣的分公司去國際搶藥的時候，可能價格要上升，這個時候要額外的錢，這項也被歸零。以上我們的努力，我也希望能跟各位醫師來報告。部長、署長也都知道這樣的狀況，所以部長在一次指揮中心的會議也有再提出如果萬一到時候全年結算之後有些院所受創太多會達不到去年同期的八成的時候(可能有些細節還沒有談妥)，希望再給予補助。署長、部長都非常希望能夠照顧我們的醫療界，因為最主要的原因是在這個過程當中我們的第一線最主要防疫網，所以是一定要努力地讓大家能夠度過難關。到目前為止部長希望全年結當然也有部長的角度，但我們是不是也比照醫院總額，我們等到第二季數據出來，我們用第二季跟第一季的數據再來討論。

塗勝雄代表(吳欣席代表代理人)

能不能反應會員心聲，以去年的薪水 95 成，我們會員都認為這些錢都不會扣回去，會員都一直都期盼這樣子，那是不是你的滾動式檢討要先讓大家先知道，不然以後會有一些問題出現。

主席

總額是合法的，所以總額有一套結算邏輯，這次因疫情關係 Q1 及 Q2 季結算點值應該會上升。但是部長、署長、醫管組這邊都展現最大誠意把暫付款先給大家，暫付款大部分都是比照去年同期給大家，除非你今年申報比去年來的高，當然用元暫付款方式處理，如果你真的比去年少，現在都是用去年的同期核付數給大家，就是要讓大家安心。那這些錢以後會不會收回，就要看以後的狀態，因為他還是一個暫付款的概念。

塗勝雄代表(吳欣席代表代理人)

會員會認為那就是不應該收回，一直期待這樣。

主席

上次在劉建國委員那邊有見過面討論，你還記得那時的決議嗎？

塗勝雄代表(吳欣席代表代理人)

主席，您是說滾動式檢討嗎？

主席

不是，那時和劉委員的決議，有說要跟衛福部爭取額外的預算，可是我們也不知道會怎樣所以要一起努力。另外大家關心的暫付款，暫付款在 3 月份很緊急的撥出去，沒有想太多，只想趕快鞏固您們第一線，可是沒想到後來發生很多個案，我們覺得應該要有滾動式檢討的必要。比如基期和現在差很多的，比如

去年他有 5 個醫師，今年是 2 個醫師，可是我們照 5 個醫師撥給他了，那這要怎麼辦？因為塗理事長是希望不要收回，可是真的有太多問題，比如藥局去年同期剛好調到癌症用藥，今年剛好沒有，這一差差 5 倍，你說我們怎麼可能不處理。還有我們診所和藥局，暫付款領了 2 次後歇業了，那這要怎麼辦？而且也真的發生了。所以塗理事長及趙醫師，署長也有聽到我們跟他反應這些個案後，也說我們要滾動式檢討，所以這次 4 月份暫付款基期比較異常部分，我們也會主動處理，因為我們是公務機關，如果最後這些錢追討不回來也是問題很大，我們要如何撥補給大家，因為那些他不該拿的錢應該要撥給大家，那要怎麼辦？所以我做這樣的說明，是希望大家能夠理解我們的難處，請鄭理事長。

鄭英傑代表

我們現在講錢，有點不太好意思。

主席

我們也是不好意思。

鄭英傑代表

可是基層在看病是如何看的，今天我一個確診的病人，我應該是高興、難過還是要緊張，我們屏東這次敦睦艦隊有一個 4/17 確診，我就趕快打電話給那位醫師，我也請衛生局說要給他表揚，結果他嚇死了，不可以讓別人知道，我們基層在看病很辛苦，這個醫師真的很厲害，他在 4/17 就診斷出來，而且我看到轉診單 4/17 就轉到到屏東基督教醫院，你看現在還在講這個錢讓我們這麼難過，是不是應該補給我們就應該補。

