

「西醫基層總額研商議事會議」109年第1次會議紀錄

時間：109年3月5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	吳孟憲(代)	梁代表淑政	梁淑政
王代表欽程	王欽程	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	朱益宏	陳代表晟康	陳晟康
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	呂紹達	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表孟智	請假	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	林義龍	顏代表鴻順	張必正(代)
林代表鳳珠	賴信亨(代)	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	劉玉菁、黃敏玲
衛生福利部社會保險司	陳信婷
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	吳春樺、黃佩宜
台灣醫院協會	林佩菽、吳心華、吳真蜜
中華民國藥師公會全聯會	洪鈺婷
中華民國醫檢師公會全聯會	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	范貴惠、廖美惠
本署北區業務組	陳祝美
本署中區業務組	張黛玲
本署南區業務組	郭郁伶
本署高屏業務組	林惠英
本署東區業務組	馮美芳
本署企劃組	陳泰諭
本署財務組	請假
本署承保組	請假
本署資訊組	李冠毅
本署違規查處室	董玉芸
本署醫審及藥材組	曾玟富、連恆榮、詹淑存、 林亭儀、劉詩婷、陳怡蓓
本署醫務管理組	吳科屏、劉林義、洪于淇、 王玲玲、張作貞、楊秀文、 許博淇、黃思瑄、米珮菱、 楊淑美、鄭正義

主席：李純馥組長(代理蔡淑鈴副署長)

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

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：

- 一、有關 108 年西醫基層總額品質保證保留款不納入無障礙就醫環境指標一案，請醫事司行文予中央健康保險署(下稱健保署)據以辦理。
- 二、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，請健保署檢討適法性並分析診所誤報量。
- 三、餘洽悉。

第二案

案由：西醫基層總額執行概況。

決定：洽悉。

第三案

案由：西醫基層總額 108 年第 3 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	0.8971	0.9480	0.9270	0.9562	0.9280	1.0528	0.9340
平均點值	0.9307	0.9684	0.9504	0.9753	0.9523	1.0450	0.9523

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，中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)

輿論給予肯定外，懇請給予第一線醫護人員實質鼓勵，故建議由防疫基金給予門診診察費加成，提請討論。

決議：

- 一、為維持院所正常營運，現金流支出不受影響，健保署正研議提升暫付款金額。
- 二、針對新冠肺炎疫情的影響，全聯會建議自 109 年 2 月起暫付金額成數提升至 9 成 5，協助診所維持正常營運。

陸、散會：下午 5 時 05 分

柒、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1次會議與會人員發言摘要

主席

各位醫界代表，人數已經過半就請開始，跟各位致歉的是我們主席今天奉派到立法院爭取特別預算，這2天在審預算，所以今天是我代為主持，先確認上次會議紀錄，各位代表有沒有要提問或修訂的部分？在電子檔是第4頁，內容是從第5頁開始到第11頁，好，如果各位代表沒有要修訂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。

主席

歷次會議決定事項有9項，第2項及第8項繼續列管，有2項今天要提會的，另外第2項有關於醫事司的部分，因為今天醫事司也有代表來，不曉得有沒有要補充的部分。

醫事司劉玉菁專門委員

主席、各位與會的代表，有關於第2案的部分，我們是不是建議可以解除列管，有關於用108年品質保證保留款這件事情，最慢作業時間要在3月底以前完成，所以事實上108年是來不及了，也沒辦法作業了，所以我們建議第2案的部分是不是可以解除列管。

醫務管理組劉林義專門委員

因為品保款是有決議的部分，所以可能您要給我們一個文做依據，然後全聯會是不是也同意。

醫事司劉玉菁專門委員

108年是來不及，當時就有講是沒辦法的。

黃啟嘉代表

執行上有困難，所以解除列管，不需要再討論這個東西。

主席

這邊可不可以拜託醫事司，因為原來1月7日給我們的函，只是說還在跟公會討論。

醫事司劉玉菁專門委員

好，沒關係，如果要我們補書面，我們就補書面。

主席

好，其他部分各位代表們有沒有要提問或是指教，好，張代表。

張志傑代表

報告事項 8 有關於刪除連續處方，所謂預告期 1 月 17 日到 3 月 16 日，意思是說申報費用什麼時候開始，這不是追溯問題，因為他於法原來是對的，你們資訊部門到目前不敢擋，法律上規定就是這樣，你們要公告，資訊部門才會鎖上，那什麼時候會鎖。

主席

因為是依行政院規定要預告 60 天，確實要等到 3 月 16 日預告截止，我們會報部來公告新的法規命令之後才會開始。

吳國治代表

所以不會追溯，中間報的通通算數。

主席

我們請玲玲科長說明。

醫務管理組王玲玲科長

連續 2 個字被誤刪這件事情，上次在提會的時候，有特別說明其實在 108 年 12 月已經函請各分區業務組轉給轄區的院所，原則上本質是沒有變，所以在那次的函裡面有講了，是按照以往連續 2 個字的邏輯處理，所以費用都不應該以刪除連續 2 個字的邏輯申報，所以到時候分區可能會去看各院所申報情形，如果因為這樣子有溢報的部分，有的分區業務組可能會做追扣，我們會先去了解 6 分區的狀況，再來統一處理這件事情，很多院所其實很遵照原本舊的支付標準規定去做，他沒有這樣子的一個情形，以上說明。

吳國治代表

我現在擔心一個新的東西出來，你們現在手上已經掌握多少量了，不可能不知道，到底多還少，這東西叫追溯啊，因為改了規定中間的時候讓人家誤解，誤解就申報了，然後又說是不當的申報，在法律上的用詞是有爭議的，如果行政訴訟打起來會輸會贏不知道，我在意的是追溯量是多少，是不是能夠跟我們講一下。

醫務管理組王玲玲科長

我們署本部初步估算大概 5,000 萬左右，不過實際上正確數字必須拿到 6 個分區實際數字才有辦法做正確的確認，以上。

吳國治代表

剛剛提到的法律問題，因為你們有法務人員，是否詢問過會不會有問題？

張志傑代表

而且是你們改的，解鎖是你們解的，鎖上是不能報的，你們的資訊部門到現在

還不敢鎖上，所以你們資訊部門違法在先，你聽得懂我意思嗎。

主席

因為這個案子我們還會繼續列管，等到這個案子公告才會解除，所以下次會議我想會再釐清，初步我們剛剛是用系統這樣跑，看起來顯然有誤報的部分，可是是不是真實的誤報，還要再去核對，所以或許沒有那麼多，我們會再做仔細評估跟審視，謝謝各位代表的關切，不過確實當時並沒有那個意思，當時也是協商修訂，在會上確認的，大家一起怎樣把它做的更完整。

吳國治代表

所以能不能下次檢討的時候把金額列出來，另外你們法務那邊所謂法律上的解釋怎麼處理，如果在法上面你們會有疑慮的話，是不是有額外其他的費用，能夠彌補這一塊，一併報告一下。

主席

好，我們就列入紀錄，包含前面醫事司原來希望能夠解除，不過是不是等醫事司來文之後再解除，所以確定收到文後我們有依據，不然我們不知道怎麼結算，好，進到報告事項第 2 案。

● 報告事項第二案：西醫基層總額執行概況(略)

主席

好，各位代表對於剛剛相國理事長及我們同仁的報告有什麼要提問。

吳國治代表

你們資料第 19 頁，西醫基層門診會用的特材部分，是不是能夠跟現在附的新醫療科技新藥 5 年內新納進來的資料一樣，是不是也能列出一樣的資料給我們參考，因為這部份我們以前都沒有在著墨，可能的話，甚至把它延長時間到 10 年內，因為新進來的總是不多，不像新藥會很多，如果說新進來的不多，是不是能夠拉長時間我們來 review 一下。

主席

好，醫審及藥材組要不要回應一下。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

西醫基層沒有新特材的專款，所以才沒有列，醫院有，所以醫院有報。

吳國治代表

所以你講到重點了，新特材錢都沒有給我們西醫基層，我就是要看有沒有新的，因為我們有在用啊。

黃啟嘉代表

我想吳代表的意思是，新醫療科技是我們協商的成長率之一，我們以前都覺得新藥新科技都是放在新藥，但是我們不知道新特材到底進到西醫基層多少，我們希望能知道西醫基層新特材進來多少，才知道協商的時候，我們新藥新科技的成長率夠不夠，如果說你們給我們的成長率很低，結果新特材就進來了，那我一直都在算新藥，難怪西醫基層的點值都到不了1。

吳國治代表

對，事實上上次在特材共擬的時候，我有稍微提了一下，不過科長有跟我提到，好像沒有編預算，那我們有沒有用，有用阿，所以我們要去算一下，甚至拉長時間給我們資料，是不是下次可以提供，還是資料跑出來以後就轉給我們全聯會，可以嗎？

醫審及藥材組曾玫富專門委員

我跟我們特材科再確認一下，等一下回覆。因為既然沒有預算，我的意思是統計是要用醫院有在申報的那些新品項來算西基申報的情形。

吳國治代表

沒有，你只要用所有現在的特材，然後哪一年進來哪些，那些品項西醫基層使用狀況，這樣資料就呈現出來了。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

就是西醫基層有報特材的，歷年都把他統計出來。

吳國治代表

比如說106年，在特材這邊，去跑這一年新進來的特材通通用多少，醫院用多少，基層用多少，請提供每一年度新進來的特材。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

要限新的嗎，還是說所有的特材。

吳國治代表

新的阿，這樣才能夠一目瞭然。

黃啟嘉代表

新藥品進來5年以後，比較能夠達到拒真的狀態，所以你新特材進來，我不要看第1年。

吳國治代表

時間越長越好。

黃啟嘉代表

至少5年。

主席

好，是不是就這樣好了啦，我就是說我們盡量配合，那也不知道這個資料會花多少時間，品項的部分，還有分析的方式，我們會後請我們同仁跟你們公會的窗口聯繫，好不好，那大家把需求講清楚，比較好做分析，我們當然都應該是可以配合，請黃代表。

黃振國代表

第一點，我們在報所謂的大內科、大外科，其實隱含了很多的科別，你說外科，包括泌尿科、所謂的直腸外科，在這分級上，有些科別申報的單價金額特別高，成長率高，容易用大外科的名義被掩蓋掉，大內科裡面一樣有些神經內科還有心臟內科或是消化性內科，還有就是風濕免疫科，這樣的科別的單價都特別高，所以我建議署方也可以參考，大概平均每件申報多少金額以上的科，大內科或大外科，在每次分析的時候列入分析，以我們在臺北區的經驗，有針對這些比較高成長的科去了解，當然也提醒這些醫師能夠稍微適應我們健保的規範，所以建議是針對大內科、大外科再追蹤，針對平均每件達多少，因為我們有平均值嘛，如果遠大於所有 20%、30%的科，應該單獨列出來，就是也列入我們追蹤管理，這是第一點。第二點，我剛剛看到第 4 季的臺北區點值很低，請問一下有沒有當時的預估值，是不是未含我們所謂下轉的金額，因為下轉之後會有一個金援挹注，因為現在鼓勵病人下轉基層擴大能量之後，那點值下降有沒有包括所謂下轉的錢會挹注進來，讓臺北區的點值稍微能夠不要那麼難看。還有一點就是說，剛剛講到很多診療費的增加，因為我們現在有鼓勵一些跨表的項目，到底這些跨表的項目成長率為何，當然我們也希望跨表本來是我們鼓勵的嘛，那扣除這些跨表的項目之後，實際診察費的成長率為何，這樣可能會對成長內容能夠多了解一點。還有另外一點，其實新藥所謂的替代率，一直是無解的結，所以我一直強調，不要說替代率多少，我以最近我們大家比較關注的 GLP-1 agonists 為例，它在 105 年的 3 月共擬會議通過，當時估的替代率，到今年只有 2,000 萬不到而已，實際我們了解之後，當時是屬於 2A 的新藥，它到第 3 年、第 4 年預算只能編列到我記得是幾十%而已，就逐年遞減，但是它實際耗用已經高達有 6 億多，所以我會建議，新藥我們當然不是要怪署方，因為這東西沒人估的準，大家很清楚新藥的成長率在第 2 年、第 3 年才逐漸成熟，往往爆發都在第 4 年、第 5 年，甚至爾後的 5 年後，我們新藥只估 5 年，但是很多的新藥到第 5 年，他的成長率還在 5% 以上，但是我們就列而不談，我覺得我們也不要這麼斤斤計較，但是在呈現資料上，因為很多人不明瞭，有些人會覺得說，你們新藥執行率還剩很多錢，實際上以這樣的原則精算起來都不會剩太多錢，我覺得既然沒有算得很清楚，那就不要列了，這個項目不要為難大家去算，算到

說執行率多少，替代率多少，很多付費者不知道說我們每年編的新藥都有剩錢，不好意思，每年算起來其實都沒有剩錢，這一點讓大家誤導。所以我建議，不要誤導就是根本不要列，真實地項目執行多少就好了，至於替代率多少那就不要列了，大家知道新藥正確情形就好了，謝謝。

黃啟嘉代表

其實不管是執行率或是替代率，一定要拉 5 年來看，如果你們要報每一樣新藥過去的替代率，要從 5 年前執行的新藥算它的替代率跟執行率，這樣才合理，如果算 5 年的話，新藥的執行率會超過百分之百，剛剛國治代表已經講了，要算新藥的時候，特材也要放進來，因為新藥新科技也包括新特材，但過去我們新特材的費用都沒有加進來，所以新特材費用如果能夠加進來，現在開始回溯 5 年來算，新特材的費用應該要補給我們西醫基層。

主席

好，還有沒有代表要補充的，藍代表。

藍毅生代表

在 slide 的第 39 頁，就是在講 108 年第 4 季費用成長因素門診的部分，在這邊我回應一下我們剛剛黃常務講的，就是臺北為什麼會這麼高，不管是醫療點數、件數、病人數、就醫次數、每次就醫點數他都是最高，所以他在 6 區裡面一定是點值最低的，這是沒有辦法，那這個會產生這麼多，每個都高，很可能是不是地理環境的關係，也許他大醫院的門前診所特多，那這一個部分他臺北區有沒有能力來管這個，才是一個最大的問題，而不是我們從其他 5 區裡面，大家來一起從口袋每人掏一點來看看怎麼辦，這是一個以中區來看的。第二個是在第 59 頁的 slide 裡面，有關 108 年第 4 季開放表別申請的情況，在這邊我要為外科講一句話，我們從這裡面的第 23 項 640897C 的腱、韌帶皮下切斷手術，包括跟 107 年 2 月開放的局部皮瓣，不管是 1 公分、2 公分的，其實有很多基層的醫師都從大醫院下來，很多的事情我們是能夠做的，而且這些是病人必須要做的，從這兩個手術我們看全區 6 個區域裡面，我們大概一年，我們總共執行的，比如說皮瓣的移植才 10 件，一整年度 6 區才執行 10 件，所以可見得這個是必須的，所以在這邊我也期待說，未來總署這邊，是不是可以針對基層必須的且是實際需要的，我們再多開放一些，因為基本上它對整體的費用影響不大，整個全年度 6 區才 10 件、20 件，但是這幾個都是很重要，它少了一塊，可能敷藥要敷三個月，那當場把它做的時候，馬上把這個病程縮短成 10 天，所以這個是有很大的意義，以上。

主席

好，還有沒有，吳代表。

吳國治代表

我想請教一下，署裡現在好像大於 2 億元的醫院申報的財報都要揭露，這個不曉得是哪個組處裡的，以前我們一直很在意所謂的院前診所、人頭診所、假的醫院診所、挑釁分級醫療的診所，那現在財報出來了，能不能從財報當中去看一下，這部分有沒有揭露在裡面？當然我知道目前你們一定會認為，在法律上他是合法的診所，沒有錯，從法律文件上是看不出來的，可是如果他財報裡面有列入那一家診所的收入挹注在那家醫院裡面，是不是可以呈現出來這就是不公的地方，是不是能夠下次也跟我們回報，我們財報當中能不能看到這些現象，如果需要名單，我們可以提供，其實我們已經討論很多次了，這個名單林義專委都知道，好不好。

趙善楷代表

主席、各位代表好，嘉義市的代表第 1 次發言，我們吳代表說到院前診所，我們也湊個熱鬧啦，這個慈濟診所，他在南區跨區設立斗六診所的時候，業績非常暢旺，一年拿到 2 億點，後來就讓他們就地升格為斗六醫院，所以我們南區基層總額一向深受其害，現在既然雲林被他攻下了以後，他們現在就是開始拓展到嘉義市來，已經開始在嘉義著手要設立嘉義慈濟診所，因為地方的衛生主管機關是無法可擋，他是勢在必行，所以我們只好引用斗六的經驗，至少不要再衝到 年 億點，署方可不可以給我們一些建議，他不能這樣子從嘉義縣跨到雲林縣，然後現在跨到嘉義市，是不是把嘉義攻下以後，以後要跨到台南縣、台南市區呢，老是在玩這一套，總是要管一管嘛，謝謝。

主席

好，黃代表。

黃振國代表

既然談到成長因素，大家看到 39 頁這個 slide，我建議署方能提供幾個因子，第一個，我們醫療就是要看需求面跟供給面，那需求面就是投保人口的增加，這是第一個。第二個是醫療院所的增加，第三個你要看成長率就是看它原來的基期為何，如果你今天基期低的，那當然成長率會高一點，你這樣寫難怪有人會誤會，請問一下大家知道我們臺北區投保的人口占了將近 37 點多，現在費用的分類占率只有 33 左右，那當然醫療院所我們的最不合理，我們在 R 值公式有個 TRANS 值，是基層的申報點數跟醫院的申報點數的一個比值，臺北區擁有全國最多的醫學中心，全國有 16 家醫學中心，臺北有 8 家，另外臺北有將近 100 家的區域、地區醫院，這樣代表什麼意思，本來我都不想在 6 區分配講這麼清

楚，既然要講就講清楚，還有希望署方能提供我們各區每科申報的平均點數，包括診察、診療跟藥費給大家看一下，就知道我們那一區的點值為什麼這麼低，臺北區也該檢討，我們內部有講到某些科不要講，我當主委在第一季就已經處理了，該檢討的地方很多，但是我們也虛心受教。不然你不要寫，你如果這樣寫，就代表你有十足的把握你寫的因素是對的，如果你寫的因素會讓大家誤解，我其實是期待說我的病人數增加，是不是病人從醫院用腳走路來我基層，我很高興，到時候 13 億，是不是下轉的錢會補助、挹注進來，我期待這樣子而已。當然講到點值為什麼低，我想是一個大哉問，我也希望我們英明的署方，能夠幫我們解這 6 區的問題，不然 109 年我希望是由署方幫我們公平的分配，謝謝。

主席

好，還有沒有代表要指教的。好，是不是先請林義專委針對剛剛的一些報表，我們有沒有可以更動的部分。

醫務管理組劉林義專門委員

首先是黃代表希望我們能夠做到，就是現在那個全聯會提的這張報告裡面分科的部分，大概全聯會這一份只有分大科，黃代表希望我們是不是能分到細科，原則上我們當然健保資料欄位有一個就醫科別，就醫科別裡面如果有分到細科，那我們當然可以往下，不過我們可以分，那當然全聯會也可以分，另外每一科的平均點數，其實全聯會的這張報表也都有，就是每一科的平均點數，所以其實確實已經都有了。

黃振國代表

我是說你歸類因素的時候，點值項歸到這麼簡單，我覺得其實跟細項很多因素有關，就需求面、供給面有關嘛，你今天單純的就用醫療點數、件數、病人數、就醫次數，這樣就太簡化了，我的意思是說，如果你真的要寫原因，就寫得稍微細膩一點，謝謝。

醫務管理組劉林義專門委員

第二個是有關財報的部分，吳代表講的，就是說從財報裡面可不可以分析到他是屬於院前診所，那事實上不大可能，因為就算是衛福部的醫事司，他要蒐集的財報也是分成法人，所以他是法人體系，像你們剛剛講的那個很明顯不是法人體系，所以也不會在財報裡面，更何況我們健保署其實也不是財報審核單位，那我們只有請醫療院所提供的，也只有簡單的 6 張報表而已，我們都有放到網路上，就是所謂的資產負債、收支餘絀、淨值變動、現金流量、醫務的收入、醫務的成本，其實我們只要求他提這 6 張表而已，那其實那時候我們也在想，其實在收支餘絀表那邊有一個叫關係人交易，不曉得可不可以從那裡看出來，

可是沒有細節，因為我們只要求他提供那張表給我們，所以裡面是沒有細節的，細節可能要問他們會計師，只有他們自己知道。

吳國治代表

那你們有沒有權限去要求他？因為這個困擾我們很久了。我舉例，這個醫院他叫他的醫師去當負責人，可是這個醫師領的薪水是醫院發出來的，財務上醫院給錢的時候一定是匯到那家診所，診所跟醫院之間的財報，除非醫院做假，醫院應該要羅列出來，從那裡就可以看的出來，那當然我知道在法律上可能是合法的，可是我們只是要去舉證，這個對署長念茲在茲的分級醫療，是一種很重大的挑釁，我想大家都同意這種事情，對不對。如果說每一個醫院都這樣的話，那分級醫療就破功了，基層就垮了，因為他們用醫院的資源在處理所有的事情。所以我們只是要呈現中間所羅列的不合理的地方，那我們沒有證據，但現在有財報，如果說在權限方面你可以去要求他們提供細部的關係，從人這個部分去深入研究的話，說不定從這裡就看的出來，我們還可以去預測，不然的話這個問題已經這麼久，我們很無奈，你們也知道這個現象，可是你們回答就是合法，我當然知道一直都有困難的地方，可是呈現出來，總是要想辦法解決這個問題，我只是為了臺灣的醫療架構，現在醫院那邊 2%這樣降，壓力是很大的，如果說醫院每一家開個 10 家人頭診所，那基層不就暴增了，所以我希望至少署裡有去做這個動作，其實就有宣示的作用，人家就會收斂，這是我們期待的，謝謝。

主席

好，慈濟的那一件事情，後來也在總額做了一點處理，因為後來他改成醫院以後，第一個我們沒有從基層，他原來占的占率挖錢過去，而是另外在醫院總額編成長率讓他回到醫院去，所以相對來講，那之後在南區基層的點值是有比較變好啦，我想這持平講，當然我們也理解說，大家在總額分配上面說確實很難面面俱到，所以部長在近期，我們之前疫情還沒有這麼火熱的時候，其實我們內部也有指示，其實總額是不是還要回到古法，那種所謂他的分配上不一定是原來的架構，他也有這樣子的想法，因為在整體明年我們要面臨統合財政的困難的時候，我想是我們部裡面署跟部長都要面對的困境，那我們也謝謝其實醫界在這場戰役裡面，幫我們也先打了一場很漂亮的仗，在世界各國都看到我們的表現，那真的我們也很感動，就是說大家這麼努力，其實也很辛苦啦，所以我想我們是不是這個相關的，因為雖然大家都有很多的期許，我們盡量要做好，健保署也是，包括健保會的代表也都很支持大家，那我想我們是不是這個報告就到這邊，那相關包括雙方可以互相協助的部分，我想我們都不吝協助，只是這一段時間，我們署可能有時候有一些需求沒辦法滿足，是因為我們也在忙口