主席

我們也很想補給你們，可是我們的權責只有這個，是不是意味大家想要更好的 solution。

趙善楷代表

屏東的醫療生態，健保署也統計首季就醫大減 445 萬人次，病人難過不敢去診所，花少少的錢去藥房拿藥，這又是食藥署管的你們也管不到，地方醫療生態就是這樣，怎麼會怕拿不到藥吃，在台灣吃藥實在是太方便了。

主席

謝謝，請陳醫師，再來顏醫師。

陳相國代表

現在大家擔心的總額的問題、結算的問題，醫界有個聲音，我們擔心總額會給我們縮減。

主席

不會。

陳相國代表

我認為也是不會，可是按季結算的點值多少，我有聽到署方照去年同期的點數結算，看是 1.1、1.2 或 1.3 給你，第二是按照同期的點數結算，這樣還是要請署方確認。

主席

沒有任何一個方案是照去年點值、點數結算，這個純粹是暫付款的概念。

陳相國代表

所以無論是那個方案，如果照全年度應該是沒有這樣的差別，大家不用說季結算對我們比較有利，可是對於那些高就醫科別，年結算或季結算還是有差一點點，我是覺得大部分科別年結算和季結算沒有差很多。

主席

因為他占率很低，所以對整體影響沒有很大。

陳相國代表

所以大家對衛福部和健保署這邊要有信心，一定會有一個很好的方案，大家不要那麼擔心，以上。

主席

謝謝，請顏醫師。

顏鴻順代表

這個 COVID-19 是從 1918 年西班牙大流感之後，世界所遇到最大的疫情，在台灣 2003 年有 SARS 給大家歷練，別人在問我這陣子怎樣，我說狀況很多、會議很多、病人很少、收入變少，我們長官是事情很多、狀況很多，不過還好收入沒有差，基層真的是受到很大的影響，在台灣因為有 2003 年 SARS 經驗，不論在公共衛生體系、醫院系統、民眾防疫的概念都比歐美國家來的好，包括我們自己很多制度都是建立的。我可以舉例在 SARS 時我是基層診所醫師，我看到 2 個確診 SARS 個案，那時和平封院時，有些醫院或基層醫師是已經不敢看病了要離開了，那時衛生署說那一個人擅離職守最高可以吊銷醫師執照，告訴我們大家一定要堅守崗位，將來一定會補助大家。最後事情過了，真的就是過了，才講，補助款因為 SARS 病人因為都在醫院照顧，所以基層醫療沒補助，那時候是這樣子。那時我看了 2 個病人，我是沒有在外面住 3 個月，可是我每天回家都住隔離房，都是回家先換衣服，把衣服丟到熱水，洗完澡才出來，住 3 個月隔離房，最嚴重時戴 N95 睡覺，3 個月過後就聲帶受損，我就因此聲帶去開刀，這些都是基層醫療醫師的心聲，這些過程也都讓我們有很多進步，比如我

看到第 2 個個案是中興醫院，那時中興醫院爆出院內感染，護理人員被要求居家隔離，我說你不是被要求居家隔離嗎？他說我在家裡燒到 39.5，也沒有告訴我應該怎麼辦？難道我要在家裡等死，我只好出來看病。因為那時沒有告訴居家隔離病人，當你的狀況不好要怎麼辦？現在會告訴他們要打 1922，衛生局的防疫專線有救護車會接你出來，這都是那時慢慢改變出來的，那現在是進步的，有視訊提供這些居家隔離、居家檢疫病人的醫療需求，剛剛所講的視訊真的要去發展，這就是隨著疫情發生的一個進步。

這次 COVID-19 有回到上次的味道，過年後我和幾位醫師在邱泰源理事長帶領下去拜訪衛福部陳時中部長，那時也是告訴我們你們基層醫療一定要撐住，將來我一定會幫你們爭取一些獎勵和補助，很多在座有去參加都知道，上次我們也去拜會署長、副署長，我們知道署裡面是很認真幫我們爭取，但是最後在主計處那邊被歸零，我們聽到加零很開心，聽到歸零很傷心，雖然基層醫療雖然看到確診的不是那麼多，其實確診個案那麼多人去照顧他，相對是安全的，不確定每個病人是或不是的壓力是相當大的，但是無論如何基層醫療，過年後台商回來的第一波，75%都在基層看診，一直到最後從世界各國回來的，統計 65%在基層看診，基層醫療的醫護同仁真的站在第一線，肉身在阻擋這些病毒，基層醫療只要棄守就是醫院醫療的崩潰，基層醫療在這裡扮演一定的貢獻，大家要予以肯定，希望肯定的同時也要有實質的獎勵，或是福利，而不是說非常同情、肯定、認同，但獎勵就一塊都沒有，這說起來就是過河拆橋。