單分配什麼等等的問題，所以可能在處理事情上，可能沒辦法像過去那麼即時，也跟各位致歉，那我們是不是就進到下一案，謝謝。

● **報告事項第三案：西醫基層總額 108 年第 3 季點值結算結果報告案(略)**

主席

好，這是針對第 108 年第 3 季點值結算的部分，不曉得各位代表有沒有要提問的，如果沒有提問，我們這個案就洽悉，就照這樣子的結果來做計算，那我們就進到下一案。

● **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（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。(略)**

黃啟嘉代表

主席，我們有經過西醫基層的委員會，還有另外成立一個醫療服務成本指數的預算應用方案小組的討論會討論，才針對這個議題達成幾個基層的共識。第一個我們反對上轉費用下降為 50 點，分級醫療才剛執行一兩年就做點數的下降，如果點數一路下降，我覺得好像我們被誣進來做分級醫療，但是最後又把預算或獎勵拿掉，我覺得真的是不太合理，所以我們反對減少為 50 點。第二個，對平轉的部分，我們也擔心會有一些浮濫的問題，如果平轉要給我們費用的話，我們希望另外有預算，不要與上轉的預算混在一起，原來匡列的預算不宜同時去支應平轉的費用，應該要另外再給平轉的費用，如果要平轉，我們覺得為避免浮濫，可以先從幾個比較有意義的部分開始，譬如糖尿病常常做視網膜的檢測，那我們希望糖尿病的患者能夠平轉給基層的眼科診所做視網膜的檢測，這在臨床上大家都認為是有效益的，而且是合理該被鼓勵的，可以先試辦看看，然後再一步一步擴大到全面性，看看其他平轉是不是也合適，我們再開放才不會浮濫，我想這是我們的共識。這是我個人的意見，但我跟共識是一致的，可能其他代表有些要補充的部分，那再請其他代表表示。

黃振國代表

這個就像啟嘉主委講的，我們在所謂的雙向轉診，都是一定先有上轉才有下轉，當然我們初期在醫院方，針對這麼多樣性要找到適當配對能下轉的醫療院所不太容易，但是最近武漢肺炎的因素，很多的病人包括醫師都主動跟病人講，沒事不要來醫院，最近我收到好幾個醫院的病人，像是基隆長庚的主任說直接來我診所拿藥就好了，所以這個也是個契機，甚至有病人主動要求說，這個處方

是不是在你的診所就可以看，我們基本上都會樂意接受。第二點，剛剛啟嘉主委說因為平轉的時候，在專業的考量點很複雜，到底什麼時候適合平轉，什麼時候不適合平轉，所以初期我們就是建議一個情況，就是剛剛啟嘉主委講的，針對鼓勵項目，就是糖尿病的人，比如說適合做眼體攝影，第二個我補充一下，就是我們鼓勵的是四癌篩檢，譬如說大腸癌篩檢、FOBDE，還有一些診所本身在做的，鼓勵大家從預防保健項目開始，當然成人健檢因為件數比較多，至於其他的四癌篩檢，我覺得也列入鼓勵項目，鼓勵讓民眾接受更多的預防保健服務，這個具有正向的意義。

主席

好，還有沒有代表有要補充？是，吳代表。

吳國治代表

我只能說這個規劃真的比較倉促，你當時要醫院能夠下轉下來，我們上轉上去，這個金額我想你們已經評估過了，當然這個說明四講的是蠻好聽的，說因為基層的能力已經夠了，可是事實上，我也聽過署裡長官講過，說你們上轉要小心，不要隨便上轉，我就聽過這個話，這個還是很高層的人講的，所以我是覺得說這個理由比較匆促、粗糙一點，當然我知道這個診所的樣態，任何的團體樣態都有，如果你要精進上轉的品質，真的需要上轉再上轉，那你還是要維持這個錢，不該上轉的就不該上轉，沒有錯，所以我覺得不是用錢做這樣的處理，你要去規劃、要去精進，哪一些是真正需要上轉的人，所以我們當然是反對，除非你們有證據說這些是不該上轉的，那我們降錢，但問題是我們當然是認為我們院所真正該上轉的都上轉了，那你現在降錢這情何以堪。另外一個就是平轉，平轉目前估出來的一定是家醫計畫裡面的平轉數量，其實像我診所沒有參加家醫計畫，我轉了一堆平轉，病人視力很不好的，糖尿病病徵這麼明顯了，居然還不知道自己患有糖尿病，我請病人趕快去哪家診所看糖尿病，這個量很大，絕對不是你估的這樣而已，我想大家都心知肚明，你要用這個錢來補這一塊，這個量照我剛剛講的，人性要考慮，所以我是覺得說你從原來的規劃認為我們上轉的不夠精進，你要有精進的計畫，品質訂出來，哪一些條件要上轉，平轉一樣要有精進的計畫，否則每個都平轉，那也不是我們想要的，錢要用在刀口上，所以我們基層總額這邊，也提出精進的、有條件的平轉，希望能夠帶動病人照顧的品質，像視網膜眼體計畫，因為很多診所的醫師說你這個視網膜我沒有辦法看，請病人到醫院去看其實不對，這個基層每一個眼科醫師都會看，那就到基層來，這就是所謂的有條件的平轉，這樣才對病人是好的，對整個制度也好、對錢也能節省，所以絕對不是說降錢、給錢就可以解決的，我想一定都要有它

的目的存在，這是我的意見。

黃啟嘉代表

我再重申一次，我們西醫基層不反對平轉給我們費用，絕對是支持，平轉要給我們費用我絕對支持，只是我們在拿平轉費用的時候，我們希望跟民眾的醫療權益要能夠連結，所以我們絕對支持平轉給我們費用，但我們反對費用是用中平的原則，去把上轉的錢扣下來。

廖慶龍代表

首先感謝上次我提的，今天總算有一點點進一步善意的回應，當然我還是強調，跟幾個代表一樣的意見，不能沒有限制的平轉，這是第一點，第二點，我提出一個建議，考慮到 13 點多億，本季好像只有 10 億多，可以試算一下，是不是考慮那種開放表別的模式，因為我們西醫基層訊息給各科，我們給所有基層的單位，然後我們提出來全聯會討論一下，我們類似用開放表別先提出申請，然後是不是經過我們全聯會來篩檢哪些項目，目前以我們過去傾向共識是一個糖尿病視網膜病變，如果說其他各科想提，比如說骨科提出骨折，腸胃科提出做內視鏡，類似這樣的話，由開放表別的模式來去做平轉的鼓勵，可不可以考慮一下，謝謝。

黃信彰代表

好，我想這些獎勵措施都是要鼓勵大家做分級醫療，上下轉都要，但是我想這些措施都不如疫情這麼有效，所以大概現在，第一個，醫院也可以很明顯地發覺門診急速地減少，民眾也有這個認知，不必要他不會到，當然我們也怕會有一些院內感染，所以我是覺得這個時候討論這個所謂上下轉的一個獎勵或是平轉的獎勵，會有點失真，應該有更多的數據說，今年 1 月疫情發生之後，上下轉整個變了，不管是上轉或是下轉，很多都做了一些異動，我們再來討論一些獎勵的方式，平轉是一定具有，因為現在個別的專業診所，事實上是可以鼓勵就近做一個平轉，至於經費就看怎麼樣去跟署裡面做溝通，平轉是一個盡量，因為有平轉以後，就不一定要到醫院去做，所以這個是可以這樣思考的。

林俊傑代表

主席、各位委員，其實我知道你們說要落實就是家庭醫師制度，家庭醫師整合照護計畫跟增強基層的一個競爭力，這個平轉的給付是一定需要，因為基層很多能力很好，也有設備的，那時候我們開放表別包括像，比如說心臟超音波的部分，那有的部分不一定都要轉到醫院去做，那剛剛像我們啟嘉主委講的，就是對糖尿病的眼底，還有包括以後像 CKD 的一個計畫，這個都可以在基層裡面去做，但是我是認為就是說在費用的部分，可能是低估了，因為實際上很多轉

到醫院去，如果大醫院有這個方面的補助可以轉到基層，應該都會推廣到基層互相平轉，因為這個議題也講過很多次，包括像我們慶龍理事長跟藍理事長都講過很多次，像在外科的也是一樣，所以我是認為應該是說編像一個專款專用的項目，也就是剛開始是編列特別預算，未來這個部分應該把他編在一個特別的專款專用的預算裡面，那未來如果在落實基層還有加強基層競爭力這塊做得越好，這樣也可以減少一些在病人直接不必要跑到醫院，以上報告，謝謝。

主席

好，再來，王理事長。

王維昌代表

主席、各位委員，現在其實武漢病毒已經產生一種亂轉的現象了，醫院好像下降 2%已經暫時取消了，所以這個問題可能今年也不容易處理，不準是真的，我個人是看到過去的上下轉報告裡面，很多都是急診的案件，所以我那時候是建議說，其實急診本來就要轉，你不需要分級醫療也要轉，轉急診的部分就不要給錢，這樣就可以降低很多因為費用而刺激轉診量的事件出現，那把這個錢用精細的方式來做，分級醫療，如果這個錢到底在刺激他轉，可是沒有轉下來也是白費工夫，所以這個部分可能是我們大家要思考的，謝謝。

主席

好，相國執行長。

陳相國代表

主席，我之前說我們上轉的部分就維持這樣，不要調，然後下轉的部分我們醫界是建議說，下轉 1 件 200 點，那所需要的條件比如說，視網膜檢查的轉診，這些條件由署方去規劃，那如果說經費超過的話，當然我們是希望能爭取預算去挹注這一塊，那如果說沒辦法挹注這一塊的話，預算又只有 2.58 億，我們也可以接受說那是不是點值可以浮動，以上建議。

主席

好，還有沒有，是，朱理事長。

朱益宏代表

主席，我是醫院協會代表，這個議題跟醫院協會比較沒關係，但是我還是以醫院協會的經驗作報告，因為我看你們 2.58 億專款專用，用不完的話，事實上也不會回到一般總額讓你們點值增加，用不完就沒有了，這是第一個，所以剛剛我覺得，如果我今天設想我是基層的醫師，我會想辦法把這個錢盡量能夠進到醫師的口袋會比較好，這是第一點。第二點我看了部長裁定的事項，還有講說萬一量很大不夠的話，還有從其他預算可以補，其他預算應該還有錢進來，所

以我覺得說其實給 50 點讓平轉，如果量大不夠的話，其他預算還可以挖錢過來，我個人認為這個其實不是壞事，那當然如果大家覺得怕量大啦，或是有其他考量，我不是很清楚，我個人從醫院總額的經驗來看，我覺得如果要推動分級醫療成功，當然是希望轉到基層，把基層病人維持住，不要又回到醫院去了，那因為我們在跟醫院總額開會的時候，也有聽到醫院在抱怨說，轉下去沒多久病人又回來到醫院，留不住病人，當然這個因為沒有統計數字，當然這個占率是多是少不知道，或許是幾個個案可以被拿出來說嘴，所以我個人建議是不是基層考慮平轉這邊給他鼓勵，當然覺得 50 點太高太低，大家可以討論，但總有誘因讓他去在基層這邊做平轉，我個人認為是好的，謝謝。