所以剛剛說的補助、紓困、獎勵，或許紓困我們沒有達到那些條件，補償又把條件訂的非常嚴格，獎勵總該給我們吧，像這個條例講到防疫有功的單位應該予以獎勵，我們獎勵總該符合吧，怎麼會連獎勵都沒有，我覺得很意外，所以要拜託署裡儘量跟部裡或主計處代表盡量溝通，我們這麼辛苦讓我們吃虧。至於點值的結算，剛才我們啟嘉主委有提過，全聯會開會討論時有不同的意見，但是主流的意見還是會順時中來配合部裡、署裡最後的決定，但實際上就像剛剛國治講的，這是總額內資源分配的問題，我們知道點值落差比較大的在四季結算會比較的得利，落差不大的稍為吃一點小虧，但是落差不是影響那麼大的話，我們也是同意受傷比較大的科別，藉者四季結算補一點點回來，原則上我們共識的結果就是配合署裡、順著部長的意見，這也是主流的意見。

另外黃振國代表剛剛要趕回去看門診，他離開前叫我一定要留下一個發言紀錄，在報告第 6 案第 2 頁第 5 點，提到本署仍將按季提供點值結果供參，惟 109 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」全聯會迄未提供，爰第 1 季將依健保會決議之 R、S 比率辦理六分區地區預算分配。這點我們台北區要表

達一個強烈的意見，就是六區分配本來在 R 值佔 67%時就有達到一定的默契共識，到健保會 R 值把他走到 68%，這些所有的背景都變了，所以我們回來開一個會，大家又沒有達成一個共識，希望全聯會在還沒有達到分區分配共識前，這都只是暫時的結算，而不是最後結算，在台北區已經連續 16 季，再加上今年第 1 季，已經連續 17 季，點值都是六區第 6 名，所以我覺得重新分配的內容要重新檢討，希望這只是暫時的結算，因為今年滾動式檢討或全年結算，FINAL 沒有那麼急，希望這只是暫時的結算。

主席

謝謝顏醫師，針對顏醫師剛剛所說黃振國醫師所關心的這件事，我還是要跟大家報告，第一在全年結算的大方向，現在給大家看到的數字都只是數字，他不是真正要結，因如果我們是全年結的話，我們到年底才讓大家知道今年的狀況是蠻不公平，大家想要知道過程，所以我們現在的做法，雖然政策希望全年結，我們也按照原本每季預算計算給大家看，所以這次資料就有看到點值預估，平均點值都超過 1 點 1 元，台北區上升的最多，但是在報 6-2 說明，R、S 值本來健保會就有提升到 68%的決議，只不過你們後面還要有風險的提撥款，可是你們還沒有決議，因此同仁在還不知道你們要提撥多少風險提撥款之前，所以我們暫依健保會的決議算給你們看，你們現在看到的這個點值就是這樣來的，這個就請大家放心，這個沒有要結，就是讓大家知道在原來的規則之下，第一季會變成這樣。第二季會不會變的點值更高，也許會。第一季少了 490 萬人次，其中 80%都落在 3 月份，4 月份當月就減少 500 萬人次以上，所以比 3 個月更嚴重，5 月份不知。所以如果按照原來的預算分配，有可能第二季點值還要第一季還要更高。

黃啟嘉代表

因為很難讓付費者知道防疫所產生的成本，不是前一年點值所產生的成本，點值變高但是點數下降很多，點數下降很多不代表我成本下降很多，事實上成本也增加很多，這很難在總額談判去討論。

主席

但就是這樣，所以總額不會變的。

黃啟嘉代表

我理解總額是不會變的，剛剛很多人都期待，署長的暫付不會要回去，我想署長主觀上也是這樣想的。

主席

我們在想辦法讓大家不會差太多。

黃啟嘉代表

這個我知道總額會依法行政去處理。

主席

是我們要想盡辦法讓大家不會差太多。

黃啟嘉代表

我知道，你們要依法行政去處理，總額也是依法行政不會變。

主席

請林代表。

林俊傑代表

在座除了基層代表，還有付費者代表，剛剛也感謝我們的專家黃信彰代表及李孟智代表，他們雖然是來自醫院，但對基層的防守第一線有很重要的肯定，其實我們全台灣 1 萬多家基層診所只要能夠守住，就是很大的幫助，因為我們有去找過民意代表及署方，希望對防疫編列預算，也很感謝署方有替我們提出預算的編列及爭取，因為立法委員說若沒有提出編列預算需求，他們也無法審核。剛剛所提的都是在總額內的預算處理，但我們希望在總額外能編列預算，希望付費者代表及主計處代表能支持防疫的第一線，我們如果做的好，才能幫助醫院分流及篩檢，所以需要防疫的挹注，因為設一個發燒篩檢站也需要額外的一個人力，還有物資，還有因為沒有來就診的病人所造成診所的損失。我們是基層診所協會，我們收到的資訊是 4-5 月下降的可能更多，請署方再幫我們提出預算爭取，也希望付費者代表肯定基層的付出，這樣預算到主計處比較不會被砍掉，這樣對基層才有幫助。

主席

謝謝，那羅代表要不要回應，大家很希望聽到您的說明。

羅莉婷代表

剛剛已經說明過，政府資源很有限，這些資源是來自民眾，當大家跟我們要預算時，我們就是要向民眾拿錢，在資源很有限之下，我們在衡量各單位需求時，會儘量兼顧，健保總額內的預算我們不會收回，但總額外與 COVID-19 有關的預算就是用特別預算，各行業紓困振興的預算都含括在內，另外大家剛剛講到的防疫物資及人力及相關獎勵的部分，其實特別預算都有編列了，統編在衛福部預算，至於衛福部如何分配，我們是尊重衛福部的專業及權責，大家如果還有不清楚或擔心，可以到我們的網站，特別預算編列項目都說明的很清楚。

主席

謝謝，這個議題是否就討論到這裡，我建議是否比照醫院總額，等到第 2 季數

據更明朗後，8月第3次研商會議時再來決定。

李紹誠代表

政府的誠信是人民最需要的事，如果我們基層大部分的人都認為暫付款是以去年核定的金額，像主席所說的需排除醫生人數、藥局等那些少數人之外，如果可以按照大家的思維去做的時候，反彈就會很小，如果我去年做100元，今年做60元，你給我100元，但是年終要再追扣很多的金額，那是很痛苦的，尤其是醫院，希望那些排除因素我們應該幫健保署來思考，讓大家都接受。

主席

我們在付暫付款時，暫付通知上面都會寫明是暫付或補付，不是寫核付，所以沒有誠信問題，只是大家期待這樣，但點值提高後是否可以接近去年金額，也要數據出來才知道，是否等到第2季數據明朗後，第3次研商會議時再來決定。好，請接下一案。

- 報告事項第七案：「受嚴重特殊傳染性肺炎影響而停診之醫療(事)機構申請補償(貼)作業說明」已上網公開，請轉知所屬會員。

主席

請組長再補充。

李純馥代表

這個就是院所若因為照顧確診病人而被迫居家隔離，造成診所全部停診或部分停診並經衛生局開立停診通知，我們會給予補償，目前來申請的診所，像中區的某診所，以去年同期計算大約有數十萬的補償，這個補償是特別預算，與健保總額無關，請大家回去向會員宣導，於事實發生六個月內來申請，以免喪失權益。