主席

好，是，黃代表。

黃啟嘉代表

我自己先說明我個人的意見，因為我是主委，所以我先把基層的共識講出來，我個人的意見跟基層的共識一樣，上轉的錢要扣 50 點，因為其實預算是夠的，你不要扣 50 點的話，這樣對分級醫療、對大家配合的信賴保護原則才能維護，我是說不要下降 50 點。

主席

是降到 50 點。

黃啟嘉代表

降到 50 點，這樣子我絕對反對，這是第一個，絕對不要去降上轉的費用，妳這樣子降上轉的費用非常不合理。第二個對於平轉的部分，其實我認為費用是夠的，所以那時候我個人內心的想法是，平轉 50 點可以給，但是我們西醫基層是很有良心的，這跟我個人不一樣，我個人是為西醫基層利益著想，所以 50 點，我覺得可以直接接受，但是我們西醫基層的夥伴們比我更有良心，覺得說一定要符合跟民眾的就醫權利有關，不要只顧著西醫基層的權益，所以會設很多條件，那我想這些條件本身，是不是要回來我們再做更多討論，因為我們初步設定糖尿病的照護，而其他部分我想還是可以再討論。

主席

好，我想聽聽付費者代表的看法，你們要不要表達，健保會，這個案子上面的，只是想說畢竟是你們核定的預算，有沒有想要說的，因為我們會這樣提，其實因為你們也有在協商的決議裡面有提到我們要滾動式的檢討，所以我們也因應你們的指示，提會來做一些修訂，那我想聽聽看你們的意見。

陳莉茵代表

其實，既然長官指定，我是覺得說西醫基層這邊，如果錢夠的話，上轉的話真的不要減，平轉的話，當然我們平常就醫的時候啊！如果這邊的專業不夠的話，可以轉到別的地方，也是不要跑大醫院，如果錢夠的話，以這個原則來說啦。

主席

好，是，廖代表。

廖慶龍代表

我再提醒一下，因為你如果有平轉的部分，我預估上轉的件數應該會減少，所以這是一個理由說，不用把上轉的費用再調降，謝謝。

主席

好，那個，朱代表。

朱益宏代表

對不起，我剛剛聽到一個很勁爆的消息，聽說基層轉社區醫院不叫上轉，那算什麼？算平轉嗎？你們也有鼓勵上轉的經費嗎，所以到底是有沒有。

黃啟嘉代表

診所轉地區醫院是算平轉，因為地區醫院在健保署的規劃，都把地區醫院當作跟基層一樣。

朱益宏代表

但是地區醫院是在醫院總額裡面啊。

黃啟嘉代表

是，那是總額的分配，但是我們在轉診的分級裡頭，我們兩個算基層。

朱益宏代表

這個我要確定一下，是不是能夠馬上確定一下，如果基層轉地區醫院，沒有獎勵的話，那這個我要提出嚴正的抗議。

主席

我們的支付標準，在資料的討 1-12 開始，這裡絕對沒有你們講得這個，是可以獎勵。

黃啟嘉代表

我這樣講，地區醫院轉區域醫院或醫學中心，有沒有上轉費用，你們地區醫院轉區域醫院或醫學中心是有上轉費用的，那所以我們轉你們就沒有了，你了解我的意思嗎，我們兩邊，我們跟你們放在同一個 group 裡面，然後轉給另一個 group 是有上轉費用的。

主席

都有，你們都誤會了，都有，去看支付標準。

醫務管理組王玲玲科長

支付標準我們看一下，議程討 1-13 頁，辦理轉診費上轉，這個費用其實是 4 個層級都有勾選，而且有分轉診平台跟沒有使用轉診平台，分別有兩個點數，所以這個適用表別也是 C 表，基層可以申報。

主席

都有，周代表你可能以為是，因為同體系的是不行，有一些個案是我們認定是同體系，所以是不行，所以我想要釐清一下，我沒有說診所轉到地區醫院叫做平轉，沒有，他就是不同層級，所以是可以的。

周慶明代表

所以診所轉地區醫院、地區醫院轉診所，都是屬於有獎勵的，這是確認的嗎，我剛剛跟朱代表去問一下這個，我記得是只有區域醫院以上的才有，所以我們基層準備要發言就是說，基層轉到地區醫院他應該要列特別的規範，包括應該跟醫院，基層轉到醫院一樣，或是地區醫院轉到基層來，也比照醫院，因為現在其實很多地區醫院他們的設備，已經都非常的好了，甚至有 CT 什麼的，還有 MRI 都有，所以地區醫院雖然他是地區醫院，但是他的裝備的等級其實已經跟區域醫院可以媲美，所以我準備要講，地區醫院列入上轉的一個，不然你要至少，如果地區醫院是屬於基層，那當然至少也要平轉，把地區要納進來，所以我們現在把剛剛那個主席講的要確認一下，因為我們一直認為地區醫院屬於基層，所以我們診所轉到地區醫院他是沒有獎勵的。

主席

可能周代表這邊你誤會了，因為地區醫院是沒有 2% 的目標值，所以他基本上沒有動機要往診所轉是真的，因為他沒有門診減量的壓力，是這樣，你可能誤以為，因為我們目前門診減量只有區域級以上醫院要求要門診減量，所以轉診誘因使用上，區域級以上醫院會比地區醫院來的高，不過我想平常大概有一些區域聯盟的概念上，也都有在互轉，這個部分我們都有申報資料，我們可以做佐證，就是有診所轉到地區，甚至也有地區轉到區域，或是區域轉回地區，都有，這個我們就支付標準看，完全沒有您提的那個規定，就是都可以，現在就是說，所謂回轉的部分，當然是地區醫院以上，不然的話你怎麼會有回轉，因為就是有人轉給他，他才要回轉，所以基本概念上，在討 1-12 跟 1-13 的規定，寫得很清楚，那回到本案，因為本案是要討論基層的轉診誘因，讓我釐清一下。

蔡有成代表

謝謝主席今天的一個宣布，基層轉地區醫院一樣的比照轉診。

主席

你們看 1-11 啦，這個就是有在申報轉診的件數，基層也有轉到地區，地區也有轉回基層。

黃啟嘉代表

所以本來就有，但是不能把它降到剩 50 點，我現在說你現在這個支付標準，基層上轉全部變成 50 點，你不能本來就有，結果發現他從 200、250 降到 50 點。

主席

好，那個陳代表。

陳晟康代表

我們現在剛剛在討論的都是關於量上面，那剛剛黃代表也提到就是說，我們這個上轉到醫院的部分，急診占了很多的，那我們在北區的時候，好像也有認為說那這個東西，好像有一點怪怪的，那我個人的淺見是這樣的，你這個基層上轉到醫院裡面，急診佔大部分，有一些是屬於操作上面所引起的，例如說，我轉到那個醫院裡，我沒有指定醫師，或者我跟那個醫師本身不夠熟，那你拿到那個東西到轉診櫃台去，那轉診醫師如果說民眾喜歡追求所謂的排隊的名醫，掛不到怎麼辦？今天給人家加購的轉診號也沒了，他說你去掛急診，這就變成急診去了，那第二點的話是，你不夠熟，那你也沒辦法介紹，你不用經過急診，其實他沒有這麼急，他就說，那你到急診去，所以說會很多東西在那個醫院的落地的那個點是在急診，會不會是因為這樣？那我們剛剛討論那麼多，包含說我們全聯會認為說，平轉可能要稍微小心一點，我們不希望有一個失敗的計畫，問題是我們現在署方都曾認為說我們上轉這麼多，回轉、下轉，結果你只看到量，你沒有看到這裡面上轉的合理的點在那裡、不合理的點在那裡，下轉，主治醫師，醫院裡的主治醫師要把病人轉到基層的誘因有沒有，450、500 有沒有給，也不知道，所以我是覺得說是不是能夠就這個東西我們可以分析一下，就是說你上轉的量這麼多，那為什麼急診這麼多，或者是有什麼其他的，那我們是不是要規劃一下說，這個所謂上轉下轉，我們署方希望合理有效的上轉跟平轉跟下轉是什麼，那這個東西也給我們一點時間，包含廖代表說我們可以開放除了眼科以外，能不能那些要做的，那這個東西其實是幫大家一個忙，不然你看上轉、下轉就已經很多行政的東西，大家如果看不到真正的情形，那平轉之間如果真的是全部開放的話，我個人是認為，對於我們會非常非常多，所以是不是可以先分析一下，上轉下轉裡面，我們看到的東西是什麼，我們認為哪些是真正值得鼓勵的，這樣會不會比較精確一點，以上。

主席

好，我先說明一下為什麼我們都到 50 點，我想我們提一定有我們的立論點，假

設你今天上轉給他 200 到 250，平轉 50，我為什麼要平轉，邏輯，人家一定會來質疑我們支付很奇怪，那你就是鼓勵上轉嘛，可是其實健保署沒有那個用意，我們認為給病人適當的醫療然後得到完整的照護，是重要的，可是如果我們的支付設計是誘導他，因為兩個價錢就是不一樣的，所以我怎麼去跟人家說，我是跟你們等同對待，同樣的，如果我是被轉診的醫師，我會覺得，尤其是如果我是基層醫師，我們會覺得不公平，是為什麼我診所間的轉診只有 50 點，那我到醫院就有 200 到 250，其實我寫的內容都一樣啊！我一樣要交代的事情，沒有不同啊，所以我們才會做這樣的設計，當然，我們絕對尊重你們的意見，只是我覺得你們在想像這件事情的時候，也要去想大家怎麼看待這件事情。

黃啟嘉代表

我建議是應該要調高平轉的費用，不是把上轉的費用直接降低，降到五分之一，你們立論怎麼這麼有意思，你們應該是把不足的拉上來，而不是把好的壓下去，這樣有點奇怪，其實我想就算是費用中平原則，也不應該把上轉費用降低，我剛剛以為上轉費用是降 50 點，結果不是，是降到 50 點，然後平轉給 50 點，那這樣你們預算未免剩太多了。

陳晟康代表

主席，我贊成，我贊成啟嘉，乾脆就兩種都兩百點，不管是上轉是 200、平轉是 200，再從量、值的方面去控制他，我覺得這樣子最公平，這樣大家也不會講話。所以重點是，我們一季領上轉 5,000 元的費用，老實講其實占我們的業務很少，基層醫師再轉 case 給醫院的時候，最 care 就是轉過去病人他有沒有得到我 support 他應該在醫院得到的照顧，最好可以再轉回來給我，如果被沒收掉，只要病人是好的，我們不會去 care。所以回過頭來說，怕同工不同酬，我也是贊成 2 個都 200，問題這樣乘起來量太多怎麼辦，所以要 define 什麼叫做好的、有效率的，鼓勵我們怎樣去推，這部分的 guideline 是署方不能夠逃避的責任。

主席

你怎麼會覺得我們不專業的人會去幫你們專業的人訂 guideline 呢，我們並非臨床醫師。

黃啟嘉代表

我不是說您不專業，我是說我們的專業不一樣，不是醫療專業的人不一定可以訂 guideline，但應該幫我們訂幾個標準，也不應該把費用降下來，我剛剛算一下錢，直接把兩個部分降到 1/5，除非你們預估平轉是上轉的 5 倍，不過我看不可能，我講一句實話，兩個費用一樣的時候，對於上轉跟平轉，最重要的是病人本身的障礙，這是第一個。第二個是醫師的障礙，平轉我擔心同一層級會把

case 吃掉，不同層級的轉診也擔心把 case 吃掉，這都有很多因素，不是只有錢的問題，其實從預算的規則來說也不會降到剩 1/5。

吳國治代表

無論上、下轉都要精進，我想當時規劃出轉診單價時，一定有考慮到平等，現在為什麼醫院上轉錢比較多，為什麼基層上轉要降到剩 50 點？這是原始規劃就要考慮到的因素，所以我一直呼籲要有精進的上轉，比如說急診，也可以精進基層可以做的話就不需要轉醫院，要怎麼規劃架構做出來對民眾是最好的，而不是說直接降成 50 點，到時候又去 criticize 基層的品質，這是我們沒辦法承擔的。

林俊傑代表

我贊成國治主委的提問，實際上平常不管是上轉到醫學中心或是平轉到基層的專科所耗費的時間和精神成本都是一致的，建議各位委員注意，醫療本身是一項珍貴的資源，包括這次像我們臺灣這次防疫做得那麼好，因為有很多優秀的同仁，包括健保署及我們同業的同仁，訂定如此低廉的轉診成本，以後有可能再調高嗎？不如用醫師的智慧、時間及成本把它訂在合理價位，我們寧可量少精進一點，必要再轉診，如果超出預算我們再想辦法找預算，或是請部或署再來編列預算，我覺得這是比較好的策略，而不是用低價訂定，以後也不可能再去調整支付標準。建議上轉和平轉維持在 200。

陳相國代表

建議上轉的費用不要調，因為平轉費用是有鼓勵性質，然後平轉費用調成 100 點，不知道大家覺得如何。

朱益宏代表

我只是詢問一下，而非表達意見，讓大家知道在其他總額基層總額轉診型態調整費用有多少預算，這個在專款有 2.58 億，如果錢不夠，其他總額有個基層總額轉診型態調整費用可以用，是不是讓大家知道有多少錢可以支應這部分，因為我印象中調整費用比 2.58 億多很多。

主席

好，大家有要 echo 相國執行長的意見嗎。

廖慶龍代表

轉診有幾個項目要討論，上轉、下轉、回轉、平轉，我覺得該鼓勵的平轉跟下轉跟回轉，上轉應該不用鼓勵，所以今天我比較偏向贊成主席說的，上轉跟平轉一樣的價錢，不可能是差 5 倍的變動率，所以我偏向上轉和平轉是一樣的錢，金額是多少再討論。上轉本來就不用鼓勵，該轉就是要轉，所以我建議鼓勵是

下轉跟回轉還有平轉，結論是上轉跟平轉一樣的價錢。

主席

針對這項提案大家好像都不同意見，不知道啟嘉代表或是相國代表有沒有要回去再討論一下。

黃啟嘉代表

第一個討論過的共識就是不要降上轉的錢，當初 2 次會議都已經提過上轉的錢不要下降，至於平轉的錢跟病人的就醫品質及權益連結，而不是無條件，站在醫師立場是無條件最好，但預算有限，所以希望以病人就醫品質及醫療權益能夠連結，但是其實只給 50 元，我覺得費用可以再提高，與上轉不要差異過大，以免造成誘因的立足點不同，可以把費用再往上調，但是同時把條件設好。

主席

如果照各位代表的指教，大家覺得說上轉費用下調不合適，這個意見我會收納，但因為今天我也沒有被授權可以提高費用，本案會上簽給長官裁示，上轉維持原來點數，平轉大家同意調，只是點數和條件上持不同意見，有人贊成平轉維持和上轉一樣的價錢，另一個是 100 點，概念上是如此。是不是說這部分公會提具您們所說何謂優質的平轉，給我們一些條件，我們將這些意見做收納，併入共擬會議討論。

黃啟嘉代表

我覺得優質的平轉西醫基層可以再討論，再凝聚共識什麼叫優質平轉，我也跟所有代表講一個事實，上轉本身比較沒有必要性，因為上轉表示病人流失在不同層級，所以西醫基層不會無條件莫名其妙地去上轉，但是平轉為什麼要去連結病人就醫權，不要去造成浮濫，因為很多連鎖診所就可能平轉。

主席

可以嗎，這個案子我們就先討論到這裡。

吳國治代表

不見得到時要在這個會議討論，也可以再和專案窗口討論。

主席

會後請公會提供具體的優質平轉的定義和確定平轉的價錢。大家都贊成為了要分級醫療能夠更落實，平轉的用意是要有的，只是條件的定義要合宜，如何擬定所謂的連鎖診所中間的問題，跟之前提到院前診所中間的問題，這部分就留容讓公會提供意見，本案先討論到這裡。

● **臨時提案第一案：有關「109 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案，提請討論。(略)**

主席

本提案由全聯會提出，本署有進行綜整，請問公會需要補充嗎，請陳相國執行長。

陳相國代表

針對第 5 點，有關醫學會來函希望陰道超音波由專任醫師改為專科醫師便可開立，這讓我們很擔心，因為大型的院前診所可利用本項找很多婦產科醫師來支援，光這項就可能造成申報費用超高而無法管控，因此我們的意見還是只有專任醫師可以開立，這真的差別很多，例如光化治療、特殊超音波，有一定的原則，而我們是一致的，我們還是堅持要專任而且是專科醫師。

黃啟嘉代表

針對本議題過去每年都有討論，但其實只要討論 3 點即可，第 1 點，署方或部裡有沒有針對某些項目希望開放，看起來今年沒有，去年的時候部裡有提出皮膚光照。第 2 點，這些項目一般都屬於專業考量，也經過各科討論後所凝聚的共識，所以針對我們所提出來的部分，是否有部覺得不合理的部分？好像也沒有。第 3 點，既然沒有前 2 點，希望能夠尊重我們提出來的共識，如果有不合理的部分可以提出來，但我們開很多次會議才共識出結論所提的 17 個項目，並非一次通過，每個專科醫學會都會先提出各自的需求，所以說明裡放入專科醫學會的發言，在這裡其實是不合適的，除非將所有專科醫學會的要求全部提出來，如此才公平，否則單列出婦產科是不公平的，因為復健科、外科等，各科均有提出各自的需求，經過多次討論及磨合的過程才有目前的結論，單獨呈現某專科醫學會的意見是不合理的。所以我們希望，如果部裡面是沒有目標要通過的，或反對要通過的，就依照全聯會的共識 17 項開放的標準，其他便不要再做額外的增加。

主席

請黃代表。

黃振國代表

我附議啟嘉主委的意見，各專科醫學會均有各自的立場，但各專科醫學會的意見常是無經費考量的，我想署方也很清楚，陰道超音波跨表之後的成長率為何，數目一看便很清楚，本項光專任醫師來服務民眾已經足夠，量的成長相當可觀。醫療的考量有兩項，第一是民眾的需求，若不能滿足民眾需求，如當地醫療資

源缺乏造成民眾就醫的困擾時才需要開放，而非醫療供給端由醫師或各地公會甚至專科醫學會來介入，因為這些學會並沒有經過跟署方、跟付費者代表甚至其他醫界自律團體有充分溝通，據我了解，常接到專科醫學會的函文，還有一些諮詢，但往往這些學會，第一未考量經費，第二沒有專業事後審查機制，因專業的醫學日新月異，我想若問感染專科，目前克流感也已納入健保給付，已非公費，若之後武漢肺炎的用藥均要健保給付，我相信這對健保的財務是沉重的負擔。今天署長也在外揭露，全民健康保險的安全準備金已經快不夠了，在開源節流需要達到 balance 時，我認為專科醫學會的意見給予尊重，若下次要呈現專科醫學會的項目，也請這些項目的供給面及實際的申報情形給大家參考，若真的會造成就醫不便再來擴大，謝謝。

主席

請社保司梁代表。

梁淑政代表

回應一下黃代表的意見，因為目前是規範為除山地離島地區以外的地區，才需要專科醫師，也持續推動於醫療資源缺乏地區也應滿足民眾需要，是否可考慮除山地離島地區及醫療資源不足地區外，還有偏遠地區的部分也可以開放支援醫師執行，雖然在上次會議中有提出。

黃啟嘉代表

謝謝梁代表的寶貴意見，我們可以帶回來討論，我們也傾聽到，例如醫療資源不足地區，但共識仍需凝聚，因為若要開放，也不會只開放陰道超音波，還有其他可能的項目應一併討論。

黃振國代表

梁代表的意見很好，但資源的分布，各地理事長最清楚，所以先前我們有善意的回應，如 B 肝、C 肝的治療願意開放在偏遠地區讓非專任的醫師也能開立，因為有發現實際需求，但剛剛我們提到的陰道超音波的項目，此項目是除了流感快篩 A 跟 B 外，第三多的項目，所以已經提供婦女同胞相當多服務，且據我了解，很多人會跨區到臺北較好的機構去服務，因為他們注意自己的健康，會慎選優質的機構，我們會誤以為偏遠地區會就地看診，其實並非如此，甚至就醫的院所收費不低，自費項目也很高，這超出我想像。因此，如果供給面 OK，需求面也 OK，爰本項目應不列入考量討論的部分。

主席

還有代表要表達意見嗎，說明一下為何本案將行政院及婦產科醫學會的意見納入討論，確實民眾到院所就醫時不清楚看診醫師為專任或兼任醫師，但在同院

所會有不同治療是因為兼任醫師無法執行本案討論的業務，本署理解診所端有很好的說明讓民眾安排下次就醫時讓專任醫師執行該項診療項目，但被保險人無法辨識看診醫師為專任或兼任，除非民眾去核對執照，否則民眾不知道，本署是站在被保險人立場要求，但也理解若讓兼任醫師可執行在整體費用管控會不容易，也理解公會的辛苦跟內部承受的壓力，因此才會如第 4 點，要衡平不同立場及不同意見。感謝公會今年願意提出更多項目服務被保險人，也讓基層能力越強，也讓民眾在基層可以得到優質的醫療服務，本署相當肯定，但因費用管控而區分專、兼任，本署也受被保險人要求，如何讓民眾就醫時知道看診的為兼任醫師，較無法接受跨表的診療項目。

黃啟嘉代表

為管控費用而訂定很多支付標準規定，也均可討論，如合理門診量，為何服務 30 人前每位支付 350 點，至第 31 位時剩 250 點，病人也不清楚自己是第 30 或第 31 位病人，但醫師服務第 31 位病人時診察費便直接少 100 點，到第 100 位病人時剩 50 點。支付標準本來就有在經濟上及健保資源上的妥協，很多時候無道理可言，否則為何第 30 跟第 31 位有 100 點差距，但醫界也都欣然接受。當然很多是因為財務考量。

主席

公會的意見是一致的，但目前也未授權完全按公會建議辦理，因此本署會簽核部長進行裁決，因本案為行政院交辦。

吳國治代表

如若各別專科醫學會的意見也可由行政院裁決，將來行政院院長信箱將會收到很多專科醫學會的投信；若此例一開，各專科醫學會意見無須提到全聯會，直接投書行政院長裁示即可，全聯會也會輕鬆很多。

主席

是否先照所列項目通過，至於備註說明是否照原有規定，或按過去有提出者均一併檢討，本署將簽核社保司決定，顯然此對被保險人有權益上受損。目前正值防疫期間，本案暫緩討論，因本署及基層的意見均很清楚，原則上會先通過所提項目，但備註部分，容本署提報衛生福利部裁示。

吳國治代表

不是，本案為醫師公會全國聯合會所提出，案由及內容並沒有含這一項，如果要強行通過的話我們要撤案。內容並非與本會所提，怎可以因主席裁決就通過，或是兩案併陳，讓部長決定，這有程序上的問題。