主席

這個如果選擇以去年同期金額，則等同於已領取現金。如果有暫付款，再加上此筆補助，會有二筆收入。

黃啟嘉代表

這是報告案，不是討論案，如果大家沒有意見，是不是就接下一案。

主席

好，接下來第8案，請恆榮科長說明。

- 報告事項第八案：藥品短缺情形報告。

主席

好，大家有沒有意見。好，接著討論事項第一案。

● **討論事項第一案：有關修訂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之轉診相關支付標準案，提請討論。**

主席

好，本案大家有沒有共識。

黃啟嘉代表

有一個共識，就是希望上轉的 200 點不要調降，平轉是新增的，平轉我們可以再視預算討論要多少點，上轉是因應分級醫療轉往大醫院，執行績效良好，做好了以後，現在署方把上轉調降到 50，差距太大，我們內部的共識是不希望上轉的費用下降，希望維持，至於平轉的適用範圍及點數我們再視預算討論要多少點。現場與會者還有沒有其他想法？

主席

請盧醫師。

盧榮福代表

我覺得讀這篇資料，子宮頸抹片、大腸癌篩檢、糖尿病患者視網膜眼底檢查計 328 萬件，我提醒各位代表，這 328 萬件就是自己抓的，跟轉診一點關係都沒有，健保署可能沒有資料，328 萬健可能是各診所自己抓的，我也做大腸癌篩檢，但從來沒有人轉大腸癌篩檢的案件給我，所以用這個來做計算，會有很大的誤差，希望健保署不要用這個數據來估算費用。

主席

因為不知道是否轉診，所以同仁很細心地從轉診率 10%-90% 來估算費用，您的診所沒有轉診，可是如果以全部的診所來看，若有轉診率 10% 的機會時，可能的預算會有多少。大家還有沒有其他意見？

黃啟嘉代表

請問在場代表，有沒有反對上轉費用 200 點的，如果沒有，我們的共識就是上轉不調降，平轉就再聽聽大家的意見，或是我們帶回去討論好了。

主席

請張醫師。

張孟源代表

剛剛啟嘉指示，所以我表示些意見，不明白署方為何要調降上轉，基層與醫院間的轉診一直存在，比方說病患需較特殊科別及特殊檢查 X 光等檢查，上轉案件多對病人是有利的，所以希望上轉費用不變，平轉的要增加，這樣才能讓病

患對基層有信心。

主席

還有沒有意見？請王醫師。

王宏育代表

上轉真的很重要，診所畢竟不如醫學中心，我是希望醫院給我們的回饋能多一點，病患常常有做一些檢查，但報告常常沒有給我們，希望署方能維持上轉點數，並請醫院把完整的報告給我們，平轉方面，我的意見與盧理事長差不多，篩檢大部分是自己做，平轉最常是轉到眼科，高雄市有獎勵計畫給 40 元，但獎勵太低，沒有人願意寫單子，大部分的病人都沒有拿單子來，但大家都互相轉診，平轉給予 100 點獎勵也有個依據，這個錢也才花得值得。

主席

謝謝，還有沒有意見？現在有幾點共識，第一是上轉 200 點不調，第二是平轉只限子宮頸抹片、大腸癌篩檢、糖尿病患者視網膜眼底檢查，是嗎？還是沒有共識？

張孟源代表

目前國內洗腎尿毒症患者盛行率是全世界最高，而且在透析總額研商會議黃明和代表及其他代表甚至建議召開國是會議，以解決國內慢性腎臟病的問題，為何平轉沒有腎臟病？同時其他科別為什麼也沒有平轉？

主席

這些是全聯會提供給我們的意見啊。

醫務管理組王玲玲科長

是全聯會提供給我們的範圍。

黃啟嘉代表

這是在基層委員會討論的。

主席

在討 1-4 的資料中有全聯會給我們的公文。

吳國治代表

就像主委所提，資料是我們給的，但現在估的轉診率區間比較大，所以大家不知道怎麼決定，當時我們在全聯會討論是有條件的平轉，現在是否上轉的點數固定不調，其他的部分我們帶回去再討論，訂一個有條件及有品質的平轉條件。