主席

沒有，公會有提案權，本署也予以尊重。本署也就你們的意見提供書面意見。

盧榮福代表

行政院信箱是某位醫師以院長信箱反映健保紫外線照光給付之支付標準，醫院和基層的支付標準不同，因為醫院和基層不同不是只有紫外線照光，比比皆是很多，因為各個總額要管控他的總額，所以每個總額訂出的給付規定都不一樣，醫院和基層很多都不一樣，這是很好解決的問題。

吳國治代表

而且這是中華民國皮膚科醫學會同意的，專業醫學會同意的東西，怎麼一個醫師到信箱反映就要求我們接受，以後每個人都這樣操作就好。

黃啟嘉代表

我要和純馥組長說明，你可以針對我提的 17 項有不同意的，這是健保署的權益，你覺得有那些不宜可以反對，哪一項同意，我們全聯會也會尊重，但是這 17 項是之前討論的共識，並不是憑空冒出新的東西來，這些新的東西你覺得需要的話，下一次可以行文到全聯會詢問是不是要開放，這樣我們就會全面考量，而不是因為寄到總統信箱、行政院院長信箱或是其他信箱就要求我們接受，全聯會每次開會都是 20-30 位代表，都是各縣市、各專科代表，而且是經過一定提名程序的代表，如果每個人都要循這種模式，反而會造成你們行政單位的困擾，全聯會這種機制是代表行政單位出具專業的知識，也是幫行政單位作專科間利益的平衡，還有民眾權益的平衡，各專科會因為權益而支持這個案子，在其他科我們就會去評估真的會影響民眾權益嗎？像剛剛楊代表提到醫療資源不足地區我覺得有道理，我們回去會再討論，因為受到影響限制不只這一項，如果要開放，一定是所有的醫療資源也要開放，所以我們會帶回去討論，你不用決議這一項，你可以先通過這 17 項，其中有幾項意見要全聯會帶回去討論，我們會帶回去討論，有共識回來我們一定會同意，甚至今天開完會你們也可以行文全聯會，表示有些東西想要開放，如果是部長的意思我們 9 成以上會尊重，如果不是太嚴重的話。

吳國治代表

我們提案的說明段是復貴署函文，內容就是回覆開放表別，我們回覆的內容沒有你們講的內容，程序上怎麼可以寫 2 案併陳。

黃啟嘉代表

我剛剛的建議你們可以接受嗎？至於署收到陳情信件，可以函文請全聯會討論。

黃振國代表

這個文我的建議是這樣，我們 109 年的預算在 108 年已經通過，如果明顯擴大

適應症、藥物或是給付內容等，這樣也很好是滿足民眾需求，可以 109 年列入 110 年列入成長項目和付費者談，因為你擴大適應症，那錢要從何而來，如果行政院院長很支持這一項，不是從公務預算就是調整給我們的錢，因為供需一定是要 balance，因為錢在 108 年已經談定了，我們給付架構已經底定了，剛剛我們幹部也談了，因為我們在談這樣設定時，還有邀請皮膚科醫學會的理事長教授到現場，我們拿國外文獻給他們看，他們也很認同健保的財務應該是用在刀口上，我們也希望醫界自律，自律也要有規範，因為在還沒有很好規律之前，我們採用適合基層可以管控的方式，如果這樣造成民眾的需求有落差，我們也願意配合，在 110 年我們預算列在爭取項目去符合民眾需求，我也支持啟嘉代表所講的這是二碼子事，全聯會的案子先通過，至於民眾需求端我們帶回去研議，如果真的有這麼強烈的需求，我們會列入 110 年成長項目以符合各界需求，這樣比較好一點，謝謝。

主席

好，林代表。

林義龍代表

我們今天討論是 109 年要開放表別的項目，剛剛第 5 點是討論 19013C 的認定，這完全是 2 件事情。

黃啟嘉代表

這是支付標準的規定。

林義龍代表

我們今天提案討論是 109 年開放表別的項目，怎麼會有決議 19013C 要去修改支付標準，這是另外一件事情，在程序上不應該。

黃啟嘉代表

署裡的意見我們會帶回去討論，在決議後面加上有收到陳情要開放這些東西，希望帶回全聯會研議，我們全聯會可以當你們的緩衝，我們帶回去討論，至少科別間比較沒有太大的衝突。

主席

好，現在已經 3 月，我想 109 年還是要讓他趕快上，至少執行不要太短，所以原則上會按照全聯會提的意見先通過。我要回答林代表的意思，我們寫的意思是因為過去基層開放表別都會加這樣的說明，就會有大家剛剛講的感受，今年要新增也是加一樣的文字，我們才期待是不是評估一下，因為現在有各方的意見，當然我們也理解，這邊是不是就讓全聯會帶回去再評估。

黃啟嘉代表

跟主席報告一下，這個東西就是剛剛楊代表所講醫療資源缺乏地區我個人相當支持開放，可是我們為什麼一定要有限制，就是因為院前診所，因為這些非專任醫師的申報量會集中在院前診所。

主席

好，那我們署方會正式函文給公會，有關這個東西的妥適性，希望可以讓公會在內部再做一點討論，也可以當作明年協商跨表預算的一個參考，包括剛剛楊代表所提醫缺地區是不是要首先開放，比照山地離島地區，這個也是一個很好的建議，我想就讓公會在內部再作一個研討，謝謝大家，這個案子就先這樣子。我們還有一個案子也是全聯會提出，偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫，這部分請徐代表說明，謝謝。

- **臨時提案第二案：增訂「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(草案)」，提請討論。**

徐超群代表

這個案子上次在施行地區方面有一些不同意見，所以帶回去全聯會研議討論，最主要爭執點在施行地區。我們全聯會版本還是分成 3 級，也附在今天的草案裡面，這是最主要的部份，但對健保署逐條的意見，就程序上每一條我們還是個別看有沒有要修正的部分，對於區域我們再重點討論就可以。

主席

好，請張科長幫各位代表導讀，謝謝。

醫務管理組張作貞科長

請各位代表看後面對照表的部分，第 1 頁是目的，第 2 頁執行是 109 年 1 月 1 日至 109 年 12 月 31 日。第 4 是執行方式及年度目標，就是獎勵偏鄉提供生產服務之基層診所婦產科專科醫師，能夠持續留在執業診所提供生產服務，因為全聯會是寫當地，我們還是希望修正為執業診所。第 5 點是預期效應之評估，這是總額協定事項所落下的預期效應之評估，計畫執行地區提供生產之基層診所至少維持 108 年及基層診所生產服務量較 108 年增加。

徐超群代表

這樣下去會討論太久，第 4、5 點只是文字修正，我們就尊重健保署的意思。第 2 就是施行區域，我們就是 3 級，第 1 級就是有正式公告的區域，大家可以看後面的附件，就是衛福部公告屬於山地離島、原住民鄉、離島或是平地原地民鄉等偏遠地區，所以是依這個標準來看，這一級是比較沒有疑慮，目前這一級是

完全沒有婦產科診所在生產的，其中要注意只有高雄縣那瑪夏鄉之前的名稱叫三民鄉。這個表要修正就是第 2 級高雄三民應該劃掉因已改成那瑪夏鄉，高雄原本都市還有一個三民是很熱鬧的地方，所以第 2 級三民建議把它刪掉。

主席

好，可是那瑪夏在第 1 級裡。

徐超群代表

對，因為在高雄市和高雄縣都有一個三民，所以把一個劃掉，應該是誤植，就是把三民劃掉，應該是那瑪夏鄉。第 2 級區域原本是鄉，第 3 級是鎮。基本上鄉鎮熱鬧度差不多，鎮是比鄉熱鬧一點，它沒有特別劃分標準，所以我們把鎮列在第 3 級，鄉列在第 2 級。市就是更熱鬧所以就沒有。原本我們列的第 2 級桃園蘆竹和第 3 級桃園楊梅，因為在桃園升格前就已經改成了市，又改成區，如果按照我們的標準這 2 個(蘆竹、楊梅)也不應該列在這裡，這是要劃掉的。至於署方有提到要依照 IDS，IDS 區當然是偏遠，和我們因應範圍還是不太一樣，因為我們婦產科幾乎沒有在 IDS 區域生產，所以我們還是要放到照鄉、鎮這樣層級來考慮。

醫務管理組張作貞科長

這個計畫精神也是保障偏鄉的產婦的醫療照顧，這是第一個。第二個全聯會這邊分成 3 級，第 1 級是包括山地及平地原住民區，山地及離島地區，這邊就等同 IDS 區域，第 2 級以鄉為行政單位，第 3 級以鎮為行政單位，依照地方自治法第 3 條規定，鄉和鎮是沒有甚麼差別的，也沒有明確的人口分別，所以分成第 2、3 級是不是可以再酌於考量。

議程第 3 頁本署說明段，按照全聯會這邊分成 3 級，總共是 295 個鄉鎮，其中有 204 家婦產科診所，108 年它的生產件數是 6,288 件。第 1 級是 88 個鄉鎮(有 26 家診所，沒有生產件數)，第 2 級是 150 個鄉鎮(有 72 家婦產科診所，只有 5 家診所所有生產，申報件數為 606 件)，第 3 級是 57 個鄉鎮(有 106 家婦產科診所，只有 16 家診所所有生產，申報件數為 5,682 件)，這是給委員參考。如果用這 3 級來看，它的生產狀況是怎樣，用這個區域和 IDS、西醫醫療不足區來區分，醫缺地區來對比，有些還是重複，像第 2 級有 66 個鄉鎮不在 IDS、醫不足地區。第 3 級有 47 個鄉鎮不在醫缺不足地區，這些執行地區給委員作參考。第 7 是申請規定，我們建議加一個排除條件，除了診察科別是婦產科外，還有符合特管辦法第 20 條，如果是分年給付，要符合當地衛生主管機關有設置門診手術室、產房等相關規定，如果沒有就不能申請剖婦產的給付。另外我們建議設置一個排除條款，事實在全聯會原核付就有這一條，我們把它列為排除條件，如果診

所前一年平均每月申報點數是大於 2 百萬點的話，就是不參加這個計畫。

主席

先講到第 6 大點，4、5 剛剛徐代表沒有反對，第 6 點是本署針對初步您提的那幾個區生產狀況的分析，也去比對 IDS 跟醫缺區的不一樣，這邊請徐代表說明您的意見，謝謝。

徐超群代表

剛剛提到鄉鎮沒有明顯的人口密度區分，但是有提到鎮還是比鄉熱鬧一點點，其實我們鄉裡面只有 5 家，鎮裡面就不只，有 10 幾家，所以鎮相對還是比鄉熱鬧，把它區分成不同層級這是很容易的，有些和 IDS 不合的地方，也許署方覺得沒有放到這裡面，我們今天也可以討論是放在那一級，這些不符合的鄉鎮如果署方覺得要放進來的話，我也可以接受把它放進來，我們是比較鼓勵在偏鄉的地方有產婦生產的診所，所以大家討論認為是偏鄉就可以不要把它排除，如果分級沒有辦法分到那麼精密的話，也可以討論放在那一級，這樣和署方的建議就是一致的，謝謝。

主席

我們的意思和您們不同，你放在 2、3 級很多根本不是醫缺區，因為你這邊的標題是偏鄉，我們沒有覺得你放的不夠多，我們是覺得你們太多。

徐超群代表

這邊我再說明，婦產科的偏鄉和一般的診所偏鄉概念是不一樣的，真的在偏鄉的婦產科是沒有在生產的，基本上它就是一定要有一些人口才能夠生產，如果你一定要求它是山地離島、醫療資源缺乏地區的話，這筆錢根本用不到，我們婦產科診所，偏鄉應該放到鄉鎮這個層級，這個層級代表它不是非常熱鬧、也不是很偏遠的地方，是不山不市的地方，這是我們要鼓勵它們生存下去的地點。

主席

好，這邊其他代表還有甚麼意見。

徐超群代表

因為這是我們全聯會內部開會已經達成共識拿來這邊講，全聯會的意見是比較一致的。

梁淑政代表

請考慮他的區域是蠻多鄉鎮符合條件的，雖然生產件數不見的會很多，但是我們預算也不多，所以獎勵的金額和件數太多，最後會造成浮動點值太低。

徐超群代表

這個我們有精算過，應該是有剩的，我們婦產科生產的趨勢是下降的，而且在

偏鄉要重新開業生一個嬰兒是不簡單的，因為開業從產前到生產要 10 個月，所以今年用不到這筆錢，是明年才用到這筆錢，依照這樣編還是會剩很多，所以真正要獎勵的是第 1 級，你給他 3 萬，生 1 個加成可拿 4 萬 5，第 1 級目前根本沒有半家婦產科診所在那邊，目前最多是第 3 級的部分，純粹是第 3 級來加成也是綽綽有餘。

主席

好，大家充分表達後，是不是第 5 頁，徐代表我們增列這樣的條件，把他寫得更清楚以確保接生的安全，這樣是不是妥適。還有你原來寫的不給付，我們把它寫成排除條件，會不會比較清楚。

徐超群代表

對於申請條件，我是建議改成符合條件，符合這些就可以做，不用額外的申請，因為現在 3 月，4 月公告，5 月申請，這樣根本領不到錢，或領到的錢很少很少，因為上次會議主席有說可以回溯到 1 月開始，所以我覺得可以不必額外個別再申請，過去在那邊有生產的診所就可以列為給付的條件，申請又要您們核准後才能申請費用，這樣和我們原來意旨是不合的，我是建議符合條件的，從 1 月開始就可以按季給他算。

再來排除條件我們原本寫在最後面，我們的意思是那個月你超過 2 百萬就不能領，健保署是把它改成前 1 年平均超過 2 百萬就不能領，這樣改有點不太好，因為我們生產是現在發生的事，不是以前發生的事情，他以前業績好，不代表他現在業績也好，有可能也是在往下掉，雖然他去年做到 2 百萬但今年有可能做不到 2 百萬，我是覺得每個月都看，如果這診所這個月超過 2 百萬那這個月就不要給他，那它下個月只有 1 百萬那還是應該要給他，這個還是按我們全聯會原本提的放在最前面，按月來算這樣會比較好，謝謝。

主席

這樣我們作業很複雜，你這個月符合，下個月又不符合，而且你的符合要件，要不要把這個獎勵金算進來，而且你的獎勵很高，比我的接生的 case 還高。

醫務管理組張作貞科長

跟委員報告你的支付原則和核付原則都要對應，還要大於等於 80。

黃啟嘉代表

因為我們全聯會支持徐超群代表的意見，是不是細節署方再跟徐醫師討論。

徐超群代表

如果你們覺得作業操作方便，我也不會反對用前一年的平均來做，但是它有可能不公平，就是他去年業績很好，但是今年沒有這麼好，而沒有達到獎勵的遺

憾，如果署方覺得這樣行政作業流程比較合適的話，就尊重署方的意見。

再來後面的申請流程，我是覺得不要，因為你們可以直接跑資料，只要他符合資格就直接結算，也不用個別申請，就可以直接列入獎勵的部分，這樣有一個時間差的概念，我現在提出申請，等你們核准到下來只剩幾個月，這個錢完全拿不到，產婦生產不是今天懷孕明天就會生，她是10個月才生，她有這個時間差的問題。

主席

申請流程只是第1個，因為你有符合要件，如果你沒有讓他回答他是不是符合要件，他會一直以為他可以拿到這個獎勵金，這會造成未來分區和院所的紛爭，讓彼此有一點認知，我願意加入，然後我們也去核對他是不是符合特管辦法的院所，有，我們也通知他不符合要件，否則你們怎麼期待我們分區自行認定，如果漏掉誰，我沒有給他，那不是會造成很多紛爭，而且我們沒有讓你無限期，你跟我們提申請，15天內就要給他回答，也是讓分區有時間壓力，沒有說你來我弄很久，至於未來要不要追溯到1月1號開始，這是可以討論。

徐超群代表

我是覺得可以，我覺得署方的說明詳細，按照這樣的程序來跑，費用部分我是覺得回溯到1月比較符合此案的精神。

黃啟嘉代表

因為這是專款，全聯會和許醫師都是OK，那我們就這樣子。

主席

各讓一步，謝謝。

黃啟嘉代表

後面還有一個案子。

徐超群代表

後面的部分，還有第7、第8、第9、第10，我是覺得都可以照署方的意思來做，第11結算方式也是可以按照這樣做，第12是就是若可以回溯到1月份的話，加入文字，費用回溯從1月份開始，把他寫在這邊就可以。第13對於未達到預期效應則於次年度停辦等文字，因為這是我們在健保會談的方案，我是覺得不用寫進去，讓健保會決定，到時候健保會如果覺得沒有達到這個成效。但因為這個方案不是只有幾個月就可以看出成果，他願意再給我們1年的機會，我們還是有機會再做第2年，我是覺得第13這點不要寫，留給我們跟健保會協商明年是不是還有這個機會。

黃啟嘉代表

最後一條其實有沒有效益最後還是健保署決定，其實健保署也可以去誘導健保會他們支持或反對，有沒有效果，要不要放上去都一樣，因為放上去，效益是甚麼也是健保署決定，其實有沒有放，我覺得都沒有很大的問題，就是署方有沒有很堅持。

林俊傑代表

主席，我支持超群兄的看法，因為現在目前國內的生產越來越低，那偏鄉又更少婦產科醫師願意去，不要說偏鄉，就連東部都很少，因為我們也有去偏鄉義診，所以我認為既然超群兄理事長他們在偏鄉經營這麼久了，他們對當地應該是最瞭解的，既然他有提出這樣的構想，我是支持的。

黃啟嘉代表

其實你沒有列那一條，也不影響到你們覺得效益不佳本來就會面臨停掉的作為，這是明年討論的專款，並不是今年有，明年就一定有，所以你加這一條，宣示意義大於實質，可是可能對他們執行的醫師來講，參與意願可能會沒那麼高，如果真的效益不好的話，期中就可以把風聲放出來，做的人就應該要知道，可能學長那邊就通知大家，大家做的效益很差，明年可能就不會有預算，這其實是你們可以操控的。

主席

所謂的預期效益這一塊，是當時爭取這個預算的時候，他確實有承諾希望這個計畫能讓這些當地的基層診所的接生數能夠增加，所以我們才說，如果你真的沒有達到這樣的目標值，是不是應該明年就不要談這個計畫，會比較妥適，因為雖然它 5,000 萬，可是對於很多人來講，它也是很多錢。

徐超群代表

我在想下一年度會不會有，其實健保會它會決定，所以說雖然我們沒有達到預期，可是健保會認為說你這個也不是 1 年就看的出來，努力了 1 年有一點成績願意再給你 1 年，這樣子的話我們就有機會再拿 1 年，而不是在這裡說你沒有達到預期就不能辦，我們還是有機會可以辦，所以我覺得這個放在這裡，我們沒有達到預期就乖乖不要再提這個方案不好，我是覺得目前已經是 3 月份了，真的讓全國婦產科知道說有這個方案的話，大概至少是 4、5 月以後的事情，只剩下半年的时间要達到預期的效益大概有點困難，所以我是覺得如果沒有達到，我們在健保會的時候會報告，年度的執行報告也會報告，健保委員如果覺得說，這真的沒什麼效益，那第 2 年我們就沒有了，那如果願意說效益我們是還有在努力中，我是覺得那個機會還是會有，所以我覺得就不用在這裡寫死，這裡寫死的話，沒有達到明年就完全不能做了。

主席

沒有，我們只是說這個方案就先停，當然如果明年有預算明年就再啟動，你要知道我們是 9 月協商，那時候是沒有整年的資料，包括 7 月評核，也沒有整年的資料，所以我們認為如果真的您當時在那裡極力爭取而且承諾了，我覺得自己就要做到，我只是照您的承諾寫而已，因為我們也沒有另訂目標值，目標值是您定的。

黃啟嘉代表

不過我可以跟徐醫師講，如果你沒達到效益，一定是沒有，健保委員也絕對不會說，你沒達到效益還繼續給，你如果還要爭取的話，那困難度一定很高。

林俊傑代表

主席我是不是可以建議一下，可以稍微修一下文字，則於次年度檢討辦理本方案，你這一條條文還是留著，但是剛剛超群兄理事長就是說你可以檢討、可以討論，而不是把它寫在文字上就直接停止這樣，反正健保會委員他們覺得你這個效益不好，真的要把它停掉就停掉，如果他們覺得繼續試辦就繼續試辦，以上，謝謝。

主席

不曉得健保會的代表有沒有什麼意見。

陳莉茵代表

我是覺得剛才林醫師講的很高明，就是不要寫停辦，就是說檢討，讓徐醫師多一個機會，也讓健保會的委員能夠多想一下，真的生小孩不是一年生出來的，尤其今年不會有完整的報告，就是說可能改一下文字就非常高明，我是真的覺得說讓他不要沒有希望這樣子。

梁淑政代表

如果要修改文字的話，我是建議乾脆就不要列了，因為我們很多的試辦或專款計畫，其實大家都會去做檢討，就不要特別為了這計畫徐醫師很認真的申請，然後 promise，我們就要把它寫進來，但是我覺得徐醫師心裡應該都很明白，就是這個計畫要很努力的去推動，才會有些成效。

黃啟嘉代表

那就不要列了吧，不列也不代表你沒有權力把它停掉。

主席

好，因為這個是我們長官加的，那就先把它刪除。

黃啟嘉代表

你就說跟健保會委員共同的決議好不好，主席也是尋求共識，這是你的責任。

主席

沒關係，我會忠實表達各位的意見，尤其是付費者代表也願意給徐代表或是林代表這邊很大的支持，所以我想我會把它很忠實的表達，也很謝謝梁代表有提如果是檢討那就不用寫，因為我們本來就會檢討，就不用贅字這樣子。那我們這一條就先刪除，謝謝。其他就依我們署裡面修訂的內容，至於追溯到 1 月 1 日這件事情，我們會簽給長官決定，因為法規命令的部分，我們還是要跟我們法務溝通，謝謝。

徐超群代表

那還有剛才提到一些文字上的修飾，也一併把它討論，例如說剛區域有 3 個地方要改，那個也要注意一下，沒有符合我們原來的標準。

主席

第 1 個就是 11 頁的附表 1，高雄的那瑪夏區已經寫進來了，所以希望併同刪除 12 頁第 2 級的三民，還有桃園的蘆竹拿掉，還有第 3 級的楊梅，是不是可以這樣子確定。

徐超群代表

可以。

主席

好，謝謝。那就進入下一個臨時提案。

- **臨時提案第三案：新冠肺炎(COVID-19)疫情造成百姓不安，恐懼，第一線基層的醫護人員為控制疫情已經在防疫上付出許多心力，除了社會上輿論給予肯定外，懇請給予第一線醫護人員實質鼓勵，故建議由防疫基金給予門診診察費加成，提請討論。**