主席

好，那本案就先暫緩，請決議後儘快回復我們。

- **討論事項第二案：有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品確方案」附表之 2.專業醫療服務品質之「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「剖腹產率」指標修正草案，提請討論。**

主席

這二個指標的修正，在開藥品項大於 10 項的部分，採納全聯會的意見，排除多重慢性病門診整合及重大傷病案件，本署同意，剖腹產的部分就維持。盧醫師有意見，請說。

盧榮福代表

第一個議題先講，因為全聯會是，我請問署方是不是說這個排除是要屬於家庭醫師整合照護計畫裡面的醫師，那在全聯會的共識裡面是沒有說一定要家庭醫師整合照護計畫的醫師，這是不同的。

主席

那我們怎麼知道呢？

盧榮福代表

就是說它一張處方箋裡面是多重慢性病。

主席

我們不知道，沒有碼可以知道，現在只有家醫有那個碼，那你非家醫群裡面如果有做藥物整合，我們找不出來，可是我們沒有特別申報的碼，應該是這樣，現在只有家醫計畫因為有一個 incentive 在那裡，所以有那個碼可以抓得出來，所以問題是在這裡。

盧榮福代表

好像不需要這個，因為這張處方箋裡面有很多慢性病的藥還有一些急性病的藥，兩個重在一起的時候，慢性病的藥是先把它排除掉，這樣的意思。

黃啟嘉代表

其實以 10 項開藥的問題而言，很多都是因為多重疾病，不一定是慢性病，多重疾病、多重急性病、多重慢性病也好，譬如病人同時有皮膚、腸胃跟感冒疾病，再加上一個慢性病好了，當然可以叫病人分很多次來看，但也可以一次把病人需要的藥開給他，其實這透過專審就可以處理，把他列在品質指標是有點奇怪，醫生不會故意開那麼多藥給病人，只能說這變成是一個品質，只是如果同時要處理病人所有問題時，它反而變成一個品質的逆向指標有點奇怪，我自己是幾乎沒有處方開到 10 項，但問題是我知道為什麼有人開到 10 項，因為他同時處理很多疾病，有時候我的作法是，譬如病人同時有皮膚的問題及感冒問題，我跟病人說先等感冒好了以後，再看還會不會癢，也許就不癢了，不癢就不用吃

藥了，沒有同時給他就會分成兩次，其實有這種管制的時候會影響到醫療行為，我覺得這不見得對病人是好的，對健保財務也不見得是好。

主席

那你們的建議是什麼？

盧榮福代表

意思是這樣子，就是說一個三高的病人，他本身三高的藥已經四、五種了，他這次來要拿三高的藥，又要看他的急性病，那裡痛皮膚癢還有頭暈，這樣加起來他的藥就有 10 種，就是這種情形啦，不一定他是要家庭醫師整合照護計畫的。

主席

如果是這個樣子意思的話，根本不需要有這項指標。

黃啟嘉代表

對，事實上這項指標應該透過立意審查專審來處理，而不是把他變成是一個被動式指標。

主席

那個這樣子好不好，剖腹產的部分應該沒意見吧？維持，鄭醫師有意見。

鄭英傑代表

我們剖腹產的那個我先講好了，因為我是婦產科的，關於剖腹產的那個比率的話，我們把它放在品質指標裡面，我想已經吵過很多年了，那盧理事長還有啟嘉他們一直在吵這個問題，吵得那麼久，那因為這個不是我們醫生有時候可以掌控的，非醫療的專業可以來抗議的，那因為這個民情還有風俗造成很多我們沒有辦法掌控的情況，我講很簡單我做一個結論，我們現在是不是可以把這個剖腹產率從品質指標裡面把它拿掉？