主席

是不是請提案的幾位代表，陳相國執行長、啟嘉代表跟紹誠代表，誰要先說明一下。

陳相國代表

我先說明，對抗武漢肺炎要醫院跟基層一起來，然後這個門診量，我們現在全國每天有 100 萬人次到醫院或基層來就診，那基層就占了 70 萬人次，以後如果說醫院專心在照顧武漢肺炎的病人，可能它門診量會很少，所以病人大部分會到基層來，如果說基層被擊垮了，大概我想如果醫療崩潰的話，國家就會很慘，所以我是希望說給第一線的人員實質上的鼓勵跟肯定，然後行政院通過的抗

SARS 基金，大概只有提到補助的部分，就是萬一這診所被停診的話，我們給他什麼樣的補助，可是對於給基層院所醫師什麼獎勵的話，完全都沒有提到，除了 3Q 立委陳柏惟有質詢行政院院長，蘇院長很肯定的說給醫護人員鼓勵是一定的，可是我沒有看到方案，所以我們提這個方案希望說在這裡凝聚這些共識，也請署方能給我們支持。

黃啟嘉代表

我想前 2 季，署方為了我們基層的狀態，也是非常傷腦筋，覺得說是不是要 2 季合併算點值還是要怎樣，因為受到疫情影響，點值一定會有些不正常的扭曲，我們是覺得是不是在補助上做一些支援，讓基層在防疫過程中能夠有更大的動力來做防疫的工作。

李紹誠代表

這個事情最主要是，我覺得對第一線的醫護人員，不是只是給掌聲或是一些口頭上的肯定，因為我們昨天看到新聞就是臺北市立聯合醫院，當然這件事情不曉得是真的假的，說有 50 位的醫護人員提出離職，這件事情就代表它們這些人心理上或是，有些人譬如說訂便當訂不到怎樣怎樣，尤其是護理人員我覺得真的是很辛苦，回家之後面對家人或小朋友有些還很小，一咳嗽我想大家都很緊張，如果他們都已經離職了，這個成了事實之後，雖再有一個實質上，我現在再補貼你多少錢，我覺得這個精神就失味，所以應該做在前頭，那我們很怕被攀上一個說我們是要錢的這件事情，但是在這件事情上面確實是應該在道義上也要給實質上的鼓勵，不能說你們真的很辛苦，就這樣過去，說實在這些人也都是很辛苦，所以我們建議說在基層這一塊能夠給診察費有些加成，因為這個錢也不是用到健保的費用，我們也怕用到總額的錢，所以由防疫基金裡面去支應，醫院的部分我們也請邱泰源理事長在立法院可以提案去做這件事情，我想這樣子對第一線的工作人員來說，最起碼他感覺到上面的人有在重視，以上。好，還有沒有代表，請林代表。

林俊傑代表

首先非常認同這樣的聲音，當然我們蘇院長也講過了，因為防疫人員都很辛苦，但是實際上在第一線的工作人員，基層院所我們聽到的聲音就是說，我們工作的困難度跟譬如說整個程序要多增加很多，所以就包括護士、行政還有醫師，他的各種防護都要做的更多，整體成本當然就是上升，但是實際上病人也會自我防護，所以我們看診量是大幅的減少，除了就是說在這邊呼應我們相國執行長所提出來的，其實他不是增加收入，每一診所每月看診量就是下降，增加的點數也是補貼他的損失，第 2 點就是希望我們主委、執行長、其他的理事長們

及健保會委員能呼應，除了診療費增加，第 2 個很重要的就是說診所的稅金不能減少或減免，實際上診所的固定成本是固定在那邊，不管你收入有沒有增加，成本就是在那邊，所以希望是說稅金能否減少，假設我們的必要成本是 80%，可以把他提高到 85%這樣子，這樣可以讓診所的成本負擔減少。

黃啟嘉代表

我想這個案子，主席只能裁示帶回署裡研究，你大概也沒得到授權在這裡答應我們，但我們有這樣的建議，你決議可以說帶回署裡研究，至於剛剛說稅金的問題，也一併帶回署裡研究，因為像稅金的問題，邱理事長也有這個想法，但稅務的問題可能就是要跟稅務機關討論，不是只有在健保署這邊，健保署頂多只能建議而已，我們有這樣的想法跟建議，你們就收到這樣子。

主席

我分享一下早上去行政院，長官已經有聽到你們的心聲，請財政部在研議，如果有好的消息，疫情中心應該會發布，我這裡就不方便講內容，這是第 1 個，第 2 個是防疫基金是不是給診察費加成這個案子，確實這裡沒辦法討論，是因為基金不在我這裡，在疾管署，所以我想你們的意見，我們會透過我們疫情指揮中心的窗口會反映給疾管署，至於診察費要不要調整因應這次疫情各位的辛勞，我覺得這個我們健保署可以納進來做研議，甚至看能不能盡快我們這個月的共擬或許就會有一個草案出來，或許防疫基金等不到，我們健保可以先來做，讓大家比較安心，像對於這個題目，很抱歉我忘了請教各位，其實我們每個總額都有問，就是你們需不需要拉高這 1 季，就是 1、2 月或是 3 月的暫付金額，比照去年同期，給診所先撐過這段時間，因為確實因為疫情的關係，幾乎很多人都不敢出來就醫，我們也覺得這樣對診所在營運上，尤其是現金流等等都會影響，所以我們今天同仁的報告有一點，是不是研議疫情期間提升暫付金額，讓診所可以正常營運，很抱歉我們沒有辦法補你們的掛號費，可是我們可以按照去年同期健保核定的金額來做暫付，就是先撥補一些金額進去，其實我們也期待說，今年反正總額都編了，其實本來就是要給院所，只是不是用你們現在申報的點數，而是用去年的申報點數，那如果有新的院所，或許公會也可以提意見，你們內部覺得用什麼樣的方式對新的特約院所，因為它沒有基期，我們怎麼，還是這個部分不用處理，我想等一下聽聽各位代表的意見，我們其實是希望所有醫界，因為打仗很辛苦，又要花很多經費去處理你們因應疫情增加的很多成本，所以署內其實有在規畫，那應該會希望盡快，只是我們分區作業會比較複雜，這裡我要跟各位分區抱歉，因為真的是非常時期，其實大家的工作量都增加，不是只有醫界，我們整個工作量也增加，所以這邊是不是也聽聽各

位代表的意見，謝謝。

陳相國代表

主席請問一下，署方規畫的暫付成數是多少。

主席

我們是想要照去年同期的核定金額。

盧榮福代表

對阿，這樣最後會扣回去，這樣大家一個感覺，按照去年同期的核定金額，因為今年比較低，所以到時候扣回去，就像民國 93、94 年。

主席

因為你的點值，這一季可能會比較高，或許是 balance，然後我又去調門診診察費，或許你們點數又上來，就不一定如你們所講的，而且我們基本上以去年同期今年我們總額有成長率，本來我們金額就要較高。

陳相國代表

我是覺得因為跟去年同期相比的話，每個診所它的業務量大概下降 2 成到 3 成左右，如果用今年金額給付給他，那他後來會不會扣錢回去，是不是建議用申報金額，以前暫付成數是 8 成的話，提高到 9 成 5 左右這樣就可以了，以上建議。

黃啟嘉代表

你現在暫付金額按去年標準給他，到時候真的是會被扣，扣人家錢的時候大家又會不開心，其實對你們行政單位是不好的。

主席

所以用 9 成 5 這樣子可以接受。

黃啟嘉代表

我想不管是診所，還有所有的醫療單位都一致好不好，基層的醫療單位包括藥局也一樣，都給 9 成 5，我的意思是說暫付成數應該大家一致。

林憶君代表

我是藥師全聯會代表，這陣子社區藥局配合中央流行疫情指揮中心的口罩實名制，我們不只要調劑，也要肩負防疫的責任，所以這陣子當然診所的門診量也降低，大家也是非常辛苦的，然後處方箋減少的情況下，所以我們變成了也減少了調劑，造成整體的藥事服務費都下降，然後我當然是希望說如有任何的配套、補償院所的，希望可以一併考慮到社區藥局端，如果沒有辦法一併考慮的情況下，請健保署應該提出對藥局具體的配套方案，如果像政府在 109 年 2 月 25 日發布嚴重特殊傳染病肺炎防治及紓困振興特別條例，是否可以透過紓困方

案來適時補償藥局因應疫情所影響的成本，麻煩主席可以幫忙反映跟爭取一下。

主席

好，這一定要等同看待，因為其實他們也很辛苦。

黃啟嘉代表

暫付這一點可以一致，其他的部分另外討論。

主席

好，就是你代表西醫基層跟藥局，因為中醫、牙醫我們都有問，牙醫說不用。

黃啟嘉代表

牙醫他沒有看你這一塊。

李紹誠代表

我剛才去查了一下資料，SARS 期間我們的點值，大概 92 年第 2 季，我們的點值大概 1 點零幾，其實也沒有高多少，但是我覺得我們這一次門診的量比 SARS 減的更多，因為不斷的新聞說沒事不要到院所去，以前比較不會這樣子去宣導，這次宣導之後確實看到這樣的狀況，所以剛提到的診察費加成，那東西應該是不合併在我們點值裡面來看這事情，因為如果把那個加成放進來，衝到點值裡面又變高的時候，其實失去真正的獎勵這一件事情，所以 2 個應該脫鉤才對，以上。

主席

我可以講，如果因為停診造成的要補償，這有在特別預算給，那如果要紓困要振興，也有在特別預算去做處理，因為防疫基金這個 term 基本上在我們主計那邊是沒有，是為了這個特別條例所產生的預算，我們就是特別預算，這中間要怎麼競合，我想因為部有整體的考量，那我們署會幫各位的意見陳上去，這是絕對沒有問題，可是對於署裡面我們可以先處理的，就是剛提的暫付這一塊，是不是過去因為我們點值是用 0.9 為上限，平均點值，你說我們用前 1 季的平均點值，可是不高於 0.9，或許可以變 0.95，讓大家覺得有拉上來，我想這部分如果我們有試算出來再給相國執行長去看一下，大概狀況是這樣子，好不好，那 O.K. 我們大概奉核就會用補付的方式，那你們是希望 1 月就開始，因為 1 月其實有一些暫付已經出去了，還是 2 月開始。

陳相國代表

1 月沒什麼影響，2 月。

主席

2 月的暫付希望拉高，那我們就確定你們的要求要以申報點數 95% 暫付，我會跟我們長官報告，謝謝。

醫務管理組吳科屏副組長

我補充一下，原則上的作業就是不影響主流程，然後分區如果要作業會是用補付的方式作業，我們會寫是 for 這個，因為主流程他有很多的作業，所以還是主流程是照走的，就會跟你的申請金額來 1 暫、2 暫是怎麼做，那我們是用補付的部分去付到 95 成，用這樣的概念。

主席

好，今天的會議就到這邊，謝謝。

賴信亨代表(林鳳珠代表代理人)

等一下，醫事檢驗師公會這邊有提一個建議，我們也是要呼應藥師全聯會這邊這樣的一個提案，因為醫事檢驗開業的檢驗所，全民健保特約的醫事檢驗所，雖然比例沒有那麼高，但是我相信這一波，其實我在來開會之前，也有做了一個初步的調查，其實他們整個業務量衰退的非常嚴重，是不是也請我們署裡面再一併的把藥局跟醫事檢驗所的部分，也擬一個紓困的辦法，謝謝。

主席

好，那就連物治所、職治所都一起吧，我覺得併同考量，所有醫事服務機構我們都來做處理，謝謝。