主席

等一下，這是品質確保方案還是品質保證保留款？品質確保方案跟錢都沒有關係。

鄭英傑代表

問題就是每年在檢討

主席

檢討沒有關係阿，本來就該檢討。

盧榮福代表

19 年的品質指標每年都叫我檢討。

主席

如果是品質保證保留款還說跟個人有關係，對不對，那品保方案只是整體的監

控，這個剖腹產率是國際指標。

盧榮福代表

每年都檢討，有理由說到沒理由。

主席

對啦，我覺得剖腹產率不要說了啦。

鄭英傑代表

這個我們婦產科協會也是一直在討論一直在檢討，根本沒有效果。

主席

這個就是台灣剖腹產率高阿。

黃啟嘉代表

副座，妳還記不記得，有一年我好像就在這個會場，然後陳錦煌發言，他發言的時候直接罵妳，那時妳當主席，他直接罵妳。

主席

我好像不記得他有罵我。

黃啟嘉代表

他就罵說健保署怎麼規定不能剖腹產，要生小孩幾點生就幾點生，他是民眾的代表，應該是付費者代表，那時候我聽完以後覺得秀才遇到兵，有理說不清。

主席

這個剖腹產率，鄭醫師這個剖腹產率，台灣當然剖腹產率是高的，因為文化不同的關係，但是這個比率是國際指標，那我們一直在高檔，在高檔也沒有一定不對，只不過是不要再繼續高，當然醫病關係，醫生跟病人如何溝通，讓他可以理解，這件事情是可以影響的，並不是不能影響的。因為剖腹產率本來也就是有風險也還有很多的後續沾黏問題，對產婦也不是 100% 一定好，但有人認為時辰更重要，那這個是可以溝通的。我建議剖腹產率我們還是得留著，因為這個是已經長期監控；那處方大於 10 項的這一項既然大家有一些意見，是不是容我們再檔案分析一下。

徐超群代表

這個剖腹產率為什麼我們會想提出來講，因為它每年都被健保會列為我們要檢討的一個部分，但我們都沒辦法檢討，為什麼，因為我們的數據就是這樣，即使經過那麼多年我們非常努力來做也是這樣子，為什麼，因為我是覺得這個剖腹產率其實是一個反指標，你可以做國際統計，可以發現說剖腹產率很低的國家都是醫療非常落後的國家，因為他們都放她不管讓她去生，死了就算了也不會給她剖腹產，那反而是那種剖腹產率高的都是開發性很好的一個國家，所以

應該是一個反指標才對，但是我們既然檢討這個，我是覺得如果要保留這個的話，閾值應該要降低，不然我們每年都還是超標，每年超標的話每年都是健保會說要檢討，真的是沒有辦法檢討，所以我們才會想到一些細項，非常細節的細項，包括說你們這個順應民俗的狀況會比外國多所以會比較高，才会有這樣的討論，我是覺得根本上大家應該有一個觀念，這個其實是一個反指標，其實不需要列剖腹產率不管放在品質確保方案或品質保留款方案都是沒有意義的，希望我們每年檢討也檢討不出可以改善的地方。

鄭英傑代表

我補充一下，WHO 裡面真的有提到這個問題，愈落後的地區它的剖腹產率愈低，剛剛講的那個孕婦、產婦、胎兒，死亡的那個他們根本沒有在做這個估計，另外就是我們要很清楚，我們現在台灣的生育率一直在降，現在變成 16 萬而已，這個生育率降的話也會影響整個生產的情況，因為第一、二胎很不容易生，但是生了五、六胎都很簡單，自己就生出來了。

主席

我知道，事實上台灣的剖腹產率上升跟高齡產婦愈來愈多也有關係，所以我們以年齡來校正，就是我們把這個指標修成有年齡標準化的剖腹產率，那還是得留著，好不好？好，可以嗎？謝謝。

徐超群代表

我是建議不如那個閾值應該是要往下降。

主席

是閾值，不是閥值。

徐超群代表

閾值應該是要適度往下調才是合理。

主席

我們先把年齡校正的看一看數字再說？那 10 項，公說公有理婆說婆有理，我們把檔案分析再算一算，就是剛剛盧醫師講的那個部分，到底是怎麼樣去看，我們研究看看再來討論，好，謝謝，我們今天討論事項只有 2 案，已經討論完了，各位還在座的有沒有臨時動議？好，謝謝，我們今天開會到這裡，謝謝大家。